

Auditoria de prontuário: avaliação dos registros de aspiração traqueal em terapia intensiva

Audit of medical records: evaluation of tracheal suction registers in intensive care unit

Auditoria de la historia clínica del paciente: evaluación de los registros de aspiración traqueal en terapia intensiva

Juliana Faria Campos^I, Sônia Regina Oliveira Silva e Souza^{II}, Alessandra Dutkus Saurusaitis^{III}

RESUMO

Estudo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa, cujo objetivo foi avaliar o registro da aspiração traqueal em Terapia Intensiva realizado pela equipe multiprofissional utilizando-se dos referenciais da auditoria. Para avaliação dos registros foi utilizada análise documental. Foram analisados 21 prontuários. Amostra composta por 37 registros da equipe intensivista. A pesquisa deu-se entre janeiro a maio de 2006, em uma instituição pública do Rio de Janeiro. Dados coletados utilizando-se instrumento do tipo check list. Os registros foram avaliados utilizando-se como parâmetro um barema. Observou-se que 89,6% da equipe de enfermagem e 100% da fisioterapia registram de modo incompleto o procedimento. Foi verificada a falta do registro em 10,4% dos prontuários analisados da equipe de enfermagem e em 100% da medicina. Conclui-se que o registro da aspiração traqueal encontra-se falho, sendo imprescindível que medidas de educação continuada e sensibilização dos profissionais sejam adotadas.

Palavras chave: Sucção; Unidades de Terapia Intensiva; Auditoria de enfermagem; Registros médicos.

ABSTRACT

It's a descriptive and exploratory study with quantitative approach that had as objective the evaluation of the register of the procedure of tracheal suctioning in Intensive Care Unit by multiprofessional team using hospital auditing. The documentary analysis was used for evaluation of the register of the procedure. It was analysed 21 medical records. The sample was composed by 37 registers of the Intensive Care Unit team. The research occurred in the period between January and May of 2006 in a public hospital in Rio de Janeiro. For data collection it had been used a check list instrument. To analyse the register it was used as parameter a barema. It was observed that

89.6% of nursing staff and 100% of physiotherapists staff register the procedure incompletely. The lack of register in 10.4% of analyzed nursing and in 100% of medicine medical record was verified. The data indicates that the register of the tracheal suction is defective in the unit in question. Measures of continued education and implementation of a protocol for these procedures are necessary and urgent.

Key words: Suction; Intensive Care Units; Nursing auditing; Medical records.

RESUMEN

Estudio cuyo objetivo era evaluar el registro de la aspiración traqueal en terapia intensiva hecho por el equipo multiprofesional utilizó de los referenciais de la auditoria. Estudio descriptivo, exploratório y cuantitativo. Para la evaluación del registro fué usado la análisis documental. 21 historias clínica del paciente fueron analizados. Muestra compuesta por 37 registros del equipo intensivista. La investigación ocurrió entre enero y mayo de 2006, en una institución pública del Río De Janeiro. Datos recogidos usando el instrumento del tipo check list. Los registros habían sido evaluados usándose como parámetro un barema. Fue observado que 89.6% del equipo de la enfermería y 100% del registro de la fisioterapia fueron hecha de manera incompleta. La carencia del registro en 10.4% de las historias clínica del paciente analizadas del equipo de la enfermería y en 100% de la

^I Enfermeira Intensivista, Mestranda da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ. E-mail: jujufariacampos@yahoo.com.br

^{II} Enfermeira, Mestre, Chefe da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Rio de Janeiro, RJ. E-mail: sonia.enf@bol.com.br

^{III} Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Rio de Janeiro, RJ. E-mail: asaurus@yaho.com.br

medicina fue verificada. Concluye que el registro de la aspiración traqueal se encuentra defectuoso, siendo esencial que médicos de educación continuada y de sensibilización de los profesionales sean tomadas.

Palabras clave: Sucção; Unidades de Terapia Intensiva; Auditoria de enfermagem; Historia clínica del paciente.

INTRODUÇÃO

Sabe-se que a comunicação é um instrumento básico fundamental que permeia as atividades no âmbito da saúde. Está relacionada e reflete diretamente na qualidade da assistência prestada ao usuário do sistema de saúde.

O prontuário do paciente é importante veículo de comunicação no meio hospitalar, também chamado de prontuário médico. Este pode ser definido como conjunto de documentos padronizados e organizados onde são registradas as ações prestadas ao cliente durante sua internação hospitalar⁽¹⁾. Nele são encontradas anotações e informações de todos os componentes da equipe multiprofissional, dispostas em ordem cronológica.

A importância das anotações contidas no prontuário vai além de possibilitar e facilitar as decisões e condutas no que diz respeito à assistência ao cliente. Auxilia também os setores administrativos, como o faturamento, planejamento e custos; e fornece dados para investigações e estatísticas. É ainda instrumento para educação profissional e suporte legal quando questionamentos jurídicos e/ou processuais são feitos acerca de condutas multiprofissionais⁽¹⁻²⁾.

Os prontuários têm sua existência há mais de 2000 anos, no Antigo Egito⁽¹⁾. No entanto encontra-se em vigorosa discussão atual, o conteúdo e importância desse instrumento de comunicação. Sabe-se que é competência das instituições a elaboração e desenvolvimento dos documentos que devem constar no prontuário. De acordo com Riolino e Kliukas⁽¹⁾ e Motta⁽³⁾ em toda instituição deve existir um Comitê de Revisão de Prontuário composto por uma equipe multiprofissional cuja função é: "avaliar a existência de informações pertinentes ao atendimento prestado e seu registro em impressos institucionais, identificando, propondo e verificando ações de melhoria"⁽¹⁾.

Mediante todas as funções atribuídas a

esse instrumento, sua importância e utilização por uma equipe multiprofissional, considera-se sua suscetibilidade a erros e imprecisões. Logo uma análise aprofundada e imparcial de seu conteúdo deve ser realizada por meio da auditoria⁽¹⁾.

Na segunda metade do século XVII, com a Revolução Industrial, a prática da auditoria recebe novas diretrizes na busca de atender às necessidades geradas com o aparecimento de grandes empresas. O surgimento da auditoria fundamenta-se na necessidade de confirmação dos investidores e proprietários da realidade econômica e financeira espelhada no patrimônio das empresas investidas; além da participação na formação do capital de diversas empresas propiciada pelo surgimento de empresas multigeograficamente distribuídas e pelo desenvolvimento econômico⁽⁴⁾.

Com a fundação do The Institute of Internal Auditors, em Nova York, a auditoria deixa de ter um enfoque quase sempre subordinado à contabilidade, passando para o controle administrativo, com o objetivo principal de averiguar a efetividade da aplicação dos controles internos. Dessa maneira, o campo de ação funcional estende-se para todas as áreas da empresa, permitindo que outros setores da economia também percebessem a necessidade do trabalho do auditor não somente direcionado para o controle financeiro, como o caso das instituições hospitalares⁽¹⁾.

No âmbito da saúde, a auditoria é citada pela primeira vez no trabalho realizado pelo médico George Gray Ward, nos EUA, em 1918, onde era feita a verificação da qualidade da assistência prestada ao paciente por meio da análise de seu prontuário. Já com relação a auditoria em enfermagem, o primeiro trabalho desenvolvido data de 1955, também nos Estados Unidos⁽⁵⁾.

Para Riolino e Kliukas⁽¹⁾ em 1966 surge a necessidade de se auditar no Brasil, como resultado da política de saúde vigente na

ditadura militar com características de alta concentração de autoridade decisória e fortalecimento do modelo tecnocrata estatal, tendo como representante, na ocasião, a figura do "médico fiscal do INSS (Instituto Nacional do Seguro Social)".

A auditoria na área médico-hospitalar permite uma avaliação de aspectos qualitativos e quantitativos da assistência ao cliente. Também são observados aspectos organizacionais, operacionais e financeiros porém sempre voltados para a qualidade dos cuidados ao paciente⁽⁶⁾.

Uma das estratégias utilizadas é a auditoria de prontuário que tem como foco a verificação da conformidade das informações registradas, tendo como base a padronização estabelecida pela instituição⁽¹⁾.

Em ambiente de Terapia Intensiva o avanço tecnológico e científico é bastante vivenciado e suas repercussões sobre a qualidade e o custo da assistência prestada é alvo de freqüentes questionamentos e pesquisas. Nesse ambiente pode-se observar a baixa qualidade e quantidade de registros em prontuário sobre um procedimento comum neste setor, porém com implicações significativas para a estabilidade funcional do cliente, que é a aspiração traqueal em sistema aberto.

A aspiração endotraqueal de secreções é uma técnica realizada freqüentemente em pacientes internados em unidades de terapia intensiva e submetidos à ventilação artificial. Trata-se de um procedimento essencial e imprescindível que visa a remoção de secreções e manutenção da permeabilidade da via aérea artificial⁽⁷⁻⁸⁾. Entretanto expõe o paciente a riscos que podem comprometer seu estado clínico causando hipóxia, atelectasia, barotrauma, alterações hemodinâmicas, arritmias, aumento da pressão intracraniana, infecção, lesões da mucosa traqueal, ansiedade, entre outros^(7,9,10).

Pesquisadores⁽¹¹⁻¹³⁾ destacam a importância do registro do procedimento de aspiração traqueal bem como as características das secreções como: quantidade, consistência, coloração, odor, assim como: o calibre da sonda utilizada, a necessidade de instilação de solução

salina e qual o volume total instilado, a resposta do paciente ao procedimento, o estado respiratório do cliente antes e após a aspiração.

Adota-se, então, como objeto de estudo a avaliação do registro do procedimento de aspiração traqueal em sistema aberto em Terapia Intensiva pela equipe multiprofissional.

Embora muitos trabalhos sobre auditoria e aspiração traqueal sejam realizados separadamente, poucos desses abordam a necessidade e importância de se relacionar o papel avaliador da auditoria a um procedimento de média complexidade técnica mas com grandes repercussões, permitindo ampliar visões e levantar possibilidades para o alcance da qualidade total nos serviços hospitalares.

Assim, adotou-se neste trabalho a avaliação do registro do procedimento de aspiração traqueal em sistema aberto em Terapia Intensiva pela equipe multiprofissional como objeto de estudo, tendo como objetivos: - Identificar em prontuário de clientes atendidos no CTI o registro do procedimento de aspiração traqueal realizado pelos diferentes componentes da equipe intensivista; - Analisar, à luz dos dados encontrados, o registro de aspiração traqueal executada na unidade intensivista.

MÉTODO

Estudo retrospectivo, com abordagem quantitativa e análise documental.

Foram incluídos no estudo os prontuários dos clientes atendidos no mês de março de 2006 na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um Hospital Universitário da cidade do Rio de Janeiro.

Os dados foram coletados no mês de abril de 2006, a partir da análise de 21 prontuários, por dois dias consecutivos, de pacientes em uso de próteses ventilatórias que se encontravam internados no referido mês na terapia intensiva. Chegou-se a esse número de prontuários baseado na regra estabelecida internacionalmente que preconiza: a análise de todos os prontuários onde se tem até 50 altas/mês e a análise de 10% dos prontuários onde há mais de 50 altas/mês, sendo que todo prontuário de óbito deve constar na auditoria fora os 10%⁽⁵⁾. Como no mês de março este

setor apresentou um total de 21 altas, foram analisados todos os prontuários.

A amostra foi representada por 37 registros realizados pela equipe multiprofissional.

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento em forma de check list contendo 15 aspectos de relevância, divididos em 2 categorias:

1. Cabeçalho: se informações como nome completo, registro, leito e data estarão devidamente preenchidos.
2. Conteúdo (Informações sobre o procedimento): considerou se dados como: horário de sua realização, calibre da sonda utilizada, quantidade, consistência, coloração, odor da secreção, bem como se instilou soluções (qualidade e volume), resposta do paciente ao procedimento, estado respiratório do paciente antes e após a aspiração foram relatados e se o executor do procedimento assinou de forma legível e com matrícula ou carimbou e rubricou.

Como parâmetro de avaliação dos dados foi utilizado um barema com os seguintes critérios:

- Completo: foi considerado completo quando o registro contiver todas as informações preconizadas como ideais, mediante a literatura revisada.
- Parcialmente completo: o registro que contiver 2 falhas que não contemplem o que foi preconizado com relevantes foi classificado como parcialmente completo.
- Incompleto: registro que faltam 3 ou mais informações ditados como fundamentais para um registro de qualidade.
- Inexistente: a falta do registro em prontuário foi considerada como inexistente.

Os dados encontrados receberam tratamento estatístico descritivo simples por meio de frequência absoluta e relativa. Os

resultados foram apresentados por meio de gráficos e tabelas elaborados utilizando o programa Excel[®].

O estudo foi fundamentado nos preceitos éticos da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo comitê de ética do Hospital em questão, cujo protocolo é 1563 – CEP/HUPE.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 37 registros em 21 prontuários de pacientes internados no CTI que utilizaram prótese ventilatória e que conseqüentemente foram submetidos ao procedimento de aspiração traqueal. Desses registros 29,7%(n=11) foram feitos pelos profissionais da equipe de fisioterapia e 70,3%(n=29) pela equipe de enfermagem.

Com relação aos profissionais de medicina verificou-se que estes não registram os procedimentos de aspiração por eles realizados. No que diz respeito à fisioterapia o registro é feito uma vez a cada troca de turno que ocorre pela manhã, tarde e noite, sendo que apenas as características gerais do procedimento são anotadas, ou seja, o registro não é feito após cada aspiração realizada. Durante a coleta de dados observou-se que em 1 prontuário analisado não havia registro de aspiração pela enfermagem por 2 dias consecutivos, mesmo o paciente estando em prótese ventilatória. Este fato leva ao questionamento se toda a assistência prestada pela equipe de enfermagem é realmente registrada e o quanto esses profissionais valorizam o seu próprio trabalho, uma vez que se devem registrar todas as ações importantes prestadas aos clientes.

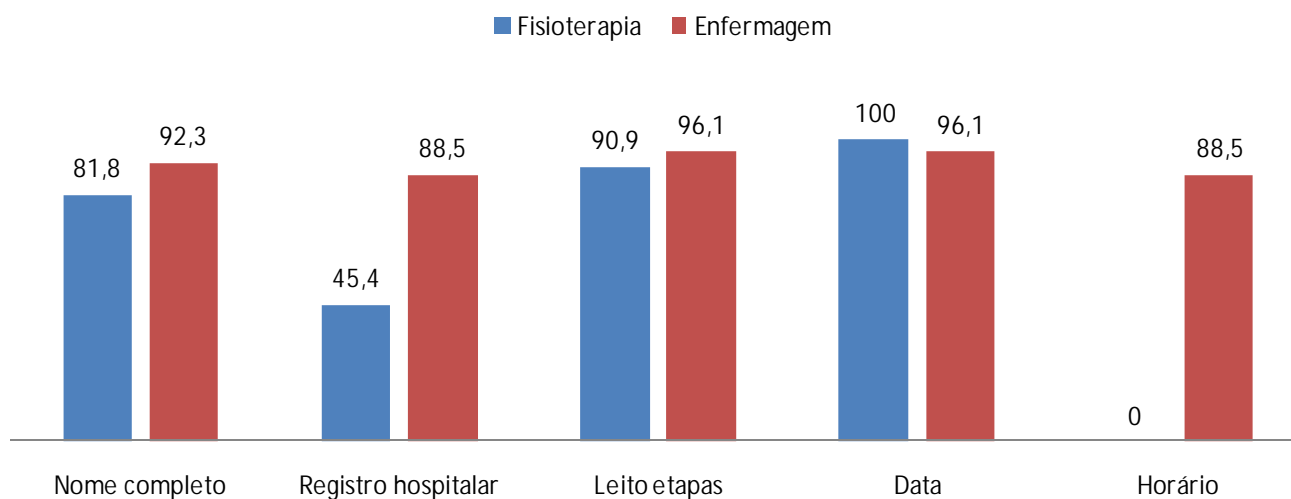
O prontuário do paciente é um documento legal no qual deve conter todas as informações pertinentes à internação do paciente, portanto, conhecer os aspectos legais que envolvem esse documento é fundamental para entendermos a dimensão e importância de se registrar de forma correta as atividades que a equipe realiza durante seu trabalho. O registro em prontuário é uma obrigação legal que cabe a todos os profissionais de saúde envolvidos no atendimento ao paciente⁽³⁾.

Um dos primeiros itens de análise foi o registro do cabeçalho do impresso. A verificação

do preenchimento correto do cabeçalho no impresso (nome completo do paciente, data, registro hospitalar, unidade e leito do paciente) é aspecto extremamente importante, pois caso

não esteja, é fundamental preenchê-lo ou completá-lo, assim como toda anotação de horário deve ser feita⁽¹⁴⁾. O resultado dessa análise pode ser observada no Gráfico 1.

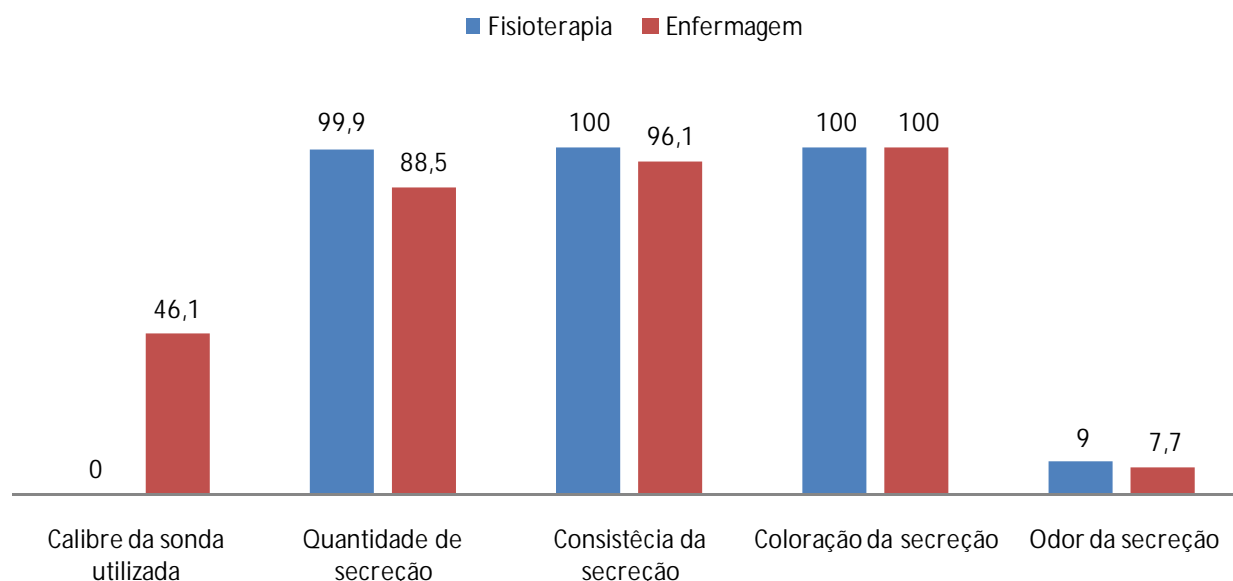
Gráfico 1: Preenchimento do cabeçalho do prontuário nos registros dos procedimentos de aspiração traqueal por categoria profissional. Rio de Janeiro, 2006.



Observa-se que com relação ao preenchimento do cabeçalho 81,8% da equipe de fisioterapia e 82,7% da enfermagem atendia o quesito nome completo. O registro do número da internação hospitalar estava presente em 45,4% dos registros da fisioterapia e em 79,3% da enfermagem. O número do leito onde se encontrava o paciente estava discriminado em 90,9% das anotações da fisioterapia e em 86,2% da enfermagem. O relato da data foi observado em 100% dos registros da fisioterapia e em 86,2% da enfermagem, entretanto o registro do horário da aspiração encontrava-se somente nos relatos da enfermagem (79,3%) não sendo encontrado nas anotações da fisioterapia (Gráfico 1). A Resolução do CREMESP (Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro) nº70, de 14 de novembro de 1995, considera fundamental que o prontuário deva ser organizado por ordem cronológica de data, de forma a permitir a continuidade do tratamento do paciente⁽³⁾. Verifica-se então, que o preenchimento do cabeçalho das folhas componentes do prontuário ocorre de maneira falha, dificulta muitas vezes, a identificação do cliente e organização do mesmo para cobrança e arquivamento.

Com relação ao registro do procedimento em si, encontrou-se que o calibre da sonda utilizado foi descrito apenas nos registros de enfermagem (41,4%) (Gráfico 2).

Gráfico 2: Registro do calibre a sonda e características da secreção por categoria profissional. Rio de Janeiro, 2006.



Hudak e Gallo⁽¹¹⁾, Potter e Perry⁽¹²⁾, Silva⁽¹³⁾ e Zuñiga⁽¹⁵⁾ nos orientam sobre a importância do registro de características das secreções como: quantidade, consistência, coloração, odor, assim como: o calibre da sonda utilizada, se foi necessária a instilação de solução salina e qual o volume total instilado, a resposta do paciente ao procedimento, o estado respiratório do cliente antes e após a aspiração.

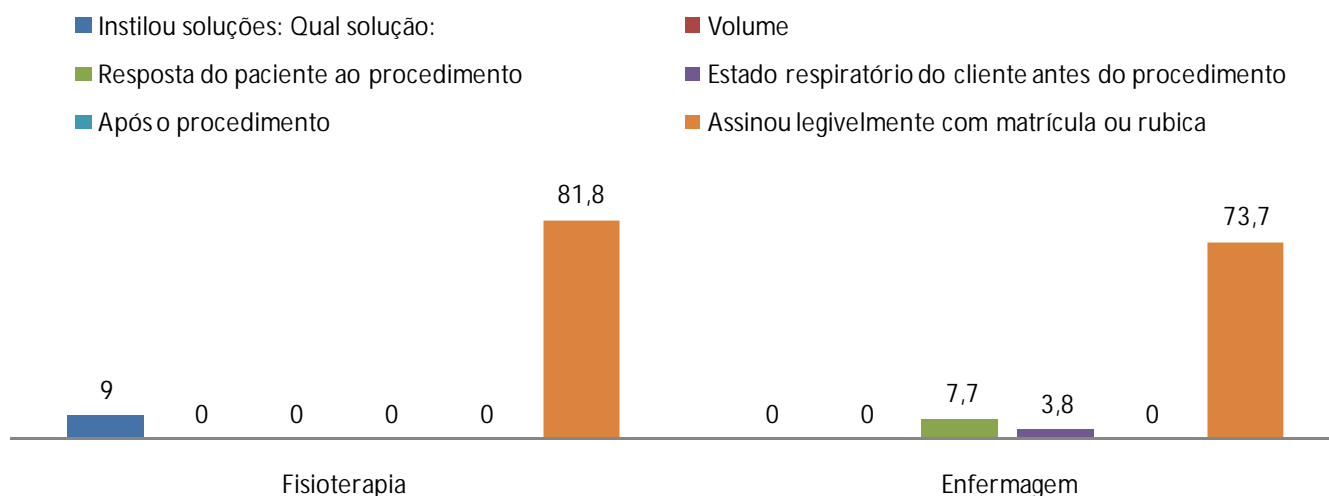
Na análise dos registros que dizem respeito aos aspectos da secreção encontrada durante a aspiração a sua quantidade estava registrada em 90,9% dos prontuários da fisioterapia e em 88,5% da enfermagem, já a sua consistência estava presente em 100% dos registros de fisioterapia e em 96,1% da enfermagem, a coloração da secreção foi relatada por 100% da fisioterapia e por 100% da enfermagem. Com relação ao odor da secreção verificou-se que este dado não é muito valorizado pelas equipes aparecendo somente em 9% dos registros da fisioterapia e em 7,7% da enfermagem. O registro das características das secreções favorece o acompanhamento e identificação de infecções, fístulas traqueoesofágicas, umidificação inadequada, entre outros.

A resposta do paciente ao procedimento, o estado respiratório do cliente antes e após a

aspiração deve ser objeto de atenção e registro, já que fornecem dados para avaliação da eficácia e qualidade do procedimento em questão^(11,12).

Quanto ao registro do procedimento em si o Gráfico 3 ilustra o percentual de registro dos itens pesquisados.

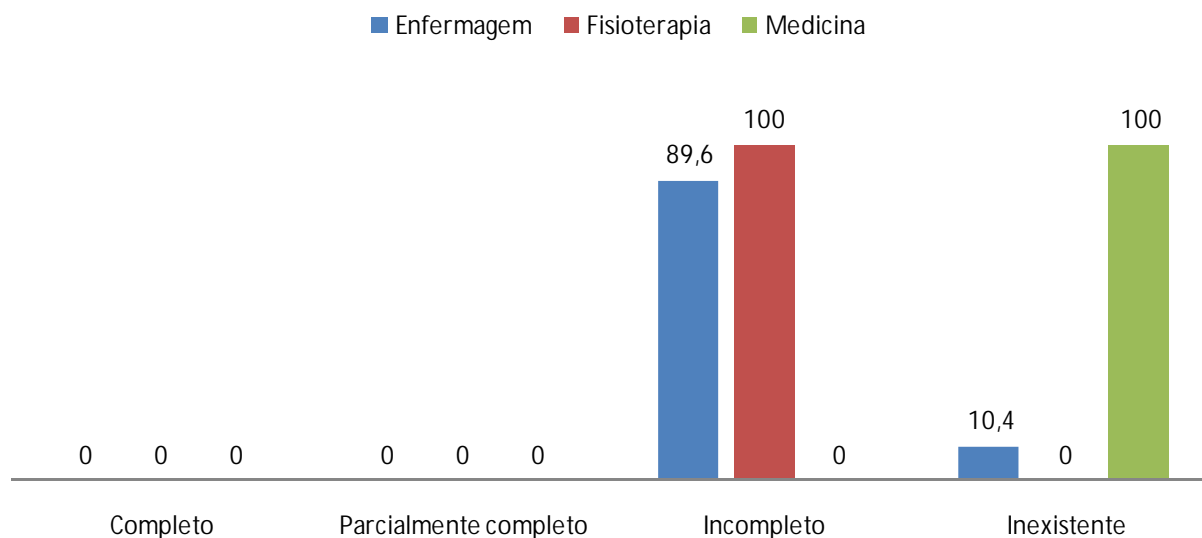
Gráfico 3: Registro de instilação de soluções, padrão respiratório, resposta do paciente ao procedimento e identificação do executor do procedimento. Rio de Janeiro, 2006.



A identificação do profissional que registrou foi realizada por 81,8% da equipe de fisioterapia e por 73,1% da enfermagem. Após o registro de qualquer informação em prontuário preconiza-se que o relator assine apontando sua matrícula na instituição de serviço. Também é aceito o carimbo e a assinatura do profissional que o fez, inclusive com a indicação do nível profissional. Recomenda-se o uso de carimbo contendo nome e sobrenome, categoria profissional e número do registro de seu COREN (Conselho Regional de Enfermagem) com seu respectivo estado de atuação.

Para a avaliação dos dados referentes ao registro do procedimento de aspiração traqueal também foi utilizado como parâmetro um barema. De acordo com os critérios estabelecidos observa-se que nenhum registro das equipes participantes da pesquisa é completo ou parcialmente completo. Já 89,6% da equipe de enfermagem e 100% da fisioterapia registram de modo incompleto o procedimento de aspiração traqueal. Foi observada a falta do registro em 10,4 % dos prontuários analisados da equipe de enfermagem e em 100% da medicina, conforme ilustra o Gráfico 4.

Gráfico 4: Barema do registro do procedimento de aspiração traqueal. Rio de Janeiro, 2006.



Fernandes, Assis e Barreto⁽²⁾ afirmam que as anotações em prontuário são fundamentais para a assistência ao paciente e que as mesmas pouco são valorizadas. São pobres em conteúdo, tanto no aspecto quantitativo como no qualitativo. Dessa forma, uma de suas principais finalidades deixa de ser alcançadas: a excelência na qualidade do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu o resgate de um método de avaliação sistemática do registro de aspiração traqueal com sistema aberto, comumente aplicado em Unidade de Terapia Intensiva, através da realização de uma auditoria de prontuário.

De acordo com os registros auditados foi constatado que a comunicação (informações contidas no prontuário) entre equipe intensivista e paciente, como também entre as próprias equipes mostra-se muito aquém do preconizado como ideal. Outro fato que também corrobora para esta conclusão de comunicação deficiente encontra-se na aplicação do barema para avaliação da qualidade dos registros feitos pelas equipes intensivistas onde se observou a baixa qualidade e quantidade das anotações realizadas.

É certo que medidas devem ser tomadas com urgência visando o aprimoramento e correção de problemas detectados por essa auditoria. Logo, são sugeridas ações pertinentes

para a adequação do procedimento e registro da aspiração traqueal com sistema aberto no campo de estudo:

- Resgate de atividades de educação continuada com a equipe multiprofissional sobre o registro do procedimento em questão, reforçando a importância do mesmo como instrumento legal e como chave para que a qualidade da assistência seja alcançada;
- Criação e implementação de um protocolo de aspiração traqueal com sistema aberto visando padronizar o procedimento e seu registro no setor para as diversas equipes intensivistas.

Espera-se que esse trabalho desperte interesse e incentive a realização de novas pesquisas, nos mais diversos eixos metodológicos, explorando o tema abordado.

Enfim, conclui-se que apesar de um procedimento simples e comumente adotado em Terapia Intensiva, o registro da aspiração traqueal no campo estudado merece ser revisto, permitindo aos profissionais intensivistas suporte para enfrentar e garantir os desafios de uma assistência de qualidade ao paciente crítico.

REFERÊNCIAS

1. Riolino NA, Kliukas GBV. Relato de

Experiência de Enfermagem no campo de Auditoria de Prontuário – uma ação inovadora. Rev. Nursing. 2003;65(6):35-38.

2. Fernandes MGM, Assis JF, Barreto EF. Registro das Ações de Cuidados no Contexto da Enfermagem Clínica. Rev. Nursing. 2001;37(4):31-34.

3. Motta ALC. Auditoria de enfermagem nos hospitais e operadoras de planos de saúde. São Paulo: Iátria; 2003.

4. Souza DA, Fonseca AS. Auditoria em Enfermagem: visão das enfermeiras do município de São Paulo. Rev. Nursing. 2005;84(8):234-38.

5. Kurcgant P. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU; 1991.

6. Scarparo AF. Auditoria em Enfermagem: revisão de literatura. Rev. Nursing. 2005;80(8):46-50.

7. González NA, Mingo AM, Sagardoy ME, Coscojuela MAM, Erro MCA. Avaliação da competência prática e dos conhecimentos científicos de uma UCI sobre aspiração endotraqueal. Cuidado Intensivo. 2004;1(4)8-18.

8. Zeitoun SS, Barros ALBL, Diccini S, Juliano Y. Incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes submetidos à aspiração endotraqueal pelos sistemas aberto e fechado: estudo prospectivo – dados preliminares. Rev. Latino-am. enfermagem. 2001;9(1):46-52.

9. Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo. 2ª edição. São Paulo: Atheneu; 2001.

10. Costa D. Fisioterapia respiratória básica. São Paulo: Atheneu; 2004.

11. Hudak CM, Gallo BM. Cuidados Intensivos de Enfermagem: uma abordagem holística. 6ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.

12. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de Enfermagem. 5ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

13. Silva LD. Cuidados ao Paciente Crítico: fundamentos para a enfermagem. 2ª edição. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2003.

14. Ito EE, Senes AM, Senes AM, Santos MAM, Grazi O, Martins SAS. Manual de anotação de enfermagem. São Paulo: Editora Atheneu; 2004.

15. Zuñiga QGP. Ventilação Mecânica Básica para Enfermagem. São Paulo: Editora Atheneu; 2003.

Artigo recebido em 27.06.07

Aprovado para publicação em 30.06.08