

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem**

GABRIELA GOMES DOS SANTOS

**APRIMORAMENTO DO INSTRUMENTO AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE
REGISTROS INFORMATIZADOS DE ENFERMAGEM**

**Porto Alegre,
2011**

GABRIELA GOMES DOS SANTOS

**APRIMORAMENTO DO INSTRUMENTO AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE
REGISTROS INFORMATIZADOS DE ENFERMAGEM**

Este trabalho é requisito para a obtenção de conceito parcial na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a Dra. Miriam de Abreu Almeida

Porto Alegre

2011

***Dedico esta conquista aos meus pais
e ao meu irmão, pelo infinito amor,
apoio, dedicação e confiança.***

AGRADECIMENTOS

À Deus, por iluminar meus caminhos e minhas escolhas.

À minha família, pelo apoio e dedicação em mais uma etapa da minha vida, que me deram força para continuar.

Aos meus amigos, por todos os momentos de descontração, pela amizade e companheirismo.

À minha orientadora, Profa Miriam de Abreu Almeida, e as participantes do grupo focal, por toda disponibilidade, paciência, apoio e dedicação, tornando possível a realização deste trabalho.

À todos, muito obrigada.

***Nada do que vivemos tem sentido
se não tocarmos o coração das pessoas.
(Cora Coralina)***

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa metodológica, de natureza qualitativa, sobre a qualidade dos registros de enfermagem. Teve como objetivo o aprimoramento do instrumento avaliação da qualidade dos registros informatizados de enfermagem, construído por um grupo de enfermeiras de um hospital público universitário. O aprimoramento desse instrumento foi realizado por meio da técnica de grupo focal, composto por nove enfermeiras assistenciais que fizeram ou fazem parte da Comissão do Processo de Enfermagem (COPE) dessa instituição. O instrumento foi estruturado na avaliação dos seguintes registros de enfermagem: *Anamnese/Exame Físico, Diagnóstico de Enfermagem, Evolução de Enfermagem e Prescrição de Enfermagem*. Os critérios para avaliação desses documentos foram revisados pelas participantes e dividem-se em: *Realização, % de Preenchimento, Avaliação e Qualidade*. Além desses critérios, também foi aperfeiçoado no instrumento a Escala de Acurácia de Diagnóstico de Enfermagem (EADE) – Versão 2, desenvolvida para estimar o grau com que uma afirmação diagnóstica tem sustentação em relação a um conjunto de informações clínicas do paciente, a partir de dados escritos. Foi aprimorado, concomitante ao instrumento, um manual de orientação a fim de subsidiar o seu preenchimento. Submetidos a uma testagem, o instrumento e o manual sofreram algumas mudanças a fim de torná-lo mais claro e objetivo. Desta etapa resultou o instrumento final para avaliação da qualidade dos registros de enfermagem informatizados das unidades do HCPA, no qual deverá ser testado por meio de uma amostragem maior de prontuários e validado futuramente.

Descritores: Processos de Enfermagem. Avaliação. Qualidade.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 OBJETIVO	12
3 REVISÃO DE LITERATURA	13
4 METODOLOGIA	16
4.1 Tipo de Estudo	16
4.1.1 Técnica de grupo focal	16
4.2 Campo de Estudo	17
4.3 População e Amostra.....	19
4.4 Coleta dos Dados	19
4.5 Análise dos Dados	22
4.6 Aspectos Éticos	22
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	24
5.1 Caracterização dos participantes do grupo focal	24
5.2 Aprimoramento do instrumento AQuaRIE	25
5.2.1 Dados de identificação do instrumento.....	26
5.2.2 Documentos a serem avaliados	28
5.2.3 Critérios de avaliação dos registros informatizados	30
5.3 Aprimoramento do manual de orientação para o preenchimento do instrumento.....	35
5.4 Dificuldades encontradas.....	36
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS.....	42
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	46
APÊNDICE B – Agenda do Grupo Focal.....	47
APÊNDICE C – Questionário para caracterização dos participantes do grupo focal.....	48
APÊNDICE D – Manual de orientação para o preenchimento do instrumento.....	49
ANEXO I – Instrumento para a Avaliação da Qualidade dos Registros	56
ANEXO II – Manual de Orientação para o Preenchimento do Instrumento	57
ANEXO III – Termo de Compromisso para Utilização de Dados	62

ANEXO IV – Carta de aprovação da COMPESQ EEUFRGS	63
ANEXO V – Carta de aprovação do GPPG/HCPA	64

1 INTRODUÇÃO

Em torno na década de 50 os enfermeiros perceberam a importância de abranger os conhecimentos sobre o processo de cuidar e concluíram que para desenvolver tais idéias era preciso formular conceitos próprios. (AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009). Os modelos teóricos contribuem na prática assistencial da enfermagem, com o avanço dessas conjecturas foi necessário a criação de um método científico, específico, e sistemático para os afazeres dos enfermeiros, assim desenvolveu-se o Processo de Enfermagem (PE) (AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009).

Usar marcos conceituais na prática assistencial modifica a forma da assistência e possibilita críticas embasadas em definições científicas, as quais exigem maior domínio sobre a disciplina de enfermagem (REPPETTO; SOUZA, 2005). Utilizar o PE proporciona a organização das informações dos pacientes e permite analisar e interpretar os dados a fim de avaliar os resultados dos cuidados (AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009).

A implantação e operacionalização do cuidar fazem com que o enfermeiro use o método da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Esse permite identificar as necessidades humanas básicas dos pacientes (REPPETTO; SOUZA, 2005).

A SAE está legalmente amparada conforme Resolução 358/2009 do COFEN como uma atividade privativa do enfermeiro, a qual compete a liderança na execução e avaliação do PE, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, em face a essas respostas (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

O PE, além de nortear a prática de enfermagem, estimula os enfermeiros a analisarem constantemente o que estão fazendo e assim estudarem como poderiam fazê-lo melhor (ALFARO-LEFEVRE, 2005). Desse modo, colocar em prática os modelos do processo de enfermagem proporciona

aos pacientes receber cuidados qualificados em um mínimo de tempo e um máximo de eficiência (AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009).

Segundo Alfaro-Lefere (2005) “o processo de enfermagem possui cinco etapas distintas, inter-relacionadas, que são: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação”. No entanto, não se pode pensar em uma sistematização eficiente, sem que todas as fases sejam realizadas, pois elas são interdependentes, de modo que os problemas identificados geram conclusões diagnósticas, o planejamento permite a implantação das intervenções e a documentação da assistência de enfermagem possibilita a avaliação e a continuidade do trabalho prestado (REPPETTO; SOUZA, 2005). Conseqüentemente, quando esse registro é escasso ou inadequado, afeta a assistência prestada ao paciente assim como a instituição e a equipe de enfermagem (SETZ; D’INNOCENZO, 2009).

A avaliação dos registros possui importância de facilitar a valorização da assistência de enfermagem que deve ser estabelecida para o cuidado do cliente. Assim sendo, o controle de qualidade abrange o estabelecimento de padrões baseados em um modelo de cuidado que deve ser empregado como instrumento de medida, necessitando ser passível de mensuração atingível e que sirva como guia aos profissionais (MARQUIS; HUSTON, 2005).

Nesse sentido foi realizada a pesquisa “Construção de um Instrumento para a Avaliação da Qualidade de Registros Informatizados de Enfermagem”, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pela acadêmica Aline Tsuma Gaedke Nomura, como Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul no ano de 2010. Nesse estudo foi enfatizado que os registros de enfermagem informatizados dão visibilidade ao cuidado prestado ao paciente promovendo a valorização do enfermeiro. No entanto, esse instrumento necessita de testagem para o seu aperfeiçoamento. Assim, sendo, a presente investigação pretende dar continuidade ao projeto mencionado, com a testagem do mesmo e a revisão do manual de orientação para o seu preenchimento.

O termo aprimorar, segundo o Dicionário Michaelis (2009) e Aurélio (2011), significa aperfeiçoar, esmerar. Nesse sentido, para que um instrumento seja validado, é preciso que antes o mesmo passe por avaliações que sugiram melhorias e proporcionando o seu aperfeiçoamento. A avaliação de um

instrumento de pesquisa, refere-se ao grau em que ele é apropriado para medir o verdadeiro valor daquilo que se propõe medir, possibilitando inferir o quanto os resultados que foram obtidos através da utilização desse instrumento representam a *verdade*, ou quanto se afastam dela (GARCIA, 1998). Portanto, almeja-se aprimorar, e assim, melhorar a estrutura e o conteúdo do instrumento e do manual que contém as diretrizes para o seu preenchimento. E deste modo ressaltar a relevância de avaliar os registros de enfermagem informatizados que é fundamental para obter um indicador de qualidade fidedigno.

Como estagiária da Comissão do Processo de Enfermagem (COPE)¹ do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), percebo a importância de se avaliar a qualidade dos registros de enfermagem (RE) neste hospital. Pressuponho que um instrumento que contemple as etapas do PE a partir de critérios pré-estabelecidos, fundamentados na literatura e na prática clínica dos enfermeiros, possibilite avaliar a qualidade desses registros. O resultado desta avaliação fornecerá subsídios para uma educação permanente dos enfermeiros, a fim de estabelecer uma assistência ainda mais qualificada com o paciente/família.

O PE no HCPA integra o prontuário do paciente desde a década de 1970, porém, somente a partir do ano de 2000 passou a ser informatizado (ALMEIDA et al., 2011). Essa sistematização informatizada de gestão hospitalar proporcionou ao HCPA adquirir reconhecimento internacional o que rendeu o desenvolvimento do projeto intitulado AGHU (Aplicativos de Gestão Hospitalar Universitário). Esse tem como objetivo propiciar a transferência de tecnologia necessária à implantação do sistema informatizado de gestão hospitalar (AGH) desenvolvido pelo HCPA fortalecendo as melhores práticas de gestão nos Hospitais Universitários Federais do Ministério da Educação. (IMPLANTAÇÃO AGHU, 2011)

Deste modo, o aprimoramento do instrumento de Avaliação da Qualidade de Registros Informatizados de Enfermagem (AQuARIE) e seu manual de orientação auxiliarão, além do HCPA, outros 46 Hospitais Universitários que utilizarão o AGHU.

¹ Comissão responsável pelo gerenciamento do PE no HCPA e também pela capacitação dos enfermeiros no uso dessa metodologia de trabalho.

A qualidade dos registros realizados pelos profissionais de enfermagem repercute no cuidado prestado ao paciente. Portanto ao avaliar a qualidade dos mesmos, estaremos colaborando para a melhoria da documentação e valorizando o conhecimento produzido.

2 OBJETIVO

Aprimorar o instrumento Avaliação da Qualidade de Registros Informatizados de Enfermagem (AQuaRIE).

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para atender os objetivos dessa pesquisa, serão abordados processo de enfermagem e suas etapas, registros de enfermagem informatizados e validação de instrumentos de enfermagem.

Segundo Almeida et al. (2011, p.23) “o PE pode ser entendido como um instrumento ou modelo metodológico utilizado para favorecer o cuidado quanto para organizar as condições necessárias para que ele aconteça”. O PE no Brasil se deu devido ao trabalho de Wanda Horta, enfermeira brasileira que desenvolveu um modelo de PE baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow (ALMEIDA et al., 2011).

O PE é organizado em cinco etapas distintas, inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, que são: *Coleta de Dados de Enfermagem (Histórico de Enfermagem)*, definido como um processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com auxílio de métodos e técnicas variadas com o objetivo de obter as informações sobre o paciente; *Diagnóstico de Enfermagem*, que consiste em um processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa que culmina a tomada de decisão os conceitos diagnósticos de enfermagem; *Planejamento de Enfermagem*, definido com etapa em que se realiza a determinação dos resultados que se espera alcançar, e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas identificadas na etapa posterior mencionada; *Implementação*, como a etapa onde acontece a realização das ações ou intervenções de enfermagem; e *Avaliação de Enfermagem*, última etapa, que consta de processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças ou adaptações nas etapas do PE (SEGANFREDO, 2010).

Portanto, o PE orienta o profissional de enfermagem a investigar as respostas humanas resultantes do desequilíbrio das necessidades básicas, conduzindo-o, por meio do raciocínio lógico e do julgamento, à tomada de decisão clínica, ou seja, ao diagnóstico, à definição de metas ou resultados e as intervenções de enfermagem, conferindo, assim acurácia e segurança ao processo diagnóstico com base em uma estrutura teórica definida (ALMEIDA et al., 2011).

Nesse sentido, os registros de enfermagem são organizados conforme as cinco etapas descritas anteriormente (OCHOA-VIGO et al., 2001). Pois, registrar as informações do paciente na forma escrita promove conhecimento permitindo uma maior variedade de insumos para a tomada de decisão sobre as intervenções no cuidado do paciente. (JEFFERIES; JOHNSON; GRIFFITHS, 2010). Portanto, a documentação de enfermagem tem o potencial de melhorar o resultado do paciente através do registro da condição do paciente e da resposta a essas intervenções (JEFFERIES; JOHNSON; GRIFFITHS, 2010).

A documentação em saúde é um aspecto que sofrerá importantes mudanças, em virtude do avanço da informatização nessa área, observando-se intenso movimento em direção à adoção de sistemas eletrônicos para as diversas atividades administrativas que dão suporte aos processos de trabalho assistenciais (REZENDE; GAIZINSK, 2008).

No HCPA, em resposta ao desenvolvimento da tecnologia e à qualidade de gestão em informação em saúde os enfermeiros apropriaram da informática como ferramenta que promova a qualidade do gerenciamento no cuidado, sobretudo na tomada de decisão clínica no PE (ALMEIDA et al., 2011).

Neste contexto, por meio do prontuário eletrônico, muitos benefícios podem ser obtidos como: acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais, acesso ao conhecimento científico atualizado com conseqüente melhoria do processo de tomada de decisão, melhoria de efetividade do cuidado, o que por certo contribuirá para obtenção de melhores resultados dos tratamentos realizados e atendimento aos pacientes, possível redução de custos, com otimização dos recursos (LIMA; KURCGANT, 2006).

Dessa forma, é fundamental a avaliação dos registros de enfermagem para garantir a qualidade da assistência prestada, identificando problemas e, conseqüentemente as dificuldades encontradas.

Quando se pretende avaliar os registros de enfermagem, há a possibilidade de fiscalizar se um serviço está sendo realizado corretamente, de verificar o que é para ser feito, o que está sendo feito e a qualidade dessas ações, de analisar sistematicamente documentos, objetos de informação, observando e registrando as falhas que possam levar a uma compreensão errônea aos leitores do registro (LUZ; MARTINS; DYNEWICZ, 2007).

Assim, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, inclui a implementação de instrumentos que permitam aos enfermeiros a avaliação sistemática dos níveis de qualidade dos cuidados prestados, sempre em função das necessidades dos clientes (FONSECA et al., 2005).

Esses instrumentos devem sintetizar informações relevantes para a documentação de enfermagem, a fim de avaliar aspectos essenciais sobre a qualidade dessas documentações. Considerando estas questões, a literatura mostra que é necessário o instrumento ser capaz de avaliar os registros de enfermagem quanto sua clareza, objetividade, isenção de preconceitos e opinião pessoal do enfermeiro (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993).

Por isso a equipe de enfermagem necessita de orientações e instrumentos bem definidos para o planejamento assistencial, a fim de permitir não só a operacionalização das ações assistenciais, mas também a possibilidade de mensurá-las sob as óticas do paciente e da instituição (LUZ; MARTINS; DYNEWICZ, 2007).

Nesse contexto, é importante o aprimoramento e posterior validação desses instrumentos, pois traz contribuições para o desenvolvimento do conhecimento e da prática clínica do enfermeiro. Podendo a partir de seu uso alicerçar a prática clínica do enfermeiro e subsidiar avaliação de todo o PE (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008).

No Brasil, como também internacionalmente, há um crescimento nas pesquisas sobre validação. Porém, o número desses estudos ainda é insatisfatório, o que demonstra a importância da realização de pesquisas nesta área, com a finalidade de reduzir incertezas, dificuldades e limitações que ainda são encontradas (CARVALHO et al., 2008).

4 METODOLOGIA

A seguir são descritos os aspectos metodológicos seguidos na busca por respostas ao objetivo proposto neste estudo.

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa metodológica, de natureza qualitativa, que se refere às investigações de métodos de obtenção, organização e análise de dados, tratando da elaboração e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa (POLIT, 2004). Utilizou-se a técnica de grupo focal para o desenvolvimento dessa pesquisa metodológica.

4.1.1 Técnica de grupo focal

Utilizou-se a técnica de grupo focal para a busca de dados que utiliza sessões grupais como um dos focos facilitadores para a estruturação de ações, levantamento de problemas, planejamento de atividades, como também para revisão do processo ensino-aprendizagem (IERVOLINO; PELICIONI, 2001). Essa técnica pode ser desenvolvida por meio de entrevistas em grupo, a fim de facilitar a obtenção de dados com um certo nível de profundidade em um período curto de tempo (WESTPHAL; BÓGUS; FARIAS, 1996). Desse modo, a essência do grupo focal consiste na interação entre os participantes e o pesquisador, que objetiva colher dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos (IERVOLINO; PELICIONI, 2001), iniciando, assim, um envolvimento dos participantes nos processos de mudança dos esquemas referenciais e nas atitudes de seus componentes (WESTPHAL; BÓGUS; FARIAS, 1996). Além disso, essa prática também oportuniza o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo dos participantes (RESSEL

et.al, 2008), subsidiando momentos iniciais de projetos, quando ainda se dispões de escassas informações acerca de um tema que se pretende investigar (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999).

A formação do grupo focal é intencional e pretende-se que haja, pelo menos, um ponto de semelhança entre os participantes, devendo optar por grupos menores quando há a necessidade de aprofundar a temática na discussão (RESSEL et al., 2008). O tempo destinado às sessões de grupo focal é entre 1 hora e 30 minutos a 2 horas, pois ao exceder esse tempo, pode ocorrer a fadiga entre os participantes ou intelectualizações excessivas acerca do tema (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999). Debus (1997) sugere que os encontros devam ser realizados em ambiente que assegurem privacidade, conforto, um ambiente neutro e de fácil acesso aos participantes. Os momentos chaves das sessões, segundo Dall'Agnol e Trench (1999), são a abertura da sessão, em que são dadas as boas vindas, apresentação dos pesquisadores e informações acerca dos objetivos; apresentação dos participantes entre si; esclarecimento sobre dinâmica de discussões; estabelecimento do *setting*, conferindo destaque aos aspectos éticos vinculados à pesquisa e conferindo o compromisso dos pesquisadores com os pesquisados; síntese dos momentos anteriores; encerramento da sessão, com acertos e combinações finais para os próximos encontros. Segundo as mesmas autoras, o coordenador (moderador) é um facilitador do debate, sendo responsável por abrir e encerrar as sessões; fornece informações acerca do encontro, distribui formulários, propõe questões para debates, sintetiza momentos anteriores, concede espaço aos participantes. Em sintonia com o coordenador, o observador, auxilia a condução da sessão, cabendo a ele registrar o acontecer grupal no todo e em suas particularidades (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999).

4.2 Campo do Estudo

A pesquisa foi desenvolvida no HCPA, instituição em que foram realizados os encontros e selecionados os profissionais que fizeram parte do grupo focal.

O HCPA conta com 10 serviços de enfermagem. O Serviço de Enfermagem Cardiovascular, Nefrologia e Imagem (SENCI) que é composto pela Unidade de Hemodinâmica, Unidade de Métodos Não Invasivos, Unidade de Cuidados Coronarianos, Unidade de Radiologia e Unidade de Hemodiálise. O Serviço de Enfermagem em Centro Cirúrgico (SECC), composto pelo Bloco Cirúrgico, Sala de Recuperação Pós-Anestésica, Centro Cirúrgico Ambulatorial e Centro de Materiais e Esterilização. Fazem parte do Serviço de Enfermagem Cirúrgica (SEC) as unidades de internação 3º Norte, 3º Sul, 7º Sul, 8º Norte, 8º Sul, 9º Norte e 9º Sul. O Serviço de Enfermagem em Emergência (SEE) contempla Acolhimento e Classificação de Risco, Sala de Internação Breve, Sala de Observação 1 e 2, Unidade Vascular, Unidade Semi-intensiva e Unidade Pediátrica. Fazem parte do Serviço de Enfermagem Materno Infantil (SEMI) o Centro Obstétrico, a Unidade Internação Obstétrica e Neonatologia. Pertencem ao Serviço de Enfermagem Médica (SEM) as Unidades de Internação 4º Sul, 5º Norte, 6º Sul, 6º Norte e 7º Norte. O Serviço de Enfermagem Onco Hematológica (SEOH) é constituído por três unidades: Unidade Quimioterapia/ Radioterapia/ Hospital Dia, Unidade de Banco de Sangue e Unidade de Ambiente Protegido (5º Sul/ TMO). O serviço de Enfermagem Pediátrica (SEPED) considera a Unidade de Internação Pediátrica 10º Norte e 10º Sul, Unidade de Oncologia Pediátrica, 3º Leste e Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. O Serviço de Enfermagem Psiquiátrica (SEP) contempla a unidade de internação 4º Norte, Centros de Atenção Psicossocial para Adultos (CAPS II) e Infância e Adolescência (CAPS I). O Serviço de Enfermagem em Saúde Pública (SESP) é composto por quatorze zonas ambulatoriais e a Unidade Básica de Saúde. Por fim o Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva (SETI) inclui Área Cardíaca, Área 1 e Área 2.

As fases do PE informatizadas nas unidades de internação referem-se à coleta de dados (Anamnese/ Exame Físico), Diagnóstico de Enfermagem, Evolução e Prescrição de Enfermagem. Os cuidados à beira do leito, como controles de sinais vitais, balanço hídrico, administração de medicamentos, ainda não foram incluídos nesse sistema. Nos ambulatórios, as fases utilizadas no PE encontram-se totalmente informatizadas, enquanto no CAPS II e CAPS I, esse sistema de registro ainda não está disponível.

4.3 População e Amostra

Os participantes foram selecionados de forma intencional, observando os objetivos do estudo (WESTPHAL; BÓGUS; FARIAS, 1996; DALL'AGNOL; TRENCH, 1999). O grupo foi composto por nove enfermeiros, conforme metodologia sugerida para grupo focal (RESSEL et al., 2008; WESTPHAL; BÓGUS; FARIAS, 1996; DALL'AGNOL; TRENCH, 1999).

Os critérios de Inclusão foram:

- Participar ou ter participado da Comissão do Processo de Enfermagem (COPE) do HCPA, por um período igual ou superior a seis meses, nos últimos cinco anos.
- Exercer atividade assistencial em unidades cujos registros de enfermagem encontram-se informatizados.

4.4 Coleta dos Dados

A coleta de dados ocorreu no mês de novembro de 2011.

A moderadora foi a própria pesquisadora, a qual buscou capacitação para a função por meio de artigos sobre metodologia de grupo focal. Contou-se com uma observadora, a enfermeira Aline Tsuma Gaedke Nomura, que foi autora do instrumento AQuARIE. A data e o horário das sessões do grupo focal foram estipulados de acordo com a disponibilidade das participantes. A proposta inicial era a realização de três encontros, um a cada semana, consecutivamente. Entretanto, não houve tempo hábil para tal, e por isso foram realizadas duas sessões de grupo focal, com intervalo de oito dias. As datas e os horários foram definidos previamente de acordo com a disponibilidade das enfermeiras. As duas sessões tiveram duração de 2 horas e foram realizadas na própria instituição. Utilizou-se uma sala de reuniões pela facilidade de agendamento e por serem locais reservados e distantes do local de trabalho das participantes, o que facilitou a discussão.

Uma agenda contendo as atividades realizadas em cada sessão (APÊNDICE B) foi elaborada a fim de organizar as ações desenvolvidas no grupo. No início de cada reunião era realizada uma síntese do último encontro e ao final delas, combinações para reunião subsequente. A observadora ficou responsável pelo registro das alterações no instrumento e no manual de orientação e pelo funcionamento do aparelho utilizado nas gravações. Todas as sessões foram gravadas e transcritas pela pesquisadora, respeitando os aspectos éticos. A presença dos participantes foi satisfatória; todas as faltas foram previamente comunicadas. Em uma sessão estavam presentes nove participantes e na última, seis. A orientadora da pesquisa esteve presente nas duas sessões grupais. Nas duas sessões foi oferecido lanche, o que resultou em discussões mais descontraídas e produtivas.

Em um primeiro encontro informal, a orientadora e a pesquisadora do estudo, convidaram as enfermeiras que participam da COPE e algumas que fizeram parte do “Grupo Auditor” do HCPA, quando os registros não eram informatizados, para participarem da pesquisa. Neste encontro, foi apresentada a pesquisa e os objetivos do estudo.

Na primeira sessão, a moderadora e a observadora apresentaram-se. Como as participantes já se conheciam, por participar ou terem participado da COPE, e pelo tempo ser muito restrito e valioso, julgou-se desnecessário a realização de uma dinâmica de grupo. A fim de descontrair, um lanche foi oferecido logo no início do encontro. Após, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e o Termo de Compromisso para Utilização de Dados (ANEXO III) pelas enfermeiras. Além disso, nesse momento foi entregue um questionário (APÊNDICE C) a cada uma das participantes contendo dez questões a fim de caracterizar os indivíduos do grupo. A moderadora entregou aos participantes o instrumento AQuaRIE (ANEXO I) e o seu manual de preenchimento (ANEXO II). Nesse manual constam as etapas que contemplam o PE, que são: *Anamnese/Exame Físico, Evolução, Prescrição e Diagnóstico de Enfermagem (DE)*. Os três primeiros documentos são avaliados através de quatro critérios de qualidade; *Realizado, Preenchimento, Avaliação dos Indicadores Assistenciais (Dor, Pele e Quedas) e Sobre a qualidade do documento*. Sendo que os critérios *Realizado e Avaliação dos Indicadores Assistenciais* referem-se à presença do que se

propõe a medir no documento. Já os critérios *Preenchimento* e *Sobre a qualidade do documento* são avaliados através de uma escala Likert, graduada com uma pontuação de 5 a 1, em ordem decrescente. Referente aos *Diagnósticos de Enfermagem* os critérios de qualidade são avaliados com base na Escala EADE (Escala de Acurácia de Diagnósticos de Enfermagem) que consiste em cinco itens, quatro deles pontuáveis e, para responder cada item, é preciso considerar cada DE frente aos dados descritos. O quinto item refere-se a pergunta “Você manteria esse DE?, sim ou não.” Neste primeiro contato também foi combinado a testagem do instrumento para realizar as comparações o encontro seguinte.

Os prontuários foram escolhidos, de forma aleatória, sendo um deles pertencente a uma unidade de internação adulto e outro a uma unidade de internação pediátrica. Os prontuários escolhidos foram de pacientes que haviam recebido alta nos últimos 10 dias. As participantes avaliaram os mesmos prontuários. Essa testagem foi realizada por cada membro do grupo focal isoladamente.

No segundo encontro, após todas as participantes terem realizado a testagem foram feitas as comparações dos instrumentos preenchidos. A partir das discussões sobre cada item do instrumento AQuaRIE e do manual de preenchimento foram definidas as modificações necessárias. Também foram relatados fatores facilitadores e dificuldades encontradas no preenchimento do instrumento ao avaliarem os prontuários.

Após esse encontro a pesquisadora realizou as alterações/modificações sugeridas resultando no instrumento final.

A versão final do instrumento (AQuaRIE modificado), o manual de orientação de preenchimento e a escala EADE do mesmo foram enviadas via e-mail para as participantes. As mesmas aprovaram as melhorias do instrumento e sugeriram uma nova testagem.

4.5 Análise dos Dados

As respostas do questionário para caracterização das participantes do grupo focal foram analisadas de forma descritiva. Todos os critérios utilizados na revisão do instrumento avaliação da qualidade dos registros informatizados de Enfermagem (AQuaRIE) visando seu aprimoramento foram estabelecidos pelos participantes do grupo focal. Coube à pesquisadora apenas a coordenação do grupo e a síntese das idéias produzidas pelas integrantes.

Cada participante foi identificada por meio da letra P seguida de um número, P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8 e P9. Da mesma forma, as sessões do grupo focal foram identificadas como S1 e S2.

4.6 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi desenvolvido de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Conforme prevê esta resolução, o projeto foi encaminhado para a Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), na qual obteve aprovação (ANEXO IV) e Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (GPPG), igualmente aprovado sob o protocolo de número 110443 (ANEXO V). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) foi assinado pelo pesquisador e pelos participantes da pesquisa, assim como o Termo de Compromisso para Utilização de Dados (ANEXO III).

A coleta de informações iniciou após a aprovação do projeto pelo GPPG e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do Termo de Responsabilidade para Manuseio de Prontuários pelas nove enfermeiras que aceitaram participar da pesquisa. Foi assegurado o anonimato dos participantes e a confidencialidade das informações obtidas, evitando possíveis prejuízos aos integrantes do grupo focal. As gravações das sessões serão guardadas por

cinco anos e após serão destruídos conforme recomendação da Resolução supramencionada.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo contém quatro subitens, quais sejam: Caracterização dos participantes do grupo focal; Aprimoramento do instrumento AQuaRIE; Aprimoramento do manual de orientação para o preenchimento do instrumento; e Dificuldades encontradas.

5.1 Caracterização dos participantes do grupo focal

O perfil das participantes, suas experiências prévias e suas opiniões sobre a importância em se avaliar a qualidade dos registros de enfermagem são apresentados a seguir.

O grupo focal foi composto por nove participantes do sexo feminino. A média de idade é de 41 anos. Sete participantes foram graduadas na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS), uma delas teve sua formação de graduação na Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), e a outra na Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Cinco enfermeiras são graduadas entre seis anos a doze anos e trabalham há mais de três anos na instituição, enquanto quatro delas possuem mais de 20 anos de graduação e trabalham pelo menos há 20 anos no HCPA. As integrantes do grupo focal pertencem a seis serviços distintos. Duas delas fizeram parte do “Grupo Auditor” que realizavam a avaliação da qualidade dos registros de enfermagem quando os prontuários não eram informatizados, ou seja, anterior ao ano 2000. O tempo de experiência de cada enfermeira em atividades assistenciais utilizando registros de enfermagem informatizados variou de acordo com a implementação desses registros em cada unidade.

Oito integrantes possuem curso de pós-graduação: três enfermeiras possuem título de Mestre, quatro realizaram Especialização e uma delas, Mestrado e Especialização.

Todas as participantes têm ampla experiência com o Processo de Enfermagem (PE); participam ou participaram ativamente da COPE há pelo

menos um ano e meio. As nove enfermeiras utilizam diariamente o PE na assistência; cinco delas utilizam também no ensino, realizando capacitações e palestras, e quatro delas, na pesquisa, por meio de estudos de caso, submissão de trabalhos apresentados em congressos e seminários, participações em congressos, nacionais e internacionais, e publicações em revistas científicas. Todas as integrantes do grupo focal tiveram participação importante na implementação e revisão de diagnósticos de enfermagem, de prescrições e melhorias no PE informatizado.

As enfermeiras foram unânimes sobre a importância de se avaliar a qualidade dos registros de enfermagem. Segundo elas, a avaliação é importante, pois os registros refletem a assistência de enfermagem prestada. Além disso, evidencia o conhecimento que o enfermeiro tem sobre seu trabalho junto ao paciente. Um registro que não seja correspondente ao quadro do paciente, por exemplo, pode desqualificar o trabalho do enfermeiro ou não demonstrar todas as atividades realizadas, e desta forma não retratar a assistência prestada. É fundamental para levantar inadequações e, assim, direcionar as capacitações às necessidades dos enfermeiros, incentivando a melhora dos registros.

5.2 Aprimoramento do instrumento AQuaRIE

O aprimoramento do instrumento AQuaRIE ocorreu em duas sessões de grupo focal. Os critérios de avaliação da qualidade dos registros partiram da literatura pertinente (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008; GARCIA; NÓBREGA, 2009; JEFFERIES; GRIFFITHS; JOHNSON, 2010), bem como do conhecimento prático e teórico em PE das participantes do grupo focal.

As reformulações apresentadas para o instrumento neste estudo foram decorrentes da testagem realizada pelas enfermeiras. Para isso, foram escolhidos, de forma aleatória, dois prontuários, sendo um deles pertencente a uma unidade adulto e outro a uma unidade de internação pediátrica. A seguir um resumo da história dos pacientes:

Paciente adulto: P.P.M, 62 anos e 4 meses, sexo masculino, cor branca, solteiro, aposentado, natural e residente do interior do Rio Grande do Sul, reside com sua irmã. Paciente interna para tratamento de TU de hipofaringe. Possui hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabete Mellitus (DM) tipo II, e há seis meses apresenta disfagia. Paciente lúcido, orientado, coerente. Apresenta hipoacusia e dor. Refere dispnéia aos esforços e dificuldade para se alimentar. Apresenta constipação intestinal. Sem alteração de pele mucosa, Braden 22. Apresenta insônia. Ex-etilista pesado (por 40 anos, parou há um ano) e ex-tabagista (37 cigarros por dia, em 47 anos). Permanência no HCPA por 7 dias.

Paciente Pediátrico: A.Z.D, 10 meses e 10 dias, sexo feminino, cor branca, solteira, natural de Porto Alegre, reside em cidade satélite com os pais e quatro irmãos. Acompanhada pela mãe que informa que a criança apresentou vômitos, tosse e secreção de vias aéreas superiores. Criança nasceu prematura (28 semanas), é gemelar, e permaneceu quatro meses internada após o nascimento. Faz uso de leite especial e de sonda nasointestinal (SNE) para alimentação. Possui refluxo e crises convulsivas de difícil controle. Permaneceu no HCPA por 37 dias.

O aprimoramento do instrumento será descrito nas seguintes fases:

5.2.1 Dados de Identificação do instrumento

A primeira alteração realizada no instrumento foi quanto à nomenclatura utilizada nos dados de identificação desse instrumento. O formulário anterior utilizava o termo *Unidade Avaliada*, sendo alterado somente para *Unidade*. As falas a seguir, explicam a alteração:

Na verdade não queremos avaliar a unidade e sim a qualidade dos registros. Sei que vamos registrar a unidade que o paciente ficou internado, mas não significa unidade avaliada [...] o que queremos é avaliar o prontuário e não a unidade. (P9; S2)

[...] quando você põe a unidade avaliada num grupo formal você tem um viés, eu acho que não é unidade avaliada. (P9; S2)

[...] mas o que queremos com isso? Queremos dar um retorno e poder trabalhar onde vemos as dificuldades [...] então isso lá na frente vai ter que aparecer de alguma maneira (P4; S2)

[...] mas vai ter um viés para quem está avaliando. (P9; S2)

Quem for colocado para fazer as avaliações tem que ser pessoas maduras o suficiente para não ter viés algum nem pro e nem contra a unidade que estará sendo avaliada (P5; S2)

Segundo o dicionário Aurélio (2011), viés significa tendência, propensão a alguma coisa. Nesse sentido, as participantes levantaram a possibilidade de ocorrer um viés no momento da avaliação de um registro de enfermagem quando o instrumento apresentar o item *Unidade Avaliada*. Entretanto a RESOLUÇÃO-COFEN Nº266/2001, inciso VI, alínea “d” dispõe que “o Enfermeiro Auditor, quando em sua função, deve sempre respeitar os Princípios Profissionais, Legais e Éticos no cumprimento com o seu dever (...)” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009), sugerindo que não poderá haver viés devido à ética profissional.

Saber onde estão ocorrendo as dificuldades nos registros de enfermagem foi considerado um aspecto relevante assim, optaram por manter apenas o termo *Unidade* por indicar o local onde a documentação foi realizada, diminuindo a tendência de viés.

Os dados de identificação do instrumento determinam o início de todas as questões a serem avaliadas. Assim, como em um instrumento (SOARES; PINELLI; ABRÃO, 2005), os dados iniciais orientam a condução da avaliação, como o objeto a ser avaliado, o local, o período da avaliação e a identificação do avaliador.

5.2.2 Documentos a serem avaliados

Ao valer-se de um instrumento construído e pré-testado por enfermeiras consideradas peritas em PE, alterações foram imprescindíveis para o seu aperfeiçoamento após nova testagem do instrumento AQuaRIE.

A primeira mudança foi a alteração do item *Realizado* por *Realização* a fim de apresentar uma melhor acepção do termo, como segue a discussão abaixo:

No titulo das grades, não gostei do termo realizado, poderia ser presença do documento. (P9, S1)

Para mim ficou claro, porém o termo realizado parece estranho [...] (P8, S1)

Outras modificações foram sugeridas para a melhoria do entendimento do instrumento, quais sejam: substituir *Preenchimento* por *% de Preenchimento*; e *Sobre a qualidade do documento* por *Qualidade*. Conforme as falas a seguir:

No Preenchimento acho que tem que ser percentual de preenchimento, não dá para saber que é em percentual (P1, S2)

Porque na verdade estamos pontuando as porcentagens. (P6, S1)

Mas quem está apto para utilizar o instrumento usará o manual também, acho que não precisa colocar o percentual. (P5, S2)

Mas quem irá trabalhar com esse banco de dados será uma pessoa capacitada, habilitada e com conhecimento desse instrumento. (P8, S2)

E sobre a qualidade acho melhor deixar só qualidade, pois não precisa falar que é do documento, pois o instrumento serve para avaliar os documentos, os registros. (P8, S2)

Outro aspecto discutido refere-se ao item *avaliações dos indicadores assistenciais*, as falas a seguir ilustram o exposto:

Na verdade não são indicadores assistenciais e sim dados do paciente que vão nos levar depois a ter indicadores. Então se formos considerar indicadores, temos que pensar que todas as manifestações do paciente são indicadores. (P9, S1)

Na verdade a gente ta avaliando a dor a pele e o risco de quedas, o indicador é o resultado do conjunto de dados então não é relevante esse termo no título.

Preconizamos que esses itens sejam registrados [...] isso daí são três pontos fundamentais e são primordiais, tem que ter isso separado. (P8, S2)

Eu acho que tem que ser simples, só Avaliação. Fica mais limpo [...] (P5, S2)

A utilização de indicadores traz como benefícios a possibilidade de, constantemente, acompanhar a qualidade do atendimento de enfermagem, pois monitoram a qualidade dos serviços e possibilitam a melhoria do cuidado oferecido (MOURA; JUCHEM; FALK; MAGALHÃES; SUZUKI, 2009). Portanto, a mensuração de indicadores viabiliza aos enfermeiros o processo de tomada de decisão baseado em seus resultados (REIS; DENSER; MINATEL, BORK, 2005).

Os indicadores assistenciais possuem eventos adversos (quedas do leito, lesão de pele) comprometem a qualidade do cuidado de enfermagem (SILVA; PIMENTA, 2003). Nesse sentido, *Dor, Pele e Quedas* são considerados dados que levam a indicadores, não são indicadores

assistências, por tanto o item *Avaliação dos indicadores assistenciais* foi alterado para somente *Avaliação*.

Os documentos mantidos no instrumento AQuaRIE foram: *Anamnese/Exame Físico, Evolução, Prescrição de Enfermagem e Diagnóstico de Enfermagem*. Sendo considerados suficientes para avaliar a qualidade dos registros informatizados de enfermagem.

Foi concluído que os instrumentos devem ser simples e de fácil utilização e, para que sejam válidos, devem ser utilizados para atingir algum objetivo, prevendo resultados, a fim de medir o que se propõe a medir (BAJAY; ARAÚJO, 2006).

5.2.3 Critérios de avaliação dos registros informatizados

Os documentos *Anamnese/Exame Físico, Evolução e Prescrição de Enfermagem* possuem os quatro critérios de qualidade para avaliação destes documentos, que são: *Realização, % de Preenchimento, Avaliação (Dor, Pele e Quedas) e Qualidade*.

O critério *Realização* refere-se à presença do documento durante o tempo de internação conforme o manual de preenchimento (APÊNDICE D). Contudo, em *Anamnese/Exame Físico* também se considerava quando esta foi realizada: nas primeiras 24h, entre 24 e 48h ou após 48h, relativo à internação do paciente. Porém, optou-se alterar que esse registro deva ser feito nas primeiras 24h, a partir da internação do paciente, conforme preconizado pela prática respaldada pelo Padrão AOP². 1.4.1 da JCI “*As avaliações iniciais, médica e de enfermagem, são completadas nas primeiras 24 horas de internação do paciente ou antes disso, se indicado pelas condições do paciente ou pela política do hospital*” (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008, p.76). As falas a seguir ilustram a discussão do grupo:

² AOP refere-se ao capítulo Avaliação dos Pacientes do manual Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais

Na verdade é preconizado que a Anamnese/Exame Físico tem que ser realizada nas primeiras 24 horas. (P5, S2)

É mais uma coisa, se dá para simplificar, melhor [...] (P6, S2)

Para avaliar o critério % de *Preenchimento* utiliza-se uma escala Likert, graduada com uma pontuação de 5 a 1, em que 5 refere-se a maior quantidade de registros realizados durante a internação e 1 a menor frequência do documento. A escala é em ordem decrescente para que a qualidade fosse privilegiada no instrumento, conforme os critérios de avaliação que se encontram descritos no manual de preenchimento (APENDICE D). Também se levantou a possibilidade de diminuir a escala para 3 pontos para distinguir registros completos, parcialmente completos e a falta destes, como o instrumento denominado Q-DIO que também avalia os registros de enfermagem (MÜLLER-STAUH et al., 2008). Alguns trechos relatam estas questões:

A escala tem que continuar em ordem decrescente, pois a melhor “nota” deve ser para o que é melhor [...]

Poderíamos diminuir a escala de 5 para 3, facilitaria [...] (P3, S2)

Facilitaria sim, porém se perderia muitas das informações, assim o resultado da qualidade também [...] (P2, S2)

[...] seria muito bom, razoável ou ruim o que dificultaria ver erros específicos para podermos trabalhar neles [...] (P1, S2)

O grupo considerou que para obter resultados mais ricos há a necessidade de realizar uma educação permanente no cotidiano da equipe de enfermagem, como forma de crescimento e aperfeiçoamento, realizado de forma individual ou coletiva, considerando valores e práticas (LUZ; MARTINS;

DYNEWICZ, 2007). Essa educação será uma possibilidade de soluções para os problemas apresentados na avaliação nos registros de enfermagem.

Outro critério de qualidade discutido pelo grupo foi *Avaliação da Dor, Pele e Quedas*. Esses itens levam a indicadores assistenciais que são definidos como uma medida utilizada para determinar, através do tempo, o desempenho de funções, processos e resultados de uma instituição (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008). No HCPA há o uso de alguns indicadores assistenciais cuja a avaliação é realizada por meio de instrumentos, como a Escala de Braden, que tem como objetivo avaliar o risco ou o grau de úlcera por pressão e a Escala de Dor que avalia a intensidade da mesma. Está sendo estudado, nesta instituição, um instrumento para avaliar o risco de quedas, ainda não instituído no hospital, mas considerado requisito de meta para reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrente de quedas (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008).

Apesar da utilização de escalas preconizadas pela instituição, os critérios definidos para avaliar esses eventos adversos são a presença de qualquer referência no documento, tanto subjetiva, na queixa do paciente, como objetiva, utilizando escalas. Como segue os relatos transcritos abaixo:

*Tem que ter coerência entre as informações subjetivas e objetivas.
(P1, S2)*

Tem que constar no manual que para considerar a dor, a pele e quedas avaliados precisam estar presentes tanto dados subjetivos como em dados objetivos senão não fica claro. (P6, S2)

Sobre a qualidade, é um item específico que aborda qualitativamente os documentos avaliados. Uma escala Likert, graduada de 5 a 1, é utilizada, em que 5 remete a excelência do documento e 1 à insuficiência do mesmo. Os critérios de pontuação estão descritos conforme o manual de orientação para o preenchimento do instrumento AQuaRIE (APÊNDICE D).

O espaço para observações foi mantido no instrumento, de modo que o avaliador possa descrever alguma especificidade contida no prontuário e não definida no manual de orientação.

Para contemplar os critérios de qualidade dos Diagnósticos de Enfermagem utiliza-se a Escala EADE (Escala de Acurácia de Diagnóstico de Enfermagem) – versão 2 que foi desenvolvida para estimar o grau com que uma afirmação diagnóstica tem sustentação em relação a um conjunto de informações clínicas do paciente (MATOS et al., 2010). Os critérios de avaliação estão descritos no manual de preenchimento (APÊNDICE D).

Portanto, dispor de um instrumento capaz de julgar a acurácia diagnóstica auxilia na qualidade da assistência de enfermagem (CRUZ et al., 2007), visto que permite orientar a seleção de intervenções apropriadas para o alcance dos melhores resultados para os pacientes (MATOS et al., 2010).

Assim, os documentos de enfermagem informatizados no hospital serão avaliados utilizando-se do instrumento AQUARIE que consta no **Quadro 1**. Os documentos que forem implementados futuramente serão adicionados ao instrumento, a fim de garantir sua qualidade.



Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Avaliação da Qualidade de Registros Informatizados de Enfermagem - AQuARIE

Nome do avaliador:
 Unidade:
 Data da avaliação:/...../.....
 Data da internação no HCPA:/...../.....
 Data de internação na unidade:/...../.....
 Prontuário n°:
 Data da alta:/...../.....

Assinale na tabela abaixo a sua avaliação dos documentos contidos no prontuário

Documento	Realização		% de Preenchimento					Avaliação				Qualidade				
	Sim	N/A	1	2	3	4	5	Dor	Pele	Queixas						
			Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	5	4	3	2	1	
Anamnese/ Exame Físico	24h															
	>24h															
Evolução																
Prescrição																

OBS: _____

Lista de Diagnósticos de Enfermagem / Quadro de resposta EADE - Versão 2

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Item 1 Há pictas?*		Item 2 Relevância (pista x DE)		Item 3 Especificidade (pista x DE)		Item 4 Coerência (pista x DE x conjunto dos dados)		Você manteria esse DE		Grau de acurácia	Categoria de acurácia
		Sim	Não	Alta/ Moderada	Baixa	Alta/ Moderada	Baixa	Alta/ Moderada	Baixa	Sim	Não		
		1	0	1	0	3,5	0	8	0	5	N		

5.3 Aprimoramento do manual de orientação para o preenchimento do instrumento

Concomitante ao aprimoramento do instrumento, foram sugeridos algumas modificações para o preenchimento deste. A versão final do manual de orientações para preenchimento do instrumento encontra-se no Apêndice D.

O grupo constatou que a primeira modificação a ser realizada no manual é a forma que esse se apresenta, como mostra as falas a seguir:

O manual por ele ser corrido ficou meio ruim. De repente só colocar trocar de página cada item ficaria melhor. Mas não que tenha tido grande dificuldades é só para facilitar um pouco na hora de manusear. (P8, S2)

Anamnese na mesma página, evolução numa nova página e assim por diante [...] (P9, S2)

Outra alteração considerada importante foi referente ao item *Avaliação de Dor, Pele e Quedas*. Esses itens levam a indicadores assistenciais que são definidos como uma medida utilizada para determinar, através do tempo, o desempenho de funções, processos e resultados de uma instituição (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008). Assim foi sugerido por uma das participantes e aceito pelo grupo:

Tem que constar no manual que para considerar a dor, a pele e quedas avaliados precisam estar presentes tanto dados subjetivos como em dados objetivos senão não fica claro. (P6, S2)

Apesar da utilização de escalas preconizadas pela instituição, os critérios definidos para avaliar esses eventos adversos são a presença de

qualquer referência no documento, tanto subjetiva, na queixa do paciente, como objetiva, utilizando escalas. Conforme o manual de orientações para preenchimento do instrumento (AÊNDICE D).

5.4 Dificuldades encontradas

Após a testagem do instrumento AQuaRIE e do seu manual, além de sugeridas algumas modificações, também foram realizados comentários as dificuldades encontradas no preenchimento do instrumento.

A primeira dificuldade constatada foi a respeito do sistema de Aplicativos para a Gestão Hospitalar (AGH) que é um *software* desenvolvido para dar suporte aos processos assistenciais e administrativos do HCPA. O trecho abaixo relata o problema apresentado:

Sistema muito lento, precisei fazer logoff e reiniciar o computador, para conseguir realizar a análise dos prontuários. (P4, S2)

Eu também achei muito lento, isso fez com que demorasse mais para preencher o instrumento [...] (P1, S2)

Eu senti muita dificuldade com a barra de rolagem do próprio sistema [...] (P6, S2)

Com o intuito de facilitar o manuseio dos prontuários e diminuir o tempo gasto foi sugerido por uma das participantes ter o prontuário impresso. Porém essa questão não houve consenso entre as integrantes, como mostra as falas a seguir:

O prontuário impresso facilitaria a nossa vida, mas o objetivo não avaliar os registro informatizados de enfermagem? Então? Tem que

ser informatizado [...] precisamos bolar “algo” no sistema que facilite as nossas vidas [...] (P2, S2)

Outra dificuldade relatada por algumas participantes foi devido ao tempo dispensado para a avaliação de cada prontuário, conforme descrevem as falas a seguir:

Levei 2 horas e 55 minutos para avaliar o primeiro prontuário e o segundo, 1 hora e 50 minutos [...] além do sistema lento, precisei ir e voltar no manual para conseguir aplicar o instrumento [...] foi a primeira vez que tive contato com o instrumento [...] (P1, S2)

Eu também não tinha prática, então levei 2 horas e 30 minutos no primeiro prontuário e no segundo, 1 hora e 30 minutos [...] mas acho que tudo é uma questão de treinamento e prática [...] (P3, S2)

Porém, outras integrantes do grupo focal que já haviam tido contato com o instrumento relataram menos dificuldade em relação ao tempo, como mostra as falas transcritas a seguir:

Eu já tinha prática então levei 1 hora e 30 minutos para analisar os dois prontuários. O primeiro levou cerca de 50 minutos e o segundo, 40 minutos. (P5, S2)

Eu também já tinha prática, então levei 45 minutos para o primeiro (prontuário) e o segundo 40 minutos [...] (P4, S2)

O tempo de avaliação para cada prontuário variou entre 3 horas e 40 minutos. Como essa testagem, em alguns casos, é referente a um primeiro contato com o instrumento, é possível que tenha sido estimado um tempo não acurado, pela inexperiência das enfermeiras quanto a esse procedimento.

Sendo assim, é importante ressaltar que para as enfermeiras que já haviam tido contato com instrumento AQuaRIE o tempo de aplicação do instrumento variou entre 50 e 40 minutos. Isso reforça a necessidade de realização de um treinamento para o preenchimento do instrumento e que a prática melhorará a variação do tempo para aplicação do instrumento, conforme demonstra a fala abaixo:

Quanto tu tiver mais prática e mais treinamento, menos tempo demorará para avaliar o prontuário. (P6, S2)

Outro questionamento foi a respeito ao % de Preenchimento das Evoluções e Prescrições de Enfermagem. As enfermeiras relataram a interferência do sistema para as contagens das evoluções e prescrições diárias para realizar o cálculo da frequência do documento, segundo o trecho transcrito a seguir:

Como o sistema é lento, ir e voltar para contar as evoluções e prescrições é uma perda de tempo [...] temos que facilitar o que pode ser melhorado. (P6, S2)

No HCPA ter todas as evoluções e prescrições de enfermagem diariamente são indicadores de qualidade assistenciais, portanto foi sugerido pelo grupo solicitar uma QUERY dessa informações para o CGTI, com o intuito de facilitar e diminuir o tempo despendido para a aplicação do instrumento.

Outra questão levantada foi em relação às comparações dos resultados das avaliações de cada prontuário. Algumas participantes tiveram divergências nos resultados e por isso foi ressaltado novamente a importância de haver um treinamento para os avaliadores e que os mesmos pensem na mesma forma, a fim de haver um consenso na forma de avaliarem os registros de enfermagem, como enfatizado no trecho a seguir:

Resumindo, o que eu tiro disso tudo é que no momento de implantar isso no Hospital de Clínicas tem que ter poucas pessoas bem treinadas que consigam fazer o consenso na avaliação do prontuário.
(P5, S2)

A partir desta testagem, resultou a versão final do instrumento AQuaRIE (Quadro 1), segundo o aprimoramento estabelecido pelos participantes do grupo focal. O mesmo deverá testado por meio de uma amostragem maior de prontuários e validado posteriormente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A informatização do PE tem sido responsável por muitos benefícios tantos aos profissionais e pacientes, como para a instituição; entretanto, não garante que as informações sejam registradas de forma completa e adequada.

A Acreditação Hospitalar determina que cada instituição tenha um processo para avaliar o conteúdo e a completude dos registros; esse processo faz parte das atividades de melhoria de desempenho da instituição e é realizado regularmente. Assim, por meio da técnica de grupo focal, com nove enfermeiras, possibilitou o aprimoramento do instrumento AQuaRIE e do seu manual de orientação para preenchimento, atingindo o objetivo do estudo.

A partir da testagem dessa ferramenta de avaliação tornou-se visível alguns pontos a serem aperfeiçoados, como o *designer* do próprio instrumento e do seu manual de orientação para o preenchimento.

Outro fator que provavelmente prejudicou a obtenção de um resultado fidedigno quanto a testagem do instrumento, foi em relação ao seu preenchimento, pois algumas enfermeiras não possuíam experiência prática com o instrumento AQuaRIE. Portanto, foi constatado pelo grupo que um treinamento para a utilização é imprescindível para uma avaliação mais acurada. Nesse contexto, uma intervenção positiva pode apoiar a formação pessoal e a melhoria da qualidade do que se propõe a ser feito.

Um dos pontos positivos da utilização da técnica de grupo focal foi quanto a opinião das participantes sobre o resultado das sessões grupais. Relataram que, por meio dos encontros, foi possível discutir a respeito do PE, da documentação de enfermagem e de sua forma de avaliação, além de conhecer um pouco mais sobre a dinâmica da utilização do sistema informatizado em outras unidades. No entanto, como fator limitante, foi criticado o pouco tempo para as discussões e para as definições sobre os critérios de avaliação de qualidade dos registros de enfermagem.

Embora tenha sido finalizado o aprimoramento do instrumento e do manual de orientação para o seu preenchimento nesta etapa, sugestões e melhorias devem ser agregadas a essa ferramenta. Para tanto, sugere-se que seja ampliada a testagem desse instrumento, a fim de definir melhor os critérios

de qualidade e a sua forma de avaliação. E após uma testagem mais abrangente do instrumento poderá, realizar sua validação.

Assim, a avaliação do registro das etapas do PE tem sua importância como facilitadora da valorização da assistência de enfermagem a ser estabelecida para o cuidado ao paciente.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE Candice Cavalcante; NÓBREGA Maria Marian Lima da.; GARCIA, Telma Ribeiro. Termos de linguagem de enfermagem identificados em registros de uma UTI neonatal. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 8, n. 3, p.336-48, 2006. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3v8n304.hm. Acessado em 22 de maio de 2011.

ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

AMANTE, Lúcia Nazareth; ROSSETTO, Anelise Paula; SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni. Sistematização da Assitência de Enfermagemem Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. **Rev Esc Enferm Usp**, São Paulo, v. 1, n. 43, p.54-64, 2009.

ALMEIDA, Miriam de Abreu; LUCENA, Amália de Fátima; FRANZEN, Elenara; LAURENT, Maria do Carmo & Cols. **Processo de Enfermagem na Prática Clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre: Artmed, 2011. 319p.

BAJAY, Helena Maria; ARAÚJO, Izilda Esmeria Muglia. Validação e confiabilidade de um instrumento de avaliação de feridas. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 3, n.19, p.290-5, 2006.

CARVALHO, E, et al. Validação de diagnósticos de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, 2008.

CHAVES, E; CARVALHO, E; ROSSI, L. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos, e componentes validados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, 2008

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Disponível em <http://www.portalcoren-rs.gov.br/web/index.php>. Acessado em 27 de abril de 2011.

CRUZ, Diná Almeida Lopes Monteiro da. et al. Adaptação para a língua portuguesa e validação do Lunney Scoring Method of Rating Accuracy of Nursing Diagnoses. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 1, p.127-34, 2007.

DALL'AGNOL, Clarice Maria; TRENCH, Maria Helena. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p.5-25, jan. 1999.

DEBUS, M. Manual para excelência em La investigación mediante grupos focales. Washington: Academy for Educational Development, 1997.

DICIONÁRIO AURÉLIO. Disponível em <http://www.dicionariodoaurelio.com> . Acesso em 25 de novembro de 2011.

DICIONÁRIO MICHAELIS. Disponível em <http://michaelis.uol.com.br> . Acesso em 25 de novembro de 2011.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 3.ed. Curitiba: Positivo, 2004. 2120p.

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.

GARCIA, Telma Ribeiro. Modelos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem. *Acta. Paul. Enf.*, v.11, n.3, p24-31, 1998.

GARCIA, Telma Ribeiro; NOBREGA, Maria Miriam Lima da. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial de pesquisa. **Anna Nery Rev Enferm**, São Paulo, v. 1, n. 13, p.188-193, jan./mar. 2009.

IERVOLINO. Solange Abrocesi; PELICIONI Maria Cecília Focesi. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.35, n.2, p.115-21, jun.2001.

IMPLANTAÇÃO AGHU. Disponível em <http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view>. Acesso em 25 de Setembro de 2011.

IYER, Patrícia W.; TAPTICH, Bárbara J.; BERNOCCHI-LOSEY Donna. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

JEFFERIES, Diana; GRIFFITHS, Rhonda; JOHNSON, Maree. A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. **International Journal of Nursing Practice**, Liverpool BC, v. 16, p.112-124, 2010.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais. 3ª edição. Rio de Janeiro: Consórcio Brasileiro de Acreditação, 2008.

LIMA, Antônio Fernandes Costa; KURCGANT, Paulina. O processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no Hospital Universitário da USP. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 40, n. 1, p.111-116, 2006.

LUZ, Alessandra da; MARTINS, Andréia Pereira; DYNEWICZ, Ana Maria. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 02, p.344-361, 2007. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/revista/v9/n2/v9n2a05.htm>. Acessado em 21 de maio de 2011.

MARQUIS, Bessie L.; HUSTON, Carol J. **Administração e Liderança em Enfermagem**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 557p.

MATOS, Fabiana Gonçalves de Oliveira Azevedo; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da. Construção de instrumento para avaliar a acurácia diagnóstica. **Rev Esc Enferm USP**, n. 43 (Esp), p. 1088-97. 2009.

MATOS, Fabiana Gonçalves de Oliveira Azevedo. et al. Escala de Acurácia de Diagnóstico de Enfermagem: Versão 2. In: 10º **Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem**, 2010, Brasília. Anais 10º SINADEn. Brasília : ABEn, 2010. p. 696-701.

MOURA, Gisela Maria Schebela Souto de; JUCHEM, Beatriz Cavalcanti; FALK, Maria Lucia Rodrigues; MAGALHÃES, Ana Maria Muller de; SUZUKI, Lyliam Midori. Construção e implantação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, n. 30, p.136-40. 2009.

MÜLLER-STAU, Maria. et al. Testing the Q-DIO as an instrument to measure the documented quality of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, v. 19, n. 1, jan/mar. 2008.

NOMURA, Aline Tsuma G. Construção de um Instrumento para a Avaliação da Qualidade de Registros Informatizados de Enfermagem. Trabalho de conclusão (graduação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Enfermagem, Porto Alegre, 2010. Disponível em <http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000768100&loc=2011&l=c995108313fc191b> Acessado em 05 de outubro de 2011.

OCHOA-VIGO, Kattia; PACE, Ana Emilia; ROSSI, Lídia Aparecida, HAYASHIDA Miyeko. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 4, n. 35, p. 390-8. 2001.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: metodos, avaliação e utilização.** 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 488 p.

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**, v. 3, n. 58, p.325-9, maio/jun. 2005.

RESSEL, Lúcia Beatriz. et al. O uso do Grupo Focal em pesquisa qualitativa. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 4, n. 17, p. 779-86, out/dez. 2008.

REZENDE, Priscila Oliveira; GAIZINSK, Raquel Rapone. Tempo despendido no sistema de assistência de enfermagem após implementação de sistema padronizado de linguagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 1, n. 42, p.152-9, fev. 2008.

SEGANFREDO, Débora Hein. **Validação de resultados de enfermagem segundo Nursing Outcomes Classification – NOC** na prática clínica de enfermagem em um hospital universitário [manuscrito]. Biblioteca da Escola de Enfermagem, UFRGS, Porto Alegre, 2010.

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.313-7, fev. 2009.

SILVA, Yara Boaventura da, PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos. Análise dos registros de enfermagem sobre dor e analgesia em doentes hospitalizados. **Ver Esc Enferm USP**, São Paulo, v.2, n. 37, p.109-118, 2003.

SOARES, Lenir Honório; PINELLI, Francisca das Graças Salazar; ABRÃO, Ana Cristina Feitas de Vilhena. Construção de instrumento de coleta de dados de enfermagem em ginecologia. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 2, n. 18, p.156-64, 2005

WESTPHAL, Márcia Faria, BÓGUS, Cláudia Maria, FARIA Mara de Melo. Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletim Oficina Sanitária Panamericana**, v.120, n.6, p. 472-482, 1996.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você a participar do estudo “Validação de Instrumento para a Avaliação dos Registros Informatizados de Enfermagem”, que consiste na pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso da Acadêmica de Enfermagem Gabriela Gomes dos Santos, sob orientação da Profª Drª Miriam de Abreu Almeida, enfermeira docente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O objetivo deste trabalho é validar o conteúdo do instrumento para avaliação da qualidade dos registros informatizados de enfermagem. Os resultados deste estudo fornecerão subsídios para uma educação permanente dos enfermeiros, a fim de estabelecer uma assistência ainda mais comprometida com o paciente/família.

Sua participação consiste em estar presente nas três reuniões de grupo focal com periodicidade quinzenal e duração de no máximo 2 horas. O local das sessões será agendado em sala no Centro de Pesquisa Clínica (CPC) e previamente informado pela pesquisadora. Após as orientações feitas no grupo focal, sua participação consistirá em aplicar o instrumento pré elaborado e validá-los conforme as dificuldades e variações da sua aplicabilidade.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido declaro que fui informada de forma clara e detalhada do objetivo e da justificativa, assim como dos benefícios do presente projeto. Concordo em participar desta pesquisa, pois fui esclarecido de que os meus dados confidenciais serão mantidos em sigilo e que não terá nenhuma despesa custeada por mim. Terei garantido a preservação do anonimato das minhas informações obtidas durante a realização do grupo focal. Será assegurada a minha liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento e poderei deixar de participar do estudo, sem que isto resulte risco na carreira profissional. As sessões, do grupo focal, serão gravadas em áudio e após cinco anos, serão desgravadas. Serei informado sobre o andamento da pesquisa, assim como, dos resultados finais. As informações coletadas serão utilizadas para a realização da dissertação e de artigos.

Fui informado também que ao participar desta pesquisa não serei diretamente beneficiado, mas estarei contribuindo para a melhoria da documentação e valorizando o conhecimento produzido.

O pesquisador responsável por esse projeto é a Professora Miriam de Abreu de Almeida, da Escola de Enfermagem da UFRGS (telefone para contato (51) 99997699 / 33597863), tendo esse documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (telefone para contato (51) 33597640). Faz parte desse estudo a aluna Gabriela Gomes dos Santos, acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (telefone para contato (51) 93670820). Os pesquisadores se colocam à disposição para esclarecimento de qualquer dúvida que possa surgir durante o estudo.

Este documento será realizado em duas vias, permanecendo uma com o participante e outra com o pesquisador responsável.

Nome e assinatura do pesquisado (a)

Assinatura do pesquisador

Gabriela Gomes dos Santos

Data: ___/___/___

Cel. 93670820

Comitê de Ética em Pesquisa
GPPG/HCPA

VERSÃO APROVADA

01 / 11 / 2011

110443 TAN

APÊNDICE B – Agenda do Grupo Focal

ENCONTROS	PROCEDIMENTOS
1ª Sessão de grupo focal	<p>Abertura da sessão com boas vindas aos participantes. Apresentação do moderador, do observador e dos participantes. Apresentação dos objetivos do estudo e referencial teórico a fim de subsidiar os debates sobre o PE e os critérios necessários para avaliar os registros de enfermagem. Esclarecimentos sobre as questões éticas e assinatura do TCLE e o Termo de Compromisso para Utilização dos Dados. Em seguida, houve a apresentação do instrumento e do seu manual de orientação, a fim de orientar o seu preenchimento. Também serão estipuladas combinações para a próxima reunião no transcorrer da sessão. Síntese das discussões que serviram como tema disparador dos debates subsequentes. Oferecimento de lanche.</p>
2ª Sessão de grupo focal	<p>Realização da síntese da reunião anterior. Comparação dos instrumentos preenchidos, sendo que cada enfermeiro pode expor sua opinião sobre cada item do instrumento. Nesse momento houve discussões a fim de definir a permanência e as modificações necessárias no instrumento. Assim como a reformulação do manual de preenchimento do instrumento para avaliação da qualidade dos registros informatizados de enfermagem e da Escala EADE. Oferecimento de lanche.</p>

APENDICE C – Questionário para a caracterização dos participantes do Grupo Focal

Questionário para caracterização dos participantes do grupo focal

Sexo:

Idade:

1. Qual a sua universidade de formação?
2. Você é graduado há quanto tempo?
3. Você é enfermeiro do HCPA há quanto tempo?
4. Você é enfermeiro de qual serviço de enfermagem do HCPA?
5. Há quanto tempo exerce atividade assistencial em unidades cujos registros de enfermagem encontram-se informatizados?
6. Há quanto tempo participa/participou da Comissão do Processo de Enfermagem (COPE)? Se já participou, há quanto tempo não é mais membro do COPE?
7. Você fez parte do “grupo auditor” do HCPA quando os registros de enfermagem não eram informatizados?
8. Você possui algum curso de pós-graduação? Em caso afirmativo, qual?
9. Qual sua experiência com o Processo de Enfermagem (PE) na assistência, no ensino e/ou pesquisa?
10. Na sua opinião, qual a importância de se avaliar a qualidade dos registros de enfermagem?

APÊNDICE D – Manual de orientação para o preenchimento do instrumento

Manual de orientações para o preenchimento do instrumento Avaliação da Qualidade de Registros Informatizados de Enfermagem – AQUARIE

1. Documento: ANAMNESE/EXAME FÍSICO	
1.1 Realização	
Avaliada a existência ou não do documento, assim como o momento de sua realização em relação à admissão do paciente.	
<ul style="list-style-type: none"> • Não será avaliado o conteúdo do documento. • Não se Aplica (NSA) – A Anamnese/Exame Físico não será avaliada quando for realizada no período anterior à internação na unidade. • Na Emergência será considerada a primeira evolução, referente a admissão do paciente. 	
1.2 % de Preenchimento	
Corresponde ao percentual de preenchimento realizado. Serão considerados 15 campos referentes à Anamnese/Exame Físico.	
1. Identificação: Somente será considerado se todos os campos <i>escolaridade, telefone, religião, acompanhante e procedência</i> estiverem preenchidos.	
2. História: Somente será considerada se houver o preenchimento do campo "Motivo da internação"	
3-15. Necessidades Humanas Básicas (NHB):	
3. Reprodução e sexualidade	8. Alimentação e hidratação
4. Regulação neurológica	9. Eliminação
5. Percepção dos órgãos e sentidos	10. Integridade cutânea-mucosa
6. Oxição	11. Cuidado corporal, atividade física e segurança
7. Regulação térmica e vascular	12. Sono, repouso e conforto
<ul style="list-style-type: none"> • Os campos <i>Diagnóstico de Enfermagem e Conduta</i> não serão avaliados neste documento. 	
<ul style="list-style-type: none"> • A seguir, pontuação de 5 a 1, referente ao percentual de preenchimento da Anamnese/Exame Físico: 	
Pontuação	15 campos
5 - ≥75%	Quando contemplar, pelo menos, 12 dos 15 campos da Anamnese/Exame Físico
4 - Entre 50 a 74%	Quando contemplar 11, 10, 9 ou 8 dos 15 campos da Anamnese/Exame Físico
3 - Entre 25 a 49%	Quando contemplar 7, 6 ou 5 dos 15 campos da Anamnese/Exame Físico
2 - Abaixo de 25%	Quando contemplar 4, 3 ou 1 dos 15 campos da Anamnese/Exame Físico
1 - Nenhum	Não realizado ou realizado apenas o campo <i>Identificação</i> incompleto
*Na Pediatria e Neonatologia serão avaliados 14 campos da Anamnese/Exame Físico, considerando a NHB "Reprodução e sexualidade" não se aplicar.	

1.3 Avaliação
Avaliação com enfoque nos indicadores assistenciais de Dor, Úlcera de Pressão e Queda levantado para o paciente na Anamnese/Exame Físico.
<ul style="list-style-type: none"> • Sim – O indicador foi avaliado na Anamnese/Exame Físico. • Não – O indicador não foi avaliado na Anamnese/Exame Físico.
1.4 Qualidade
Avaliada por meio de uma Escala Likert, graduada de 5 a 1, conforme os indicadores de qualidade abaixo estabelecidos:
5- Excelente: Contempla todos os indicadores listados a seguir:
<ul style="list-style-type: none"> • O motivo da internação deve estar claro e conciso; • As NHB que compreendem o motivo da internação devem ser bem exploradas; • Aborda todas as NHB subjetivas do paciente, se acompanhado ou com condições para comunicar-se; • Aborda dados objetivos do paciente (exame físico) em todas as NHB; • Segue o modelo proposto pelo manual de orientação para o preenchimento da Anamnese/Exame Físico.
4- Bom: Contempla 4 dos indicadores de qualidade.
3- Médio: Contempla 3 dos indicadores de qualidade.
2- Razoável: Contempla 2 dos indicadores de qualidade.
1- Insuficiente: Contempla 1 ou nenhum indicador de qualidade.

2 Documento: EVOLUÇÃO
2.1 Realização
Apenas avaliada a existência ou não do documento, e não a sua frequência.
2.2 % de Preenchimento
Avaliado por meio de uma Escala Likert, graduada de 5 a 1, conforme a frequência do documento em relação ao total de dias de internação.
5- Acima de 75%
4 - Entre 50 a 74%
3- Entre 25 a 49%
2- Abaixo de 25%
1- Nenhum documento preenchido.
<p style="text-align: right;">"x" = 100 X Total de presença de evolução diária ----- Total de dias de internação</p>

2.3 Avaliação
Avaliação com enfoque nos indicadores assistenciais de Dor, Úlcera de Pressão e Queda na Evolução de Enfermagem.
<ul style="list-style-type: none"> • Sim – O indicador foi avaliado na Evolução de Enfermagem. • Não – O indicador não foi avaliado na Evolução de Enfermagem.
Observação 1
Durante o período de internação na unidade avaliada, serão consideradas as seguintes Evoluções de Enfermagem:
<ul style="list-style-type: none"> • O primeiro dia de Evolução SE Anamnese/Exame Físico for realizada anteriormente ao dia da internação; • O segundo dia de Evolução SE Anamnese/Exame Físico for realizada no primeiro dia da internação; • As Evoluções intermediárias, a cada 7 dias, a partir da primeira evolução avaliada; • A última Evolução.
Ex: 16 dias de internação e Anamnese/Exame Físico realizada no primeiro dia = avaliar 1ª, 8ª, 15ª e 16ª Evoluções de Enfermagem.
Caso não sejam encontradas Evoluções nestes exatos dias, considerar os documentos presentes e seguir avaliando as mesmas Evoluções para as etapas seguintes.
Observação 2
Deve ser realizada uma média aritmética entre os resultados da avaliação de cada Evolução a fim de pontuar no instrumento.
2.4 Qualidade
Avaliada por meio de uma Escala Likert, graduada de 5 a 1, conforme os indicadores de qualidade abaixo estabelecidos:
5- Excelente: Contempla todos os indicadores listados a seguir:
<ul style="list-style-type: none"> • Contém Subjetivo (S), Objetivo (O), Interpretação (I) e Conduta (C), sendo que S deve ser registrado em pacientes com condição de verbalizar/comunicar-se; • Segue o modelo das NHB; • A descrição dos itens S e O expressam a condição atual do paciente; • No item I, cada DE listado com seu Fator Relacionado (FR) / Fator de Risco (FRr) contém a situação de “iniciado”, “piorado” ou “mantido”; • A primeira evolução contém o registro da internação do paciente; • A última evolução contém o registro da transferência, ou da alta hospitalar, ou do óbito do paciente.
4- Bom: Contempla 4 dos indicadores de qualidade.
3- Médio: Contempla 3 dos indicadores de qualidade.

3 Documento: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
3.1 Realização	
Apenas avaliada a existência ou não do documento, e não a sua frequência.	
3.2 % de Preenchimento	
Será avaliado por meio de uma Escala Likert, graduada de 5 a 1, conforme a frequência do documento em relação ao total de dias de internação.	
5- Acima de 75%	$\text{"X"} = 100 \times \frac{\text{Total de presença de prescrição diária}}{\text{Total de dias de internação}}$
4 - Entre 50 a 74%	
3- Entre 25 a 49%	
2- Abaixo de 25%	
1- Nenhum – não realizado	
3.3 Avaliação	
Avaliação com enfoque nos indicadores assistenciais de Dor, Úlcera de Pressão e Queda na Prescrição de Enfermagem.	
<ul style="list-style-type: none"> • Sim – O indicador foi avaliado na Prescrição de Enfermagem. • Não – O indicador não foi avaliado na Prescrição de Enfermagem. 	
Observação 3	
Deve-se considerar, para essa avaliação, os mesmos dias e os mesmos critérios de pontuação relatados em OBS1 e OBS2 do item 2.3.	
3.4 Qualidade	
Avaliada por meio de uma Escala Likert, graduada de 5 a 1, conforme os indicadores de qualidade abaixo estabelecidos:	
5- Excelente: Contempla todos os indicadores listados a seguir:	
<ul style="list-style-type: none"> • Os itens da prescrição estão em concordância com a evolução diária do paciente, isto é, as alterações/inclusões na prescrição estão respaldadas em evolução; • Contempla cuidados para resolver os DE levantados; • Exclusões / inclusões dos cuidados são coerentes; • Complemento não deve conter verbo no infinitivo; • Individualiza o cuidado ao paciente (complementos); • Especifica os cuidados inerentes a exames e medicações que requerem preparo específico ou avaliação da situação clínica do paciente. 	
4- Bom: Contempla 5 dos indicadores de qualidade.	
3- Médio: Contempla 4 dos indicadores de qualidade.	

4 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (DE)
<ul style="list-style-type: none"> • A avaliação desta etapa se dará a partir dos DE selecionados nas Evoluções de Enfermagem considerados e OBS1 do item 2.3. • Para este fim será utilizada a Escala de Acurácia do Diagnóstico de Enfermagem (EADE) – Versão 2.
Observação 4
Todos os documentos registrados por acadêmicos de enfermagem serão igualmente avaliados.

A EADE - Versão 2 consta de 5 itens com respostas dicotômicas. Quatro dos cinco itens são pontuáveis. Para responder a cada item, o avaliador deve considerar cada diagnóstico estabelecido frente ao conjunto de dados que deram origem aos diagnósticos em questão.

1. ANTES de iniciar o julgamento dos diagnósticos, o avaliador deve realizar leitura cuidadosa dos dados clínicos escritos sobre o paciente
2. APOS realizar a leitura cuidadosa dos dados, o avaliador deve submeter cada diagnóstico listado à EADE - Versão 2.
 - a. O avaliador deverá voltar, sempre que necessário, aos dados escritos para responder os itens da EADE - Versão 2.
 - b. Recomenda-se também que a classificação da NANDA-I seja amplamente consultada.
3. Os itens da EADE - Versão 2 e as orientações para respondê-los são:

Item 1 - ORIENTAÇÃO Item 1	Há pista(s) para o diagnóstico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Considere a definição de pistas : são manifestações dos pacientes que representam indícios, vestígios ou sinais e sintomas do diagnóstico de enfermagem que está sendo avaliado. Se houver pelo menos uma pista para o diagnóstico, independente de sua relevância, especificidade e coerência, marque a resposta sim. Consulte a NANDA-I sempre que necessário. Se a resposta for não, os outros itens não se aplicam. Interrompa aqui a aplicação do EADE para ESSE DIAGNÓSTICO.	
Item 2 -	A relevância da(s) pista(s) existente(s) é: <input type="checkbox"/> Alta / Moderada <input type="checkbox"/> Baixa
ORIENTAÇÃO Item 2	
Considere a definição de relevância da pista : grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é necessária (o) para indicar o diagnóstico de enfermagem que está sendo avaliado. Indique o grau de relevância da(s) pista(s) existente(s) como: Alta/Moderada ou Baixa.	
Se você julgar que há pista(s) nos dois graus de relevância, indique apenas o mais elevado (Alta / Moderada). Consulte a NANDA-I sempre que necessário.	
Item 3 -	A especificidade da(s) pista(s) existente(s) é: <input type="checkbox"/> Alta/Moderada <input type="checkbox"/> Baixa
ORIENTAÇÃO Item 3	
Considere a definição de especificidade da pista : grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é característica(o) do diagnóstico de enfermagem que está sendo avaliado. Indique o grau de especificidade da(s) pista(s) existente(s) como: Alta/Moderada ou Baixa.	
Se você julgar que há pista(s) nos dois graus de especificidade, indique apenas o mais elevado (Alta / Moderada). Consulte a NANDA-I sempre que necessário.	

ORIENTAÇÃO Item 4
 Considere a definição de coerência da pista: grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é consistente com o conjunto das informações disponíveis (incluindo o próprio diagnóstico que está sendo avaliado). Indique o grau de coerência da(s) pista(s) existente(s) como: Alta/Moderada ou Baixa.
 Se você julgar que há pista(s) nos dois graus de coerência, indique apenas o mais elevado (Alta / Moderada).

Item 5 - Sim Não

ORIENTAÇÃO Item 5
 Considere que mesmo havendo pistas com alguma relevância, especificidade e coerência para o diagnóstico,
 • ele pode não ser prioritário para a situação do paciente;
 • ele pode não direcionar intervenções adequadas;
 • outro diagnóstico pode explicar melhor a resposta do paciente;
 Nesses casos, indique a resposta "Não".
 Consulte a NANDA - I sempre que necessário.

Sistema de pontuação das respostas

Escores para os itens da EADE – Versão 2				
Item	Definições	Categorias	Escores de acurácia	
1	Presença de pista Manifestações dos pacientes que representam indícios, vestígios ou sinais e sintomas do diagnóstico de enfermagem que esta sendo avaliado.	Sim Não	1 0	
2	Relevância da pista Grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é (são) necessária (s) para indicar o diagnóstico de enfermagem que esta sendo avaliado.	Alta/Moderada Baixa	1 0	
3	Especificidade da Pista Grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é (são) característica (s) do diagnóstico de enfermagem que esta sendo avaliado.	Alta/Moderada Baixa	3,5 0	
4	Coerência da pista Grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é (são) consistente (s) com o diagnóstico de enfermagem que esta sendo avaliado e com o conjunto das informações disponíveis.	Alta/Moderada Baixa	8 0	
5	Você enunciaria esse diagnóstico de Mesmo havendo pistas com alguma relevância, especificidade e coerência para o diagnóstico, ele pode: não ser prioritário, não direcionar intervenções adequadas, ou outro diagnóstico	Sim	Não pontua	

Categorias de acurácia da E.ADE – Versão 2		Categoria de acurácia
Escores de acurácia	Interpretação	
0	Não há pistas que indiquem o diagnóstico em questão	NULA
1	A(s) pista(s) existente(s) tem (têm) baixa relevância, baixa especificidade e baixa coerência	BAIXA
2 4,5 5,5	A(s) pista(s) presente(s) nos dados de avaliação tem (têm) coerência baixa com os dados da avaliação, mas tem pista(s) altamente/moderadamente relevante(s) E/OU altamente/moderadamente específica(s) para o diagnóstico em questão.	MODERADA
9,0 10,0 12,5 13,5	A(s) pista(s) presente(s) nos dados de avaliação é (são) altamente/moderadamente coerente(s) com os dados da avaliação. São também altamente/moderadamente relevantes, E/OU altamente/moderadamente específicas para o diagnóstico em questão.	ALTA

ANEXOS

ANEXO I - Instrumento para a avaliação da qualidade de registros informatizados de enfermagem



Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Comissão de Prontuários do Paciente
Instrumento de Avaliação dos Registros de Enfermagem nos Prontuários dos Pacientes

Nome do avaliador: Data da avaliação:/...../.....
Unidade avaliada: Prontuário nº:
Data de internação no HCPA:/...../..... Data de internação na unidade avaliada:/...../.....

Documento	Realizado	Preenchimento					Avaliação dos indicadores assistenciais					Sobre a qualidade do documento				
		Sim	NSA	Não	3	2	1	Sim	Não	Pele	Queixas	5	4	3	2	1
Anamnese/ Exame Físico	24h															
	48h															
	>48h															
Evolução																
Prescrição																

Assinale na tabela abaixo a sua avaliação dos documentos contidos no prontuário

OBS:

Lista de Diagnósticos de Enfermagem / Quadro de resposta EADE - Versão 2

DE	Item 1		Item 2		Item 3		Item 4		Você mantém esse DE		Grau de acurácia	Categoria de acurácia
	Há pistas?*	Relevância (pista x DE)	Especificidade (pista x DE)	Coerência (pista x DE x conjunto dos dados)	Sim	Não	Alta/ Moderada	Baixa	Alta/ Moderada	Baixa		
	Sim 1	Não 0	Alta/ Moderada 1	Baixa 0	Alta/ Moderada 3,5	Baixa 0	Alta/ Moderada B	Baixa 0	Sim S	Não N		

*Quando a resposta for não, não preencher as demais células PARA O DIAGNÓSTICO.

Quadro 1 – Instrumento para avaliar a qualidade dos registros informatizados de enfermagem

ANEXO II – Manual de orientações para preenchimento do instrumento

CRITÉRIOS SUGERIDOS PARA EMITIR CONCEITOS QUANTO A QUALIDADE DOS DOCUMENTOS REVISADOS PELOS AVALIADORES

1. Documento: Anamnese/Exame Físico

1.1 Realizado: Será avaliada a existência ou não do documento, assim como o momento de sua realização em relação à admissão do paciente. Não será avaliado o conteúdo documento.

1.1.1 Não se Aplica (NSA): A Anamnese/Exame Físico não será avaliada quando for realizada no período anterior à internação na unidade.

1.1.2 Na Emergência será considerada a primeira evolução, referente à admissão do paciente.

1.2 Preenchimento: Corresponde ao percentual de preenchimento realizado. Serão considerados 15 campos referentes à Anamnese/Exame Físico:

1) Identificação: Verificar a presença dos campos *escolaridade, telefone, religião, acompanhante e procedência*. Somente será considerada se **todos** os itens estiverem preenchidos;

2) História: Somente será considerada se houver o preenchimento do campo “Motivo da internação”.

3-15) Necessidades Humanas Básicas (NHB):

3 - Reprodução e sexualidade

4 - Regulação neurológica

5 - Percepção dos órgãos e sentidos

6 - Oxigenação

7 - Regulação térmica e vascular

8 - Alimentação e hidratação

9 – Eliminação

10 - Integridade cutâneo-mucosa

11 - Cuidado corporal, atividade física e segurança

12 - Sono, repouso e conforto

13 - Necessidades psicossociais

14 - Necessidades psicoespirituais

15 - Educação para a saúde

OBS: Os campos *Diagnóstico de Enfermagem e Conduta* não serão avaliados neste documento.

O quadro a seguir contém uma pontuação de 5 à 1, referente ao percentual de preenchimento da Anamnese/Exame Físico.

Pontuação	15 campos	14 campos*
5 - ≥75%	Quando contemplar, pelo menos, 12 dos 15 campos da	Quando contemplar, pelo menos, 11 dos 15 campos da

	Anamnese/Exame Físico	Anamnese/Exame Físico
4 - Entre 50 a 74%	Quando contemplar 11, 10, 9 ou 8 dos 15 Campos da Anamnese/Exame Físico	Quando contemplar 10, 9, 8 ou 7 dos 15 Campos da Anamnese/Exame Físico
3 - Entre 25 a 49%	Quando contemplar 7, 6 ou 5 dos 15 campos da Anamnese/Exame Físico	Quando contemplar 6, 5 ou 4 dos 15 campos da Anamnese/Exame Físico
2 - Abaixo de 25%	Quando contemplar 4, 3, 2 ou 1 dos 15 campos da Anamnese/Exame Físico	Quando contemplar 3, 2 ou 1 dos 15 campos da Anamnese/Exame Físico
1 – Nenhum	Não realizado ou realizado apenas o Campo <i>Identificação</i> incompleto	Não realizado ou realizado apenas o campo <i>Identificação</i> incompleto

* Na Pediatria e Neonatologia serão avaliados 14 campos da Anamnese e Exame Físico, tendo em vista a NHB "Reprodução e sexualidade" não se aplicar.

1.3 Avaliação dos indicadores assistências: Avaliação com enfoque nos indicadores assistências de *Dor, Úlcera por Pressão e Queda* levantados para o paciente na Anamnese e Exame Físico.

Sim – O indicador foi avaliado na Anamnese e Exame Físico.

Não – O indicador não foi avaliado na Anamnese e Exame Físico.

1.4 Sobre a qualidade do documento: Será avaliada por meio de uma Escala Likert, graduada de 5 a 1, conforme os indicadores de qualidade abaixo estabelecidos:

5 - Excelente – Contempla todos os indicadores listados a seguir:

- O motivo da internação deve estar claro e objetivo;
- As NHB que compreendem o motivo da internação devem ser bem exploradas;
- Aborda todas as NHB subjetivas do paciente, se acompanhado ou com condições para comunicar-se;
- Aborda os dados objetivos do paciente (exame físico) em todas as NHB;
- Segue o modelo proposto pelo manual de orientação para o preenchimento da Anamnese/Exame Físico.

4 - Bom – Quando contemplar 4 dos indicadores de qualidade.

3 - Médio – Quando contemplar 3 dos indicadores de qualidade.

2 - Razoável – Quando contemplar 2 dos indicadores de qualidade.

1 – Insuficiente – Quando contemplar 1 ou nenhum indicador de qualidade.

2 Documento: Evolução

2.1 Realizado: Será apenas avaliada a existência ou não do documento, e não a sua frequência

2.2 Preenchimento: Será avaliado por meio de uma Escala Likert, graduada de 5 a 1, conforme o cálculo da frequência do documento em relação ao total de dias de internação.

5 – Acima de 75%

4 – Entre 50 a 74%

3 – Entre 25 a 49%

2 – Abaixo de 25 %

1 - Nenhum – não realizado

$$\text{"x"} = \frac{100 \times \text{Total de presença de evolução diária}}{\text{Total de dias de internação}}$$

2.3 Avaliação dos indicadores assistências: Avaliação com enfoque nos indicadores assistências de *Dor, Úlcera por Pressão e Queda* na Evolução de Enfermagem.

Sim – O indicador foi avaliado na Evolução de Enfermagem.

Não – O indicador não foi avaliado na Evolução de Enfermagem.

OBS₁: Durante o período de internação na unidade avaliada, serão consideradas as seguintes

Evoluções de Enfermagem:

- O primeiro dia de Evolução **SE** Anamnese e Exame Físico for realizada anteriormente ao dia da internação;
- O segundo dia de Evolução **SE** Anamnese e Exame Físico for realizada no primeiro dia da internação;
- As Evoluções intermediárias, a cada 7 dias, a partir da primeira evolução avaliada;
- A última Evolução.

Ex: 16 dias de internação e Anamnese e Exame Físico realizada no primeiro dia = avaliar a 1º, 8º, 15º e 16º Evoluções de Enfermagem.

* Caso não sejam encontradas Evoluções nestes exatos dias, considerar os documentos presentes e seguir avaliando as **mesmas** Evoluções para as etapas seguintes.

OBS₂: Deve ser realizada uma média aritmética entre os resultados da avaliação de cada Evolução a fim de pontuar no instrumento.

2.4 Sobre a qualidade do documento: Será avaliada por meio de uma Escala Likert, graduada de 5 a 1, conforme os indicadores de qualidade abaixo estabelecidos:

5 - Excelente – Contempla todos os indicadores listados a seguir:

- Contém Subjetivo (S), Objetivo (O), Interpretação (I) e Conduta (C), sendo que o S deve ser registrado em pacientes com condições de verbalizar/comunicar-se;
- Segue o modelo das NHB;
- A descrição dos itens subjetivo e objetivo expressam a condição atual do paciente;
- No item “I”, cada Diagnósticos de Enfermagem (DE) listados com seu Fator Relacionado (FR) / Fator de Risco (FRi) contém a situação de “iniciado”, “melhorado”, “pioorado” ou “mantido”;
- A primeira evolução contém o registro da internação do paciente;
- A última evolução contém o registro da transferência, ou da alta hospitalar ou do óbito do paciente.

4 - Bom – Quando contemplar 4 indicadores de qualidade.

3 - Médio – Quando contemplar 3 indicadores de qualidade.

2 - Razoável – Quando contemplar 2 indicadores de qualidade.

1 – Insuficiente – Quando contemplar apenas 1 indicador de qualidade.

OBS: Deve-se considerar, para essa avaliação, a **OBS₁** e a **OBS₂** do item 2.3.

2. Documento: Prescrição de Enfermagem

3.1 Realizado: Será apenas avaliada a existência ou não do documento, e não a sua frequência.

3.2 Preenchimento: Será avaliado por meio de uma Escala Likert, graduada de 5 a 1, conforme o cálculo da frequência do documento em relação ao total de dias de internação.

5 – Acima de 75%

4 – Entre 50 a 74%

3 – Entre 25 a 49%

2 – Abaixo de 25 %

1 – Nenhum - Não realizado.

$\text{“x”} = \frac{100 \times \text{Total de presença de prescrição diária}}{\text{Total de dias de internação}}$
--

3.3 Avaliação dos indicadores assistências: Avaliação com enfoque nos indicadores assistências de *Dor, Úlcera por Pressão e Queda* na Prescrição de Enfermagem.

Sim – O indicador foi avaliado

Não – O indicador não foi avaliado

OBS: Deve-se considerar, para essa avaliação, os mesmos dias e os mesmos critérios de pontuação relatados em **OBS₁** e **OBS₂** do item 2.3.

3.4 Sobre a qualidade do documento: Será avaliada por meio de uma Escala Likert, graduada de 5 a 1, conforme os critérios abaixo estabelecidos:

5 - Excelente –

- Os itens da prescrição estão em concordância com a evolução diária do paciente, isto é, as alterações/inclusões na prescrição estão respaldadas em evolução;
- Contempla cuidados para resolver os DE levantados;
- Exclusões/inclusões dos cuidados são coerentes;
- Complemento não deve conter verbo no infinitivo;
- Individualiza o cuidado ao paciente (complementos);
- Especifica os cuidados inerentes a exames e medicações que requerem preparo específico ou avaliação da situação clínica do paciente;

4 - Bom – Quando contemplar 5 indicadores de qualidade.

3 - Médio – Quando contemplar 4 indicadores de qualidade.

2 - Razoável – Quando contemplar 3 indicadores de qualidade.

1 – Insuficiente – Quando contemplar 2 indicadores de qualidade ou menos.

OBS: Deve-se considerar, para essa avaliação, os mesmos dias e os mesmos critérios de pontuação relatados em **OBS₁** e **OBS₂** do item 2.3.

4 Diagnóstico de Enfermagem (DE)

A avaliação desta etapa se dará a partir dos DE selecionados nas Evoluções consideradas em **OBS₁** do item 2.3.

Para este fim, será utilizada a Escala EADE – Versão 2. As instruções de uso encontram-se em anexo.

Todos os documentos registrados por acadêmicos de enfermagem serão igualmente avaliados.
--

ANEXO III – 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>Validação de instrumento para avaliação dos registros informatizados de enfermagem</p>	<p>Cadastro no GPPG</p> <p>110443</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, 02 de novembro de 2011.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Miriam de Abreu Almeida	
Gabriela Gomes dos Santos	

--	--

ANEXO IV – Carta de aprovação da COMPESQ EEUFRGS



COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CARTA DE APROVAÇÃO

Projeto TCC GRAD.: 28/2011

Pesquisadores: Gabriela Gomes dos Santos e Profa. Miriam de Abreu Almeida

Título: VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE REGISTROS INFORMATIZADOS DE ENFERMAGEM.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos metodológicos. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 19 de Outubro de 2011.

A handwritten signature in blue ink that reads 'Eliane P de Moraes'.

Profª Dra. Eliané Pinheiro de Moraes
Coordenadora COMPESQ/EENFP

ANEXO V – Carta de aprovação do GPPG/HCPA



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

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

A Comissão Científica e o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 110443

Data da Versão do Projeto: 06/10/2011

Data da Versão do TCLE: 20/10/2011

Pesquisadores:

GABRIELA GOMES DOS SANTOS

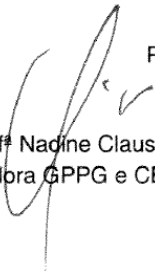
MIRIAM DE ABREU ALMEIDA

Título: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE REGISTROS INFORMATIZADOS DE ENFERMAGEM

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos, bem como o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as diretrizes e normas nacionais e internacionais de pesquisa clínica, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

- Os membros da Comissão Científica e do Comitê de Ética em Pesquisa não participaram do processo de avaliação dos projetos nos quais constam como pesquisadores.
- Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao CEP/HCPA.
- Somente poderá ser utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual conste o carimbo de aprovação do CEP/HCPA.

Porto Alegre, 01 de novembro de 2011.


Profª Nadine Clausell
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA