

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ACREDITAÇÃO HOSPITALAR COMO AGENTE DE MELHORIA
DA QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

ALINE TSUMA GAEDKE NOMURA

Porto Alegre

2014

ALINE TSUMA GAEDKE NOMURA

**ACREDITAÇÃO HOSPITALAR COMO AGENTE DE MELHORIA
DA QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^{fa} Dr^a Miriam de Abreu Almeida

Área de concentração: Cuidado em enfermagem e saúde.

Linha de pesquisa: Tecnologias do cuidado em enfermagem e saúde

Porto Alegre

2014

CIP - Catalogação na Publicação

Nomura, Aline Tsuma Gaedke

Acreditação hospitalar como agente de melhoria da qualidade dos registros de enfermagem em um hospital universitário / Aline Tsuma Gaedke Nomura. -- 2014. 96 f.

Orientadora: Miriam de Abreu Almeida.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Registros de enfermagem. 2. Serviço hospitalar de educação. 3. Auditoria de enfermagem. 4. Acreditação hospitalar. I. Almeida, Miriam de Abreu, orient. II. Título.

ALINE TSUMA GAEDKE NOMURA

Acreditação hospitalar como agente de melhora da qualidade dos registros de enfermagem em um hospital universitário.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 12 de maio de 2014

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Miriam de Abreu Almeida

Presidente da Banca – Orientadora

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz

Membro da banca

USP



Profa. Dra. Amélia de Fátima Lucena

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Graciele Fernanda da Costa Linch

Membro da banca

UFCSPA

Dedico esta conquista aos meus pais.

A vocês, todo meu amor e gratidão.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por iluminar meu caminho e minhas escolhas.

*Aos meus pais, **Hiroshi Nomura e Marilei Gaedke Nomura**, pelo amor incondicional, apoio e, sobretudo, compreensão e paciência durante este processo.*

*Ao meu namorado, **Tiago Bittencourth Senger**, por toda dedicação e carinho que tem dispensado nessa etapa.*

*À **minha família** pelo apoio, incentivo, tolerância e carinho nessa trajetória.*

*Aos meus colegas do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFRGS e do Grupo de Pesquisa, **Bruna Pausen Panato, Paula Poletto, Ana Paula Siqueira, Deborah Hein Seganfredo, Mariana Palma e Bruna Engelman** pelo auxílio nos momentos de trabalho, mas também pela descontração, tornando mais leve esse processo.*

*Ao meu colega e amigo **Marcos Barragan da Silva**, pela participação ativa em todas as etapas do projeto. Teu auxílio e tua amizade foram fundamentais para a realização desta pesquisa.*

*À **Lisiane Pruinelli e Rodrigo Bittencourth Senger**, pela amizade e pelas consultorias em horários improváveis.*

*À minha orientadora, **Dr^a Miriam de Abreu Almeida**, por todo conhecimento, respeito, companheirismo e dedicação confiados a mim durante a minha trajetória na pesquisa.*

*Às professoras **Dr^a Amália de Fátima Lucena e Dr^a Eneida Rejane Rabelo**, pelo incentivo e auxílio prestados durante a realização do projeto.*

*À **Dr^a Graciele Fernanda da Costa Linch**, pela grande colaboração dada e por mostrar-se sempre disposta a auxiliar durante a execução do projeto.*

*À professora **Dr^a Mariur Gomes Beghetto**, por todo apoio e atenção especial dedicada na fase final desse trabalho.*

*Aos **funcionários do SAMIS do HCPA**, pela ajuda prestada o durante a coleta de dados.*

*À **Capes** pela concessão da bolsa de mestrado durante parte do curso e pela oportunidade de crescimento junto à pesquisa e ao Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos – **FIPE do HCPA**, pelo auxílio financeiro concedido ao projeto.*

*Ao **Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFRGS**, por toda a oportunidade de aprendizado e ao Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem no Cuidado ao Adulto e Idoso – **GEPECADI***

Um grande sonho não se realiza sozinho.

Muito obrigada a todos!

*Nem tudo que se enfrenta pode ser modificado,
mas nada pode ser modificado até que seja enfrentado.*

Albert Einstein

RESUMO

NOMURA, Aline Tsuma Gaedke. **Acreditação hospitalar como agente de melhoria da qualidade dos registros de enfermagem em um hospital universitário**. 2014. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

O uso de Registros Eletrônicos de Saúde aliados aos sistemas de classificações, têm auxiliado na implementação do Processo de Enfermagem na prática clínica. Entretanto, possuir um sistema informatizado não garante a completude e qualidade de registros, necessitando de avaliações e aperfeiçoamento de forma sistemática. Essas avaliações têm sido realizadas por instituições que buscam a Acreditação Hospitalar. Considerando essa questão, durante todo o período de preparo para a Acreditação Hospitalar, a instituição campo de estudo desenvolveu intervenções com vistas a melhoria da qualidade assistencial, contemplando ações para a qualificação dos registros informatizados de enfermagem. Assim, este estudo teve por objetivo avaliar a qualidade dos registros informatizados de enfermagem de um hospital em dois momentos distintos, antes e após o preparo para a Acreditação Hospitalar. Trata-se de um estudo observacional de intervenções, retrospectivo de abordagem quantitativa realizado em um hospital universitário do sul do Brasil. A população do estudo foram os registros de enfermagem dos Serviços de Enfermagem Clínica e Cirúrgica, referentes ao período anterior e posterior a Acreditação Hospitalar, ou seja, os meses de outubro de 2009 e de 2013, respectivamente. Foram considerados critérios de inclusão prontuários de pacientes internados por pelo menos quatro dias em uma mesma unidade de internação, totalizando 224 prontuários. Não foram previstos critérios de exclusão. Os dados foram coletados por dois avaliadores entre os meses de dezembro de 2013 e janeiro de 2014. Para avaliação da qualidade dos registros, utilizou-se o instrumento Q-DIO - *Versão brasileira*, traduzido e validado para a língua portuguesa. Um segundo instrumento foi elaborado, concomitante a um manual de orientações, com critérios de qualidade específicos da Joint Commission International (JCI), não atendidos pelo primeiro. Foi realizado um teste piloto com 24 prontuários para estimar a concordância entre os dois avaliadores no preenchimento do Q-DIO – *Versão brasileira* e dos *Critérios de qualidade específicos da JCI*. Os dados foram analisados estatisticamente. Resultados: Houve melhora significativa da qualidade dos registros de enfermagem ($p < 0,001$). Quando avaliado o escore total do instrumento Q-DIO – *Versão brasileira* houve melhora em 24 dos 29 itens (82,8%) e dos *Critérios de qualidade específicos da JCI*, em 9 de 12 itens (75%). Com base nestes resultados, conclui-se que houve empenho à mudança de cultura, por meio da inovação organizacional, de protocolos, de auditorias e, sobretudo, de atividades educativas, o que favoreceu o reconhecimento do campo de estudo como centro acadêmico de excelência em qualidade em saúde e segurança dos pacientes pela JCI em 2013. Espera-se que este trabalho incentive hospitais a estabelecerem metas de melhorias assistenciais e, conseqüentemente, de registros de enfermagem, a partir de intervenções educativas.

Palavras-chave: Registros de enfermagem. Auditoria de enfermagem. Acreditação hospitalar. Serviço hospitalar de educação.

ABSTRACT

NOMURA, Aline Tsuma Gaedke. **Hospital Accreditation as agent for nursing record quality improvement in a university hospital**. 2014. 96 f. Dissertation (Master in Nursing)- School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

The use of Electronic Health Records allied to classification systems has supported the Nursing Process implementation into the clinical practice. However, owning a computerized system does not guarantee the completeness and quality of records, requiring reviews and improvement in a systematic way. These assessments have been undertaken by institutions seeking to Hospital Accreditation. The hospital audits can be used as a control tool for the work quality. Considering this issue, throughout the period of preparation for Hospital Accreditation, the institution field of study developed several strategies to improve quality of care, therefore, of computerized nursing records. With the aim of to assess changes in the computerized nursing records quality, this study proposes to evaluate the nursing records quality at two different times, before and after implementation for Hospital Accreditation. This is a retrospective observational study of interventions with a quantitative approach developed in a university hospital in southern Brazil. The study population was nursing records from the surgical and medical nursing services before and after the period of preparation for Hospital Accreditation, during the period of October 2009 and 2013, respectively. Inclusion criteria were inpatient medical records with stay of length of at least four days in the same inpatient unit, totaling 224 records. No exclusion criteria were previewed. Data collection was performed by two evaluators between the months of December 2013 and January 2014. To assess the records quality, we used the Q-DIO instrument - Brazilian version, translated and validated to the Portuguese language. A second instrument was built, concomitant with a guideline instructions, with specific quality requirements of Joint Commission International (JCI), which accessed missing information from the first one. A pilot test with 24 medical records was conducted to estimate the agreement between the two raters in applying the Q-DIO - Brazilian version and the specific quality criteria from the JCI. Data were statistically analyzed. Results: There was significant improvement in the nursing records quality ($p < 0.001$). The total score of the Q-DIO instrument - Brazilian version improved in 24 of the 29 items (82.8%), and the specific quality criteria from the JCI out 9 of 12 items (75%). Upon these results, researchers believe that there was a commitment in the hospital cultural change through organizational innovation, protocols, audits and specifically, in educational activities. In addition, the process reinforced the recognition of the field of study as an academic center with excellence in health quality and patient safety by the JCI in 2013. This study may support other hospitals to set goals for care improvement, and consequently, the nursing records, from educational interventions.

Keywords: Nursing records. Nursing audit. Hospital accreditation. Education department, hospital.

RESUMEN

NOMURA, Aline Tsuma Gaedke. **Acreditación hospitalaria como agente para la mejora de la calidad de los registros de enfermería en un hospital universitario**. 2014. 96 f.

Tesina (Maestría en Enfermería)-Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

El uso de registros electrónicos de salud aliados a los sistemas de clasificación, han favorecido la implementación del proceso de enfermería en la práctica clínica. Sin embargo; el contar con un sistema informatizado no garantiza la integridad y calidad de los registros, lo que requiere acciones sistematizadas para el crecimiento continuo, estas evaluaciones son realizadas por las instituciones hospitalarias que desean la Acreditación Internacional. Es viable utilizar entonces la auditoría hospitalaria como una herramienta para controlar la calidad del trabajo; en relación a ello, la institución estudiada desarrollo numerosas estrategias para mejorar la calidad de la atención, así como también sobre los registros de enfermería informatizados, con el fin de evaluar los cambios en la calidad de los registros de enfermería. El objetivo del presente estudio fue evaluar la calidad de los registros de enfermería en dos momentos diferentes, antes y después de la preparación para la Acreditación Hospitalaria. Se trata de un estudio observacional de intervenciones, cuantitativo y retrospectivo, realizado en un hospital universitario en el sur de Brasil. La población estuvo compuesta por las historias clínicas de pacientes hospitalizados en las Unidades Clínica y Quirúrgicas antes y después del período de preparación para la Acreditación Hospitalaria, realizado entre los meses de octubre de 2009 y 2013 respectivamente. Se incluyeron las historias clínicas de los pacientes que estuvieron hospitalizados por un mínimo cuatro días en la misma unidad, totalizando 224 historias. No se tuvo criterios de exclusión. Los datos fueron recolectados por dos evaluadores independientes entre los meses de diciembre de 2013 y enero de 2014. Para evaluar la calidad de los registros se utilizó dos instrumentos, el primero denominado Q-DIO-*Versão brasileira* traducido y validado para la lengua portuguesa. El segundo instrumento fue desarrollado concomitante con un manual de directrices, con lineamientos específicos de calidad de la *Joint Commission International* (JCI), no contempladas en el primer instrumento. Para estimar las concordancias interobservadores para los dos instrumentos, se realizó una prueba piloto con 24 historias clínicas. Los datos fueron analizados estadísticamente. Resultados: Hubo un progreso significativo en la calidad de los registros de enfermería después de las intervenciones ($p < 0,001$). En la evaluación de la puntuación total del instrumento Q-DIO-*Versão brasileira*, se observó un variación en 24 (82,8%) de los 29 ítems, y en 9 (75%) de 12 criterios de calidad específicos de la JCI. Con base en estos resultados, es factible hablar de un compromiso de cambio en la cultura movida por la innovación organizativa, los protocolos, las auditorías y en particular, por las intervenciones educativas, que favoreció el reconocimiento del hospital como un centro académico de excelencia en la calidad la salud y la seguridad del paciente por la JCI, en el año de 2013. Se espera que este trabajo impulse a otras instituciones hospitalarias para que establezcan metas que lleven al progreso en la atención y en consecuencia a los registros de enfermería.

Palabras clave: Registros de enfermería. Auditoria de enfermería. Acreditación de hospitales. Servicio de educación en hospital.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Concordância dos avaliadores quanto aos domínios do Q-DIO através do Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC)	36
Tabela 2 – Concordância dos avaliadores quanto ao JCI através do Coeficiente de Concordância Kappa para cada item do instrumento e Coeficiente de Correlação Intraclasse para o escore total	37
Tabela 3 – Comparação do escore total do instrumento Q-DIO – Versão brasileira e dos Critérios de qualidade específicos da JCI entre os anos de 2009 e 2013 (n=224). Porto Alegre/RS, 2014	41
Tabela 4 – Comparação dos domínios do instrumento Q-DIO – Versão brasileira entre os anos de 2009 e 2013 na amostra total (n=224).....	41
Tabela 5 – Comparação dos escores do Domínio de Diagnósticos de enfermagem como processo do Q-DIO - Versão brasileira entre os anos de 2009 e 2013 na amostra total (n=224)	42
Tabela 6 – Comparação dos escores do domínio de Diagnósticos de enfermagem como produto do Q-DIO – Versão brasileira entre os anos de 2009 e 2013 na amostra total (n=224)	44
Tabela 7 – Comparação dos escores do domínio de Intervenções de enfermagem do Q-DIO – Versão brasileira entre os anos de 2009 e 2013 na amostra total (n=224).....	45
Tabela 8 – Comparação dos escores do domínio de Resultados de enfermagem Q-DIO – Versão brasileira entre os anos de 2009 e 2013 na amostra total (n=224).....	46
Tabela 9 – Comparação dos escores dos critérios de qualidade específicos da JCI entre os anos de 2009 e 2013 (n=224)	47

LISTA DE SIGLAS

- ACC - Acesso e Continuidade dos Cuidados
- AGH - Aplicativo de Gestão Hospitalar
- AGHU - Aplicativo de Gestão Hospitalar Universitário
- AGHweb - Aplicativo de Gestão Hospitalar Web
- AOP - Avaliação do Paciente
- ASC - Anestesia e Cirurgia
- CBA - Consórcio Brasileiro de Acreditação
- CCI - Coeficiente de Correlação Intraclasse
- COP - Cuidados ao Paciente
- COPE - Comissão do Processo de Enfermagem
- DE- Diagnóstico de Enfermagem
- EAD – Educação a Distância
- EM - Elemento de Mensuração
- ESCI – Ehnfors & Smedby's comprehensiveness in recording instrument
- FMS - Gerenciamento e Segurança das Instalações
- GEO - Aplicativo de Gestão Estratégica Operacional
- GLD - Governo, Liderança e Direção
- GMR – Germe Multirresistente
- GPPG – Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
- HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
- JC - Joint Commission
- JCI - Joint Commission International
- MCI - Gerenciamento da Comunicação e Informação
- MMU - Gerenciamento e uso de Medicamentos

NANDA-I - NANDA-International

NIC – Nursing Intervention Classification

NOC – Nursing Outcomes Classification

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONA - Organização Nacional de Acreditação

PCI - Prevenção e Controle de Infecções

PE - Processo de Enfermagem

PEPI - Programs for Epidemiologists

PFE - Educação de Paciente e Familiares

PDF - Direitos do Paciente e Familiares

PNEPS - Política de Educação Permanente em Saúde

POP – Procedimento Operacional Padrão

Q-DIO – Versão brasileira - Quality of Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes – Versão brasileira

QOD - Qualidade dos Diagnósticos de Enfermagem

QPS - Melhoria da Qualidade e da Segurança

QUALIS - Programa de Gestão da Qualidade e da Informação em Saúde

SAMIS - Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde

SEC – Serviço de Enfermagem Cirúrgica

SEDE - Serviço de Enfermagem de Educação

SECLIN – Serviço de Enfermagem Clínica

SPSS – Statistical Package for the Social Science

SQE - Educação e Qualificação dos Profissionais

SUS – Serviço Único de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UP – Úlcera por Pressão

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVO	20
3 REFERENCIAL TEÓRICO	21
3.1 ACREDITAÇÃO HOSPITALAR	21
3.2 REGISTROS INFORMATIZADOS E LINGUAGEM PADRONIZADA	25
3.3 AVALIAÇÃO DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM	27
4 MÉTODO	30
4.1 DELINEAMENTO	30
4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	30
4.3 POPULAÇÃO	31
4.4 AMOSTRA.....	31
4.5 DESFECHO.....	32
4.6 INTERVENÇÃO: ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA INSTITUIÇÃO DURANTE O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR VISANDO A MELHORIA DA QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM	32
4.7 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	35
4.8 CAPACITAÇÃO PARA APLICAÇÃO DA Q-DIO - VERSÃO BRASILEIRA	35
4.9 ESTUDO PILOTO.....	36
4.10 COLETA DOS DADOS.....	37
4.11 ANÁLISE DOS DADOS	39
4.12 ASPECTOS ÉTICOS.....	40
5 RESULTADOS	41
6 DISCUSSÃO	50
6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	65
7 CONCLUSÃO	67

7.1 IMPLICAÇÕES PARA AS PRÁTICAS DE ENSINO, PESQUISA E ASSISTÊNCIA ..	67
REFERÊNCIAS	69
APÊNDICE A – Critérios de qualidade específicos da Joint Commission International.....	76
APÊNDICE B – Manual de orientação para preenchimentos dos critérios de qualidade específicos da Joint Commission International	77
ANEXO A – Versão brasileira do Q-DIO.....	78
ANEXO B – Orientações para aplicação do Q-DIO - Versão brasileira.....	79
ANEXO C – Intervenções realizadas pela instituição visando a Acreditação Hospitalar	86
ANEXO D - Termo de Compromisso para Utilização de Dados	94
ANEXO E – Qualificação do Projeto.....	95
ANEXO F – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA.....	96

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da tecnologia da informação na área da saúde auxilia na valorização da qualidade do cuidado, melhora a segurança e a complexidade da informação (SILVA et al., 2012a). Entretanto, apenas possuir um sistema informatizado não se configura em garantia de completude e qualidade de registros (SARANTO; KINNUNEN, 2009), necessitando de avaliações e aperfeiçoamento de forma sistemática.

Essas avaliações têm sido realizadas por instituições que buscam a Acreditação Hospitalar, cujo processo de avaliação é realizado por uma entidade separada e independente da instituição de saúde, que determina se esta atende a uma série de padrões criados a fim de melhorar a segurança e a qualidade do cuidado (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010a). Ao considerar esses padrões como ideais e concretizáveis, a acreditação propicia um compromisso, por parte da instituição, de garantir um ambiente seguro, minimizando riscos ao paciente e ao profissional; além de criar uma cultura de segurança e qualidade do cuidado e estimular a instituição ao aperfeiçoamento contínuo (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010a, MANZO et al., 2012).

Para esse processo, os registros de enfermagem são parte fundamental, na medida em que a qualidade do registro das ações assistenciais reflete a qualidade da assistência e a produtividade do trabalho; e, com base nesses documentos, pode-se permanentemente construir melhores práticas assistenciais, além de implementar ações que visem melhorias nos resultados operacionais, favorecendo a continuidade do trabalho (FONSECA et al., 2005, SILVA et al., 2012b). Na prática clínica, esses registros respaldam as informações quanto aos aspectos éticos e legais, atendendo a legislação profissional estabelecida na Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação e documentação do PE em ambientes públicos ou privados (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009). Somado a isso, promovem maior segurança na assistência, auxiliam na comunicação das informações acerca do paciente, possibilitam o ensino e a pesquisa, além de dar visibilidade às atribuições da equipe de enfermagem e caracterizar-se como fonte de dados para auditoria (REPPETTO; SOUZA, 2005, BORSATO, et al., 2012).

Dessa forma, a auditoria nas instituições hospitalares pode ser empregada como um instrumento de controle da qualidade do trabalho da equipe de enfermagem, com o objetivo de melhorar a qualidade do serviço prestado, além de avaliar a eficiência e eficácia dos programas em desenvolvimento (SETZ; D'INNOCENZO, 2009). Portanto, sua função não é

somente indicar as falhas e os problemas, mas também apontar sugestões e soluções, assumindo, portanto, um caráter eminentemente educacional (CHIAVENATO, 1981; DIAS et al., 2011).

A avaliação da qualidade dos registros de enfermagem do paciente constitui uma preocupação dos enfermeiros, que vêm aprimorando métodos para sua mensuração (SETZ; D'INNOCENZO, 2009). Nesta perspectiva encontra-se o instrumento *Quality of Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes – Versão brasileira (Q-DIO- Versão brasileira)* validado na língua portuguesa para avaliar a qualidade dos registros de enfermagem (LINCH et al., 2012; LINCH et al., 2014). Esse instrumento tem sido utilizado como indicador para avaliar e comparar a qualidade de registros de enfermagem, empregado como ferramenta em sistemas de auditorias e na avaliação do impacto de programas educacionais implementados (LINCH, 2012).

Corroborando essa questão avaliativa como processo educativo, a *Joint Commission International (JCI)* estabeleceu o Programa de Acreditação para Hospitais a fim de encorajar o cuidado seguro e de qualidade ao paciente, bem como a constante melhoria de desempenho da instituição. Essa avaliação possibilita fiscalizar o serviço realizado, verificar qualidade das ações desempenhadas, analisar sistematicamente documentos relacionando-os, principalmente, com a qualidade da assistência de enfermagem e os prejuízos financeiros à instituição, verificar se as normas institucionais e/ou legais estão sendo seguidas, assim como de monitorar a efetividade da implementação dessas informações (LUZ; MARTINS; DYNEWICZ, 2007; DIAS et al., 2011). A partir da gestão dos resultados destes fatores, é possível elevar a credibilidade da instituição junto à população, proporcionar um ambiente seguro e eficiente de trabalho, respeitar os direitos dos pacientes e familiares, criar uma cultura aberta e não punitiva sobre eventos adversos e estabelecer um estilo colaborativo de liderança que prima pela qualidade e segurança do paciente em todos os níveis (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010a).

Atualmente, mais de trezentas instituições de saúde estão certificadas ou acreditadas pela JCI no mundo (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010a). No Brasil, 12 hospitais são acreditados pela JCI, sendo o primeiro o Hospital Israelita Albert Einstein em São Paulo no ano de 1999. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) aderiu à Acreditação Hospitalar da JCI em 2009, iniciando o processo de preparação para avaliação externa certificadora, alcançado no ano de 2013. Esta experiência proporcionou uma mobilização sistêmica da Instituição com sólido investimento em ações educativas, que

resultou em mudanças significativas nos processos de trabalho. Até então, nenhum hospital público universitário do Brasil havia recebido este selo de qualidade.

No Brasil, o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) tornou-se o representante exclusivo e legal da JCI para aplicação da metodologia de certificação internacional, por meio de uma cooperação firmada em setembro do ano de 2000 (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2013a). Essa cooperação teve como objetivo oferecer acreditação conjunta, através da emissão de um único certificado, evidenciando que a organização satisfaz os padrões internacionais (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2013a). Proporcionou, com isso, oferecer assessoria educativa, avaliações simuladas e fazer parte da equipe de avaliadores para o processo propriamente dito.

Neste contexto avaliativo, cabe à equipe de enfermagem realizar registros que reflitam a assistência ao paciente de forma clara e fidedigna, considerando uma nova postura do profissional frente ao avanço tecnológico, à globalização e à mudança exigida no ambiente de trabalho (PERES et al., 2012). Desse modo, é necessário que a gestão da informação também seja dinâmica; assim, sistemas de classificação aliados à tecnologia da informação configuram-se em excelentes ferramentas para auxiliar nesse processo (LUCENA, 2013).

Essa operacionalização vem ao encontro dos princípios da instituição universitária do estudo. Assim, enfermeiros do hospital campo de estudo apropriaram-se da informática como ferramenta de promoção da qualidade do gerenciamento no cuidado, sobretudo para a tomada de decisão clínica no Processo de Enfermagem (PE) (ALMEIDA et al., 2011).

Na mesma instituição, o PE integra o prontuário do paciente desde a década de 1970 e, a partir do ano de 2000, passou a ser informatizado (ALMEIDA et al., 2011). Essa sistematização informatizada de gestão hospitalar proporcionou ao hospital adquirir reconhecimento internacional, o que rendeu o desenvolvimento do projeto intitulado AGHU (Aplicativo de Gestão Hospitalar Universitário). O mesmo tem como objetivo propiciar a transferência de tecnologia necessária à implantação do sistema informatizado do aplicativo de gestão hospitalar (AGH), desenvolvido no próprio HCPA, fortalecendo as melhores práticas de gestão em 46 Hospitais Universitários Federais do Ministério da Educação (BRASIL, 2012). Atualmente, o aplicativo de gestão utilizado pela instituição denomina-se Aplicativo de Gestão Hospitalar Web (AGHweb), ferramenta de transição necessária para a finalização do desenvolvimento e implantação do AGHU.

Visando a acreditação pela JCI, diversos planos e metas foram estabelecidos a fim de alcançar os resultados esperados pela instituição avaliadora. O estabelecimento desse processo requer uma abordagem conjunta, a fim de instituir um cuidado de qualidade ao

paciente. Assim, é necessário que se realize uma sólida atividade em equipe, para que, por meio da educação e capacitação de todos os profissionais envolvidos, seja possível atingir as metas propostas.

A partir do manual de padrões desenvolvido pela JCI, os prontuários passam a ser importante foco de avaliação nas instituições, tanto organizacional como assistencial. Conseqüentemente, a qualidade dos registros informatizados de enfermagem passaram a ter uma posição de extrema importância para alcançar a Acreditação Hospitalar. O manual é dividido em duas seções: *Seção I – Padrões com Foco no Paciente*, constituído de oito itens avaliativos e *Seção II – Padrões de Administração de Instituições de Saúde*, constituído de seis itens avaliativos (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010a). Dos quatorze itens avaliados pela JCI, dez deles dizem respeito diretamente aos registros de enfermagem, isto é, todos os itens da seção I e dois da seção II contemplam em sua avaliação a documentação realizada pela equipe de enfermagem no prontuário do paciente (LUCENA, 2013).

Considerando essa questão, durante o processo de certificação de qualidade internacional, a instituição desenvolveu inúmeras intervenções visando a melhoria da qualidade assistencial e dos registros informatizados de enfermagem. As propostas de educação permanente estenderam-se desde a formação de equipes focadas na capacitação de enfermeiros até mudanças na estrutura do sistema informatizado.

Estudos mostram que Acreditação Hospitalar tende a melhorar os resultados operacionais sobre a segurança do paciente, a interoperabilidade da comunicação informatizada e os processos de trabalho (MANZO et al., 2012; MANZO; BRITO; ALVES, 2013; KOBAYASHI; SILVA; AYOUB, 2010). No entanto, resultados relacionados especificamente à melhoria da qualidade do registro de enfermagem foram pouco mencionados em revisão de literatura sobre acreditação (DUARTE; SILVINO, 2010).

Com o propósito de avaliar as mudanças na qualidade dos registros informatizados de enfermagem, o presente estudo propõe-se a avaliar a qualidade dos mesmos em dois momentos distintos, antes e após o preparo para a Acreditação Hospitalar. Como justificativa do estudo, acredita-se que este trabalho incentive hospitais a estabelecerem metas de melhorias assistenciais, com vistas à qualidade dos registros de enfermagem, a partir de intervenções para incrementar o comprometimento da instituição em prol da qualidade e segurança de serviços de saúde prestados.

Neste sentido, pretende-se responder a seguinte questão de pesquisa: **A Intervenção desenvolvida durante o processo de Acreditação Hospitalar favoreceu a melhoria da qualidade dos registros de enfermagem?**

2 OBJETIVO

Analisar a qualidade dos registros de enfermagem, comparando o período antes e depois do preparo para a Acreditação Hospitalar.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A seguir, são apresentadas questões sobre o processo de Acreditação Hospitalar, bem como realizadas considerações sobre registros informatizados e linguagem padronizada e sobre a avaliação da qualidade dos registros de enfermagem. Esses tópicos abordados servem como fundamentação do estudo.

3.1 ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

No período entre 1998 e 1999, o Ministério da Saúde divulgou o projeto “Acreditação no Brasil”, a fim de sensibilizar e melhorar a compreensão do sistema brasileiro sobre esse processo e sua forma de operacionalização, culminando na criação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), em maio de 1999 (FELDMANN; GATTO; CUNHA, 2005). Em âmbito nacional, as instituições acreditadoras são empresas de direito privado, credenciados pela ONA, cuja responsabilidade é proceder a avaliação e certificação da qualidade dos serviços de saúde neste domínio. O propósito de acreditação foi desenvolvido para criar uma cultura de segurança e qualidade na instituição interessada em aperfeiçoar continuamente os processos de cuidado ao paciente, na busca da melhora dos resultados obtidos (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2013b). Desde sua fundação, em 1970, o HCPA tem sido referência de saúde no Brasil, por um modelo de gestão bem-sucedida, aliando ensino, pesquisa e uma assistência de qualidade (FRANCISCATO et al., 2011), o que resultou na certificação pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) em 2006 (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2013).

Partindo da premissa sobre a cultura de segurança e qualidade, a Joint Commission (JC) foi fundada nos Estados Unidos em 1951 e tem como missão melhorar continuamente a qualidade dos serviços de saúde para o público, juntamente com a instituição interessada, por meio de avaliações dos serviços visando à prestação de cuidados seguros e eficazes e de alta qualidade. Neste contexto, a Joint Commission International (JCI) propõe ampliar a missão da JC ao auxiliar instituições de saúde a melhorar o cuidado prestado ao paciente em mais de 90 países. Para tanto, lança mão de consultorias, acreditação, publicações e educação internacionais em instituições de saúde públicas e privadas (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010b).

A JCI estabeleceu o Programa de Acreditação para Hospitais a fim de encorajar e auxiliar o cuidado de qualidade ao paciente, bem como a constante melhoria de desempenho

da instituição. Além disso, visa melhorar os esforços sobre gerenciamento de riscos de modo a reduzir o número de eventos adversos, gerando maior segurança para o paciente e instituição (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010a).

Como ferramenta de auto-avaliação na realização desse processo, foi elaborado um Manual de Padrões de Acreditação da JCI, sendo considerado o ponto de partida para a acreditação. Este manual é dividido em duas seções: padrões com foco no paciente e padrões com foco administrativo (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010a).

A Seção I denominada *Padrões com Foco no Paciente* engloba oito metas de qualidade: Metas internacionais de segurança do paciente (Identificação do paciente, Comunicação efetiva, Segurança da medicação de alta vigilância, Cirurgias em local de intervenção, procedimento e paciente corretos, Redução do risco de infecção e Redução do risco da lesão por quedas); Acesso ao cuidado e continuidade do cuidado; Direitos do paciente e familiares; Avaliação dos pacientes; Cuidado aos pacientes; Anestesia e cirurgia; Gerenciamento e uso de medicamentos; Educação de pacientes e familiares (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010b). Cabe salientar a importância elementar das seis metas internacionais de segurança, amplamente difundida pela JCI, resultado da iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), ao lançar mão da Aliança Mundial para a Segurança em 2004, e da larga discussão sobre o assunto em cenário mundial, após publicação do relatório “To err is Human” (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000) pelo Instituto de Medicina nos EUA sobre o impacto dos erros evitáveis nos pacientes (SILVA, 2012).

A Seção II denominada *Padrões de Administração de Instituições de Saúde* inclui seis metas de qualidade: Melhoria da qualidade e segurança do paciente; Prevenção e controle de infecções; Governo, liderança e direção; Gerenciamento e segurança das instalações; Educação e qualificação de profissionais; Gerenciamento da comunicação e informação (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010b).

Apesar do processo ser avaliativo, e cada requisito analisado ser pontuado como “conforme”, “parcialmente conforme” ou “não conforme”, esse processo não deve ser visto como punitivo, e sim, educativo. O foco dos padrões da JCI objetiva elevar a segurança e a qualidade do cuidado ao nível mais alto possível, visando sempre à continuidade da melhoria dessa qualidade. Para que esta continuidade seja estabelecida, há necessidade de uma ação educativa conjunta de toda a equipe (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010b). Neste contexto, a educação permanente e continuada são estratégias de extrema importância, pois permitem atualização das práticas diárias, construção de relações e processos entre equipes assistenciais e práticas institucionais, além de reforçar uma estratégia para a

transformação do trabalho como uma prática reflexiva, crítica e propositiva, buscando constante melhoria da qualidade das ações e serviços da instituição em prol do paciente (MANZO et al., 2012).

No intuito de aderir a Acreditação Internacional, o HCPA desenvolveu diversas estratégias visando obter selo de qualidade, por meio da organização de grupos de trabalho e da promoção de ações educativas. O processo de Acreditação Internacional na instituição é coordenado pelo Programa de Gestão da Qualidade e da Informação em Saúde (Qualis) e conta com o auxílio de grupos de trabalho atuantes em áreas específicas, a fim de abranger os padrões de qualidade determinadas pela JCI (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2013).

A seguir, estão descritos os Grupos de Trabalho relacionados aos *Padrões Assistenciais*.

- **Acesso e Continuidade dos Cuidados (ACC)**, cuja área de desempenho refere-se à admissão, desempenho, alta, referência e acompanhamento, transferência e transporte;
- **Direitos do Paciente e Familiares (PDF)**, responsável pelo consentimento informado, pesquisa, doação de órgãos e bioética;
- **Avaliação do Paciente (AOP)**, facilitadores da avaliação inicial e reavaliação, serviços laboratoriais, raio-x e imagem;
- **Cuidados ao Paciente (COP)**, cuja área de desempenho abrange todos os pacientes, incluindo os de alto risco, alimentação e terapia nutricional, dor e cuidados paliativos;
- **Anestesia e Cirurgia (ASC)**, responsável pela organização e gerenciamento desta complexidade, assistência à sedação, anestésica e cirúrgica;
- **Gerenciamento e uso de Medicamentos (MMU)**, referente à organização e gerenciamento desta área, seleção e aquisição, armazenagem, preparo e dispensação, administração e monitoramento;
- **Educação de Paciente e Familiares (PFE)**, cuja área de desempenho refere-se à internação e orientação na alta.

Os Grupos de Trabalho referentes aos *Padrões de Administração* são descritos na sequência.

- **Melhoria da Qualidade e da Segurança (QPS)**, atuando na liderança e planejamento, elaboração dos processos clínicos e administrativos, coleta de dados para monitoramento da qualidade e análise de dados;

- **Prevenção e Controle de Infecções (PCI)**, responsável pela coordenação e liderança, foco do programa, procedimentos de isolamento, técnica de barreira e higiene das mãos, bem como pela educação dos profissionais;
- **Governo, Liderança e Direção (GLD)**, abrangendo governo da instituição, liderança e planejamento;
- **Gerenciamento e Segurança das Instalações (FMS)**, incluindo liderança e planejamento, segurança e proteção, materiais perigosos, gerenciamento de emergências, fogo, equipamentos médicos, sistemas utilitários e educação;
- **Educação e Qualificação dos Profissionais (SQE)**, responsável pelo planejamento, orientação e educação, corpo médico, enfermagem e outros profissionais;
- **Gerenciamento da Comunicação e Informação (MCI)**, atendendo questões de comunicação com a comunidade, comunicação com pacientes e familiares, comunicação entre profissionais interno e externo, liderança e planejamento, prontuário clínico, dados e informações agregadas.

Seguem os Grupos de Trabalho referentes às *Metas de Segurança*.

- **Meta 1**, responsável por questões institucionais quanto a identificação do paciente;
- **Meta 2**, dedica-se às questões envolvendo comunicação efetiva;
- **Meta 3**, atuante na segurança de medicamentos de alta vigilância;
- **Meta 4**, envolve-se em parâmetros visando cirurgia segura;
- **Meta 5**, representa questões institucionais referentes a risco de infecção;
- **Meta 6**, responsável por questões institucionais relativas às quedas.

Desta forma, a instituição pretendeu organizar-se baseada em critérios descritos no manual de Padrões de Acreditação da JCI para Hospitais, a fim de estabelecer metas e alcançar os objetivos propostos, na tentativa de assegurar a qualidade e a segurança dos serviços prestados (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2013). Para tanto, a instituição busca investir em atividades de educação, auxiliando na valorização dos registros de enfermagem como expressão do cuidado produzido. De modo educativo, é necessária a avaliação dos resultados desses processos como forma estratégica, na busca e conquista da qualidade do atendimento e da assistência de enfermagem prestada (DIAS et al., 2011).

Assim, no período de 24 a 28 de junho de 2013, o HCPA foi submetido a uma avaliação inicial pela JCI em conjunto com o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), contando com a presença de cinco avaliadores, sendo dois médicos do CBA, uma enfermeira do CBA e outra da JCI e um administrador da JCI (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2013b). O resultado desta avaliação permitiu evidenciar achados que não atingiram

conformidade, sendo proposta uma avaliação focal entre os dias 11 e 13 de novembro de 2013, acompanhada por três profissionais, um médico, uma enfermeira e um administrador, todos do CBA (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2013b). Após esta nova avaliação, foi outorgado ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre o status de Acreditado (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2013b). Para manter a acreditação, o hospital será monitorado de forma contínua quanto à conformidade dos padrões de qualidade da JCI durante o ciclo de três anos (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2013b).

3.2 REGISTROS INFORMATIZADOS E LINGUAGEM PADRONIZADA

Atualmente, observa-se nos diversos cenários da área da saúde um enorme volume de dados e informações heterogêneas, distribuídas, complexas e pouco estruturadas (SOUSA; DAL SASSO; BARRA, 2012). Apesar disso, exige-se cada vez mais um maior número de informações referente ao paciente, seus problemas clínicos e sua evolução (LINCH; MÜLLER-STAUß; RABELO, 2010). A fim de integrá-las em uma estrutura lógica de dados, em informação e conhecimento para a tomada de decisão do cuidado de enfermagem, o uso de sistemas de registros eletrônicos, aliados aos sistemas de classificações, têm se mostrado um caminho para aperfeiçoar os registros clínicos em saúde e apoiar o desenvolvimento do Processo de Enfermagem informatizado (SOUSA; DAL SASSO; BARRA, 2012, LINCH; MÜLLER-STAUß; RABELO, 2010).

O uso de terminologias padronizadas como NANDA-International (NANDA-I) (NANDA-I, 2012), Nursing Intervention Classification (NIC) (BULECHEK; DOCHTERMAN; BUTCHER, 2010) e Nursing Outcomes Classification (NOC) (MOORHEAD et al., 2010) são recomendadas em documentação de enfermagem eletrônica; além disso, sua ligação reflete e comunica trabalho da enfermagem e quando utilizado para fins de documentação, permite a agregação de dados para posterior avaliação dos resultados de enfermagem, essenciais na medição da qualidade e custo e efetividade dos cuidados de enfermagem (MÜLLER-STAUß, 2009). Em recente publicação, autores ratificam o uso da linguagem padronizada de enfermagem como contribuintes especiais no âmbito da avaliação de enfermagem, na comunicação e no gerenciamento do cuidado (CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013).

A NANDA-I é uma taxonomia multiaxial proposta para denominar os diagnósticos de enfermagem. Um DE consiste no julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou

da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais; constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro tem responsabilidade (NANDA-I, 2012).

Entretanto, estabelecer apenas o diagnóstico de enfermagem não é suficiente para atender as necessidades do paciente. Para a obtenção de resultados desejados, é preciso relacionar intervenções e prever resultados a serem alcançados (SEGANFREDO; ALMEIDA, 2011).

Seguindo esta tendência, de propor uma terminologia padronizada para os elementos do PE, em 1987 foi apresentada a Nursing Intervention Classification (BULECHEK; DOCHTERMAN; BUTCHER, 2010), desenvolvida por pesquisadores da Escola de Enfermagem da University of Iowa como proposta de Classificação das Intervenções de Enfermagem. A NIC é utilizada no planejamento e implementação das atividades de cuidado, configurando-se em um sistema de classificação abrangente, voltado para o tratamento dos DE da NANDA-I. É importante salientar que as atividades de cuidado da NIC não são prescritivas, podendo ser adaptadas às diferentes realidades da prática de enfermagem.

Já em 1991, vindo ao encontro da crescente necessidade dos profissionais de enfermagem de mensurar os resultados de suas ações, a mesma instituição que desenvolveu a NIC apresentou a Nursing Outcomes Classification (MOORHEAD et al., 2010), que consiste em uma proposta de Classificação dos Resultados de Enfermagem. A NOC é utilizada na etapa de planejamento e avaliação; compreende os Resultados de Enfermagem (RE) que descrevem o estado, comportamentos, reações e sentimentos do paciente, em resposta ao cuidado prestado. O uso da NOC possibilita monitorar a melhora, a piora ou a estagnação do estado do paciente durante um período de cuidado, além de permitir identificar o impacto, a qualidade, a efetividade e o custo das intervenções de enfermagem no cuidado ao paciente (MOORHEAD et al., 2010).

As três classificações possuem inter-relação e fornecem linguagens padronizadas para as respectivas etapas do PE. Além disso, as classificações são úteis na documentação da prática profissional, pois são importantes elementos no PE, no desenvolvimento de sistemas de informação e de prontuário eletrônico, permitindo a tomada de decisão sobre o cuidado de enfermagem do paciente (RUTHERFORD, 2008).

A documentação de enfermagem eletrônica tem sido considerada significativamente mais favorável do que a escrita em papel; os benefícios de um sistema informatizado são percebidos por fornecerem informações mais legíveis, precisas e completas, além de facilitar o gerenciamento e otimizar o cadastro de dados do paciente (MUNYISIA; YU; HAILEY,

2011). Em estudo realizado em um hospital universitário de São Paulo, vislumbrou-se a possibilidade de o sistema eletrônico subsidiar o raciocínio clínico ao apoiar decisões sobre diagnósticos, resultados, intervenções e atividades de enfermagem (PERES et al., 2012). Além disso, essa tecnologia contribui diretamente com a segurança do paciente, uma vez que possui o potencial de transformar o ambiente de trabalho, a prestação e a qualidade dos cuidados, tornar os procedimentos mais precisos e eficazes e promover a redução do risco da ocorrência de erro humano (SOUSA; DAL SASSO; BARRA, 2012).

Neste contexto, destaca-se que os registros eletrônicos em saúde são relevantes fontes de informação para se acompanhar os níveis de qualidade e segurança atingidos (SOUSA; DAL SASSO; BARRA, 2012). Entretanto, é necessária a capacitação tecnológica dos enfermeiros em diversos níveis de aprofundamento para a efetivação de projetos de implementação da informática nos processos de trabalho, constituindo uma nova concepção da informática compatível com a dimensão humana da prática profissional do enfermeiro, sendo fundamental a atualização constante, por meio de programas de educação permanente e ferramentas para facilitar esta aprendizagem (PERES et al., 2012).

Em um futuro próximo, a documentação eletrônica e padronizada irá permitir o acesso remoto e recorrente de dados entre profissionais de saúde e diferentes organizações. Isto propiciará a melhora da assistência aos pacientes, o desenvolvimento de protocolos de atendimento e pesquisas, bem como sua utilização para fins administrativos como distribuição de recursos humanos e financeiros (LINCH; MÜLLER-STAUB; RABELO, 2012).

3.3 AVALIAÇÃO DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM

A avaliação da qualidade dos serviços prestados constitui um pilar fundamental de garantia da assistência na saúde e é entendida como sendo um instrumento da gestão de serviços de saúde (MANZO; BRITO; CORREA, 2012). Muitos instrumentos têm sido desenvolvidos com o intuito de avaliar a qualidade dos registros de enfermagem. Em revisão sistemática, pesquisadores identificaram que instrumentos como Ehnfors & Smedby's comprehensiveness in recording instrument (ESCI) (BERGH et al., 2007), Cat-ch-Ing Instrument (BJÖRVELL; THORELL-EKSTRAND; WREDLING, 2000) e Quality of Diagnosis, Intervention and Outcomes (Q-DIO) (MÜLLER-STAUB et al, 2009) foram os mais utilizados (WANG; HAILEY; YU, 2011).

Ehnfors & Smedby's comprehensiveness in recording instrument (ESCI) constitui em um sistema de cinco níveis, baseado nas seguintes etapas do processo de enfermagem:

problema de enfermagem, intervenção e resultados, incluindo história de enfermagem, diagnósticos, metas e nota de alta, além da adequação da descrição do problema e a relevância dos registros para a enfermagem (BERGH et al., 2007).

Cat-ch-Ing Instrument foi desenvolvido com base no VIPS Model, um modelo sueco de documentação de enfermagem que utiliza um acrônimo formado a partir da palavra sueca para a integridade, bem-estar, prevenção e segurança, os quais são vistos como os principais objetivos da assistência de enfermagem; este instrumento consiste em 17 questões, incluindo data, assinatura, legibilidade e palavras chaves, cujo escore pode ser graduado de zero a 80 pontos (BJÖRVELL; THORELL-EKSTRAND; WREDLING, 2000).

Este instrumento serviu como base para o instrumento D-Catch, cuja avaliação dos diagnósticos de enfermagem, fundamentou-se nos instrumentos Escala de Acurácia de Diagnósticos de Enfermagem (LUNNEY, 2001) e Qualidade dos Diagnósticos de Enfermagem (QOD) (FLORIN; EHNRENBORG; EHNFORSS, 2005) (PAANS et al., 2010). A avaliação dos registros de enfermagem é constituída por seis itens: estrutura da documentação, nota de admissão, diagnóstico de enfermagem, intervenções de enfermagem, progresso e avaliação dos resultados de enfermagem e legibilidade (PAANS et al., 2010).

O instrumento Q-DIO foi desenvolvido na Suíça, entre 2005 e 2006, teve o intuito de mensurar a qualidade da coerência entre diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, por meio de 29 itens, fazendo uso de uma escala Likert de 3 e 5 pontos (MÜLLER-STAUB et al., 2009). Esse instrumento foi estruturado em quatro domínios: *Diagnóstico de enfermagem como processo*, avaliado por 11 itens, *Diagnóstico de enfermagem como produto*, avaliado por 8 itens, *Intervenções de enfermagem*, avaliadas por 3 itens, e *Resultados de enfermagem*, avaliados por 7 itens (MÜLLER-STAUB et al., 2008).

De todos os instrumentos encontrados, apenas o D-Catch e Q-DIO foram desenvolvidos a fim de avaliar tanto documentos eletrônicos como manuais (PAANS et al., 2010, MÜLLER-STAUB et al., 2009). Entretanto, o instrumento D-Catch teve suas propriedades psicométricas testadas apenas em seu país de origem (PAANS et al., 2010), enquanto o Q-DIO foi adaptado transculturalmente para a língua portuguesa (LINCH et al., 2012) e posteriormente validado (LINCH, 2012; LINCH et al., 2014) no Brasil e no local campo de estudo, passando a denominar-se *Q-DIO – Versão brasileira* (ANEXO 1).

Após a adaptação do instrumento original, o Q-DIO – Versão brasileira manteve os quatro domínios, embora seus itens passassem a ser avaliados por uma escala Likert de 3 pontos apenas. Além disso, foi construído um manual de orientações para seu uso (ANEXO 2). Apesar do instrumento ter sido validado em locais que se valem de registros manuais ou

eletrônicos e de linguagem padronizada ou não, evidenciou-se maiores médias para os itens em centros que utilizam registros eletrônicos e terminologias para diagnóstico de enfermagem (LINCH, 2012; LINCH et al., 2014).

Validado, Q-DIO – Versão brasileira pode ser utilizado a fim de comparar a qualidade dos registros, definir metas, avaliar o impacto da implementação de programas educacionais como capacitações, podendo ser utilizado como sistema de auditorias para os registros de enfermagem (LINCH, 2012; MÜLLER-STAUB et al., 2009; MÜLLER-STAUB et al., 2008).

É nessa perspectiva que este estudo foi desenvolvido para comparar a qualidade da documentação de enfermagem, após a Intervenção realizada durante o processo de preparo para a Acreditação Hospitalar.

4 MÉTODO

Neste capítulo, será apresentado o delineamento e as fases desenvolvidas no estudo, bem como as atividades educacionais realizadas durante o período de preparo para a Acreditação Hospitalar.

4.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo observacional de intervenções, retrospectivo de abordagem quantitativa (FLETCHER; FLETCHER, 2006). Na ausência de um consenso sobre a eficiência de uma única atividade implementada a fim de obter um desfecho, inúmeras atividades são realizadas, das quais independem a qualidade das evidências. Assim, diversos fatores determinam a qualidade desses e não apenas a evidência de uma única atividade (FLETCHER; FLETCHER, 2006).

Neste estudo, a Intervenção consistiu nas ações educativas realizadas pela enfermagem durante o período de preparo para a Acreditação Hospitalar, visando a melhoria da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário do paciente.

4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O campo de estudo foi um hospital público, geral e universitário, que atende 60 especialidades. Sua clientela é formada, prioritariamente, por pacientes do SUS. Está vinculado a uma universidade de grande porte do sul do país e disponibiliza sua estrutura para o desenvolvimento de atividades de ensino, contribuindo para a formação de profissionais qualificados. O hospital possui cerca de 850 leitos divididos entre 10 Serviços de Enfermagem.

As unidades de internação do campo de estudo equivalem ao Serviço de Enfermagem Clínica (SECLIN) e Cirúrgica (SEC). O SECLIN é composto por cinco unidades de internação clínicas: 4º Sul, 5º Norte, 6º Sul, 6º Norte e 7º Norte, contando com 25, 45, 34, 45 e 45 leitos respectivamente, somando 194 leitos. Esse serviço abrange 55 enfermeiros. O SEC é composto por sete unidades cirúrgicas: 3º Norte, 3º Sul, 7º Sul, 8º Norte, 8º Sul, 9º Norte e 9º Sul, contando com 17, 22, 34, 45, 34, 45 e 24 leitos respectivamente, somando 221 leitos. A unidade 9º Sul conta com seis núcleos de cuidados paliativos. O serviço abrange 66 enfermeiros.

Foi avaliado a qualidade dos registros de enfermagem em dois momentos, durante o mês anterior ao preparo para Acreditação Hospitalar e durante o mês final da etapa avaliativa desse processo. Ao considerar que o processo de acreditação iniciou em 2009 e a instituição de estudo passou pela avaliação focal em novembro de 2013, os dados foram coletados em prontuários de pacientes internados durante o mês de outubro de 2009 e outubro de 2013. Esses períodos serão referidos no texto como os anos de 2009 e 2013, pré e pós-Intervenção. Destaca-se que em 2009 eram atuantes 101 enfermeiros e em 2013, 118.

4.3 POPULAÇÃO

A população do estudo foram os registros de enfermagem do HCPA dos Serviços de Enfermagem Clínica e Cirúrgica no período pré-estabelecido. Foram escolhidos estes Serviços por abrangerem unidades de internação com grande representatividade de enfermeiros e leitos no hospital.

4.4 AMOSTRA

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado no programa PEPI (*Programs for Epidemiologists*) versão 4.0 e baseado no estudo “Validação do *Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes* (Q-DIO) para uso no Brasil e nos Estados Unidos da América” (LINCH, 2012) e no número de internações do mês outubro de 2013 nas unidades de interesse, totalizando 1.018 internações. Para um nível de confiança de 95%, um desvio padrão de 4,5 no score Q-DIO - Versão brasileira e uma margem de erro de 3%, obteve-se um mínimo de 224 prontuários, 112 para cada ano, sendo de 52 no SECLIN e 60 no SEC.

Foram considerados critérios de inclusão prontuários de pacientes internados por pelo menos quatro dias em uma mesma unidade de internação. Esta exigência foi baseada nas orientações para aplicação do instrumento Q-DIO - Versão brasileira (LINCH et al., 2014). Não foram previstos critérios de exclusão.

Para a obtenção desta amostra, foi solicitado ao Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde (SAMIS) da instituição uma query contendo os dados dos prontuários, dos períodos do estudo, considerando os critérios de inclusão, o que totalizou 1.922 prontuários. Após, os números dos prontuários para a amostra foram aleatoriamente selecionados por meio de uma randomização no site random.org (RANDOMORG, 2013).

Essa randomização considerou todas as unidades dos Serviços de Enfermagem Clínica e Cirúrgica, de forma proporcional ao número de internações do período.

4.5 DESFECHO

Impacto sobre a qualidade dos registros de enfermagem após a Intervenção realizada durante o período de preparo para a Acreditação Hospitalar.

4.6 INTERVENÇÃO: ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA INSTITUIÇÃO DURANTE O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR VISANDO A MELHORIA DA QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM

Além do Qualis e dos Grupos de Trabalho atuante no período de preparo para a Acreditação Hospitalar pela JCI, esse processo também contou com dois grupos na integração e no fortalecimento dessa metodologia: o Serviço de Enfermagem de Educação (SEDE) e a Comissão do Processo de Enfermagem (COPE). O SEDE foi criado em 2010 e seus projetos educativos são realizados na perspectiva da Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e em consonância com a Política de Educação em Enfermagem do Hospital, tendo como finalidade ativar, desenvolver, acompanhar e avaliar as ações educativas de formação e desenvolvimento no âmbito do trabalho da enfermagem na instituição (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2013d). A COPE é responsável pela condução da metodologia do PE, utilizado na prática clínica dos enfermeiros no cuidado aos pacientes; tem como objetivo principal coordenar a implementação, atualização e avaliação do Processo de Enfermagem, com ênfase no cuidado individualizado e no registro qualificado e seguro (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2013e).

Diversas atividades realizadas por esses grupos e serviços visaram atingir diretamente os registros de enfermagem, no intuito de considerá-los como indicadores de uma assistência de qualidade. As atividades, basicamente educativas, foram desenvolvidas de forma sistemática durante o período de preparo para a Acreditação Hospitalar (2009-2013) (Anexo 3). Os eventos serão listados a seguir em ordem cronológica.

- Estudos clínicos mensais promovidos pela COPE, focados no Processo de Enfermagem com o uso das taxonomias NANDA-I, NIC e NOC (2009-2013);

- Informativo da Comissão do Processo de Enfermagem do HCPA: divulgado na instituição quadrimestralmente, com o intuito de atualizar os profissionais da enfermagem acerca das atividades desenvolvidas (2009-2013);
- Reuniões sistemáticas das Comissões e Grupos a fim de discutir, implementar novas estratégias a fim de melhorar e manter a qualidade desse processo (2009-2013);
- Capacitação teórico-prática durante a Integração Setorial do Grupo de Enfermagem, destinadas a enfermeiros e técnicos de enfermagem recém admitidos para a utilização do sistema informatizado, ratificando a importância de registros completos e acurados (2009-2012);
- Desenvolvimento e distribuição de folders explicativos para os profissionais da saúde, visando reforçar a importância dos registros, como educação para pacientes e familiares (2009-2013);
- Criação e revisão dos manuais institucionais com orientações para profissionais sobre a prática dos registros de enfermagem (2009-2013);
- Reestruturação da Anamnese e Exame Físico de Enfermagem contida no sistema AGHweb: foram acrescentadas informações sobre educação de pacientes e familiares (2012-2013);
- Estabelecimento de itens de avaliação obrigatórios na Anamnese informatizada, como motivo da internação, presença de acompanhante, telefone, religião e escolaridade; alergias e medicamentos em uso; descrição das condições alimentares do paciente, identificando a necessidade de dieta especial oral ou enteral; avaliação funcional, incluindo risco de quedas; avaliação das condições da pele e tecidos, incluindo o risco de úlcera por pressão; avaliação da dor; avaliação social inicial; descrição das condições emocionais; avaliação das condições para o auto cuidado; crenças e valores; além de conduta de educação (2013);
- Capacitação em dois momentos (teórico e teórico-prática), para a Integração Setorial do Grupo de Enfermagem, de enfermeiros e técnicos de enfermagem recém admitidos para a utilização do sistema informatizado, ratificando a importância de registros completos e acurados (2013);
- Espaço disponibilizado pela instituição (Estande), contando com o auxílio de profissionais capacitados, integrantes da COPE e do SEDE, visando viabilizar o acesso a informações, esclarecer dúvidas e auxiliar quanto ao preenchimento dos registros informatizados de enfermagem no sistema AGHweb. Neste espaço também foram fornecidas orientações sobre como acessar os Procedimentos Operacionais

Padrão (POPs) e como registrar as etapas do Processo de Enfermagem informatizado no sistema AGHweb, além de esclarecer as seis metas internacionais de segurança. Esta estrutura física teve o intuito de contemplar o maior número possível de profissionais, em diversos turnos, para que todos tivessem acesso a informações acerca destes tópicos (2013);

- Implantação gradual do módulo “controles do paciente” no sistema informatizado. Trata-se dos registros informatizados relacionados aos sinais vitais, eliminações, escala de mensuração de risco para úlcera por pressão e risco de quedas, balanço hídrico e anotações de enfermagem (2013);
- Desenvolvimento de um siglário institucional, com acesso disponível na intranet da instituição (2013);
- Visitas ativas sistemáticas de membros do PFE, SEDE e COPE nas unidades de internação, a fim de estimular, orientar e envolver a equipe de enfermagem no processo de mudanças realizadas durante o preparo para Acreditação Hospitalar (2013);
- Grupos focados baseados nos itens essenciais definidos pela instituição por meio da verificação educativa dos prontuários junto às equipes nas unidades (2013);
- Realização de avaliações educativas pelo SEDE, COPE e enfermeiros assistenciais em prontuários eletrônicos, a fim de verificar a presença de registros sobre educação de paciente e familiares e estabelecer estratégias para sanar ou amenizar os problemas encontrados (2013);
- Palestras realizadas para todos os enfermeiros no intuito de capacitá-los para o preenchimento correto da Anamnese e Exame físico, além de reforçar a importância do registro ser completo e realizado nas primeiras 24h de internação (2012);
- Desenvolvimento e revisão dos POPs, com acesso no GEO (Aplicativo de Gestão Estratégica e Operacional) e divulgação ativa nas unidades de internação, buscando incentivar seu uso de forma regular (2013);
- Desenvolvimento de cursos no formato de Educação à Distância (EAD), para qualificação dos registros de enfermagem, como Direitos e deveres dos pacientes e Prontuário do paciente (2013).

4.7 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para avaliar a qualidade desses registros de enfermagem, foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados. Optou-se pelo uso do Q-DIO – Versão brasileira, uma vez que o hospital foi campo de estudo na validação desse instrumento, tendo obtido Alfa de Crombach de 0,70, ICC de 0,74 e validade de construto divergente com média de 36,8 ($\pm 4,5$) pontos na avaliação da qualidade dos registros de enfermagem (LINCH, 2012, LINCH et al., 2014), justificando assim seu uso nessa pesquisa (Anexo 1). Para atender outros quesitos de qualidade desses registros, foi elaborado um instrumento contendo os critérios de qualidade específicos da JCI não contemplados no Q-DIO – Versão brasileira.

A JCI possui critérios avaliativos bem definidos para mensuração da qualidade dos registros de enfermagem, os quais são denominados *Elementos de Mensuração* (EMs). Os EMs são os requisitos de um padrão e de seu propósito cuja avaliação recebe uma pontuação no decorrer do processo da avaliação de acreditação. Assim, especificam o que é necessário para estar em completa conformidade com o padrão (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010a).

Assim, doze critérios de qualidade baseados nos elementos de mensuração da JCI não contemplados pelo Q-DIO – Versão brasileira foram agrupados e pontuados. Por meio de uma escala de três pontos, foi possível seguir tanto o padrão de avaliação da JCI, considerando as definições de “*Conforme*”, “*Parcialmente conforme*” e “*Não conforme*”, como estabelecer um escore máximo de acordo com o Q-DIO – Versão brasileira, totalizando 24 pontos, segundo o APÊNDICE A. Esses itens de mensuração são descritos no estudo como *Critérios de qualidade específicos da JCI*. Para seu correto preenchimento, foi elaborado, concomitante ao instrumento, um manual de orientações para o seu uso, com definições operacionais estratificadas nos itens de 0 a 2 para cada item, conforme APÊNDICE B. Tanto o instrumento com os critérios da JCI agrupados, como seu manual de orientação foram elaborados e revisados pelos pesquisadores.

4.8 CAPACITAÇÃO PARA APLICAÇÃO DA Q-DIO- VERSÃO BRASILEIRA

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e por doutorando da pós-graduação da universidade vinculada ao hospital campo de estudo. Os pesquisadores foram capacitados por uma das autoras do Q-DIO - Versão brasileira, para o preenchimento desse instrumento. Essa capacitação teve duração de três horas e ocorreu no mês de outubro de 2013, na

instituição do estudo, com avaliação de um prontuário aleatório. Após a capacitação, foram selecionados dois prontuários aleatórios da query disponível e avaliados individualmente pela pesquisadora e pelo doutorando, por meio do Q-DIO - Versão brasileira e dos Critérios de qualidade específicos da JCI. Cada resultado foi comparado e discutido entre os coletadores a fim uniformizar a avaliação dos registros de enfermagem.

4.9 ESTUDO PILOTO

Para estimar a concordância entre os dois avaliadores no preenchimento do Q-DIO – Versão brasileira e dos Critérios de qualidade específicos da JCI, foi realizado um estudo piloto. Para tanto, calculou-se o número de instrumentos em 10%, ou seja, em 24 prontuários. Os prontuários foram selecionados aleatoriamente, a partir da query solicitada pela pesquisadora e por meio do site random.org (RANDOMORG, 2013), contemplando todas as unidades do SECLIN e SEC nos dois períodos.

Os coletadores avaliaram os mesmo prontuários e preencheram os instrumentos individualmente. Após, os resultados de cada critério foram pareados e comparados.

Como o Q-DIO – Versão brasileira é um instrumento já validado em língua portuguesa e no campo em estudo, utilizou-se o Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC), como apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Concordância dos avaliadores quanto aos domínios do Q-DIO através do Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC). Porto Alegre/RS, 2014

Domínios	ICC	p
Diagnósticos de enfermagem como processo	0,99	<0,001
Diagnósticos de enfermagem como produto	0,95	<0,001
Intervenções de Enfermagem	0,90	<0,001
Resultados de Enfermagem	0,93	<0,001

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

A concordância avaliada no instrumento Q-DIO – Versão brasileira foi excelente para todos os domínios ($\alpha=0,90$ a $\alpha =0,99$).

Para a concordância dos avaliadores quanto aos critérios de qualidade específicos da JCI, instrumento construído para o estudo e não validado, empregou-se o Coeficiente de Concordância Kappa para cada critério de qualidade e, para o escore total, o ICC, conforme Tabela 2.

Tabela 2 – Concordância dos avaliadores quanto aos critérios da JCI através do Coeficiente de Concordância Kappa para cada item do instrumento e Coeficiente de Correlação Intraclassa para o escore total. Porto Alegre/RS, 2014

Variáveis	Kappa	p
1. Presença da anamnese de exame físico de enfermagem	1,00	<0,001
2. Protocolo de prevenção de quedas	0,81	<0,001
3. Protocolo de gerenciamento da dor	0,85	<0,001
4. Protocolo de prevenção UP	0,88	<0,001
5. Educação de gerenciamento da dor, controle de infecção e risco de quedas	0,93	<0,001
6. Avaliação das linhas de cuidado	1,00	<0,001
7. Compreensão da educação fornecida	0,85	<0,001
8. Nota de transferência	0,93	<0,001
9. Avaliação em cuidados paliativos	1,00	<0,001
10. Siglas padronizadas	1,00	<0,001
11. Frequência de evoluções de enfermagem	0,83	<0,001
12. Frequência de prescrições de enfermagem	*	*
	ICC	p
Escore Total	1,00	<0,001

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

* não foi possível o cálculo porque a variável não apresentou variações.

Quanto aos critérios de qualidade específicos da JCI, a concordância foi de boa a muito boa para todos os itens ($k=0,81$ a $k=1,00$) e também excelente para o escore total (ICC $\alpha =1,00$).

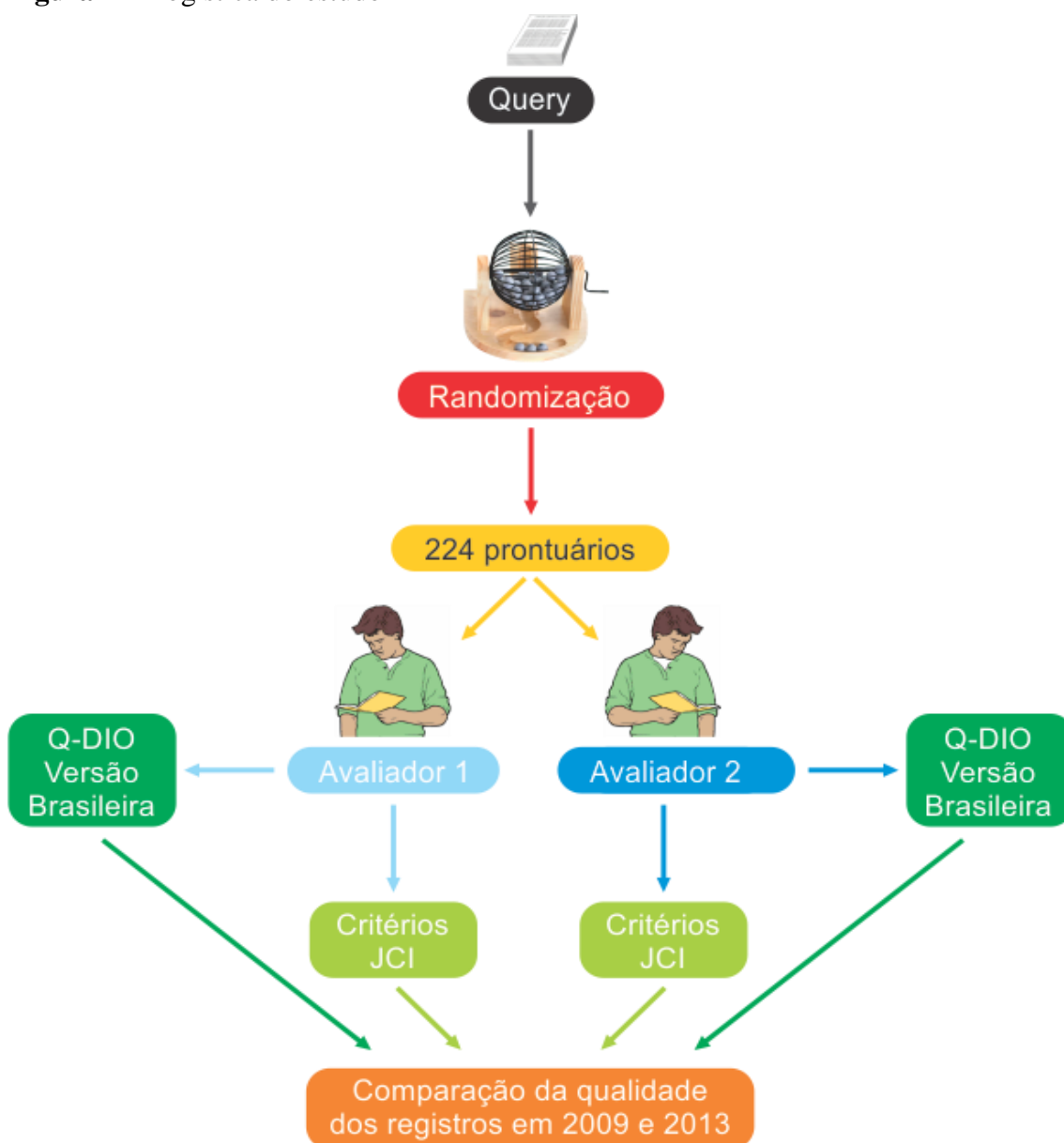
4.10 COLETA DOS DADOS

Os instrumentos *Q-DIO* - Versão brasileira e os critérios de qualidade específicos da JCI foram aplicados nos prontuários selecionados nos dois períodos, pré e pós Intervenção.

Para a coleta de dados foi elaborado um instrumento no formato de *checklist informatizado*, que continha variáveis relacionadas aos 29 itens do Q-DIO – Versão brasileira e aos 12 critérios de qualidade específicos da JCI. Essa ferramenta foi desenvolvida por meio de uma aplicação WEB com interface desenvolvida em HTML e linguagem de programação ASP. O armazenamento dos dados foi realizado em um banco de dados Microsoft Access.

Os dados foram coletados entre dezembro de 2013 e janeiro de 2014, no Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde (SAMIS) do hospital em estudo, na documentação informatizada e em prontuários impressos. Os 224 prontuários foram selecionados aleatoriamente. A avaliação de cada prontuário teve duração em torno de 25 minutos. A Figura 1 demonstra a logística da coleta de dados.

Figura 1 – Logística do estudo



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

4.11 ANÁLISE DOS DADOS

Para a elaboração de base, gerenciamento de dados e análise estatística foi utilizado o programa estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 18.0 para Windows.

A análise dos dados foi realizada por meio da comparação da pontuação do escore total do instrumento *Q-DIO* - Versão brasileira, dos quatro domínios e de seus itens, além da comparação do escore total e de cada um dos Critérios de qualidade específicos da JCI entre o primeiro e o segundo grupo. Para a comparação das variáveis contínuas, assimétricas, foi

utilizado o teste de Mann-Whitney e representado por mediana e intervalo interquartil. A comparação entre as variáveis categóricas foi feita utilizando-se o teste do qui-quadrado e representados por números absolutos e percentis, com resíduos padronizados ajustados e, quando indicado, a correção de Yates ou o teste exato de Fischer. O nível de significância estatística utilizada foi de 5% ($p < 0,05$).

4.12 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi desenvolvido de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, que consta da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013). Conforme a especificidade do estudo, para uso dos dados de prontuário do paciente, foi assinado pelos pesquisadores o Termo de Compromisso para Utilização de Dados (ANEXO 4). O projeto foi aprovado em exame de qualificação na Escola de Enfermagem da UFRGS (ANEXO 5) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA (GPPG/HCPA), sob número 130389 (ANEXO 6).

5 RESULTADOS

Inicialmente são apresentados os resultados referentes à diferença entre os anos de 2009 e 2013 dos escores totais do instrumento Q-DIO – Versão brasileira e dos Critérios de qualidade específicos da JCI. Após, segue a diferença entre os domínios do Q-DIO – Versão brasileira e, na sequência, a diferença de cada questão/item pertinente aos dois instrumentos.

Quando avaliado o escore total do instrumento Q-DIO – Versão brasileira e dos Critérios de qualidade específicos da JCI, entre os anos, constatou-se diferença significativa, considerando um escore mínimo de “zero” para os dois instrumentos e máximo de 58 pontos para o primeiro e de 24 pontos para o segundo, conforme Tabela 3.

Tabela 3 – Comparação do escore total do instrumento Q-DIO – Versão brasileira e dos Critérios de qualidade específicos da JCI entre os anos de 2009 e 2013 (n=224). Porto Alegre/RS, 2014

Variáveis	2009		2013		P
	N	Md (P25 – P75)	N	Md (P25 –P75)	
Escore Total da Q-DIO – Versão brasileira	112	31 (28 – 37)	112	43 (37 – 47)	<0,001
Escore Total dos Critérios de qualidade da JCI	112	9 (7 – 10)	112	19 (17 – 20)	<0,001

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Dados representados por mediana e intervalo interquartil

Os quatro domínios do Q-DIO – Versão brasileira foram agrupados, considerando um escore máximo de 22 pontos para o primeiro domínio, de 16 pontos para o segundo, de seis para o terceiro e de 14 para o último domínio. Assim, é possível destacar que houve diferença significativa entre todos os seus domínios, conforme dados da Tabela 4.

Tabela 4 – Comparação dos domínios do instrumento Q-DIO – Versão brasileira entre os anos de 2009 e 2013 na amostra total (n=224). Porto Alegre/RS, 2014

Questões	2009	2013	p
	Md (P25 – P75)	Md (P25 – P75)	
Domínio de Diagnósticos de enfermagem como processo	5 (2 – 9)	13 (9 – 16)	<0,001
Domínio de Diagnósticos de enfermagem como produto	15 (13 – 16)	15 (14 – 16)	0,002

Tabela 4 – Comparação dos domínios do instrumento Q-DIO – Versão brasileira entre os anos de 2009 e 2013 na amostra total (n=224). Porto Alegre/RS, 2014

Questões	2009		2013		Conclusão
	Md (P25 – P75)		Md (P25 – P75)		p
Domínio de Intervenções de Enfermagem	6 (5 – 6)		6 (6 – 6)		<0,001
Domínio de Resultados de Enfermagem	7 (4 – 9)		9 (7 – 11)		<0,001

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Dados representados por mediana e intervalo interquartil

As questões do instrumento Q-DIO – Versão brasileira são apresentadas de forma agrupada por domínio a fim de facilitar a análise dos dados. O primeiro domínio refere-se aos *Diagnósticos de enfermagem como processo*, compreendendo onze questões. Quando avaliada cada questão, considerando-se as três categorias de classificação de registros (“zero” para não documentado, 1 para parcialmente documentado e 2 para documentação completa), observou-se que houve melhora nos documentos, reduzindo a proporção de prontuários com valor “zero” e aumentando as proporções nas demais categorias, conforme mostra a Tabela 5.

Tabela 5 – Comparação dos escores do Domínio de Diagnósticos de enfermagem como processo do Q-DIO – Versão brasileira entre os anos de 2009 e 2013 na amostra total (n=224). Porto Alegre/RS, 2014

Questões	Anos				Continua
		0	1	2	p
1. Situação atual que levou a internação	2009	13 (11,6)	37 (33,0)	62 (54,4)	<0,001
	2013	1 (0,9)	18 (16,4)	93 (83,0)	
2. Ansiedade, preocupações, expectativas e desejos relacionados à internação	2009	54 (48,2)	31 (27,7)	27 (24,1)	<0,001
	2013	18 (16,1)	47 (42,0)	47 (42,0)	
3. Situação social e ambiente/circunstâncias em que vive	2009	67 (58,8)	31(27,7)*	14 (12,5)	<0,001
	2013	37 (33,0)	44(39,3)	31 (27,7)	
4. Enfrentamento da situação atual/com a doença	2009	64 (57,1)	31 (27,7)	17 (15,2)	<0,001
	2013	19 (17,0)	49 (43,8)	44 (39,3)	
5. Crenças e atitudes em relação à vida (relacionados à internação)	2009	93 (83)	19 (17)	0 (0)	<0,001
	2013	27 (24,1)	50 (44,6)	35 (31,3)	

Tabela 5 – Comparação dos escores do Domínio de Diagnósticos de enfermagem como processo do Q-DIO – Versão brasileira entre os anos de 2009 e 2013 na amostra total (n=224). Porto Alegre/RS, 2014

Questões	Anos				Conclusão
		0	1	2	p
6. Informações sobre o paciente e familiares/ outras pessoas importantes na situação	2009	106 (94,6)	6,0 (5,4)	0 (0)	<0,001
	2013	23 (20,5)	84 (75)	5,0 (4,5)	
7. Questões sobre intimidade pessoal relacionadas ao gênero	2009	89 (79,5)	14 (12,5)	9,0 (8,0)	0,665
	2013	86 (76,8)	13 (11,6)	13 (11,6)	
8. Hobbies, atividades de lazer	2009	81 (73,3)	24 (21,4)*	7,0 (6,3)	<0,001
	2013	46 (41,1)	36 (32,1)	30 (26,8)	
9. Pessoas importantes (para contato)	2009	85 (75,9)	14 (12,5)*	13 (11,6)	<0,001
	2013	20 (17,9)	24 (21,4)	68 (60,7)	
10. Atividades da vida diária	2009	70 (62,5)	38 (33,9)	4 (3,6)	<0,001
	2013	29 (25,9)	61 (54,5)	22 (19,6)	
11. Prioridades relevantes de enfermagem de acordo com a avaliação	2009	13 (11,6)	55 (49,1)	44 (39,3)	<0,001
	2013	0 (0)	22 (19,6)	90 (80,4)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Dados representados por números absolutos e percentual.

* Análise de resíduo não significativa.

Com exceção da *Questão 7 - Questões sobre intimidade pessoal relacionadas ao gênero* houve diferença estatística nos registros dos prontuários de 2009 para 2013. Ao se avaliar as diferenças entre os anos em cada categoria de classificação das questões, identificou-se que não houve diferenças do ponto de vista estatístico na categoria 1 nas questões 3 - *Situação social e ambiente/circunstâncias em que vive*, 8 - *Hobbies, atividades de lazer* e questão 9 - *Pessoas importantes (para contato)*, embora tenha apresentado mais de 10% de incremento entre 2009 e 2013.

Quanto ao domínio *Diagnósticos de enfermagem como produto*, apenas a questão 19, identificada como *A meta de enfermagem é alcançável por meio das intervenções*, não apresentou diferença significativa, evidenciando um $p=0,087$. Ao considerar as diferenças nas categorias de classificação de registros entre os anos, não houve diferença estatística na categoria 1 em praticamente todas as questões, exceto na *Questão 18 - A meta de enfermagem se relaciona/corresponde ao diagnóstico de enfermagem*. Nas demais categorias houve diferença significativa, exceto na *Questão 16 - Os sinais e sintomas estão registrados* e na

Questão 19 - A meta de enfermagem é alcançável por meio das intervenções, que não apresentaram diferença significativa entre os anos na categoria “zero” e categoria 3, respectivamente. É possível observar pequenas proporções de prontuários pontuados na categoria “zero”, contrapondo a maiores proporções na categoria 2 nos anos avaliados, conforme demonstra a Tabela 6.

Tabela 6 – Comparação dos escores do domínio de Diagnósticos de enfermagem como produto do Q-DIO – Versão brasileira entre os anos de 2009 e 2013 na amostra total (n=224). Porto Alegre/RS, 2014

Questões	Anos	0	1	2	p
12. Problema de Enfermagem/Título do diagnóstico está registrado	2009	7 (6,3)	1 (0,9)*	104 (92,9)	0,036
	2013	1 (0,9)	0 (0)	111 (99,1)	
13. Título do diagnóstico está formulado e numerado de acordo com a NANDA.	2009	7 (6,3)	1 (0,9)*	104 (92,9)	0,036
	2013	1 (0,9)	0 (0)	111 (99,1)	
14. A etiologia está registrada	2009	7 (6,3)	1 (0,9)*	104 (92,9)	0,036
	2013	1 (0,9)	0 (0)	111 (99,1)	
15. A etiologia está correta, e corresponde ao diagnóstico de enfermagem	2009	7 (6,3)	8 (7,1)*	97 (86,6)	0,046
	2013	1 (0,9)	5 (4,5)	106 (94,6)	
16. Os sinais e sintomas estão registrados	2009	8 (7,1)	25 (22,3)*	79 (70,5)	0,023
	2013	2 (1,8)	15 (13,4)	95 (84,8)	
17. Os sinais e sintomas estão corretamente relacionados com o diagnóstico de enfermagem	2009	9 (8,0)	24 (21,4)*	79 (70,5)	0,018
	2013	2 (1,8)	15 (13,4)	95 (84,8)	
18. A meta de enfermagem se relaciona/corresponde ao diagnóstico de enfermagem	2009	12 (10,7)	66 (58,9)	34 (30,4)	0,002
	2013	4 (3,6)	50 (44,6)	58 (51,8)	
19. A meta de enfermagem é alcançável por meio das intervenções	2009	10 (8,9)	21 (18,8)*	81 (72,3)*	0,087
	2013	3 (2,7)	17 (15,2)	92 (82,1)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Dados representados por números absolutos e percentual.

* Análise de resíduo não significativa.

No domínio de Intervenções de Enfermagem do Q-DIO - Versão brasileira, das três questões, a *Questão 20*, identificada como *Concretas, claramente nomeadas de acordo com as intervenções da NIC - e planejadas*, não apresentou diferença significativa entre os anos. Na avaliação das diferenças em cada categoria de classificação de registros entre os anos, percebe-se que a mesma questão não apresentou diferença em nenhuma das categorias, enquanto a *Questão 21* apresentou diferença significativa apenas na categoria “zero” e na *Questão 22* não houve diferença significativa na categoria “zero”. Salienta-se, entretanto, a grande proporção de prontuários na categoria *Documentação Completa* (pontuado como 2) tanto em 2009 como em 2013, de acordo com a Tabela 7.

Tabela 7 – Comparação dos escores do domínio de Intervenções de Enfermagem do Q-DIO – Versão brasileira entre os anos de 2009 e 2013 na amostra total (n=224). Porto Alegre/RS, 2014

Questões	Anos	0	1	2	p
20. Concretas, claramente nomeadas de acordo com as intervenções da NIC - e planejadas (o que será realizado, como, com que frequência e por quem)	2009	1 (0,9)*	1 (0,9)*	110 (98,2)*	0,499
	2013	0 (0)	1 (0,9)	111 (99,1)	
21. As intervenções de enfermagem têm efeito sobre a etiologia dos diagnósticos de enfermagem	2009	8 (7,1)	11 (9,8)*	93 (83,0)*	0,033
	2013	1 (0,9)	9 (8,0)	102 (91,1)	
22. As intervenções de enfermagem realizadas estão registradas (o que foi realizado, como, com que frequência e por quem)	2009	1 (0,9)*	22 (19,6)	89 (79,5)	<0,001
	2013	0 (0)	5 (4,5)	107 (95,5)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Dados representados por números absolutos e percentual.

* Análise de resíduo não significativa.

Quanto à avaliação dos escores das questões do domínio de Resultados de Enfermagem Q-DIO – Versão brasileira há evidência de que todas as questões mostraram diferença significativa nos anos de 2009 e 2013, exceto a *Questão 23, Mudanças críticas de diagnósticos são avaliadas diariamente ou turno a turno/diagnósticos prolongados são avaliados a cada quatro dias*, e *Questão 26, O resultado de enfermagem é observável/medido e registrado de acordo com NOC*. Ao avaliar as categorias de classificação, identificou-se que não houve diferença estatística na *Questão 23* para as categorias “zero” e 1 e para todas as

três categorias da *Questão 26*. Além disso, também não houve diferença entre os anos na categoria 1 para as questões 28, identificada como *Existe uma relação entre os resultados e as intervenções de enfermagem* e 29, *Os resultados e os diagnósticos de enfermagem estão internamente relacionados*. Os resultados do quarto domínio do Q-DIO - Versão brasileira são apresentados na Tabela 8.

Tabela 8 – Comparação dos escores do domínio de Resultados de Enfermagem Q-DIO – Versão brasileira entre os anos de 2009 e 2013 na amostra total (n=224). Porto Alegre/RS, 2014

Questões	Anos	0	1	2	p
23. Mudanças críticas de diagnósticos são avaliadas diariamente ou turno a turno/ diagnósticos prolongados são avaliados a cada quatro dias	2009	8 (7,1)*	29 (25,9)*	75	0,057
	2013	3 (2,7)	19 (17,0)	(67,0) 90 (80,4)	
24. O diagnóstico de enfermagem está reformulado	2009	23 (20,5)	38 (33,9)	51 (45,5)	<0,001
	2013	4 (3,6)	15 (13,4)	93 (83,0)	
25. O resultado de enfermagem está registrado	2009	48 (42,9)	63 (56,3)	1 (0,9)	<0,001
	2013	17 (15,2)	87 (77,7)	8 (7,1)	
26. O resultado de enfermagem é observável/medido e registrado de acordo com NOC	2009	112	0 (0)*	0 (0)*	0,498 ^{(F)**}
	2013	(100)* 110 (98,2)	2 (1,8)	0 (0)	
27. O resultado de enfermagem indica: - melhora dos sintomas do paciente - melhora do conhecimento do paciente - melhora das estratégias de enfrentamento do paciente - melhora das habilidades de autocuidado - melhora no estado funcional	2009	85 (75,9)	14 (12,5)	13 (11,6)	<0,001
	2013	37 (33,0)	44 (39,3)	31 (27,7)	

Tabela 8 – Comparação dos escores do domínio de Resultados de Enfermagem Q-DIO – Versão brasileira entre os anos de 2009 e 2013 na amostra total (n=224). Porto Alegre/RS, 2014

Questões	Anos				Conclusão
		0	1	2	p
28. Existe uma relação entre os resultados e as intervenções de enfermagem	2009	20 (17,9)	39 (34,8)*	53 (47,3)	0,005
	2013	6 (5,4)	34 (30,4)	72 (64,3)	
29. Os resultados e os diagnósticos de enfermagem estão internamente relacionados	2009	17 (15,2)	38 (33,9)*	57 (50,9)	0,005
	2013	4 (3,6)	34 (30,4)	74 (66,1)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Dados representados por números absolutos e percentual.

* Análise de resíduo não significativa.

** Teste exato de Fischer

Dessa forma, houve melhora significativa em praticamente todos os itens (24/29=82,8%) do Q-DIO – Versão brasileira, considerando o período anterior e posterior ao preparo para a Acreditação Hospitalar.

Quanto aos critérios de qualidade da JCI, considerando as três categorias de documentação, classificadas como “zero”- *Não conforme*, 1 – *Parcialmente conforme* e 2 – *Conforme*, houve diferença significativa em praticamente todas as variáveis (9/12=75%) entre os anos de 2009 e 2013, exceto na *Questão 9, Avaliação em cuidados paliativos*, *Questão 10, Siglas padronizadas*, e *Questão 12, Frequência de prescrições de enfermagem*, conforme Tabela 9.

Tabela 9 – Comparação dos escores dos critérios de qualidade específicos da JCI entre os anos de 2009 e 2013 (n=224). Porto Alegre/RS, 2014

Questões	Anos				Continua
		0	1	2	p
1. Presença da anamnese e exame físico de enfermagem	2009	29 (26,1)	36 (32,4)	46 (41,4)	<0,001
	2013	2 (1,8)	23 (20,5)	87 (77,7)	
2. Protocolo de prevenção de quedas	2009	108	4 (3,6)	0 (0)	<0,001
	2013	(96,4)	12 (10,7)	99 (88,4)	
3. Protocolo de gerenciamento da dor	2009	70 (62,5)	39 (34,8)*	3 (2,7)	<0,001
	2013	6 (5,4)	33 (29,5)	73 (65,2)	
4. Protocolo de prevenção UP	2009	57 (50,9)	53 (47,3)	2 (1,8)	<0,001
	2013	2 (1,8)	8 (7,1)	102 (91,1)	

Tabela 9 – Comparação dos escores dos critérios de qualidade específicos da JCI entre os anos de 2009 e 2013 (n=224). Porto Alegre/RS, 2014

Questões	Anos				Conclusão
		0	1	2	p
5. Educação de gerenciamento da dor, controle de infecção e risco de quedas	2009	107	5 (4,5)*	0 (0)	<0,001
	2013	(95,5) 1 (0,9)	10 (8,9)	101 (90,2)	
6. Avaliação das linhas de cuidado	2009 (n=48)	11 (22,9)	35 (72,9)	2 (4,2)	<0,001
	2013 (n=59)	2 (3,4)	32 (54,2)	25 (42,4)	
7. Compreensão da educação fornecida	2009	111	0 (0)	1 (0,9)	<0,001
	2013	(99,1) 1 (0,9)	9 (8,0)	102 (92,1)	
8. Nota de transferência	2009 (n=89)	20 (22,5)	42 (47,2)	27 (30,3)	<0,001
	2013 (n=61)	1 (1,6)	7 (11,5)	53 (86,9)	
9. Avaliação em cuidados paliativos	2009 (n=6)	0 (0)	6 (100)	0 (0)	0,07
	2013 (n=8)	0 (0)	4 (50,0)	4 (50,0)	
10. Siglas padronizadas	2009	2 (1,8)*	42(37,5)*	68 (60,7)*	0,129
	2013	6 (5,4)	31 (27,7)	75 (67,0)	
11. Frequência de evoluções de enfermagem	2009	6 (5,4)*	30 (26,8)	76 (67,9)	0,016
	2013	2 (1,8)	16 (14,3)	94 (83,9)	
12. Frequência de prescrições de enfermagem	2009	1 (0,9)*	5 (4,5)*	106 (94,6)*	0,11
	2013	0 (0)	1 (0,9)	111 (99,1)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Dados representados por números absolutos e percentual.

* Análise de resíduo não significativa.

Na avaliação quanto às categorias de classificação de registros de cada critério entre os anos, identificou-se diferença estatística, exceto nas três categorias da *Questão 10* e *Questão 12*, na categoria *Não conforme* da *Questão 11*, *Frequência de evoluções de enfermagem*, e na categoria *Parcialmente conforme* da *Questão 3* e *Questão 5*, *Protocolo de gerenciamento da dor* e *Educação de gerenciamento da dor, controle de infecção e risco de quedas*, respectivamente.

No próximo capítulo, serão discutidos os resultados dos itens do instrumento Q-DIO – Versão brasileira e dos critérios de qualidade da JCI, considerando as diferenças entre a qualidade dos registros de enfermagem nos anos de 2009 e 2013.

6 DISCUSSÃO

A Acreditação Hospitalar pode trazer melhorias para a qualidade da assistência pela superação da fragmentação institucional da assistência, fazendo com que os profissionais se organizem para entender a lógica do cuidado integral atingindo a qualidade desejada (MANZO et al., 2012). Neste cenário, cabe à enfermagem um importante papel na elaboração de seus registros, tanto pela responsabilidade e respaldo legal junto à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), como para continuidade e qualidade da assistência de enfermagem (PIMPÃO et al., 2012).

O processo de Acreditação Hospitalar que iniciou em 2009 na instituição de estudo, foi decorrente da cooperação entre o núcleo estratégico e o operacional, visando uma mudança de cultura na promoção da qualidade da assistência. Assim, em 2013, ano em que a instituição recebeu o selo de qualidade pela JCI, foi possível perceber um grande avanço na efetividade de normas, rotinas e protocolos, culminando na melhoria da qualidade do serviço prestado.

A gestão de qualidade na assistência de enfermagem deve fazer uso de medidas avaliativas para mensurar a qualidade da assistência e considerar seus resultados tanto para planejar e implementar novas estratégias, bem como acompanhar processos assistenciais e atingir metas. Assim, para avaliar e comparar a qualidade dos registros de enfermagem no período anterior e posterior ao preparo para a Acreditação Hospitalar, foram utilizados os instrumentos Q-DIO - Versão brasileira e os critérios de qualidade específicos da *Joint Commission International*.

Considerando o escore total desses dois instrumentos e dos quatro domínios do Q-DIO - Versão brasileira, percebe-se que houve melhora global significativa dos registros entre os anos avaliados. Para um melhor entendimento dessa melhora geral quanto aos registros de enfermagem pré e pós Intervenção, foram considerados os elementos de mensuração pertinentes a cada instrumento.

Entre os domínios do Q-DIO - Versão brasileira, aquele que apresentou uma melhora mais representativa, referiu-se ao *Diagnóstico de Enfermagem como Processo*, cuja mediana e intervalo interquartil passou de 5 (2-9) em 2009 para 13 (9-16) em 2013, considerando um total de 22 pontos. Seus itens envolvem a avaliação individual e global para identificar os fenômenos de enfermagem relevantes nos registros durante as primeiras 24 horas de internação do paciente, incluindo questões como situação social, gênero, espiritual e aspectos fisiológicos (LINCH, 2012). Essas informações geralmente são encontradas no documento

Anamnese de Enfermagem. A partir deste documento e exame físico, é possível conhecer o paciente, estabelecer vínculo de confiança, identificar alterações biopsicossociais e espirituais, e assim, definir diagnósticos de enfermagem, resultados e intervenções (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2011).

A JCI estabelece que a avaliação inicial de enfermagem deve ser realizada nas primeiras 24 horas da internação do paciente e estar disponível a toda a equipe de saúde envolvida (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010a). No instrumento Q-DIO – Versão brasileira, é possível qualificar os registros elaborados nas primeiras 24h de internação; entretanto, não é possível quantificá-los. Assim, o primeiro item do instrumento Critérios de qualidade específicos da JCI, refere-se à presença da Anamnese de Enfermagem no tempo determinado. No período pré Intervenção parece não existir uma valorização quanto à importância da avaliação inicial, tampouco quanto ao rigor de tempo para execução do registro dessa avaliação, visto que neste período não foram encontrados esse registro em 26,1% dos prontuários avaliados e, em menos da metade da amostra, o registro foi realizado nas primeiras 24 horas de internação. Já no período pós Intervenção, foi considerado “conforme” 77,7% dos registros e apenas dois prontuários não continham a Anamnese e Exame Físico de Enfermagem. Esta realidade não parece ser isolada, visto que em estudo realizado numa unidade de clínica médica, foram avaliados 253 registros de admissão de enfermagem, 65,6% foram realizados por técnicos de enfermagem e apenas 5,1% por enfermeiros (BARRAL et al., 2012). Durante o período de preparo para Acreditação Hospitalar, foi estabelecida uma política de valorização do registro da avaliação inicial, coordenado pela COPE. Assim, o produto dessa política pode ter se configurado na melhora significativa entre os anos avaliados.

Considerando os itens que compreendem o primeiro domínio do Q-DIO – Versão brasileira, a maioria deles apresentaram uma melhora significativa de sua qualidade entre os anos avaliados ($p < 0,01$). Infere-se que esse resultado positivo tenha sido, em parte, decorrência da reestruturação da Anamnese e Exame Físico de Enfermagem no sistema AGHweb, em que foram acrescentadas informações e estabelecidos itens obrigatórios de avaliação. Houve, neste período, palestras educativas para os enfermeiros a fim de capacitá-los para o preenchimento dessa nova estrutura, desenvolvimento e disponibilização de material educativo acerca do preenchimento adequado de registros de enfermagem, bem como a divulgação deste processo por meio do Informativo da COPE (ANEXO 3). Nota-se que a avaliação dos itens 5 e 6, *Crenças e atitudes em relação à vida (relacionados à internação)* e *Informações sobre o paciente e familiares/outras pessoas importantes na situação*,

respectivamente, não foram observadas no ano de 2009 e passam a ser avaliadas em 2013. Acredita-se que operacionalizar sistematicamente ferramentas já existentes, atrelada à educação permanente dos enfermeiros, possa influenciar positivamente na qualidade dos registros de enfermagem. Cabe destacar a importância da assistência ao paciente não somente sob aspectos biológicos e psicossociais, mas também espirituais, resgatando uma visão holística sobre ele (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2011).

O único item que não mostrou melhora significativa foi o 7, *Questões sobre intimidade pessoal relacionadas ao gênero*. Não houve registros sobre essa questão em 79,5% dos prontuários avaliados em 2009 e em 76,8% dos prontuários de 2013. Apenas nove prontuários receberam pontuação máxima no primeiro ano e 13 em 2013. Essa inadequação pode ter sido resultado do despreparo ou não valorização pelo enfermeiro em avaliar questões de gênero e sexualidade. Uma revisão integrativa mostrou que o cuidado integral foi a preocupação dos estudos voltados para a sexualidade, embora não apresentassem avanço em relação aos seus aspectos socioculturais (COSTA; COELHO, 2011). Além disso, a maioria dos estudos apontou a importância de uma abordagem efetiva na formação profissional sobre a sexualidade e sinalizam a ausência de estudos sobre sexualidade na formação dos enfermeiros. Somado a isso é importante que a formação profissional seja capaz de romper barreiras e preconceitos, de modo a instrumentalizar futuros enfermeiros para o cuidado na diversidade sexual, superando a heteronormatividade, tendo em vista os novos padrões de conjugalidade e arranjos familiares (COSTA; COELHO, 2013). Assim, é necessário o reconhecimento por parte do enfermeiro da sexualidade na integralidade do cuidado, visando sobretudo a educação em saúde; para tanto, medidas educacionais mais efetivas merecem ser trabalhadas com a equipe de enfermagem para que esses profissionais valorizem e estejam aptos a abordar esse aspecto junto ao paciente.

A melhora do último item desse domínio, *Prioridades relevantes de enfermagem de acordo com a avaliação*, deve-se não somente a reestruturação do documento Anamnese e Exame Físico de Enfermagem, mas indica que os enfermeiros têm realizado a avaliação física e valorizado as queixas do paciente, sugerindo que as atividades realizadas pela COPE têm sido efetivas nesse processo.

A JCI salienta a importância da avaliação inicial do risco de quedas, a necessidade da avaliação funcional do paciente, bem como identificar riscos ao plano de cuidado como integridade da pele (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010a). Assim, para a avaliação inicial, foi implementado no documento Anamnese e Exame Físico de Enfermagem

espaços específicos para a documentação dos itens mencionados, além da avaliação da dor nesta etapa do processo de enfermagem.

Quanto à etapa de Evolução de Enfermagem, a JCI reforça que a comunicação e a troca de informações entre os profissionais de saúde são essenciais para um cuidado de qualidade, e que podem ser realizadas verbalmente, por escrito, ou por meio eletrônico (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010a). Na instituição do estudo, é preconizado que esse registro seja realizado diariamente no sistema informatizado. Entre os períodos pré e pós Intervenção, a taxa de evolução diária apresentou melhora significativa; em 2009, 67,9% dos prontuários avaliados, pelo menos, 90% das evoluções diárias de enfermagem foram realizadas durante a internação do paciente, enquanto em 2013, essa taxa subiu para 83,9%. Não foi encontrado o registro em seis prontuários no período pré Intervenção e dois no pós Intervenção. Apesar de, aparentemente, esses números não apresentarem expressão, na prática, equivale dizer que entre os prontuários avaliados, oito pacientes ficaram internados por pelo menos quatro dias sem nenhum registro de enfermagem. Em um estudo na clínica médica de um hospital público foram avaliados 240 prontuários, destes apenas 35,4% apresentaram conformidade (FRANCO; AKEMI; D'INOCENTO, 2012), enquanto em outra pesquisa que avaliou as evoluções de enfermagem de 16 pacientes, essa taxa foi de 54,7% (SILVA et al., 2012). Esses dados permitem considerar que os enfermeiros das áreas estudadas estão realizando os registros desta etapa do PE bastante próximo da conformidade, que é de 90%, muito acima das outras instituições mencionadas em outros estudos. Todavia, os resultados tornam-se preocupantes na medida em a falta de continuidade dos registros do cuidado reflete diretamente na assistência de enfermagem.

Quando se trata de cuidados paliativos, a JCI indica que são necessárias avaliações e reavaliações de forma frequente, no intuito de identificar sintomas e propor abordagens preventivas e terapêuticas para o seu gerenciamento (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010a). Na avaliação deste item referente a 2009, apenas seis pacientes da amostra demandaram cuidados paliativos e, em seus prontuários, foram detectadas avaliações dos sintomas sem a devida reavaliação. Já em 2013, dos oito prontuários de pacientes sob esse cuidado especial, quatro continham registros da avaliação e reavaliação de sintomas, embora essa melhora não tenha apresentado diferença significativa entre os grupos ($p=0,07$). Estudo que avaliou 107 prontuários identificou subnotificação de sintomas que afetam diretamente paciente oncológicos, dificultando assim o seu manejo e gerenciamento por meio de intervenções efetivas (GORINI et al., 2010). Tratando-se de pacientes em

cuidados especiais, é fundamental que os registros sejam precisos e completos, a fim de facilitar a continuidade desse cuidado peculiar.

Ainda permeando o campo da comunicação, a utilização de siglas padronizadas e a presença de registros claros acerca da transferência do paciente constituem critérios para uma assistência qualificada e segura (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010a). Neste sentido, foi avaliada a utilização de siglas padronizadas nos prontuários entre os anos, considerando como base o siglário desenvolvido na instituição. Cabe destacar que o siglário foi desenvolvido e divulgado na instituição já no ano de 2013, não havendo um padrão para os registros realizados em 2009. Mesmo assim, não houve melhora significativa da conformidade referente às siglas entre o período pré e pós Intervenção, apresentando maiores taxas nas categorias “*parcialmente conforme*” e “*conforme*” nos dois grupos. Estudos conferem a inadequação do uso de siglas e abreviaturas, bem como a necessidade de uma padronização institucional para evitar diferentes interpretações, dúvidas e uma comunicação não segura (MATSUDA et al., 2006; SETZ; D’INNOCENZO, 2009). A partir do desenvolvimento do siglário institucional e de sua divulgação no sistema informatizado, é necessário que se invista em atividades educativas a fim de que haja maior valorização para o uso correto das siglas, visando registros mais seguros.

Quanto aos registros de transferência interna de pacientes, houve melhora significativa entre os anos avaliados; dentre os 89 pacientes que foram transferidos de unidade em 2009, apenas 30% tinham registros sobre o motivo em evolução de enfermagem, e dos 61 pacientes transferidos no ano de 2013 o percentual alcançou 86,9%. É importante salientar que, dos prontuários avaliados, em 2009 havia 20 pacientes sem registros sobre a transferência interna, já em 2013, apenas um paciente não apresentou esse registro. Pesquisa em hospital do interior paulista, acreditado pela ONA, que utiliza prontuários eletrônicos, avaliou 72 prontuários e evidenciou pontuação regular na avaliação da transferência interna de pacientes, evidenciando falhas na comunicação entre as equipes de diversos setores da instituição (FRANÇOLIN et al., 2012).

Referente à Evolução de Enfermagem, a segunda subescala do Q-DIO – Versão brasileira, Diagnóstico de enfermagem como produto, contém oito itens (12-19) e avalia o registro de enfermagem quanto à situação individual do paciente de acordo com o formato Problema, Etiologia, Sinais e Sintomas (PES), diagnósticos e metas de enfermagem (LINCH, 2012). Para a avaliação deste domínio definiu-se que seria avaliado apenas o diagnóstico de enfermagem prioritário de acordo com a avaliação dos pesquisadores, caso houvesse mais de um DE. Salienta-se que não foram avaliados DE de risco, pois o Q-DIO foi desenvolvido para

DE reais (LINCH, 2012). Cabe lembrar que o modelo de evolução adotado na instituição contém os itens: subjetivo, objetivo, interpretação e conduta.

Os critérios definidos pelos itens 12, 13 e 14 são, respectivamente, *Problema de Enfermagem/Título do diagnóstico está registrado*, *Título do diagnóstico está formulado e numerado de acordo com a NANDA* e *A etiologia está registrada*. Como o sistema utilizado é informatizado e utiliza a terminologia da NANDA-I, esses critérios não obtiveram pontuação máxima somente quando não havia Evolução de Enfermagem diária. Entretanto, a melhoria da qualidade dos registros entre os anos avaliados foi significativa ($p=0,036$), o que apenas evidencia que houve uma melhoria na frequência das evoluções diárias de enfermagem. Salienta-se que essas questões do instrumento mostraram-se dispensáveis para a avaliação de registros informatizados no sistema eletrônico empregado no campo de estudo.

O critério 15, *A etiologia está correta, e corresponde ao diagnóstico de enfermagem*, obteve uma melhora significativa ($p<0,05$). Embora o sistema informatizado ofereça etiologias para os DEs como caminho automático, a melhora nessa questão se deve tanto à melhoria da frequência das evoluções de enfermagem, quanto ao julgamento clínico do enfermeiro na escolha de etiologias mais acuradas.

Quanto aos itens 16 e 17, *Os sinais e sintomas estão registrados* e *Os sinais e sintomas estão corretamente relacionados com o diagnóstico de enfermagem*, respectivamente, percebeu-se uma melhora também significativa nestas questões ($p<0,05$), mostrando valorização e desenvolvimento crítico do enfermeiro em eleger diagnósticos de enfermagem a partir do registro de suas respectivas características definidoras. A documentação das mesmas estava contida no subjetivo e/ou no objetivo das evoluções de enfermagem, dando sustentação aos diagnósticos elencados.

O item 18, *A meta de enfermagem se relaciona/corresponde ao diagnóstico de enfermagem*, avalia a qualidade da conduta de enfermagem e apresentou melhora significativa entre o período avaliado, com um $p=0,002$. Esse resultado sugere uma maior preocupação do enfermeiro em estabelecer condutas visando resolver diretamente o problema identificado. Entretanto, essa prática de registro precisa ser reforçada, visto que apresentou parcela representativa na categoria “*parcialmente documentado*” com 58,9% em 2009 e 44,6% em 2013, considerando os prontuários avaliados.

Embora o uso de linguagem padronizada para os DE seja uma realidade na instituição do estudo, isto ainda não ocorreu com relação à etapa dos resultados. A classificação dos resultados NOC tem sido pesquisada em diferentes áreas do hospital com intuito de avaliar sua aplicabilidade na prática clínica (SILVA, 2013; LINHARES, 2012). A inserção desta

classificação no PE informatizado favorecerá a escolha de metas e a mensuração dos resultados alcançados pelo paciente.

A meta de enfermagem é alcançável por meio das intervenções referente ao item 19 deste domínio não apresentou melhora significativa entre os grupos avaliados, embora esse critério apresentasse 72,3% de conformidade já em 2009, aumentando para 82,1% em 2013. Uma vez que as metas na instituição campo de estudo não são claramente nomeadas, buscou-se avaliar se a prescrição de enfermagem continha cuidados específicos capazes de solucionar os problemas de enfermagem levantados.

Na etapa de Evolução de Enfermagem também é importante destacar o registro e acompanhamento dos indicadores assistenciais. A avaliação destes indicadores é imprescindível para se atingir a excelência da qualidade assistencial nos serviços de saúde, além de monitorar a qualidade dos serviços oferecidos (MOURA et al., 2009). A JCI sugere que as instituições identifiquem o risco associado a quaisquer procedimentos ou plano de cuidado, como a necessidade de prevenir a úlcera por pressão (UP) ou quedas (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010).

A UP apresenta um impacto financeiro importante, além de ser considerado um problema socioeconômico e educacional (SERPA et al., 2011). No HCPA, o risco para UP é determinada pelo escore ≤ 13 na escala de Braden, a fim de ser possível o direcionamento de ações específicas, para obter resultados positivos à prevenção de UP (LUCENA et al., 2011; BAVERESCO; LUCENA, 2012). Embora seja um problema que envolva outros profissionais da equipe de saúde, o enfermeiro tem tradicionalmente um papel fundamental, na medida em que colhe os dados, estabelece os diagnósticos de enfermagem, prescreve e/ou executa a intervenção e avalia o resultado obtido pelo paciente (LUCENA et al., 2011).

Neste estudo, avaliando os prontuários de 2009, percebe-se a deficiência dos registros quanto avaliação de úlcera por pressão, com 50,9% dos registros sem a avaliação e 47,6% categorizados como “*parcialmente conforme*”. Já no ano de 2013, foram considerados “*conforme*” 91,1% dos prontuários avaliados, apresentando registros acerca da avaliação e reavaliação da pele e de cuidados prescritos quanto ao risco e presença de UP. Em 2009 já havia a implementação da escala de Braden; entretanto, não havia um espaço específico no sistema eletrônico para o registro de seu escore. Assim, por meio da reestruturação da Anamnese informatizada foi possível obter melhora significativa dos registros sobre o risco de UP na avaliação inicial, e por meio dos controles informatizados do paciente, foi possível perceber a presença da reavaliação sistemática da UP durante a internação do paciente. Somado a isso, também foi implementado no sistema o diagnóstico de enfermagem *Risco*

para Úlcera por Pressão, cujas intervenções estabelecem ações preventivas para orientar o cuidado. Esse processo de reestruturação do sistema informatizado foi acompanhado pelos grupos de trabalhos envolvidos, que possibilitaram a capacitação dos enfermeiros e o envolvimento destes para a execução do registro, visando à importância da avaliação da integridade tissular no ambiente hospitalar, a fim de promover o tratamento e a prevenção da UP. Essas estratégias educativas são corroboradas pela JCI que sugere que é possível a prevenção dos riscos através da educação dos profissionais e do desenvolvimento de políticas e procedimentos apropriados (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010a).

Embora não tenha sido avaliado neste trabalho, vale ressaltar que as UPs desenvolvidas na instituição são notificadas no sistema informatizado a partir do grau II, visando o auxílio de novas estratégias para o controle e diminuição da incidência da taxa desse indicador de qualidade assistencial. Estudo mostra que a partir das notificações gestores podem planejar e implementar ações de melhorias e aposta na educação como melhor prática no gerenciamento de risco (COSTA; MEIRELLES; ERDMANN, 2013; MOURA et al., 2009).

A segurança dos pacientes configura-se em uma preocupação prioritária nos sistemas de controle de qualidade, sendo a queda sofrida pelo indivíduo, durante sua internação, uma das ocorrências mais importantes da quebra dessa segurança (ABREU et al., 2012). As quedas correspondem a uma porção significativa de lesões em pacientes hospitalizados (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010a) e são responsáveis pelo aumento do número de dias de internação e piores condições de recuperação (ABREU et al., 2012); assim, uma das metas da JCI diz respeito a redução do risco das lesões decorrente das quedas (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010a). A avaliação da JCI compreende a avaliação inicial dos pacientes para o risco de queda e da sua reavaliação; a presença de medidas implementadas para reduzir o risco de quedas, bem como a monitorização dos resultados das medidas tomadas (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010a). Na instituição do estudo, há uma política de prevenção de quedas. Assim, foi implantada a escala de Morse na instituição para auxiliar na realização da avaliação inicial e das reavaliações na mudança de estado clínico do paciente. Essa escala encontra-se adaptada e traduzida para a língua portuguesa (URBANETTO et al., 2013), embora o hospital não tenha instituído a nova versão. No ano de 2013 foi implementado pela COPE, no sistema informatizado, o diagnóstico de enfermagem *Risco de Quedas* no ano de 2013. Esse diagnóstico deve ser levantado sempre que o score da escala de Morse for ≥ 45 , para que cuidados específicos sejam prescritos. Assim, no presente estudo, verificou-se que no ano de 2009 não houve conformidade quanto avaliação do risco de quedas, pois não havia o estabelecimento de uma

política sobre quedas na instituição, mudando essa realidade nos prontuários avaliados em 2013, cujas avaliações evidenciaram 88,4% de conformidade, apresentando avaliações e reavaliações acerca do risco de quedas, bem como levantados o DE *Risco de quedas* quando escore da escala de Morse ≥ 45 , com a prescrição de seus respectivos cuidados. Acredita-se que a melhora significativa da qualidade deste critério seja devido ao engajamento dos enfermeiros na implementação de ações educativas sobre risco de quedas e a importância de sua prevenção promovidas pela COPE, por meio dos estudos clínicos e busca ativa para o acompanhamento do indicador nas unidades de internação.

A instituição também acompanha as notificações de quedas, incentivando que o profissional notifique sem intuito de punição, mas sim de uma forma educativa, de modo a usar essas taxas para criar novas estratégias e melhorar a qualidade da assistência prestada (MOURA et al., 2009).

Neste contexto educativo, a participação de pacientes e de seus familiares no tratamento auxilia no melhor cuidado e na tomada de decisões informadas (MEIRELLES et al., 2013). A sistematização da educação profissional, por meio de recursos seja eles visuais, impressos, auditivos ou lúdicos configura-se em processos fundamentais para o sucesso da implementação do processo de educação de pacientes e familiares (MEIRELLES et al., 2013).

Um dos itens avaliados pela JCI diz respeito à educação do paciente quanto ao gerenciamento da dor, ao controle de infecção e ao risco de quedas (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010a). Somado isso, a instituição, por meio de critérios da JCI, definiu linhas de cuidados para pacientes com necessidades específicas como aqueles com uso de medicamentos especiais (anticoagulante, insulina de ação rápida e quimioterápicos); em situação de transplante, portadores de doenças crônico-evolutivas (Insuficiência Cardíaca Congestiva, Acidente Vascular Encefálico), dependentes funcionais (uso de O₂ domiciliar, CPAP, BiPAP, próteses, sondas e cateteres), portadores de doenças infecto-contagiosas (GMR); em situação de vulnerabilidade (crianças e idosos com risco de abuso/negligência) (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2013c). Além da avaliação das necessidades do paciente, um registro de qualidade acerca da educação, de acordo com a Joint Commission International, contempla um plano de educação eficiente e eficaz, bem com a compreensão da educação fornecida (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010a).

Assim, considerando a importância da educação do paciente/família na avaliação e no tratamento individual a cada cliente, a instituição investiu em visitas ativas na unidade, desenvolvimento e distribuição de folders aos profissionais, espaço aberto para divulgação e discussão em estande, auditorias educativas, atividades realizados a fim de sensibilizar a

equipe de enfermagem quanto a valorização dessa prática, aliado a uma mudança estrutural no sistema informatizado de modo a facilitar o registro de educação e compreensão da educação fornecida (ANEXO 3). Em relatos de experiências de implantação de um plano educacional em hospital acreditado pela JCI e em outro vivenciando o processo de acreditação, objetivaram uniformizar o processo educacional, um por meio da construção de uma ferramenta informatizada, outra por meio de impresso manual, ambas considerando a necessidade de atividades educativas junto à equipe de saúde para o sucesso de sua implementação (RUIZ; LAURINO; ROMA, 2012; MEIRELLES et al., 2013).

Quanto ao critério 5, *Educação de gerenciamento da dor, controle de infecção e risco de quedas*, dos 112 prontuários avaliados em 2009, 95,5% não continham qualquer registro sobre esse item, enquanto em 2013, foram encontrados registros considerados completos em 90,2% deles. Por essa razão não houve uma diferença significativa ao avaliar a categoria intermediária, classificada como 1, entre os anos, visto que a maior proporção dos registros classificados como “zero” em 2009, em 2013 passou a ser classificada como 2, pontuação ideal, evidenciando a melhora na qualidade dos registros sob este aspecto. Essa melhora em grandes proporções também foi demonstrada no critério 7, *Compreensão da educação fornecida*, considerando que 99,1% dos prontuários em 2009 não continham esse registro, enquanto em 2013, a proporção de registros ideais para esse item foi de 92,1%.

No critério 6, *Avaliação das linhas de cuidados*, embora tenha sido significativa a melhora dos registros e tenha apresentado diferença entre todas as categorias de classificação, a maior proporção de registros, em ambos os anos, concentrou-se no critério intermediário, mostrando a necessidade de maior investimento educativo neste critério. Assim, dos 48 prontuários de pacientes em 2009 que se enquadravam em uma das linhas de cuidado, somente 2 tiveram registros sobre educação do paciente e 35 apenas mencionavam qual a necessidade do paciente. Já em 2009, dos 59 prontuários de pacientes com necessidades acerca das linhas de cuidado, 25 tiveram essa necessidade identificada e foram educados em algum aspecto específico, embora 32 tenham apresentado a identificação da linha de cuidado, sem o devido registro educacional.

Na prática clínica, a educação do paciente e família ou cuidadores são inerentes ao cuidado; portanto, devem ser registradas. Entretanto, estas ações, quando não são registradas no prontuário do paciente, seguem invisíveis no plano de cuidados, dificultando a desenvolvimento de medidas assistenciais.

Para uma educação efetiva, é importante que o enfermeiro avalie as necessidades de aprendizagem, de modo a determinar não apenas o que deve ser aprendido, mas a maneira

mais segura de garantir o aprendizado (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010a). O registro desta prática configura-se em uma ferramenta que favorece a comunicação entre os profissionais sobre o que é o objeto de educação em saúde durante a internação do paciente.

De maneira geral, percebe-se que, comparado a outras investigações, as ações educativas registradas nos prontuários dos pacientes incluídos no estudo, apresentaram maiores frequências. Em seis grandes hospitais universitários do município de São Paulo somente 12,4% dos pacientes internados nas unidades de clínica médica possuíam registro acerca da educação de pacientes e familiares em seus prontuários (D'INNOCENZO; ADAMI, 2004). Além disso, como abordado em outros estudos (D'INNOCENZO; ADAMI, 2004; PEREIRA et al., 2007), pode-se inferir que muitas intervenções acerca da educação de pacientes estejam sendo subdocumentadas. Assim, entende-se, a partir dos achados, que os enfermeiros podem não estar registrando suas práticas devidamente, ou que estejam falhando em suas atribuições educativas.

Neste sentido, capacitar e estimular os enfermeiros a registrar suas ações educativas, ou até mesmo padronizar a linguagem no processo de enfermagem, relacionada à educação poderia configurar-se em uma estratégia facilitadora desse registro. Adequar as intervenções à cultura e às preferências do paciente e família pode ajudar na compressão da educação fornecida, bem como favorecer o processo de melhoria da qualidade dos registros de enfermagem.

Corroborando com as mudanças no sistema informatizado da instituição deste estudo, a implantação de plano educacional eletrônico em um hospital acreditado, foi possível estimular o registro informatizado das ações de educação, possibilitando o acesso remoto e simultâneo dos dados pela equipe multiprofissional, compartilhamento e integração das informações (RUIZ; LAURINO; ROMA, 2012).

Houve, portanto, uma preocupação por parte dos enfermeiros gestores em promover a segurança na prática assistencial de enfermagem, por meio de práticas educativas, como ações de capacitação in loco, orientação à equipe de enfermagem, desenvolvimento de EAD para qualificação de registros de enfermagem, além de desenvolvimento, revisão e divulgação de POPs, folders e manuais institucionais. Visando o acolhimento de novos enfermeiros e técnicos de enfermagem, a instituição promove uma capacitação teórico-prática sobre o sistema informatizado na integração setorial do grupo de enfermagem. Identificada a importância desse espaço no reforço para qualidade dos registros de enfermagem, esse momento passou a ser realizado em duas etapas distintas, uma teórica e outra teórico-prática.

Infere-se que a adoção de estratégias visando o envolvimento e valorização desses registros pela equipe de enfermagem, permitiu essa mudança positiva na melhora da documentação.

A prescrição de enfermagem, como integrante do Processo de Enfermagem, possibilita a sistematização das atividades, o registro da intervenção realizada e a adoção de medidas avaliativas dos processos de cuidado, permitindo que os cuidados sejam planejados e implementados, visando a qualidade assistencial (SENTONE et al., 2011).

A COPE, comissão responsável por gerenciar, atualizar e revisar o processo de enfermagem no sistema informatizado, realiza reuniões sistemáticas, contando com representantes de todos os serviços de enfermagem a fim de manter a operacionalização do sistema eletrônico, visando a qualidade dos registros de enfermagem. Além disso, essa comissão promove estudos clínicos mensais, com o apoio dos diferentes serviços de enfermagem, de modo a incentivar a valorização do PE na instituição, o ensino, a pesquisa e a qualidade da assistência, ao estimular o uso do julgamento clínico na prática clínica do enfermeiro e assim, estimular o cuidado individualizado por meio das intervenções de enfermagem.

Desde 2000, na instituição campo de estudo, as intervenções têm sido padronizadas no sistema eletrônico de acordo com a prática clínica e seus cuidados associados com a NIC (BULECHEK; DOCHTERMAN; BUTCHER, 2010; ALMEIDA et al., 2011).

O domínio *Intervenção de Enfermagem* mostrou uma melhora significativa entre os anos 2009 e 2013 ($p < 0,01$). A instituição do estudo prevê que as frequências das prescrições diárias devem manter-se acima de 90%. O item 12, *Frequência das prescrições diárias*, apesar de não mostrar melhora significativa, apresentou escores satisfatórios tanto em 2009 quanto em 2013, apresentando conformidade em, respectivamente, 94,6% e 99,1% dos prontuários avaliados. Esse resultado corrobora com a taxa institucional que apresentou, em outubro de 2009, 94,63% dos pacientes com prescrição diária, enquanto no mesmo mês em 2013 essa taxa passou para 95,32% (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2013f).

Esse resultado encontra-se em desacordo com demais estudos que evidenciam a deficiência quanto incorporação de saberes técnicos e científicos na elaboração de planos de cuidados individualizados às necessidades dos pacientes e que resultados avaliativos da qualidade da prescrição de enfermagem não atendem aos padrões de qualidade exigidos pelas instituições (SENTONE et al., 2011; SILVA et al., 2012b). Em estudo realizado em um hospital universitário, identificou-se que 22,2% ($n=285$) das prescrições avaliadas não continham preenchimento completo da prescrição diária, mostrando a deficiência na

implementação do plano de cuidado, considerando a prescrição de enfermagem como norteadora do processo de prestação de uma assistência de qualidade (SENTONE et al., 2011). Em outro estudo em que foram analisadas 11.663 prescrições de enfermagem foi evidenciado que não haviam o documento em 11,5% dos prontuários avaliados, mostrando uma preocupação dos pesquisadores quanto a ausência destes registros para a sistematização das atividades executadas pela equipe de enfermagem (SILVA et al., 2012b).

O Q-DIO – Versão brasileira avalia as intervenções de enfermagem por meio das questões 20, 21 e 22. Destas, apenas a questão 20, *Concretas, claramente nomeadas de acordo com as intervenções da NIC - e planejadas (o que será realizado, como, com que frequência e por quem)* não apresentou diferença significativa ($p=0,499$). Apesar deste resultado, percebe-se que os registros em 2009 apresentaram conformidade em 110 prontuários e em 2013, em 111. Infere-se que esses índices satisfatórios sejam resultantes da informatização dos documentos, visto que a operacionalização sistematizada dos registros tende a auxiliar na completude e qualidade dos mesmos.

Quanto ao item 21, *As intervenções de enfermagem têm efeito sobre a etiologia dos diagnósticos de enfermagem*, apresentou melhora significativa entre os grupos ($p=0,033$). Nota-se que em 2009, este item apresentava conformidade em 83% dos prontuários avaliados, mantendo sua qualidade de 2013, com 91,1%. Neste contexto, é esperado do enfermeiro raciocínio e julgamento clínico para a avaliação das reais necessidades do paciente de modo a prescrever um plano de cuidados, preservando a individualidade e a especificidade de cada pessoa (SILVA et al., 2012b). Estudo mostra que ainda há pouca efetividade quanto a aplicação de saberes científicos na elaboração de cuidados individualizados a cada paciente, visto que verificou-se que 55,8% das 285 prescrições de enfermagem avaliadas não continham cuidados especiais às necessidades dos pacientes e 31,2% continham estas informações, mas de forma incompleta (SENTONE et al., 2011). A partir dos resultados da pesquisa, é possível sinalizar que os enfermeiros vêm melhorando sua capacidade para individualizar as intervenções de enfermagem, embora haja necessidade de continuar o processo educacional, para que se atinja a conformidade em todos os documentos.

A questão 22, *As intervenções de enfermagem realizadas estão registradas (o que foi realizado, como, com que frequência e por quem)*, evidenciou melhora significativa, com $p<0,001$. Infere-se que a checagem dos cuidados está sendo mais valorizada na instituição e que parece haver um maior comprometimento da equipe de enfermagem nessa atividade. Corroborando com esses dados, estudo em unidade clínica de um hospital público, mostrou um índice de conformidade de 97,8% quanto ao indicador prescrição checada de forma

correta (CALDANA et al., 2013). Entretanto, em outro estudo que avaliou a checagem das prescrições de enfermagem, constatou que dos 70,7% prontuários presentes, apenas 1% das prescrições estavam completamente checadas (SETZ; DINNOCENZO, 2009).

Dessa forma, percebe-se que o acompanhamento sobre a etapa prescrição de enfermagem tem apresentado melhorias na qualidade de seus registros. A melhora significativa neste domínio pode ser devido às medidas de educação e de conscientização da equipe de enfermagem e da operacionalização das intervenções de enfermagem como alicerce na busca pela garantia da qualidade dos cuidados em enfermagem (SENTONE et al., 2011).

Estudos mostram que há necessidade em mensurar os resultados referentes à prestação dos cuidados de enfermagem por evidenciar benefício do seu uso na prática clínica, além de proporcionar respaldo científico para o profissional e segurança para o paciente (SEGANFREDO; ALMEIDA, 2010). O uso da classificação NOC, embora incipiente, consiste em alternativa viável para avaliar e identificar as melhores práticas de cuidado (SEGANFREDO; ALMEIDA, 2011).

Neste contexto, o quarto domínio do instrumento avalia sete itens (23-29), e é denominado Resultados de Enfermagem. O item 23, *Mudanças críticas de diagnósticos são avaliadas diariamente ou turno a turno/diagnósticos prolongados são avaliados a cada quatro dias*, não mostrou melhora significativa de sua qualidade entre os anos avaliados. Entretanto, quando avaliado a categoria de classificação entre os anos, percebe-se que foi significativa a melhora na categoria 2, “Documentação completa”, passando de 67% para 80,4% entre anos. Corroborando com os achados desta pesquisa, estudo mostra que embora as anotações de enfermagem estivessem presentes em 99,5% dos prontuários avaliados, apenas 2,4% estavam completas (SETZ, DINNOCENZO, 2009). Em outra avaliação com 240 prontuários, verificou-se conformidade nas evoluções de enfermagem em apenas 35,4% (FRANCO; AKEMI; D’INOCENZO, 2012).

Quanto à melhora da qualidade significativa entre os anos do item 24, *O diagnóstico de enfermagem está reformulado*, é indicado que os diagnósticos de enfermagem têm sido mais registrados e/ou reformulados no ano final do processo educacional. A taxa de conformidade entre os anos avaliados passou de 45,5% para 83%. Estudo que avaliou a qualidade dos registros de enfermagem evidenciou que pouco mais da metade (54,2%) dos diagnósticos de enfermagem foram preenchidos de forma completa (FRANCO; AKEMI; D’INOCENZO, 2012). Outra pesquisa, ao avaliar 424 prontuários, verificou que apenas 41% possuíam diagnóstico de enfermagem, destes, 5,2% estavam completos (SETZ; DINNOCENZO, 2009). Embora a instituição campo de estudo não ter efetivado a NOC até o momento no processo de

enfermagem, o item 25, *O resultado de enfermagem está registrado*, também apresentou melhora significativa. Isso se deve pelo uso mais frequente dos termos “melhorado”, “piorado”, “mantido” e “resolvido” seguido do diagnóstico de enfermagem e sua etiologia. Entretanto, a maioria dos prontuários avaliados para este quesito foi categorizada como “parcialmente documentado”, com 56,3% em 2009 e 77,7 em 2013. Pela mesma justificativa, o item 26, *O resultado de enfermagem é observável/medido e registrado de acordo com NOC*, não apresentou mudança significativa, visto a instituição ainda está em processo de pesquisa para implantação efetiva da NOC em seu processo de trabalho. Diversas pesquisas têm apontado a viabilidade para o uso da NOC, visando a melhoria e avanços significativos, não somente na qualidade da documentação como também nas práticas de enfermagem (SEGANFREDO; ALMEIDA, 2011, SILVA, ALMEIDA, 2013, OLIVEIRA et al., 2011). Considerando estes resultados, percebe-se que a operacionalização da NOC na instituição tende a beneficiar a qualidade dos registros de enfermagem, facilitada pela articulação das linguagens padronizadas e sistema informatizado (MOORHEAD, 2009). Estratégias educativas para capacitação dos enfermeiros serão imprescindíveis para a implementação desta etapa.

O item 27, *O resultado de enfermagem indica: melhora dos sintomas, do conhecimento, das estratégias de enfrentamento, das habilidades de autocuidado e do estado funcional do paciente*, apresentou melhora significativa, bem como os itens 28 e 29, *Existe uma relação entre os resultados e as intervenções de enfermagem* e *Os resultados e os diagnósticos de enfermagem estão internamente relacionados*, respectivamente. A presença desses registros sugere que houve melhora no resultado das necessidades do paciente, permitindo inferir que as atividades realizadas tiveram efetividade no desenvolvimento do raciocínio clínico e julgamento crítico do enfermeiro. No entanto, considerando os achados nestes quesitos, a documentação completa mostra-se ainda incipiente, visto que mesmo apresentando uma melhora significativa na categoria de classificação 2 entre os anos, as taxas em 2013 ainda precisam ser incrementadas, ressaltando os escores máximos obtidos de 27,7%, 64,3% e 66,1%, respectivamente.

Neste processo, os estudos clínicos promovidos pela COPE exercem um papel de extrema importância, na medida em que é promovido um espaço para discussão e reflexão dos enfermeiros, docentes e discentes de enfermagem sobre sua prática clínica, possibilitando ampliar o conhecimento e, conseqüentemente, contribuir para uma maior valorização acerca dos registros de enfermagem.

Percebe-se, portanto, uma forte influência do PE no processo de Acreditação Hospitalar, visto que o registro é uma importante evidência da qualidade assistencial prestada aos pacientes e familiares. Assim, é necessário reorganizar processos de trabalho, capacitando continuamente a equipe de enfermagem, a fim de promover a valorização e adesão aos padrões preconizados pela instituição (LUCENA, 2013), bem como acompanhar esse processo por meio de instrumentos bem definidos.

Dessa forma, percebe-se que a Intervenção, composta especialmente de atividades educativas desenvolvidas na instituição, consistiu em influente estratégia na valorização dos enfermeiros acerca da presença e completude desses registros, na medida em que foi considerada significativa a melhora da qualidade entre o período de processo de Acreditação Hospitalar. Apesar de a instituição ter recebido o selo de certificação internacional de qualidade em 2013, ainda existem inconformidades referentes aos registros de enfermagem constatados na avaliação focada da JCI (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2013a), sendo previstas auditorias sistematizadas, pela instituição certificadora, para manutenção e controle da qualidade dos serviços prestados. Portanto, mecanismos de gestão visando à qualidade da assistência e segurança do cuidado devem ser permanentemente implementados e avaliados, de modo a fortalecer a cultura de segurança na instituição evidenciados nos registros, considerando sempre a importância do aspecto educativo das atividades realizada.

6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como limitações do estudo destaca-se o próprio instrumento utilizado, uma vez que não possui ponto de corte para a classificação da qualidade dos registros. Outro aspecto do Q-DIO – Versão brasileira refere-se à avaliação apenas de diagnóstico real, descartando diagnósticos de risco. Entretanto, os resultados do estudo a partir da aplicação deste instrumento evidenciaram médias elevadas na comparação empregada.

Como foram avaliadas apenas unidades de internação adulto, os resultados se limitam a este cenário. Assim, a aplicabilidade em outros locais favoreceria a avaliação global dessa qualidade.

Além disso, o instrumento utilizado para a avaliação dos critérios não contemplados pelo Q-DIO – Versão brasileira foi elaborado para a presente pesquisa, portanto não é validado segundo critérios da psicometria; embora se possa argumentar que a avaliação foi realizada com base nos parâmetros da JCI.

A metodologia aqui empregada mostrou-se adequada; entretanto, as atividades realizadas durante o preparo para a Acreditação Hospitalar não podem ser isoladamente associadas à melhora dos itens avaliados, devendo-se considerar a Intervenção como agente de melhora da qualidade dos registros de enfermagem.

Foram avaliados todos os registros de enfermagem, sem distinção daqueles realizados por discentes. Todavia, os alunos não participaram sistematicamente das atividades contempladas na Intervenção.

7 CONCLUSÃO

Ao analisar a qualidade dos registros de enfermagem por meio do Q-DIO – Versão brasileira e dos Critérios de qualidade específicos da JCI, comparando o período antes e depois do preparo para a Acreditação Hospitalar, verificou-se que houve melhora na qualidade desses registros. Conclui-se que a Intervenção realizada possibilitou evidenciar essa melhora em praticamente todos os critérios avaliados.

Com base nestes resultados, é possível afirmar que houve empenho da mudança de cultura, por meio da inovação organizacional, da implementação de protocolos, manutenção de auditorias internas e sobretudo de atividades educativas mobilizadas pela avaliação criteriosa da JCI, o que favoreceu o reconhecimento como centro acadêmico de excelência em qualidade em saúde e segurança dos pacientes pela *Joint Comission International* em 2013. Apesar da melhoria evidente, vale ressaltar que a dinâmica de um hospital escola visa o aprimoramento de técnicas em vista da sustentação da qualidade exigida, ideia que vai ao encontro com a avaliação da JCI quanto a manutenção do comprometimento da instituição em assegurar a qualidade e segurança prestadas. Assim, a educação continuada e permanente das equipes de saúde devem permear esse processo de forma a sustentar e aperfeiçoar a qualidade do cuidado.

A partir da estratégia metodológica empregada, sugere-se que a mesma seja replicada ou incorporada nas instituições de saúde como uma ferramenta de trabalho, visando à avaliação continuada dos registros de enfermagem, por sua relação direta com a qualidade da assistência. Somado a isso, o modelo de gestão hospitalar do HCPA está sendo difundido na realidade brasileira; neste sentido, essa avaliação poderá subsidiar a uniformização da auditoria sobre a qualidade dos registros de enfermagem.

7.1 IMPLICAÇÕES PARA AS PRÁTICAS DE ENSINO, PESQUISA E ASSISTÊNCIA

Visto que o modelo de gestão da instituição será difundido a outros 46 hospitais universitários ligados ao MEC, o uso desses critérios avaliativos proporcionará o aprimoramento e a valorização dos registros de enfermagem para os futuros profissionais. Dessa forma, a ênfase no ensino-aprendizagem, favorecerá o uso da linguagem padronizada e dos registros eletrônico de saúde em prol de uma assistência qualificada.

Para a pesquisa, a aplicabilidade dos instrumentos torna-se importante na medida em que se deseja avaliar registros de enfermagem em vistas a monitorar e prever estratégias para

gestão de qualidade. Aliado a isto, sugere-se o desenvolvimento de um instrumento com ponto de corte, que contemple os itens da Q-DIO – Versão brasileira e os critérios de qualidade específicos da JCI, para que possam ser utilizados em diversos cenários da assistência. Assim, haveria maior facilidade em pesquisas colaborativas a níveis multicêntricos, visando à promoção da uniformização da prática e dos registros de enfermagem.

Para a assistência, a melhora da qualidade dos registros demonstra o engajamento do enfermeiro diante de medidas educativas. O desenvolvimento de atividades educacionais sistemáticas pode favorecer as instituições que buscam o reconhecimento internacional de qualidade da assistência por meio da Acreditação Hospitalar.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Cidalina; MENDES, Aida; MONTEIRO, José; SANTOS, Filipa Raquel. Quedas em meio hospitar: um estudo longitudinal. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, [7 telas], maio-jun. 2012
- ALMEIDA, et al. **Processo de enfermagem na prática clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre: Artmed, 2011. 319 p.
- BAVARESCO, Taline; LUCENA, Amália de Fátima. Intervenções da classificação de enfermagem NIC validadas para pacientes em risco de úlcera por pressão. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, [8 telas], nov-dez. 2012.
- BARRAL, Luana Nayara Maia et al. Análise dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes em um Hospital de Ensino. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 6, n. 2, p. 188-193, abr-jun. 2012.
- BERGH, Anne-Louise; BERGH, Claes-Hakan; FRIBERG, Febe. How do nurse record pedagogical activities? nurses' documentation in patient records in a cardiac rehabilitation unit for patient who have undergone coronary artery by-pass surgery. **J. Clin. Nurs.** Oxford, v. 16, no. 10, p. 1898-1907, 2007.
- BJÖRVELL, C.; THORELL-EKSTRAND, I.; WREDLING, R. Development of an audit instrument for nursing care plans in the patient record. **Qual. Health Care**. London, v. 9, no. 1, p. 6-13, Mar. 2000.
- BORSATO F.G. et al. Qualidade das anotações de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 14, n. 3, p. 610-617. 2012. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/pdf/v14n3a18.pdf> >. Acesso em: 13 jun. 2013.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Aplicativo de gestão para hospitais universitários**. [2012?] Disponível em: <http://aghu.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=221&Itemid=225>. Acesso em: 10 abr. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59-62.
- BULECHEK, G.M.; DOCHTERMAN, J.; BUTCHER, H. **Classificação das intervenções de enfermagem - NIC**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- CALDANA, Graziela et al. Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital público. **Semina: ciências biológicas e da saúde**, Londrina, v. 34, n. 2, p. 187-194, jul-dez. 2013.

CARVALHO, Emilia Campos de; CRUZ, Dina de Almeida Lopes Monteiro da; HERDMAN, T. Heather. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 6, n.esp., p. 134-141, set. 2013.

CHIAVENATO, I. **Administração de recursos humanos**. 2. ed. São Paulo: Atlas; 1981.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN – 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-35822009_4384.html>. Acesso em: 05 jan. 2014.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. **A história da acreditação**. [2013a?] Disponível em: <<http://cbacred.org.br/institucional/historico.asp>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. **Investimento em acreditação**. [2013b?] Disponível em: <<http://www.cbacred.org.br>>. Acesso em: 19 jan. 2014.

COSTA, Lucia Helena Rodrigues; COELHO, Edméia Coelho de Almeida. Enfermagem e sexualidade: revisão integrativa de artigos publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem e na Revista Brasileira de Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, [10 telas], maio-jun. 2011.

COSTA, Veridiana Tavares; MEIRELLES, Betina Hörner Schlindwein; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Melhores práticas do enfermeiro gestor no gerenciamento de risco. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, [7 telas], set-out. 2013.

COSTA, Lucia Helena Rodrigues; COELHO, Edméia Coelho de Almeida. Sexualidade e a interseção com o cuidado na prática profissional de enfermeiras. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 493-500, jul-ago, 2013.

DIAS, Teresa Cristina Lyporage et al. Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 65, n. 5, p. 931-937, set-out. 2011.

D'INNOCENZO M., ADAMI N.P. Análise da qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de pacientes de hospitais de ensino e universitários. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 14, n. 4, p. 383-391, 2004.

DUARTE, Mônica Simões da Motta; SILVINO, Zenith Rosa. Acreditação Hospitalar X qualidade dos serviços de saúde. **Rev. Pesq.: cuid. fundam. on line**, Rio de Janeiro, v. 2, supl., p. 182-185, out.-dez. 2010. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/858/pdf_112> Acesso em: 2 out. 2013.

FELDMAN, Liliane Bauer; GATTO, Maria Alice Fortes; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 213-219, 2005.

FLETCHER, Robert H.; FLETCHER, Suzanne W. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed. 2006.

FLORIN, Jan; EHNREBERG, Anna, EHNFORSS, Margareta. Quality of nursing diagnoses: evaluation of an educational intervention. **Int. J. Nurs. Terminol. Classif.**, Malden, v. 16, no. 2, p. 33-43, Apr.-June 2005.

FONSECA, Ariadne da Silva. et al. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 29, n. 2, p.161-169, abr./jun. 2005.

FRANCISCATTO, Luisa et al. Metas internacionais de segurança do paciente em hospital universitário. **Rev. HCPA**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 482-486, 2011.

FRANCO, Maria Teresa Gomes; AKEMI, Elizabeth Nishio; D'INOCENTO, Maria. Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes em unidade de clínica médica. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 163-170, 2012.

FRANÇOLIN, Lucilena et al. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 79-83, jan-mar. 2012.

GORINI, Maria Isabel Pinto et al. Registro do diagnóstico de enfermagem fadiga em prontuários de pacientes oncológicos. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 354-358, 2010.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Relatório de achados da avaliação de acreditação**. Porto Alegre, 2013a.

_____. **Acreditação no HCPA**. Porto Alegre, 2013b. Disponível em <<https://intranet.hcpa.ufrgs.br/content/view/3095/1309/>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

_____. **Boletim informativo COPE**. Porto Alegre, 2013c. Disponível em <http://www.hcpa.ufrgs.br/downloads/Comunicacao/boletim_informativo_agosto_2013.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2013.

_____. **Serviço de educação em enfermagem**. Porto Alegre, 2013d. Disponível em <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/4275/1460/>>. Acesso em: 05 de janeiro de 2014.

_____. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Processo de Enfermagem**. Porto Alegre, 2013e. Disponível em <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/5553/1834/>>. Acesso em: 05 jan. 2014.

_____. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Informações gerenciais (IG)**. Porto Alegre, 2013f. Acesso restrito na intranet do HCPA. Disponível em <https://www.hcpa.ufrgs.br/>. Acesso em 15 de janeiro de 2014.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais**. 4. ed. Rio de Janeiro: CBA, 2010a.

_____. **Acreditação da Joint Commission International para hospitais**. 4. ed. Rio de Janeiro: CBA, 2010b.

KOBAYASHI, Rika Miyahara; SILVA, Andrea Braz Vendramini; AYOUB, Andréa Cotait. Gerenciando dificuldades para acreditação hospitalar em hospital cardiovascular. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 19-28, out-dez. 2010.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S., (eds). **To err is human: bulding a safer health system**. Washington: National Academy Press, 2000.

LINCH, Graciele Fernanda da Costa et al. Validation of the Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes (Q-DIO) instrument for use in Brazil and the United States. **Int. J. Nurs. Knowl.** Malden, 2014. Epub 26 mar. 2014. DOI: 10.1111/2047-3095.12030. Disponível em: <<http://onlinelibrary-wiley-com.ez45.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1111/2047-3095.12030/pdf>> Acesso em: 30 mar. 2014.

LINCH, Graciele Fernanda da Costa et al. Cross-cultural adaptation of the Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes (Q-DIO) instrument into Brazilian Portuguese. **Int J Nurs Knowl.**, Malden, v. 23, no. 3, p. 153-158. May 2012.

LINCH, Graciele Fernanda da Costa. **Validação do Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes (Q-DIO) para uso no Brasil e nos Estados Unidos da América**. 2012. 106 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/56238>>. Acesso em: 10 dez. 2012.

LINHARES, Joelza Celesílvia Chisté. **Aplicabilidade dos resultados de enfermagem em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada com diagnóstico de enfermagem volume de líquidos excessivo**. 2012. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, 2012.

LUCENA, Amália de Fátima. Processo de enfermagem: interfaces com o processo de acreditação hospitalar. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 4, p. 8-9, dez. 2013.

LUCENA, Amália de Fátima et al. Perfil clínico e diagnóstico de enfermagem de pacientes em risco de úlcera por pressão. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, [8 telas], maio-jun. 2011.

LUNNEY, M. **Critical thinking and nursing diagnoses, case studies and analyses**. Philadelphia: North American Nursing Diagnosis Association, 2001.

LUZ, Alessandra da; MARTINS, Andréia Pereira; DYNEWICZ, Ana Maria. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 9, n. 2, p. 344-361, 2007.

MANZO, BF; BRITO MJM; ALVES, M. Influência da comunicação no processo de acreditação hospitalar. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 46-51, jan.-fev. 2013.

MANZO, B.F. et al. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, [8 telas], 2012.

MANZO, B.F.; BRITO, M.J.; CORREA, A.R. Implicações do processo de acreditação hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 388-394, 2012.

MATSUDA, Laura Misue et al. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 8, n. 3, p. 415-421, 2006.

MEIRELLES, Ana Regina Nogueira et al. O papel da educação de pacientes e familiares na construção de um processo de segurança e qualidade em um hospital universitário. **Rev. Acred.**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 5, p. 23-33, 2013.

MÜLLER-STAU, M. et al. Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnoses, interventions, and outcomes implementation study. **Int. J. Nurs. Terminol. Classif.**, Malden, v.18, no. 1. p. 5-17, Jan.-Mar. 2007.

MOORHEAD, Sue Ann. et al. **Classificação dos resultados de enfermagem: NOC**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MOORHEAD, Sue Ann. The nursing outcomes classification. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n.esp., p. 868-871, 2009.

MOURA, Gisela Maria Schebela Souto de et al. Construção e implementação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 136-140, mar. 2009.

MÜLLER-STAU, Maria et al. Testing the Q-DIO as an instrument to measure the documented quality of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. **Int. J. Nurs. Terminol. Classif.**, Malden, v. 19, no. 1, p. 20-27, Jan.-Mar. 2008.

MÜLLER-STAU, Maria et al. Development of an instrument to measure the quality of documented nursing diagnoses, interventions and outcomes: the Q-DIO. **J. Clin. Nurs.**, Oxford, v.18, n. 7, p. 1027-1037, Apr. 2009.

NANDA International. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação**, 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2012.

OLIVEIRA, R.M. et al. Dor e analgesia pós-operatória: análise dos registros em prontuários. **Rev. Dor**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 251-255, out.-dez. 2013.

OLIVEIRA, A.R.S. et al. Conduas para a prevenção de quedas de pacientes com acidente vascular encefálico. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 107-113, jan./mar. 2011.

PAANS, Wolter et al. D-Cath instrument for nursing documentation in hospitals. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 66, no. 6, p. 1388-1400, 2010.

PEREIRA A.P.S. et al. Alta hospitalar: visão de um grupo de enfermeiras. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 40-45, jan.-mar. 2007.

PERES, Heloisa Helena Ciqueto et al. Avaliação de sistema eletrônico para documentação clínica de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 543-548, 2012.

PIMPÃO, Fernanda Demutti et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 405-410, jul./set. 2010.

RANDOMORG. **What's this fuss about true randomness**. Disponível em: <<http://www.random.org/>>. Acesso em: 15 out. 2013.

REPPETTO, Maria Angela; SOUZA, Mariana Fernandes de. Avaliação da realização do registro da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 58, n. 3, p.325-329, maio-jun. 2005.

RUIZ, Luana Dias; LAURINO, Patrícia Santesso; ROMA, Marcelo. Implantação do plano educacional no prontuário eletrônico para pacientes e familiares. **J. Health Inform.**, São Paulo, v. 4, n.esp., pt 1, p. 144-147, dez. 2012.

RUTHERFORD, MA. Standardized nursing language: what does it mean for nursing practice? **Online J. Issue Nurs.**, Silver Spring, v. 13, no. 1, p. 1-10. 2008.

SANTOS, Neuma; VEIGA, Patrícia; ANDRADE, Renata. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 355-358, mar.-abr. 2011.

SARANTO, K., KINNUNEN, U. Evaluating nursing documentation: research designs and methods: systematic review. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 65, no. 3, p. 464-476, Mar. 2009.

SEGANFREDO, Deborah Hein; ALMEIDA, Miriam de Abreu. Validação de conteúdo de resultados de enfermagem, segundo a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) para pacientes clínicos, cirúrgicos e críticos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, [10 telas], jan-fev. 2011.

_____. _____. Produção de conhecimentos sobre resultados de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n.1, p. 122-126, jan.- fev. 2010.

SENTONE, Andreza Daher Delfino et al. Avaliação da qualidade das prescrições de enfermagem em um hospital universitário. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 3, n. 10, p. 467-473, jul.-set. 2011.

SERPA, Leticia Faria et al. Validade preditiva da escala de Braden para risco de úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, [8 telas], jan.-fev. 2011.

SETZ, Vanessa Grespan; D'INNOCENZO, Maria. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 3, n. 22, p.313-317, fev. 2009.

SILVA, Marcos Barragan. **Aplicabilidade clínica dos resultados de enfermagem em pacientes com mobilidade física prejudicada submetidos à artroplastia total de quadril.** 2013. 107f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

SILVA, Lolita Dopico. Segurança do paciente no contexto hospitalar. **Rev. Enferm, UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 291-292, jun.-set. 2012.

SILVA, Vanessa Cerávolo Gurgel et al. Mensuração do tempo dos registros manual e eletrônico da Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **J. Health Inform.**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 37-42, abr.-jun. 2012a.

SILVA, Larissa Gutierrez da et al. Prescrição de enfermagem e qualidade do cuidado: um estudo documental. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 1, n. 2, p. 97-107, jan./abr. 2012b.

SOUSA, Paulino Artur Ferreira de; DAL SASSO Grace Teresinha Marcon; BARRA, Daniela Couto Carvalho. Contribuições dos registros eletrônicos para a segurança do paciente em terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 971-979, out.-dez. 2012.

URBANETTO, Janete de Souza et al. Morse fall scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 569-575, nov. 2013.

WANG, Ning; HAILEY, David; YU, Ping. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 67, no. 9, p. 1858-1875, Jan. 2011.

APÊNDICE A – Critérios de qualidade específicos da Joint Commission International

Dimensões/Itens	Escala de 3 pontos			
	0	1	2	NA
Critérios específicos da JCI Dados da informação registrada:				
1. Presença da anamnese e exame físico de enfermagem				
2. Protocolo de prevenção de quedas				
3. Protocolo de gerenciamento da dor				
4. Protocolo de prevenção UP				
5. Educação de gerenciamento da dor, controle de infecção e risco de quedas				
6. Avaliação das linhas de cuidado*				-
7. Compreensão da educação fornecida				
8. Nota de transferência				-
9. Avaliação em cuidados paliativos				-
10. Siglas padronizadas				
11. Frequência de evoluções de enfermagem				
12. Frequência de prescrições de enfermagem				
12 itens, Escore máx=24, Pontuação ideal=2				

* Necessidades específicas: paciente em uso de medicamentos especiais (anticoagulante, insulina de ação rápida e quimioterápicos); em situação de transplante; portadores de doenças crônico-evolutivas (ICC, AVE); dependentes funcionais (em uso de O₂ domiciliar, CPAP, BiPAP, próteses, sondas e cateteres); portadores de doenças infecto-contagiosas (GMR); em situação de vulnerabilidade (crianças e idosos com risco de abuso/negligência).

APÊNDICE B – Manual de orientação para preenchimentos dos critérios de qualidade específicos da Joint Commission International

Definição operacional dos escores dos critérios de qualidade específicos da Joint Commission International.

Itens	0 - Não Conforme	1 – Parcialmente Conforme	2 – Conforme
1	Nenhum registro	Anamnese presente	Anamnese presente nas primeiras 24h de internação
2	Nenhum registro	Escala de Morse <45 Apenas a avaliação inicial de risco de quedas ou descrição na evolução Escala de Morse ≥45 Apenas a avaliação inicial de risco de quedas e/ou descrição na evolução	Escala de Morse <45 Avaliação inicial de risco de quedas e reavaliação em evolução Escala de Morse ≥45 Avaliação inicial de risco de quedas, descrição na evolução com DE Risco de Quedas e cuidados prescritos
3	Nenhum registro	Apenas avaliação inicial de dor (escala de intensidade e/ou localização e/ou característica) e/ou descrição na evolução	Pacientes com dor são assistidos de acordo com os protocolos de gerenciamento da dor - escala de intensidade, localização e característica - cuidados prescritos para gerenciamento da dor - reavaliações em evolução
4	Nenhum registro	Apenas avaliação inicial da Braden se não houver UP Se presença de UP, avaliação inicial e/ou reavaliações	Avaliação inicial da Braden e reavaliações se não houver UP Se presença de UP, avaliação inicial, reavaliações e cuidados prescritos.
5	Nenhum registro ou pacientes educados para apenas um desses indicadores.	Pacientes são educados para apenas 1 ou 2 desses indicadores	Pacientes são educados quanto risco de quedas, controle de infecção, gerenciamento da dor
6	Nenhum registro	As linhas de cuidado* são registradas	As linhas de cuidado* são registradas e o paciente é educado quanto as mesmas
7	Nenhum registro	Paciente/família receberam a informação educativa	Paciente/família receberam a informação educativa e há registro da compreensão quanto educação fornecida
8	Nenhum registro	Apenas o registro da transferência do paciente	Registro do motivo da transferência e evolução de enfermagem.
9	Nenhum registro da presença ou ausência de sintomas do paciente em final de vida.	Há descrição apenas do sintomas em pacientes em final de vida.	Pacientes em final de vida e/ou seus familiares são avaliados e reavaliados para: sintomas como náuseas e dificuldade respiratória; fatores que aliviam e exacerbam os sintomas; gerenciamento dos sintomas atuais.
10	Menos de 50% das abreviações utilizadas são padronizadas pela instituição	Pelo menos 50% das abreviações utilizadas são padronizadas pela instituição	Pelo menos 90% das abreviações utilizadas são padronizadas pela instituição
11	Menos de 50% das evoluções de enfermagem diárias foram realizadas durante a internação	Pelo menos 50% das evoluções de enfermagem diárias foram realizadas durante a internação	Pelo menos 90% das evoluções de enfermagem diárias foram realizadas durante a internação
12	Menos de 50% das prescrições de enfermagem diárias foram realizadas durante a internação	Pelo menos 50% das prescrições de enfermagem diárias foram realizadas durante a internação	Pelo menos 90% das prescrições de enfermagem diárias foram realizadas durante a internação

10 Itens, Escore máximo = 20, Pontuação ideal = 2

* Necessidades específicas: paciente em uso de medicamentos especiais (anticoagulante, insulina de ação rápida e quimioterápicos); em situação de transplante; portadores de doenças crônico-evolutivas (ICC, AVE); dependentes funcionais (em uso de O₂ domiciliar, CPAP, BiPAP, próteses, sondas e cateteres); portadores de doenças infecto-contagiosas (GMR); em situação de vulnerabilidade (crianças e idosos com risco de abuso/negligência).

NA = Não se aplica

ANEXO A – Versão brasileira do Q-DIO

Dimensões/Itens	Escala de 3 pontos		
	0	1	2
Diagnósticos de enfermagem como processo			
Dados da informação registrada:			
1. Situação atual que levou a internação			
2. Ansiedade, preocupações, expectativas e desejos relacionados à internação			
3. Situação social e ambiente/circunstâncias em que vive			
4. Enfrentamento da situação atual/com a doença			
5. Crenças e atitudes em relação à vida (relacionados à internação)			
6. Informações sobre o paciente e familiares/outras pessoas importantes na situação			
7. Questões sobre intimidade pessoal relacionadas ao gênero			
8. Hobbies, atividades de lazer			
9. Pessoas importantes (para contato)			
10. Atividades da vida diária			
11. Prioridades relevantes de enfermagem de acordo com a avaliação			
11 Itens, Escore máximo=22, Pontuação ideal=2			
Diagnósticos de enfermagem como produto			
	Escala de 3 pontos		
	0	1	2
12. Problema de Enfermagem/Título do diagnóstico está registrado			
13. Título do diagnóstico está formulado e numerado de acordo com a NANDA.			
14. A etiologia está registrada			
15. A etiologia está correta, e corresponde ao diagnóstico de enfermagem			
16. Os sinais e sintomas estão registrados			
17. Os sinais e sintomas estão corretamente relacionados com o diagnóstico de enfermagem			
18. A meta de enfermagem se relaciona/corresponde ao diagnóstico de enfermagem			
19. A meta de enfermagem é alcançável por meio das intervenções			
8 Itens, Escore Máximo=16, Pontuação ideal=2			
Intervenções de Enfermagem	0	1	2
20. Concretas, claramente nomeadas de acordo com as intervenções da NIC - e planejadas (o que será realizado, como, com que frequência e por quem)			
21. As intervenções de enfermagem têm efeito sobre a etiologia dos diagnósticos de enfermagem			
22. As intervenções de enfermagem realizadas estão registradas (o que foi realizado, como, com que frequência e por quem)			
3 Itens, Escore Máximo=6, Pontuação ideal=2			
Resultados de Enfermagem	0	1	2
23. Mudanças críticas de diagnósticos são avaliadas diariamente ou turno a turno/ diagnósticos prolongados são avaliados a cada quatro dias			
24. O diagnóstico de enfermagem está reformulado			
25. O resultado de enfermagem está registrado			
26. O resultado de enfermagem é observável/medido e registrado de acordo com NOC			
27. O resultado de enfermagem indica: - melhora dos sintomas do paciente - melhora do conhecimento do paciente - melhora das estratégias de enfrentamento do paciente - melhora das habilidades de autocuidado - melhora no estado funcional			
28. Existe uma relação entre os resultados e as intervenções de enfermagem			
29. Os resultados e os diagnósticos de enfermagem estão internamente relacionados			
7 Itens, Escore Máximo=14, Pontuação ideal=2			

ANEXO B – Orientações para aplicação do *Q-DIO-Versão brasileira*

Ao aplicar o Q-DIO você deve atentar para as seguintes questões:

Quando tiver duas anamneses ou nota de admissão para o mesmo paciente, você deve considerar para a avaliação sempre a mais completa.

Quando avaliação for realizada por dois observadores: atentar para que sejam avaliados registros da mesma internação, em caso de Pacientes que tenham mais de uma internação.

Avaliação dos **registros de enfermagem**: Ao avaliar os registros devem ser consideradas as particularidades dos registros de enfermagem de cada instituição. Devem ser considerados três aspectos que influenciam na maneira de como são coletadas e descritas às informações:

1. O modelo ou a teoria de enfermagem adotado pela instituição (padrões funcionais de saúde, teoria do autocuidado, respostas humanas básicas entre outras).
2. Padrões de cuidado para a investigação, conforme definido por órgãos legisladores e associações profissionais, por exemplo, a *Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations*, a *American Nurses Association* (ANA), COREN entre outras.

Primeira subescala

- Anamnese – Histórico de Enfermagem – Coleta de Dados – Evolução de admissão (avaliar todos os registros das primeiras 24 horas da admissão visando preencher completamente os 11 itens dessa subescala)

DE como processo: Ler a anamnese, quando esta não estiver registrada deve-se avaliar a evolução mais próxima da internação que permita o preenchimento dos itens dessa subescala.

Crterios para avaliao da subescala DE como processo: A enfermeira busca compreender sob o ponto de vista e perspectiva do paciente. A qualidade do processo envolve a avaliao individual e global para identificar os fenmenos de enfermagem relevantes. Esses incluem as necessidades dos pacientes, seus problemas e recursos pessoais. A situao atual que leva a hospitalizao, preocupaes, ansiedades e de enfrentamento relacionadas a internao, e as expectativas e desejos do paciente so descritos. Situao social, de gnero, espiritual e aspectos fisiolgicos esto includos.

Itens	Não documentado	Parcialmente documentado	Documentação completa
1	Nenhum registro	Apenas queixa principal/motivo da internação	Registro da história da doença associada ao motivo da internação (descrição clara dos problemas que levaram o paciente a procurar atendimento/auxílio).
2	Nenhum registro	Apenas registro do estado emocional do paciente, como “ansioso”, “com expectativas”.	Registro de ansiedade, preocupações, expectativas ou relacionadas a internação e ao cuidado, com a devida descrição. Ou descrição do processo de adoecer influenciando na sua vida.
3	Nenhum registro	Apenas registro de um aspecto: 1) situação social (amigos, família, lazer, questões financeiras,) 2) ambiente (condições de moradia: localização, acesso e saneamento)	Registro da situação social, como questões econômicas, cidade onde mora e com quem mora ou com quantas pessoas. E ainda, questões do ambiente e circunstâncias em que vive, como questões de moradia.
4	Nenhum registro	Apenas o registro do seu estado emocional (por exemplo, ansioso, tenso, otimista, satisfeito e outros)	Registro das necessidades psicossociais, se o paciente tem apoio dos familiares ou pessoas próximas. Ou ainda, descrição de emoções relacionadas à situação, e uso de estratégias de enfrentamento.
5	Nenhum registro	Apenas o registro da religião/espiritualidade	Registro da religião/espiritualidade ou outras crenças e necessidades psicoespirituais (exemplo: necessidade de visitas religiosas, aspectos relacionados a cultura, práticas de rituais).
6	Nenhum registro	Apenas registro da ciência do paciente OU familiar da situação e/ou tratamento	Registro da ciência do paciente E familiar da situação e/ou tratamento
7	Nenhum registro	Apenas o registro de atividade sexual (ativo ou não)	Registro de questões sobre a intimidade pessoal de acordo com seu gênero, relacionados com os hábitos e privacidade do paciente (número de parceiros, métodos contraceptivos)

8	Nenhum registro	Atividade de lazer uma ou mais apenas registradas (exemplo: dançar).	Registro completo da atividade de lazer e sua frequência.
9	Nenhum registro	Apenas “acompanhado por”	Telefones para contato e descrição da relação com o principal contato e ou acompanhante (por exemplo, filho, esposa, etc.)
10	Nenhum registro	Apenas registro para dependência ou independência para a realização de atividades diárias (cuidado pessoal, doméstico e profissional	Registro das atividades diárias/domésticas ou profissionais com frequência que realiza
11	Nenhum registro	Apenas citações de questões relevantes que estejam relacionadas às necessidades dos pacientes	Registro de questões relevantes que estejam relacionadas às necessidades dos pacientes

Segunda Subescala: Evolução

DE como produto: Ler evoluções de enfermagem, atentar para a data em que o DE foi aberto (avaliar no mínimo os quatro dias subsequentes). Para avaliar o último item dessa subescala é preciso ler a prescrição de enfermagem.

Crterios para avaliação da subescala DE como produto: A enfermeira registra a situação individual do paciente de acordo com o formato Problema, Etiologia, Sinais e Sintomas (PES). Diagnósticos de enfermagem são numerados em ordem para serem monitorados nos registros de enfermagem. Diagnósticos de enfermagem contem etiologias relacionadas aos sinais e sintomas correspondentes. As metas de enfermagem estão corretamente formuladas, documentadas e são alcançáveis.

Itens	Não documentado	Parcialmente documentado	Documentação completa
12	Nenhum registro	Apenas o registro do problema de enfermagem Exemplo: paciente dispnéico; paciente com dor	Registro do problema de enfermagem com o registro do título do DE

13	Nenhum registro	Apenas o registro do problema	Registro do título do DE, de acordo com a NANDA-I e/ou está numerado de acordo com NANDA-I
14	Nenhum registro	A etiologia do problema de enfermagem está registrada	Está registrado o fator relacionado ao DE
15	Nenhum registro	Etiologia registrada, mas não corresponde ao problema de enfermagem	O fator relacionado/etiologia está registrado e de acordo com o DE que está sendo avaliado
16	Nenhum registro	Os sinais e sintomas estão registrados	Estão registradas as características definidoras do DE conforme NANDA-I
17	Nenhum registro	Sinais e sintomas registrados, mas não correspondem ao problema de enfermagem	Registro das características definidoras/sinais e sintomas de acordo com o DE que está sendo avaliado
18	Nenhum registro	As metas registradas não são específicas e não abordam os fatores relacionados (etiologia do DE ou problema de enfermagem que está sendo avaliado)	As metas registradas são específicas para o DE ou problema de enfermagem que está sendo avaliado Exemplo: paciente com Dor à mobilização no pós-operatório Enfermeira registra na evolução que deve ser administrado ou avaliado a dor antes da mobilização.
19	Nenhum registro	As metas registradas, específicas para o DE ou problema de enfermagem, não são alcançáveis por meio das intervenções e/ou cuidados.	As metas registradas, específicas para o DE ou problema de enfermagem, são alcançáveis por meio das intervenções e/ou cuidados

Terceira Subescala: Prescrição de Enfermagem

Intervenções de Enfermagem

Itens	Não documentado	Parcialmente documentado	Documentação completa
20	Nenhum registro	Apenas registrado o que será realizado Exemplo: avaliar a Dor	Registro completo do que será realizado, como, com que frequência e por quem Exemplo: avaliar a dor utilizando a escala, em todos os turnos, com frequência X, avaliar efeito da analgesia
21	Nenhum registro	As intervenções prescritas/registradas não têm efeito direto na etiologia Exemplo: ao lado As intervenções poderiam ser: verificar oximetria (isoladamente), cabeça elevada	As intervenções registradas estão diretamente relacionadas à etiologia durante os quatro dias do problema ou diagnóstico levantado Exemplo: paciente com dispnéia ou padrão respiratório ineficaz por secreção, deveria ter prescrição de mobilização, exercícios respiratórios, tosse, aspiração em alguns casos, cabeça elevada, oximetria, ausculta pulmonar, etc.
22	Nenhum registro	Apenas o registro do que foi realizado	Registro completo do que foi realizado, como, horário e por quem.

Quarta Subescala: Evolução - Resultados de Enfermagem

Itens	Não documentado	Parcialmente documentado	Documentação completa
23	Nenhum registro/Não alcançado	Os registros (descritos na evolução com ou sem linguagem padronizada, no S/O/I/C) ultrapassam às 24 horas quanto a frequência com que estão sendo registrados para o período de quatro dias	Os registros (descritos na evolução com ou sem linguagem padronizada, no S/O/I/C) estão descritos turno a turno ou pelo menos um a cada 24 horas para todo o período de quatro dias

24	Nenhum registro/Não alcançado	Os diagnósticos ou problemas de enfermagem foram registrados em menos ou igual a 50% das evoluções do período de quatro dias.	Os diagnósticos ou problemas de enfermagem foram registrados em mais de 50% das evoluções do período de quatro dias
25	Nenhum registro/Não alcançado	<p>Registro do diagnóstico ou problema de enfermagem com qualificadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melhorado (os problemas e/ou condições do paciente mudaram e/ou foram resolvidas); - Estabilizado (as condições do paciente não mudaram e não necessitam de futuros cuidados para manter as condições ou problemas como se apresentam no momento); - Piorado (as condições do paciente e/ou problemas dos pacientes mudaram e pioraram). <p>Ou descrição dos resultados nomeados de acordo com NOC ou descrição dos indicadores de acordo com a NOC</p>	Completamente nomeado de acordo com a NOC com seus indicadores, ou de escalas específicas com seus escores (exemplo: Escala de dor, Braden, Glasgow)
26	Nenhum registro/Não alcançado	Registro de resultados ou indicadores sem pontuação	Registro dos resultados/escalas com seus respectivos escores

27	Nenhum registro/Não alcançado	<p>Registrados em evolução aspectos de melhora (registrados em menos ou igual a 50% das evoluções do período de quatro dias):</p> <ul style="list-style-type: none"> - sintomas - conhecimento - estratégias de enfrentamento - habilidades de autocuidado - estado funcional 	<p>Registrados em evolução aspectos de melhora (foram registrados em mais de 50% das evoluções do período de quatro dias):</p> <ul style="list-style-type: none"> - sintomas - conhecimento - estratégias de enfrentamento - habilidades de autocuidado - estado funcional
28	Nenhum registro/Não alcançado	Os registros contemplam descrição de melhora, estabilizado ou piorado e NÃO estabelecem uma relação entre os cuidados prescritos.	As evoluções contemplam registros de melhora, estabilizado, piorado e estabelecem uma relação entre os cuidados prescritos. Exemplo, paciente com dor forte, cuidado/intervenção relacionados com a queixa. Ansiedade ou agitação psicomotora: medicação sedativa ou cuidados em relação a esses sintomas
29	Nenhum registro/Não alcançado	<p>A meta/resultados (da melhora ou piora ou estabilidade) estão registrados, mas NÃO estão coerentes com os diagnósticos e/ou problemas de enfermagem apresentados</p> <p>Exemplo: paciente melhor da falta de ar, ou diagnóstico de Padrão respiratório ineficaz, e os problemas levantados são relativos a dor ou ferida operatória.</p>	A meta/resultados estão registrados e são coerentes com os diagnósticos e/ou problemas de enfermagem apresentados. Exemplo: paciente melhor da falta de ar ou do diagnóstico de padrão respiratório ineficaz e os diagnósticos ou problemas são relativos ao sistema respiratório.

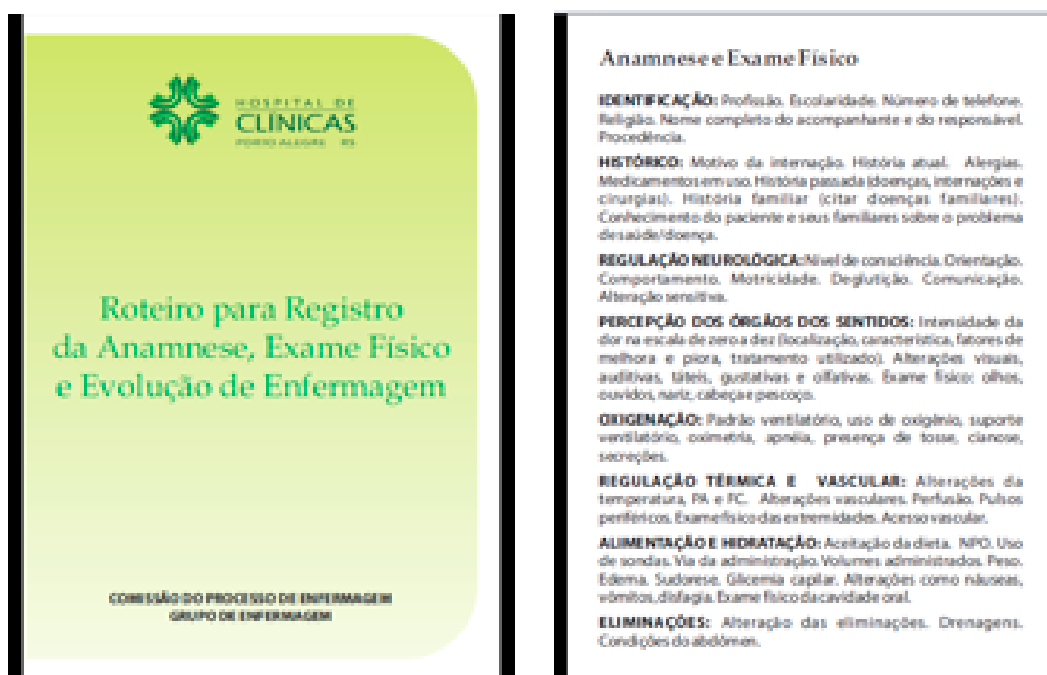
- Estande



Estande da Acreditação

Nos dias 29 e 30 de abril, 2 e 3 de maio de 2013, a COPE estará utilizando o estande da acreditação, que fica localizado no saguão do segundo andar. Neste momento, integrantes da comissão estarão à sua disposição para esclarecer dúvidas e rever questões relacionadas ao Processo de Enfermagem com foco na qualidade, segurança e Acreditação.

- Exemplos de Folders







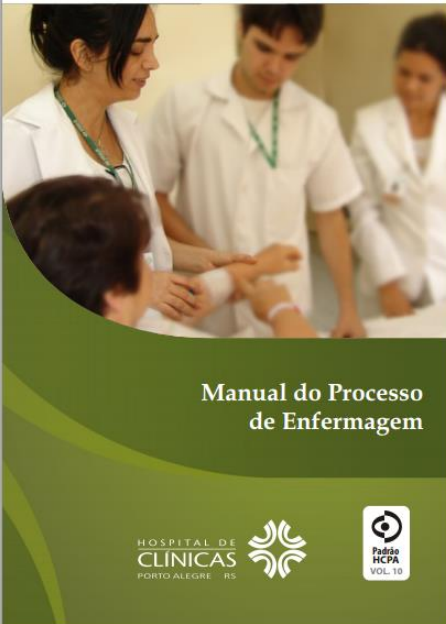
Todos os registros realizados na Conduta de Educação migrarão para a aba chamada Educação, no Portal do Paciente.



Lembre-se!

- A linguagem utilizada pela equipe para a abordagem do paciente ou sua família deve ser adequada às suas necessidades.
- Além da ação de educar é preciso verificar e registrar o entendimento do paciente ou sua família sobre a educação recebida.

- Exemplo de Manual Institucional



- Reestruturação da Anamnese no AGHweb quanto a educação de pacientes e familiares

Conduta

ID Roteiro Geral Livre

HIS Nega Ir Para

RNE

POS Conduta

OXI

RTV

AHI

ELI Conduta de Educação

ICM () Prevenção de quedas () Identificação do paciente
() Direitos do paciente () Gerenciamento da dor () Higienização das

CAS

SRC

RSX Orientações específicas

NPS

NPE

EPS

DE Paciente / família compreendeu?

CON () Sim () Não. Paciente precisa de reforço
() Paciente realizou o cuidado

- Itens de avaliação obrigatórios no documento Anamnese e Exame Físico de Enfermagem

História

ID Roteiro Geral Livre

HIS Nega Ir Para

RNE

POS Motivo da Internação

OXI

RTV

AHI

ELI História Atual

ICM

CAS

SRC

RSX Medicamentos em uso/ dose/ frequência Nega

NPS

NPE

EPS

DE Alergias Nega

CON

- Siglário institucional



Siglário do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

"O cuidado ao paciente é um empreendimento complexo, altamente dependente da comunicação das informações. As falhas de comunicação estão entre as causas raízes mais comuns dos incidentes relacionados à segurança do paciente". (Joint Comission Internacional)

Siglas e abreviaturas podem induzir a erros! Se necessário, a instituição utiliza códigos padronizados de diagnósticos e procedimentos que se encontram no siglário.

Não crie ou utilize siglas e abreviaturas, como as descritas a seguir:

Siglas e abreviaturas que não devem ser utilizadas	
Siglas	Significado
ABC	Abcesso
ACTF	A Cada Troca de Fraldas
AG	Aguda
COMENF	Comunico Enfermeira
D	Derrame
FENTA	Fentanil
GDE	Grande
GLUCO	Gluconato
GTM	Gastrostomia
METRO	Metronidazol
MIDA	Midazolam
NORA	Noradrenalina
NPS	Nitroprussiato
SP	Sem Passeio
SPP	Se Parar Parou
T	Tempo

Siglas e abreviaturas padronizadas	
Siglas	Significado
3º L	Unidade de Internação - 3º Leste
3º N	Unidade de Internação - 3º Norte
3º S	Unidade de Internação - 3º Sul
4º N	Unidade de internação - 4º Norte
4º S	Unidade de Internação - 4º Sul

- Verificação educativa dos prontuários junto às equipes de enfermagem

Serviços de Enfermagem	Nº Unidades	Nº Prontuários	Nº Participantes
SEC	7	32	65
SECLIN	5	22	29

Fonte: Relatório COPE/HCPA, 2013.

- Grupos focados promovidos pela COPE / SEDE baseados nos itens essenciais definidos pela instituição

Serviço	Total do Grupo de Enfermagem	Número de capacitados	Percentual
SEC	252	240	95%
SECLIN	239	239	100%

Fonte: Relatório COPE/HCPA, 2013.

- Curso de Atualização do Processo de Enfermagem



HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE - RS

**CURSO ATUALIZAÇÃO DO
PROCESSO DE ENFERMAGEM**

**RENOVANDO E
COMPARTILHANDO
SABERES**

	DATA	HORÁRIO	LOCAL
Turno I	26/9	10h às 12h	Amfiteatro
Turno II	26/9	14h30 às 16h30	Amfiteatro
Turno III	27/9	17h às 19h	Audatório
Turno IV	1º/10	10h às 12h	Amfiteatro
Turno V	1º/10	14h30 às 16h30	Amfiteatro
Turno VI	3º/10	14h30 às 16h30	Amfiteatro
Turno VII	10/10	14h30 às 16h30	Amfiteatro

Conteúdo
Processo de enfermagem, legislação, melhorias na anamnese, melhorias na evolução do paciente e estrutura da Cope (Comissão do Processo de Enfermagem)

Instrutores
Professora Miriam de Abreu Almeida
Enfermeiras Maria do Carmo Laurent e Vera L. Dias

Público-alvo
Professores da Escola de Enfermagem da Ufrgs, Enfermeiros e Residentes de Enfermagem

Inscrições
Chefias de Unidade e no local



- GEO: Aplicativo de Gestão Operacional



ANEXO D - Termo de Compromisso para Utilização de Dados



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto

<p>Processo de Acreditação Hospitalar como agente de melhoria da qualidade dos registros informatizados de enfermagem</p>	<p>Cadastro no GPPG</p>
--	-------------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 27 de agosto de 2013.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Miriam de Abreu Almeida	
Aline Tsuma Gaedke Nomura	
Marcos Barragan da Silva	

ANEXO E – Qualificação do Projeto

LINHA DE PESQUISA: TECNOLOGIAS DO CUIDADO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
SEMINÁRIOS INTEGRADOS DE PESQUISA I – MESTRADO – SEMESTRE 2013/1
NOME DO ALUNO: ALINE NOMURA
TÍTULO DO PROJETO: O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR COMO AGENTE DE
MELHORIA DA QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO

Trata-se de um projeto de pesquisa para o desenvolvimento de uma dissertação de mestrado, com temática relevante e atual.

Título – adequado ao estudo. Todavia também sugere-se: Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem frente ao processo de acreditação hospitalar.

Introdução – contextualiza bem o tema de pesquisa. Sugere-se destacar o problema de pesquisa, problematizando a necessidade de avaliação frente a um processo de acreditação hospitalar com um instrumento próprio para registros de enfermagem (Q-DIO).

Objetivos – o objetivo geral adequado. Sugere-se trocar os verbos descrever e comparar para *analisar*. Inserir objetivos específicos que apresentem o Q-DIO como o instrumento utilizado na avaliação.

Revisão da literatura – adequada. Sugere-se inserir outros estudos que falem da avaliação de registros, corroborando a importância do tema (acreditação X registros de enf).

Método:

Tipo de estudo – propõe realizar um estudo quase-experimental, do tipo antes e depois, com avaliação de desfecho após uma intervenção, o que está perfeitamente adequado para o tipo de fenômeno estudado.

População e amostra – apresenta população e cálculo amostral.

Coleta de dados – propõe realizar em seis etapas, porém sugere-se executar em duas, com supressão de algumas etapas que passam a fazer parte da logística do estudo.


Análise de dados – Fará uma análise estatística.

Aspectos éticos – contemplados. O estudo será submetido ao Comitê de ética e pesquisa do HCPA. Substituir a resolução 196/1996 pela vigente (466/2012).

Orçamento e cronograma – adequados quanto ao custo da pesquisa e tempo para realização da mesma.

Projeto Qualificado em 11/07/2013.


Prof. Dra. Amália de Fátima Lucena
avaliadora


Prof. Dra. Grazielle Fernandes da
Costa Linch

ANEXO F – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA

**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 130389

Data da Versão do Projeto:

Pesquisadores:

MIRIAM DE ABREU ALMEIDA

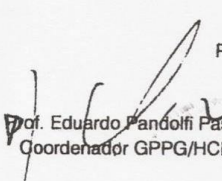
ALINE TSUMA GAEDKE NOMURA

Título: ACREDITAÇÃO HOSPITALAR COMO AGENTE DE MELHORIA
DA QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Este projeto foi **APROVADO** em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 28 de outubro de 2013.


Dr. Eduardo Pandolfi Passos
Coordenador GPPG/HCPA