

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**ALINE TSUMA GAEDKE NOMURA**

**CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO  
DA QUALIDADE DE REGISTROS INFORMATIZADOS DE ENFERMAGEM**

**Porto Alegre**

**2010**

**ALINE TSUMA GAEDKE NOMURA**

**CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO  
DA QUALIDADE DE REGISTROS INFORMATIZADOS DE ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem  
da Escola de Enfermagem da Universidade Federal  
do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para  
a obtenção do título de enfermeiro.

Orientador: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Miriam de Abreu Almeida

**Porto Alegre**

**2010**

Dedico esta conquista aos meus pais, pelo infinito amor, apoio, dedicação e confiança.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por iluminar meu caminho e minhas escolhas.

À minha família e aos meus amigos, por todos os momentos de descontração, pela amizade e companheirismo que me deram força para continuar.

Aos meus padrinhos e alguns bons amigos que me hospedaram em suas casas, com todo carinho, sempre que precisei.

Ao meu namorado que me apoiou em todos os momentos.

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

Às Enfs Ísis Marques Severo e Vera Dias, pelas contribuições dadas durante o desenvolvimento desta pesquisa.

À Profa Débora Feijó Villas Bôas Vieira que disponibilizou, gentilmente, o material sobre a auditoria realizada no HCPA quando os registros eram manuais.

À todos, muito obrigada.

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

*Albert Einstein*

## RESUMO

Trata-se de uma pesquisa metodológica, de natureza qualitativa, sobre a qualidade dos registros de enfermagem. Teve como objetivo a construção de um instrumento para avaliar a qualidade dos registros de enfermagem informatizados de um hospital público universitário, a partir de um instrumento já utilizado quando os registros eram realizados manualmente. A construção desse instrumento foi realizada por meio da técnica de grupo focal, composto por seis 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 elaborados pelas participantes e dividem-se em: *Realizado*, *Preenchimento*, *Avaliação dos indicadores de assistenciais* e *Sobre a qualidade do documento*. Além desses critérios, foi incluída 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 elaborado, concomitante ao instrumento, um manual de orientação a fim de subsidiar o seu preenchimento. Submetidos a uma testagem, o instrumento permaneceu inalterado, enquanto o manual sofreu 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.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b> – Instrumento para avaliar a qualidade dos registros informatizados de enfermagem	<b>33</b>
<b>Quadro 2</b> – Critério de qualidade referente ao percentual de preenchimento do documento Anamnese/Exame Físico.	<b>37</b>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
<b>2 OBJETIVO</b> .....	<b>12</b>
<b>3 CONTEXTO TEÓRICO</b> .....	<b>13</b>
<b>4 MÉTODOS</b> .....	<b>17</b>
<b>4.1 Trajetória Metodológica</b> .....	<b>17</b>
4.1.1 Características do grupo focal .....	17
<b>4.2 Campo de Estudo</b> .....	<b>18</b>
<b>4.3 Participantes do Estudo</b> .....	<b>19</b>
<b>4.4 Coleta e Análise das Informações</b> .....	<b>20</b>
<b>4.5 Análise das informações</b> .....	<b>22</b>
<b>4.6 Aspectos Éticos</b> .....	<b>23</b>
<b>5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>24</b>
<b>5.1 Caracterização dos participantes do grupo focal</b> .....	<b>24</b>
<b>5.2 Construção do instrumento para avaliação da qualidade dos registros informatizados de enfermagem</b> .....	<b>25</b>
5.2.1 Dados de identificação do instrumento .....	26
5.2.2 Documentos a serem avaliados.....	27
5.2.3 Critérios de avaliação dos registros informatizados .....	29
<b>5.3 Construção do manual de orientação para o preenchimento do instrumento</b> .....	<b>35</b>
5.3.1 Anamnese/Exame Físico .....	35
5.3.2 Evolução e Prescrição de Enfermagem .....	41
<b>5.4 Testagem do instrumento e do manual de orientação</b> .....	<b>44</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>47</b>



<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>49</b>
<b>APÊNDICE A – Agenda do grupo focal.....</b>	<b>53</b>
<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>54</b>
<b>APÊNDICE C – Questionário para caracterização dos participantes do grupo focal ....</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICE D – Manual de orientações para preenchimento do instrumento .....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXO I – Termo de Compromisso para Utilização de Dados .....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXO II - Formulário de Auditoria dos Registros de Enfermagem.....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXO III – Carta de aprovação da COMPEAQ EEUFRGS.....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXO IV – Carta de aprovação do GPPG/HCPA.....</b>	<b>68</b>
<b>ANEXO V - Critérios de qualidade sugeridos pelo “Grupo Auditor” .....</b>	<b>69</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Processo de Enfermagem (PE) indica um trabalho profissional específico e pressupõe uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas para sua realização, ou seja, indica a adoção de um determinado método ou modo de fazer, fundamentado em um sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da área (GARCIA; NÓBREGA, 2009). Para o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

A SAE está legalmente amparada conforme Resolução 358/2009 do COFEN como uma atividade privativa do enfermeiro, a qual o incumbe sobre 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).

Considera-se que a SAE, além de orientar a prática de enfermagem, impulsiona os enfermeiros a analisarem constantemente o que estão fazendo e a estudarem como poderiam fazê-lo melhor (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Desse modo, a utilização do PE traz muitos benefícios tais como: redução da incidência e tempo das internações hospitalares à medida que agiliza o diagnóstico e o tratamento de problemas de saúde, cria um plano de eficácia de custos, melhora a comunicação entre equipe, prevenindo erros e repetições desnecessárias, elabora cuidados ao indivíduo e não apenas para a doença (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

O Processo de Enfermagem possui cinco etapas distintas, quais sejam: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009). Entretanto, 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). Portanto, quando esse

registro é escasso ou inadequado, compromete a assistência prestada ao paciente assim como a instituição e a equipe de enfermagem (SETZ; D'INNOCENZO, 2009).

O registro no prontuário do paciente da assistência a ele prestada abrange diversos aspectos, respaldando ética e legalmente o profissional responsável pelo cuidado, assim como o paciente (SETZ; D'INNOCENZO, 2009), sendo o registro uma obrigação legal definida e normatizada pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN, 2010).

Na prática clínica, as anotações de enfermagem contribuem para a comunicação das informações acerca do paciente; além disso, possibilita o ensino, pesquisa, realização de auditorias e verificação de aspectos legais (REPPETTO; SOUZA, 2005).

Neste contexto, a avaliação do registro das etapas da SAE tem sua importância como facilitadora da valorização da assistência de enfermagem a ser estabelecida para o cuidado ao paciente (REPPETTO; SOUZA, 2005), tendo potencial de melhoria nas respostas às intervenções de enfermagem (JEFFERIES; JOHNSON; GRIFFITHS, 2010).

Assim, a qualidade do registro das ações assistenciais reflete a qualidade da assistência e a produtividade do trabalho; e, com base nesses registros, pode-se permanentemente construir melhores práticas assistenciais, além de implementar ações que visem melhorias nos resultados operacionais (FONSECA et al., 2005).

Diante do exposto, o controle de qualidade envolve o estabelecimento de padrões baseados em um modelo de cuidado que deve ser utilizado como instrumento de medida, necessitando ser passível de mensuração atingível e que sirva como guia aos profissionais (MARQUIS; HUSTON, 2005).

Durante duas gestões, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) foram realizadas auditorias para avaliar a qualidade dos registros de enfermagem, sendo executadas por enfermeiros por meio da utilização de um instrumento elaborado para este fim. Entretanto, com a implantação do PE informatizado, esse instrumento passou a não mais contemplar os quesitos necessários para uma avaliação criteriosa dos registros de enfermagem; desse modo, no ano de 2000, essa atividade foi extinta. Assim sendo, a avaliação dos registros de enfermagem é de suma importância para a Instituição, pois além de atender a Resolução 358/2009 do COFEn (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009), que estabelece a liderança do enfermeiro na execução e avaliação do PE, estes registros poderão ser utilizados como referência para outros hospitais públicos federais ligados ao Ministério da Educação e Cultura (MEC) através do projeto Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários

(AGHU)<sup>1</sup>. Enfatiza-se que as diretrizes para o Processo de Enfermagem do HCPA são de responsabilidade da Comissão do Processo de Enfermagem (COPE)<sup>2</sup>, que necessita de um instrumento apropriado para tal avaliação e promover melhorias na documentação da assistência de Enfermagem.

A informatização do PE no HCPA, desde 1978, tem possibilitado qualificar de forma original e dinâmica o cuidado de enfermagem. Nesta conjuntura, ao prestar um cuidado de qualidade, valendo-se de uma sistematização informatizada, o HCPA tem adquirido reconhecimento internacional.

Entretanto, como estagiária da COPE, percebo a importância de se avaliar a qualidade dos registros de enfermagem (RE) neste hospital. No entanto, não foi encontrado na literatura, um instrumento validado que pudesse ser utilizado para esta avaliação, visto as características peculiares do PE informatizado utilizado nesta instituição. Assim, pressuponho que a construção de 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 dos documentos Anamnese/Exame Físico, Diagnóstico de Enfermagem, Prescrição de Enfermagem e Evolução de Enfermagem. O resultado desta avaliação fornecerá subsídios para uma educação permanente dos enfermeiros, a fim de estabelecer uma assistência ainda mais comprometida com o paciente/família, além de contribuir para a melhoria da documentação, valorizando o conhecimento produzido.

---

<sup>1</sup> O MEC indicou como linha de ação a criação de um modelo de gestão para a rede de hospitais universitários federais e de um sistema de informação com base no HCPA (Hospital de Clínicas de Porto Alegre), escolhido como hospital modelo desde 1998.

<sup>2</sup> Comissão responsável pelo gerenciamento do PE no HCPA e também pela capacitação dos enfermeiros no uso dessa metodologia de trabalho.

## **2 OBJETIVO**

O objetivo desta pesquisa é construir um instrumento para avaliação da qualidade de registros informatizados de enfermagem.

### 3 CONTEXTO TEÓRICO

Para atender os objetivos dessa pesquisa, serão abordados aspectos levados em consideração na avaliação da qualidade de registros em prontuários de pacientes, especialmente aqueles efetuados por enfermeiros. Neste contexto, são utilizados instrumentos para monitorar a qualidade dos serviços prestados, visando a eficiência, eficácia e a confiabilidade dos processos de trabalho.

A avaliação da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente constitui uma preocupação dos enfermeiros, que vem aprimorando métodos para sua mensuração (D'INNOCENZO, ADAMI; 2004). O gerenciamento dessa qualidade é feito através de quatro fases distintas: estabelecimento de padrões de desempenho, mensuração do desempenho a ser controlado, comparação do desempenho atual com o padrão e tomada de ação corretiva para ajustar o desempenho atual ao padrão desejado (SETZ; D'INNOCENZO *apud* CHIAVENATO, 2009).

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). Existe também a hipótese de verificar se as normas institucionais e/ou legais estão sendo seguidas, de levantar fatos ou evidências objetivas que permitam avaliar o estado de conformidade e adequação do sistema da qualidade da informação escrita com procedimentos, instruções, códigos e normas estabelecidas e outros requisitos contratuais, assim como de monitorar a efetividade da implementação dessas informações (LUZ; MARTINS; DYNEWICZ, 2007).

Para colocar em prática esse processo, 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 (FONSECA et al., 2005).

Dessa forma, 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). Informações subjetivas fornecidas pelo cliente, seus familiares ou outros membros da equipe da saúde devem ser considerados nos registros (JEFFERIES; JOHNSON; GRIFFITHS, 2010).

Outros fatores também são importantes na avaliação dos registros de enfermagem, tais como a documentação estar centrada no paciente, pois as percepções do próprio paciente e sua resposta ao cuidado deve ser a base do conteúdo dessa documentação, assim como refletir o julgamento clínico do enfermeiro (JEFFERIES; JOHNSON; GRIFFITHS, 2010), evitando termos vagos, como “bom”, “regular”, “comum”, “normal” e considerando que generalizações tornam-se abertas a múltiplas interpretações (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993).

Foi considerada a importância de se avaliar o registro sobre suporte educacional e psicossocial prestado ao cliente (JEFFERIES; JOHNSON; GRIFFITHS, 2010), assim como a identificação e uso de suas respostas emocionais e/ou espirituais, manifestados em situação de medo, frustração, ansiedade, dentre outros; entretanto, é salientado que essas informações devem ser acompanhadas de dados observáveis, sempre que possível, a fim de auxiliarem no direcionamento das intervenções de enfermagem (OCHOA-VIGO; PACE; SANTOS, 2003).

Além disso, as etapas do PE devem estar apresentadas de forma lógica e sequencial, seguindo as etapas: histórico, diagnóstico, prescrição, implementação e avaliação da assistência de enfermagem (JEFFERIES; JOHNSON; GRIFFITHS, 2010).

A finalidade dos diagnósticos de enfermagem é estabelecer um elo entre as respostas humanas, os objetivos desejados para a assistência de enfermagem e as intervenções necessárias para alcançá-los (MATOS; CRUZ, 2009). Neste contexto, encontrou-se um instrumento validado que avalia especificamente a fase do diagnóstico de enfermagem, denominado Escala de Acurácia de Diagnóstico de Enfermagem – EADE, cuja avaliação da acurácia diagnóstica se dá por meio de dados escritos e conta com quatro itens pontuáveis: presença, relevância, especificidade e coerência das pistas (MATOS; CRUZ, 2009). Em outro momento, foram estimadas as concordâncias entre os avaliadores na aplicação da EADE e calculadas as diferenças de facilidades e dificuldades antes e depois do treinamento; assim, sugestões de refinamento da EADE foram analisadas pelas autoras da escala e incorporadas à mesma quando pertinentes, o que resultou na EADE – Versão 2 (MATOS et al., 2010). A categoria de acurácia da EADE-Versão 2 é determinada por uma pontuação e definida como: alta, moderada, baixa ou nula. (MATOS et al., 2010).

Em outro estudo, os critérios para avaliação referiram-se à legibilidade, clareza e completude dos mesmos, sendo utilizado os seguintes critérios de pontuação: ótimo (4

pontos), quando contemplou de 90 a 100% dos critérios de avaliação; bom (3 pontos), quando contemplou de 70 a 89%; regular (2 pontos), quando contemplou de 50 a 69%; ruim (1 ponto), quando contemplou igual ou menos que 49%, ausente (0 pontos), quando estava implantado mas não havia sido feito; item *Não implantado* foi utilizado quando o item avaliado não tinha sido implantado na unidade até o momento da avaliação do prontuário; assim como o termo *Não se aplica* foi utilizado apenas quando o item avaliado não era pertinente ao prontuário em questão (SETZ; D'INNOCENZO, 2009). Na análise qualitativa do prontuário, o critério estabelecido foi *Ótimo*: quando todas as prescrições estavam checadas de modo completo; assinaturas e carimbos em todas as anotações e evoluções de enfermagem; anotações completas (durante internação, alta ou óbito), inteligíveis e seguindo as orientações do protocolo; presença da SAE completa e preenchida segundo orientações. *Bom*, quando a maior parte dos critérios tinham sido executados; *Regular*, quando atendia parcialmente os quesitos avaliados e *Ruim*, quando a maior parte da documentação estava inadequada. (SETZ; D'INNOCENZO, 2009).

Foi encontrado, na literatura, um instrumento desenvolvido para mensurar a qualidade da coerência entre diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, denominado *Quality of Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes (Q-DIO)* (MÜLLER-STAUB et al., 2008). Esse instrumento mensura a qualidade de registros com ou sem a utilização de linguagem padronizada, podendo ser aplicada em prontuários eletrônicos ou manuais (LINCH; MÜLLER-STAUB; RABELO, 2010). A fim de mensurar a qualidade dos documentos, utilizou-se 29 itens em escalas Likert de 3 e 5 pontos; esse instrumento é um critério de medida contendo quatro conceitos: diagnóstico de enfermagem como processo (itens 1 a 11); diagnóstico de enfermagem como produto (itens 12 a 19); intervenções de enfermagem (itens 20-22) e percepção do enfermeiro aos resultados do paciente (itens 23-29) (MÜLLER-STAUB et al., 2008). Com o advento da documentação eletrônica, é cada vez maior a necessidade de avaliações e de referenciais sobre o assunto, assim, os itens do Q-DIO poderá servir como guia para a prática a fim de assegurar a qualidade dos registros de enfermagem (MÜLLER-STAUB et al., 2008).

Somado-se a isso, foi considerado importante avaliar gramaticalmente o registro, a legibilidade do texto e a existência de rasuras nos documentos; presença de abreviações e termos como gírias foram igualmente analisados. (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993). Segundo a Joint Commission International (JCI), a instituição deve estabelecer códigos padronizados de diagnósticos e procedimentos, símbolos, abreviações e definições e devem



estar de acordo com os padrões locais e nacionais reconhecidos (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008).

O processo de Acreditação hospitalar, pela JCI (2008), tem o intuito de avaliar uma instituição de saúde para determinar se esta obedece a uma série de requisitos (padrões) a fim de aperfeiçoar a qualidade do trabalho. Esse processo foi desenvolvido para criar uma cultura de segurança e qualidade no interior de uma instituição que se desempenha em aperfeiçoar continuamente os métodos de prestação de cuidados ao paciente e os resultados obtidos (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008).

De acordo com a JCI (2008), o cuidado prestado a cada paciente deve ser planejado e anotado no seu prontuário; assim, entre os elementos de mensuração encontra-se o planejamento do enfermeiro, entre outros profissionais, no prazo de 24 horas a partir de sua internação. Um plano de cuidado individualizado e baseado nos dados da avaliação inicial deve ser atualizado ou revisado conforme apropriado, com base na reavaliação do paciente. (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008).

Portanto, é no prontuário do paciente que estão contidas as informações escritas que refletem o atendimento e tratamento prestado durante a internação (SETZ; D'INNOCENZO, 2009). Assim, uma ferramenta destinada para monitorar a qualidade do serviço é o emprego de indicadores, constituindo-se deste modo em uma prática valiosa para avaliação dos serviços de saúde (KURCGANT et.al, 2009). Um dos indicadores de qualidade avaliados pela JCI é a redução do risco de lesões ao paciente, decorrente de quedas, pois estas respondem por uma porção significativa de lesões em pacientes hospitalizados. Assim, a instituição deve avaliar esse risco nos pacientes e agir, implantando medidas, para reduzir o risco de queda e o risco de lesão causado pela queda (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008).

A existência da queixa dolorosa deve ser investigada durante toda a internação; a avaliação da dor inclui a caracterização do local, da intensidade, da frequência, da duração e da qualidade do sintoma, e deve ser registrado em um instrumento desenvolvido pela instituição (SILVA; PIMENTA, 2003).

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).

## **4 MÉTODOS**

A seguir serão descritos os aspectos metodológicos seguidos na busca por respostas aos objetivos propostos neste estudo.

### **4.1 Trajetória Metodológica**

Trata-se de uma pesquisa metodológica, de natureza qualitativa, que se refere às investigações de métodos de obtenção, organização e análise de dados, tratando-se da elaboração e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa (POLIT, 2004).

#### **4.1.1 Características do grupo focal**

Utilizou-se a técnica de grupo focal para busca de dados que utiliza sessões grupais como um dos foros facilitadores para 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 técnica também oportuniza o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo dos participantes (RESSEL et.al, 2008), subsidiando momentos iniciais de projetos, quando ainda se dispõe 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 de 1 hora e 30 minutos a 2 horas, pois ao exceder esse tempo, pode ocorrer 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 grupais, segundo Dall'Agnol e Trench (1999), são abertura da sessão, em que são dadas boas vindas, apresentação dos pesquisadores e informações acerca dos objetivos; apresentação dos participantes entre si; esclarecimento sobre a 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 de 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 de Materiais de Esterilização e Centro Cirúrgico Ambulatorial. Fazem parte do Serviço de Enfermagem Cirúrgica (SEC) as unidades de internação 3ºNorte, 3ºSul, 7ºSul,

8°Norte, 8°Sul, 9°Norte, 9°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, 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 4° S, 5°N, 6° S, 6° N e 7° N. O Serviço de Enfermagem Onco Hematológica (SEOH) é constituído por 3 unidades: Unidade Quimioterapia/ Radioterapia/ Hospital Dia, Unidade de Banco de Sangue e Unidade de Ambiente Protegido (5° Sul/TMO). O Serviço de Enfermagem Pediátrica (SEPED) considera a Unidade de Internação Pediátrica 10° N e 10° S, Unidade de Oncologia Pediátrica, 3° L e Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. O Serviço de Enfermagem Psiquiátrica (SEP) contempla a unidade de internação 4° N, Centros de Atenção Psicossocial para Adultos (CAPS II) e Infância e Adolescência (CAPSi). O Serviço de Enfermagem em Saúde Pública (SESP) é composto por 14 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), Diagnósticos 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 CAPSi, esse sistema de registros ainda não está disponível.

### **4.3 Participantes do Estudo**

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 seis 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 do COPE por um período igual ou superior a seis meses, nos últimos cinco anos e exercer atividade assistencial, por um

período superior a um ano, em unidades cujos registros de enfermagem encontram-se informatizados. Como critério de exclusão foi definido: enfermeiros que estivessem em período probatório.

#### **4.4 Coleta e Análise das Informações**

A coleta das informações ocorreu entre os meses de outubro e novembro de 2010.

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, bolsista de iniciação científica. 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, pelo interesse e envolvimento dos participantes, dois encontros foram adicionados à programação. As datas e horários foram definidos previamente de acordo com a disponibilidade das enfermeiras. As cinco sessões tiveram duração de 1 hora e 30 minutos e foram realizados na própria instituição e foram utilizadas as salas 735 e 547 pela facilidade de agendamento e por serem locais mais reservados, facilitando a discussão.

Uma agenda contendo as atividades realizadas em cada sessão (APÊNCICE A) 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 cinco participantes e na última, quatro. Nas demais, estavam todas presentes. A orientadora esteve presente a partir da terceira sessão grupal. Em todas as 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 realizam Ação Diferenciada (AD) no COPE e algumas que

fizeram parte do “Grupo Auditor”<sup>3</sup> do HCPA, quando os registros não eram informatizados, para participarem da pesquisa. Neste encontro, foi apresentada a pesquisadora e os objetivos do estudo. Foi fornecido às enfermeiras um referencial teórico sobre critérios de qualidade em registros de enfermagem. Estabeleceu-se uma agenda com as datas e horários dos encontros.

Na primeira sessão, foi apresentada a moderadora e a observadora. Como as participantes já se conheciam, por participar ou terem participado do COPE, e pelo tempo ser muito restrito e valioso, julgou-se desnecessário a realização de uma dinâmica em 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 B) e o Termo de Compromisso para Utilização de Dados (ANEXO I) pelas enfermeiras. Também foi entregue um questionário (APÊNDICE C) a cada um das participantes contendo 10 questões a fim de caracterizar os indivíduos do grupo. A moderadora entregou aos participantes o instrumento de avaliação da qualidade dos registros de enfermagem (ANEXO II) que era utilizado no HCPA quando os registros de enfermagem não eram informatizados. A partir desse instrumento, deu-se a construção de uma nova ferramenta de avaliação, adequada ao PE informatizado.

No segundo encontro, a moderadora distribuiu o instrumento previamente modificado e o manual que era utilizado pelo antigo “Grupo Auditor” a fim de orientar o preenchimento do instrumento. Iniciaram-se, assim, as definições dos critérios de qualidade para o registro Anamnese/Exame Físico a partir dos materiais entregues. Também foi apresentado por uma das integrantes, um instrumento já validado para avaliar a acurácia dos diagnósticos de enfermagem, denominada Escala de Acurácia de Diagnóstico de Enfermagem, EADE – Versão 2 (MATOS et al., 2010).

No terceiro encontro, a discussão sobre o documento Anamnese/Exame Físico foi concluída. Iniciou-se a discussão dos critérios de avaliação para os registros inclusos na Evolução de Enfermagem. Nessa sessão foi combinado mais um encontro, no dia seguinte, para a finalização do instrumento.

No quarto encontro, foram levantados os critérios para avaliação dos documentos Evolução e Prescrição de Enfermagem; assim, foi concluída a construção do instrumento e do manual a fim de avaliar a qualidade dos registros de enfermagem. Foi proposto, pela moderadora, e aceito pelos membros do grupo, uma testagem desse instrumento.

---

<sup>3</sup> Denominou-se “Grupo Auditor” as enfermeiras do HCPA que realizavam auditoria dos registros de enfermagem elaborados manualmente em prontuário do paciente, até o ano de 2000.

Assim que o instrumento foi alterado pela pesquisadora, conforme orientação dos participantes, foram escolhidos, de forma aleatória, dois prontuários, sendo um deles pertencente a uma unidade de internação adulto e outro a uma unidade de internação pediátrica. Os prontuários escolhidos estavam entre aqueles cujos pacientes estavam com previsão de alta no mesmo dia da seleção e que permaneceram mais de uma semana internados no HCPA. Foram entregues, em mãos, os instrumentos e o manual de orientação, juntamente com os dois números de prontuários para cada enfermeira. As participantes avaliaram os mesmos prontuários. Um último encontro foi agendado para discussão dos instrumentos testados, revisão do manual de orientações e fechamento do grupo focal. Essa testagem foi realizada por cada membro do grupo focal, individualmente.

Na quinta sessão foi realizada a discussão e comparação dos instrumentos preenchidos. Ao final da sessão, foi realizada uma avaliação das integrantes quanto à técnica de grupo focal e suas possibilidades.

#### **4.5 Análise das informações**

As respostas do questionário para caracterização das participantes do grupo focal foram analisadas de forma descritiva. Todos os critérios utilizados na construção do instrumento para avaliar a qualidade dos registros de enfermagem foram estabelecidos pelos participantes do grupo focal. Coube à pesquisadora apenas a coordenação do grupo e a síntese das idéias produzidas pelas participantes.

Cada participante foi identificada por meio de um número, a fim de garantir o seu anonimato, de acordo com os aspectos éticos da resolução 196/1996. Sendo assim, as falas transcritas foram reconhecidas como P1, P2, P3, P4, P5 e P6, seguido do número correspondente à sessão do grupo focal: S1, S2, S3, S4 e S5.

#### **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 III), e ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (GPPG), igualmente aprovado sob o protocolo de número 10-0344 (ANEXO IV). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) foi assinado pelo pesquisador e pelos participantes da pesquisa, assim como o Termo de Compromisso para Utilização de Dados (ANEXO I).

A coleta das 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 seis enfermeiras que aceitaram participar da pesquisa. Foi assegurada a confidencialidade das informações obtidas, evitando possíveis prejuízos aos participantes e garantindo o anonimato dos mesmos. As gravações das sessões de grupo focal serão guardadas por cinco anos e após serão destruídas conforme recomendação da Resolução supramencionada.



## **5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Este capítulo contém quatro subitens, quais sejam: Caracterização dos participantes do grupo focal; Construção do instrumento para avaliação da qualidade dos registros de enfermagem; Construção do manual de orientação para o preenchimento do instrumento; Testagem do instrumento e do manual de orientação.

### **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 apresentadas a seguir.

O grupo focal foi composto por seis participantes do sexo feminino. Todas enfermeiras do HCPA. A média de idade entre elas é 36 anos. Cinco das participantes foram graduadas na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS), enquanto apenas uma delas teve sua formação de graduação na Universidade Luterana Brasileira (ULBRA). Três enfermeiras são graduadas há 10 anos ou menos e trabalham, pelo menos, há dois anos na instituição, enquanto três delas têm mais de 17 anos de graduação, e trabalham pelo menos há 15 anos no HCPA. As integrantes do grupo focal pertencem a três serviços de enfermagem distintos. Três delas fizeram parte do “Grupo Auditor” que realizavam a avaliação da qualidade dos registros de enfermagem quando os prontuários não eram informatizados. 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.

Todas as integrantes têm curso de pós-graduação: uma das enfermeiras tem título de Mestre, três realizaram Especialização e duas delas, Mestrado e Especialização.

Todas as participantes têm uma experiência considerável com o Processo de Enfermagem (PE); participam ou participaram ativamente do COPE há pelo menos um ano. Todas utilizam diariamente o PE na assistência; três delas utilizam no ensino, realizando treinamentos e acompanhamentos de alunos 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 enfermeiras tiveram participação importante na implementação e revisão de diagnósticos de enfermagem, de prescrições e melhorias na SAE informatizada.

Na opinião das enfermeiras, foi unânime 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, é fundamental para levantar os “pontos falhos” e assim, dirigir as capacitações às necessidades dos enfermeiros, incentivando a melhora dos registros.

## **5.2 Construção do instrumento para avaliação da qualidade dos registros informatizados de enfermagem**

A construção do instrumento para avaliação da qualidade dos registros de enfermagem ocorreu em cinco sessões de grupo focal. Utilizou-se como apoio um instrumento já existente para avaliação dos registros de enfermagem da instituição quando estes não eram informatizados (ANEXO II). 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 informatizado dos participantes do grupo focal, além do relatório sobre o processo de Acreditação hospitalar do HCPA.

Alguns questionamentos a respeito de como se daria a avaliação foram evidenciadas segundo os seguintes trechos:

*Estamos fazendo o instrumento pela Acreditação ou olhando pra trás, o que já existe? (P1; S1)*

*Acho que estamos olhando pra trás, mas complementando pela Acreditação. (P2; S1)*

Dessa forma, foi estabelecido pelo grupo que seria avaliado os documentos já existentes, mas com um olhar mais crítico quanto aos critérios de qualidade da JCI.

A construção do instrumento foi descrita nas seguintes fases:

### 5.2.1 Dados de identificação do instrumento

A primeira alteração realizada do antigo para o novo instrumento foi quanto à nomenclatura utilizada nos dados de identificação desse instrumento. O formulário anterior utilizava os termos referentes à “auditoria”, sendo alterados para terminologias relativas à “avaliação”. As falas a seguir, explicam a alteração:

*Acho que a primeira coisa que podíamos fazer é revisar o termo auditoria, já que não é mais adequado sua utilização sem que o profissional tenha pós-graduação. (P1; S1)*

*Acho que temos que trocar para: instrumento de avaliação dos registros. (P3; S1)*

A mudança do termo *auditoria* para *avaliação* foi uma decisão baseada no consenso do grupo, e não fundamentada em uma referência legislativa, visto que não há nenhuma legislação infralegal (decreto, portaria, resolução...) de nível nacional estabelecendo os critérios para o exercício dessa função. Entretanto a RESOLUÇÃO-COFEN N° 266/2001, inciso II, alínea “i” dispõe que “o Enfermeiro Auditor deverá estar regularmente inscrito no COREN da jurisdição onde presta serviço, bem como ter seu título registrado (...)” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009), sugerindo o pagamento de uma taxa para regulamentação desses profissionais ao COREN.

A inclusão dos dados *Data da internação do HCPA*, *Data de internação na unidade avaliada* e *Data da alta*, foi estabelecida a fim de obter maior clareza a respeito do fluxo do paciente dentro da instituição. Dessa forma, haveria a possibilidade de se avaliar os prontuários com uma maior percepção em relação aos documentos a serem avaliados, como segue a discussão abaixo:

*E se o paciente vier de outra unidade? Nós só vamos avaliar a partir da admissão da unidade que está sendo avaliada. (P3, S1)*

*Tem que ter um registro anterior mostrando que a internação daquele paciente foi naquele andar ou se ele vem de outro andar. (P1, S1)*

*E se nós colocássemos aqui (nos dados de identificação do instrumento) data de chegada no hospital e data de internação na unidade avaliada. (P4; S1)*

Neste sentido, os dados de identificação do instrumento determina o início de todas as questões a serem avaliadas. Assim, como em um instrumentos construído (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 utilizado nos registros manuais, alterações foram imprescindíveis na reestruturação de um novo instrumento, adequado à realidade da instituição.

A primeira mudança foi a exclusão de alguns critérios de qualidade cuja avaliação não seria mais necessária, partindo do princípio que o novo instrumento avaliaria registros informatizados. Os critérios excluídos foram: *identificação do profissional*, *data* e *legível*. Todos esses critérios perdem sua função na medida em que o sistema informatizado traz automaticamente a identificação do profissional e a data do registro. Quanto à legibilidade, os documentos devem ser digitados e armazenados nesse sistema, não havendo necessidade de avaliação. Facilitando o processo de trabalho, a informatização tornou-se um dos elementos essenciais para ação com qualidade, na medida em que os sistemas computacionais estão cada vez mais desenvolvidos para sustentar os registros em saúde (MARIN, 2009).

Outras exclusões remeteram-se aos documentos a serem avaliados, quais sejam: *Lista de Problemas*, registros não mais utilizados na medida em que foram implementados os Diagnósticos de Enfermagem; *Controles Intensivos* e *Ficha Pré-Operatória*, que, no momento, não são informatizados e, portanto, não foi submetido à avaliação; *Nota de*

*Transferência, Nota de Alta e Nota de Óbito* não foram avaliados como documentos separados, mas sim incluídos nos critérios de qualidade no documento *Evolução de Enfermagem*. Pretende-se que esses registros sejam informatizados de forma individualizada; entretanto, como esses documentos não fazem parte da etapa do PE informatizado, decidiu-se que serão avaliadas na forma como são realizadas hoje: consideradas como *evoluções de transferência, de alta e de óbito*, incluídas no documento referente à *Evolução de Enfermagem*.

Segundo a JCI (2008), o fluxo do paciente dentro da instituição, desde a admissão até sua alta, envolve muitos profissionais; entretanto, é direito do paciente ter suas necessidades atendidas ao longo de todas as fases desse cuidado. Dessa forma, de acordo com a mesma organização, fazer um registro da evolução de transferência do paciente é um dos critérios adotados para auxiliar na continuidade do cuidado (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008), na medida em que o estado do paciente é comunicado ao próximo profissional responsável por essa tarefa.

Outro aspecto discutido refere-se às informações no momento da alta hospitalar do paciente, conforme as falas transcritas a seguir:

*Vai ter, na instituição, uma nota de alta do paciente; vai ter o sumário de alta médica, da enfermagem, da nutricionista; vai ser um documento único e isso vai ser dado para o paciente. (P2, S1)*

*Precisamos avaliar o que foi preconizado até hoje, o que for acontecer amanhã, vai ter que adaptar de novo para o amanhã. ( P1, S1)*

Quanto ao registro de alta, os padrões de qualidade da JCI definem que os pacientes, quando necessário, devem receber instruções compreensíveis sobre o seu acompanhamento no momento da alta hospitalar, por meio do recebimento de um sumário de alta e realizado por um indivíduo capacitado (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008). No HCPA, um Sumário de Alta, futuramente, será dado ao paciente incluindo os registros dos cuidados de enfermagem. Enquanto isso não for institucionalizado, a avaliação se restringirá aos critérios mínimos exigidos, ou seja, relativo à presença da evolução de alta e não ao seu conteúdo.

Dessa forma, os documentos mantidos na construção do instrumento de avaliação dos registros foram: *Anamnese/Exame Físico, Evolução e Prescrição de Enfermagem*. Foi incluído o item *Diagnóstico de Enfermagem (DE)*, que não existia no formulário

anteriormente utilizado, em substituição à *Lista de Problemas*. As falas a seguir ilustram o exposto:

*Os registros que existem são: Anamnese/Exame Físico, Diagnóstico de Enfermagem, Prescrição e Evoluções. Já tem registro suficiente para avaliação. (P5, S1)*

*[...] podemos reduzir os itens e avaliar quanti e quali e, com quatro itens, nós conseguimos aprofundar. (P1, S1)*

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

De modo a contemplar as novas exigências do PE informatizado, incluiu-se ou modificou-se alguns critérios de qualidade na avaliação dos documentos Anamnese/Exame Físico, Evolução e Prescrição de Enfermagem. Os quatro critérios de qualidade para avaliação destes documentos são: *Realizado*, *Preenchimento*, *Avaliação dos Indicadores Assistenciais (Dor, Pele e Quedas)* e *Sobre a qualidade do documento*.

O critério *Realizado* refere-se à presença do documento durante o tempo de internação na unidade avaliada e é considerado *Sim*, quando estiver presente, *Não se Aplica* (somente para o documento Anamnese/Exame Físico e quando o registro for realizado anteriormente, em outra unidade que não a avaliada) e *Não*, quando não existir nenhum registro de enfermagem no documento. Em Anamnese/Exame Físico também será considerado quando esta foi realizada: nas primeiras 24h, entre 24 e 48h ou após 48h, relativo à internação do paciente na unidade avaliada.

Alguns trechos da primeira sessão de grupo focal retratam estas questões:

*A Anamnese tem que ser realizada nas primeiras 24h de internação. (P2; S1)*

*Se ele vem de outra unidade, essa unidade não vai ter Anamnese. (P3, S1)*

*[...] a Anamnese/Exame Físico não se aplica em determinadas unidades. (P1; S1)*

Para avaliar o critério *Preenchimento* foi utilizado 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 graduação dessa escala foi baseada nos instrumentos de avaliação dos indicadores da Nursing Outcomes Classification (MOORHEAD; JOHNSON; MAAS; SWANSON, 2008), nos quais os percentuais de frequência foram considerados como graduação. Entretanto, o grupo optou por uma escala em ordem decrescente, para que a qualidade fosse privilegiada no instrumento construído. Os critérios de avaliação encontram-se descritos no manual de preenchimento do instrumento (APÊNDICE D).

Portanto, tanto o critério *Realizado* quanto o *Preenchimento*, refletem a fase quantitativa da avaliação. O grupo julgou importante a avaliação desses critérios, como ilustra a fala seguinte:

*Nós temos que criar quais serão os critérios de qualidade. Preenchimento é um [...] tem uma série de coisas que nesse conjunto vai gerar um registro de qualidade. Acho que não tem como se abrir mão de algumas coisas, só que nós temos que incluir vários critérios. A quantidade de preenchimento também é um critério. (P5; S1)*

Verificou-se em estudo (SETZ; D'INNOCENZO, 2009) que de todos os prontuários avaliados em um hospital universitário, as anotações de enfermagem estavam presentes em 99,5% deles; entretanto, destas, apenas 2,4% eram completas. Dessa forma, um registro escasso compromete a assistência prestada ao paciente, assim como a instituição e a equipe de enfermagem.

Por meio de uma escala graduada, o grupo considerou a possibilidade de obter resultados da avaliação da frequência da realização dos documentos de uma forma menos determinista e mais educativa, como no relato abaixo:

*Quanto mais rico ficar aqui (no instrumento), mais claro fica onde a gente tem que atacar. Eu acho que a função de uma avaliação não é simplesmente mostrar só que está ruim, e sim dizer é feito, mas muito pouco. Se eu coloco que 50% pra baixo é “porcaria”, eu estou dizendo que não é feito. Dentro de uma idéia de fazer algo educativo, o resultado é que vai me proporcionar planejar melhor. (P1; S1)*

Implementar 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), será uma possibilidade de soluções para os problemas apresentados na avaliação nos registros de enfermagem.

Outro critério de qualidade definido pelo grupo foi *Avaliação dos indicadores assistenciais*. A JCI define indicador como uma medida utilizada para determinar, através do tempo, o desempenho de funções, processos e resultados de uma instituição (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008). Foi instituído, no HCPA, o uso de alguns indicadores assistenciais cuja 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. 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). Neste contexto, a *Avaliação dos Indicadores Assistenciais*, foi subdividido na avaliação da *Dor, Pele e Quedas* quanto à presença ou não nos registros avaliados.

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

Um espaço para observações foi reservado 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 foi incluída a Escala EADE – versão 2 (MATOS et al., 2010), por trata-se de um instrumento



capaz de avaliar a acurácia diagnóstica a partir de dados escritos. Essa escala é relatada por uma das participantes do grupo focal:

*Estou entregando um artigo que é resultante da dissertação da Fabiana. Foi estudado [...] a Escala da Lunney, que era ordinal de 7 níveis que ia de -2 até +5. Foi pouco utilizada, tem poucos estudos, mas a Professora Diná, da USP tentou validar pro Brasil. [...] pensaram em construir um instrumento que pudesse ser utilizado na nossa realidade e que pro nosso entendimento fosse coerente. Esse artigo traz a EADE, que é a escala de acurácia diagnóstica [...].(P6, S2)*

Segundo Matos e Cruz (2009) a acurácia de um diagnóstico de enfermagem é uma propriedade contínua, ou seja, não se trata de uma variável dicotômica (*tudo ou nada*); assim, um diagnóstico pode ser mais ou menos acurado. De acordo com as mesmas autoras, a acurácia das interpretações das respostas humanas fundamentam a seleção das intervenções, essenciais para a obtenção de resultados desejáveis (MATOS; CRUZ, 2009).

A EADE (Escala de Acurácia de Diagnóstico de Enfermagem) – Versão 2 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). Esse instrumento conta com cinco itens, quatro deles são pontuáveis e, para responder cada item, é preciso considerar cada diagnóstico estabelecido frente aos dados descritos (MATOS et al., 2010). O quinto item refere-se à pergunta: “Você manteria esse DE?” (MATOS et al., 2010). A acurácia do diagnóstico corresponde ao grau de Relevância, Especificidade e Coerência das pistas existentes para cada diagnóstico e é categorizada como Nula, Baixa, Moderada ou Alta (MATOS et al., 2010).

Dispor um instrumento capaz de julgar a acurácia diagnóstica auxiliará 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).

Neste momento, não será avaliado a utilização de códigos padronizados de diagnósticos e procedimentos, símbolos, abreviações e definições, como estabelece a JCI (2008); isso porque a instituição não prevê nenhum tipo de padronização quanto essas nomenclaturas, embora esteja sendo estudada a elaboração de um dicionário institucional

contendo essas informações, visando a Acreditação hospitalar. Algumas falas reproduzem a discussão em grupo:

*Deveríamos colocar aqui sobre a presença de abreviaturas. (P5; S1)*

*Mas a instituição não orienta uso de siglas. (P3; S1)*

*Se eu não tenho as nomenclaturas usuais como corretas ou como erradas - porque não tem nenhum prontuário que não tenha nenhum tipo de siglas, tanto pela enfermagem quanto pela medicina -, como nós vamos avaliar isso, com que critérios? Se não existe uma listinha básica no hospital (de siglas) não é o momento de fazer isso agora. (P1; S1)*

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



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: ...../...../.....

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

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

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	Sim	Não		
	Sim 1	Alta/Moderada 1	Alta/Moderada 3,5	Alta/Moderada 8	S	N						
	Não 0	Baixa 0	Baixa 0	Baixa 0								

\*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

### 5.3 Construção do manual de orientação para o preenchimento do instrumento

Concomitante a elaboração do instrumento, foram sugeridos critérios para o preenchimento deste e para a emissão de conceitos quanto à qualidade dos documentos revisados pelos avaliadores. Para tanto, o manual de orientações utilizado pelo “Grupo Auditor” (ANEXO V), serviu de guia para o desenvolvimento de um novo manual adequado ao PE informatizado, cuja versão final encontra-se no Apêndice D.

#### 5.3.1 Anamnese/Exame Físico

Iniciou-se com a adequação dos critérios para a avaliação do documento Anamnese/Exame Físico.

Segundo os padrões da JCI (2008), um processo eficaz de avaliação do paciente conta com uma coleta de informações sobre as condições físicas, psicológicas e sociais do paciente e seu histórico de saúde; conta com uma análise dos dados e informações, para identificar as necessidades de cuidado do paciente e com o desenvolvimento de um plano de cuidado que atenda as necessidades identificadas por ele. Por essa razão, o documento Anamnese/Exame Físico deve ser preenchido de modo a contemplar todos esses quesitos de qualidade.

Nesse documento, para o critério *Realizado*, foi definido que será avaliada a existência ou não do documento e o momento de sua realização. Preconiza-se que esse registro deve ser feito nas primeiras 24h, a partir da internação do paciente; prática respaldada pelo Padrão AOP<sup>4</sup>.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).

Ainda nesse critério foi decidido que será utilizado *NSA* (Não se Aplica) quando fosse realizada em um período anterior à internação na unidade, visto que a avaliação se restringirá ao tempo de internação do paciente apenas no setor avaliado. Outra consideração feita foi que

---

<sup>4</sup> AOP refere-se ao capítulo Avaliação dos Pacientes do manual Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais

na Emergência poderia ser considerado o critério NSA, na medida em que, nessa área, não é disponível esse documento. Entretanto, esse critério foi questionado por uma das participantes, enfermeira da Emergência:

*Nós não fazemos a Anamnese/Exame Físico estruturada, mas nós evoluímos, prescrevemos e acho que esse instrumento pode ser aplicado na Emergência. (P4; S3)*

Por essa razão, entrou-se em consenso que, na Emergência, será considerada a primeira evolução, referente à admissão do paciente.

Quanto ao critério *Preenchimento* corresponderá ao percentual de preenchimento realizado. Para essa avaliação quantitativa, serão considerados os 15 campos referentes ao documento disposto no sistema informatizado do HCPA: *Identificação, História* e as 13 Necessidades Humanas Básicas (NHB) *Reprodução e sexualidade, Regulação neurológica, Percepção dos órgãos e sentidos, Oxigenação, Regulação térmica e vascular, Alimentação e hidratação, Eliminação, Integridade cutâneo-mucosa, Cuidado corporal, atividade física e segurança, Sono, repouso e conforto, Necessidades psicossociais, Necessidades psicoespirituais e Educação para a saúde.*

Em uma pesquisa realizada em um hospital universitário do Paraná, foram avaliadas as anotações de enfermagem e evidenciou-se que a necessidade psicobiológica é a mais anotada pela equipe de enfermagem seguida da necessidade da área psicossocial, enquanto a área psicoespiritual não foi abordada em nenhuma das anotações analisadas (CARVALHO; NOGUEIRA, 2006).

Em *Identificação*, necessariamente, todos os seguintes itens devem estar preenchidos: *escolaridade, telefone, religião, acompanhante e procedência.* Em *História*, somente será considerado se o campo *Motivo da internação* estiver preenchido. Todas as 13 NHB devem ter sido avaliadas, na medida em que seu conjunto retrata o estado de saúde/doença do paciente, como exemplifica uma das enfermeiras:

*Se são pouco exploradas (NHB) e realmente o paciente não tem nada, não vamos inventar coisas pra explorar, mas aqueles campos pouco explorados vão refletir numa prescrição bem feita. (P2, S3)*

Para avaliação desse critério quantitativo foi estipulada um escala Likert de 5 pontos, estabelecendo percentagens de acordo com uma pontuação, em que 5 corresponde a 75% ou mais do preenchimento dos 15 campos da Anamnese/Exame Físico. Assim, quando contemplar, pelo menos, 12 campos, receberá pontuação 5; receberá um pontuação 4, se o preenchimento equivaler de 74 a 50% , ou seja contemplar 11, 10, 9 ou 8 dos 15 campos; pontuação 3 entre 74 a 50%, quando preencher 7, 6 ou 5 campos; pontuação 2, abaixo de 25%, ou seja, preenchimento de 4, 3, 2 ou 1 campos; e receberá 1 ponto quando o documento não for realizado ou apenas for preenchido, de forma incompleta, o campo *Identificação*.

Esse critério de avaliação foi discutido pelo grupo. Uma das participantes, ao relatar que na pediatria não é utilizado a NHB *Reprodução e sexualidade*, considerando a idade do paciente, sugere que seja avaliado apenas 12 das NHB para a Pediatria e para a Neonatologia. Comenta também a respeito da falta de especificidade do sistema informatizado. É discutido também a questão da NHB sobre atividade física na Neonatologia, como segue o relato transcrito abaixo:

*Se considerarmos os roteiros que se tinha até então, não tinha essa necessidade Reprodução e sexualidade, estou pensando em função dessa questão, assim como deve acontecer na Neo, como a NHB sobre atividade física. As anamneses eram bem específicas, o que o sistema ainda não faz. (P5; S3)*

*Já que comentou da Neo não ter atividade de lazer, existe algum manejo lúdico para aquela idade. O que eu tenho colocado nessa NHB é que a atividade é adequada para a idade, nem que seja estimulação. Acho que temos que substituir alguns termos para poder utilizar na Anamnese. (P6; S3)*

A presença do lúdico nas unidades pediátricas ainda não é uma realidade e sua inserção se processa gradativamente; como uma medida terapêutica, o lúdico promove a continuidade do desenvolvimento infantil e possibilita o restabelecimento físico e emocional, por tornar a hospitalização menos traumatizante (BRITO; MOREIRA; RESCK; MARQUES, 2009). Assim, o enfermeiro exerce papel fundamental para a humanização do cuidado, pois é quem permanece mais tempo junto ao paciente (BRITO; MOREIRA; RESCK; MARQUES, 2009).

A partir das discussões, o grupo decidiu que será avaliado a NHB sobre atividade física em todas as unidades de internação; no entanto, não será avaliada a NHB *Reprodução e sexualidade* tanto na Pediatria como na Neonatologia.

O **Quadro 2** elucida como será avaliado o critério *Preenchimento* no registro Anamnese/Exame Físico:

<b>Pontuação</b>	<b>15 campos</b>	<b>14 campos *</b>
<b>5 - <math>\geq 75\%</math></b>	Quando contemplar, pelo menos, 12 dos 15 Campos da Anamnese/Exame Físico	Quando contemplar, pelo menos, 11 dos 15 campos da Anamnese/Exame Físico
<b>4 – Entre 74 a 50%</b>	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
<b>3 – Entre 74 a 50%</b>	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
<b>2 – Abaixo de 25%</b>	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
<b>1 – Nenhum</b>	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/Exame Físico, tendo em vista a NHB “Reprodução e sexualidade” não se aplicar.

**Quadro 2** – Critério de qualidade referente ao percentual de preenchimento do documento Anamnese/Exame Físico.

O campo da NBH *Reprodução e sexualidade* para Pediatria e Neonatologia, embora tenha sido desconsiderado para avaliação, contém um subitem relacionado ao exame físico das mamas e genitais, parte importante desse documento. Assim, a não consideração dessa NHB deve ser revisada de modo a qualificar os registros de enfermagem.

O instrumento de coleta de dados da Anamnese/Exame Físico deve estar completo, visando a identificação e resolução de problemas e não demonstrar, por meio de dados apresentados, que esta fase é uma rotina e que precisa ser cumprida (CUNHA; BARROS, 2005).

*Sobre a qualidade do documento* foi o critério de avaliação criado e é relativo à parte qualitativa da Anamnese/Exame Físico. Foram estabelecidos indicadores para avaliar a qualidade desse registro, e por meio de uma escala graduada, de 5 a 1, baseada em uma das escalas Likert da Nursing Outcomes Classification (MOORHEAD; JOHNSON; MAAS; SWANSON, 2008), foi definido se o registro será *Excelente*, *Bom*, *Médio*, *Razoável* ou *Insuficiente*. A pontuação 5 equivale a um registro *Excelente*; receberá pontuação 4 e será definido como *Bom*, quando contemplar 4 dos 5 indicadores de qualidade; a pontuação 3

refere-se a um registro de qualidade *Médio* e apresenta 3 dos indicadores; 2 refere-se a um registro *Razoável* e compreende a 2 dos indicadores e a pontuação 1 refere-se a um registro *Insuficiente* e contempla 1 ou nenhum dos indicadores de qualidade. Para receber uma pontuação 5 é necessário que o documento contemple todos os indicadores de qualidade descritos abaixo:

- O motivo da internação está 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.

Um manual sobre Anamnese/Exame Físico foi desenvolvido pelos representantes do COPE. Esse instrumento tem por objetivo auxiliar profissionais e estudantes no preenchimento desse registro, contendo todas as informações necessárias para contemplar cada um dos 15 itens da Anamnese/Exame Físico.

Em um estudo transversal histórico, baseados em dados obtidos em prontuários de pacientes nas primeiras 48 horas após a sua admissão, foram encontradas deficiências na coleta de dados dos registros de enfermagem; informações incompletas quanto identificação do paciente, história da doença atual, doenças anteriores e familiares e relativo ao exame físico (POKORSKI et.al, 2009). Cunha e Barros (2005) referem que o exame físico mal realizado não satisfaz as necessidades dos pacientes, já que os profissionais não utilizam fontes de informações seguras e fidedignas com o quadro do paciente.

De forma a privilegiar a avaliação os indicadores institucionalizados no HCPA foi elaborado o critério de qualidade *Avaliação dos indicadores assistenciais*. Nesta instituição, tanto intensidade da dor, quanto da integridade da pele, são avaliadas por meio de instrumentos não informatizados, Escala da Dor e Escala de Braden, respectivamente. Além disso, devem ser realizadas pelos enfermeiros notificações, no sistema informatizado, de todas as ocorrências de queda e de úlcera por pressão nos pacientes internados. Acredita-se que o uso de indicadores possibilita aos profissionais monitorar e avaliar os eventos que acometem



os usuários e as organizações (KURCGANT et.al, 2009); entretanto, serão avaliados não apenas o evento, mas também o risco desses eventos.

Em um estudo que objetivou analisar os registros de enfermagem sobre dor, analgesia e satisfação com a analgesia em pacientes, foi evidenciado que o registro sobre as características da dor foi pobre, pois se restringia a descrição da localização ou intensidade; além disso 30% das vezes havia registro de que os doentes não referiam dor, contradizendo o relato dos mesmos (SILVA; PIMENTA, 2003).

No entanto, todo paciente tem o direito à avaliação e gerenciamento adequados da dor; para tanto, há a necessidade de identificar o paciente com dor durante a avaliação inicial e em reavaliações e analisando a intensidade e tributos desta, tais como: caráter, frequência, local e duração (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008). Apesar da utilização da escala da dor ser preconizada institucionalmente, o critério para avaliar esse indicador será a presença de qualquer referência à dor no documento, tanto subjetiva, na queixa do paciente, como objetiva, utilizando a escala.

Será avaliado a presença ou não tanto do indicador de quedas, com também do risco de quedas, visto que uma das metas da JCI (2008) é a redução do risco de lesões ao paciente decorrentes de quedas, como foi lembrado por uma das participantes:

*Em um item da Acreditação diz que é direito do paciente ter a integridade da pele preservada, deve se avaliar isso [...] avaliar a integridade da pele, o risco de lesões, segurança. (P2; S4)*

Também será avaliada a integridade da pele quanto ao indicador Úlcera por Pressão (UP). No HCPA, foi implantado um protocolo assistencial de úlcera por pressão, utilizando a Escala de Braden para avaliação do risco de desenvolver UP, visando, assim, a qualificação do cuidado prestado (MENEGON et al., 2007). Entretanto, como essa escala ainda não foi informatizada, a avaliação se restringirá a presença ou não da avaliação da integridade da pele.

### 5.3.2 Evolução e Prescrição de Enfermagem

Alguns critérios básicos foram determinados, como o número de Evoluções e de Prescrições de Enfermagem a serem avaliadas. Foram discutidas as possibilidades pelas participantes do grupo focal:

*E como serão avaliadas a Evolução e a Prescrição, vão ser avaliados todos os dias? (P6; S3)*

*Acho que a qualidade não, mas a quantidade sim. A quantidade nós vamos ter que contar. Teve internado 30 dias, tem que ter, no mínimo, uma evolução diária, que nem é a Prescrição. (P2; S3)*

Dessa forma, quanto aos aspectos quantitativos da avaliação, entendidos pelos itens *Realizado* e *Preenchimento*, serão avaliados de forma semelhante nos documentos Evolução e Prescrição de Enfermagem. No critério *Realizado* de ambos os documentos será apenas avaliada a existência ou não do documento, e não a sua frequência, enquanto no critério *Preenchimento* desses registros, 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. Assim, a maior pontuação equivalerá ao maior número de registros diários: 5, *Acima de 75%*; 4, *Entre 74 a 50%*; 3, *Entre 49 a 25%*; 2, *Abaixo de 25%* e *Nenhum*, ou seja, não realizado e pontuado como 1.

Para os critérios qualitativos, foi definido que serão considerados o primeiro dia da internação na unidade avaliada, pois deve constar uma evolução de admissão do paciente, o último dia de internação, por teoricamente apresentar uma evolução de alta, de transferência ou de óbito e, a partir de uma semana de internação, as Evoluções intermediárias a cada sete dias. Serão avaliadas as Prescrições referentes às Evoluções avaliadas, de modo que se possam analisar os dados correlatados.

Os critérios qualitativos destes documentos serão avaliados por meio de uma escala Likert, graduada de 5 a 1, e seguindo a mesma escala do registro *Anamnese/Exame Físico*.

Indicadores de qualidade foram estabelecidos para avaliar o documento *Evolução*. Foi proposto pelo grupo que uma Evolução de Enfermagem deve conter todos os quesitos abaixo:

- 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 “T”, cada Diagnósticos de Enfermagem (DE) listados com seu Fator Relacionado (FR) / Fator de Risco (FRi) contém a situação de “iniciado”, “melhorado”, “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.

Será considerado *Excelente* quando contiver todos esses indicadores; *Bom*, quando contemplar 4 dos indicadores; *Médio*, 3 dos indicadores, *Razoável*, 2 dos indicadores e será *Insuficiente* quando apresentar apenas 1 ou nenhum indicador de qualidade.

A JCI (2008) define que avaliação do paciente é adequada quando são consideradas as suas condições, sua idade, suas necessidades de cuidado, e suas solicitações e preferências. Para tanto, a fase subjetiva do PE deve ser relatada, exceto quando o paciente estiver incapacitado para expressar seus sentimentos.

Em um hospital paulista de média complexidade, destinado ao ensino e pesquisa a Evolução de Enfermagem, de forma semelhante, é registrada por meio das siglas em correspondência aos diagnósticos: Me (melhorado), Pi (piorado); I (inalterado); R (resolvido) (REZENDE; GAIZINSKI, 2008).

Em outro estudo, os pesquisadores não encontraram nenhuma informação que direcionava as condições em que o paciente saiu do hospital e/ou as orientações que receberam; dessa forma, foi entendido que a ausência dessa Evolução de Alta deveu-se ao desconhecimento dessas informações (CUNHA; BARROS, 2005).

A evolução de enfermagem avalia todas as outras etapas do PE; pois, para realizá-la, é necessário analisar se as prescrições atingiram os objetivos delineados pelas fases anteriores (REPPETTO; SOUZA, 2005).

Os indicadores de qualidade para o documento *Prescrição* foram sugeridos pelos integrantes do grupo focal, conforme listados abaixo:

- 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.

Para a sua pontuação, o critério foi igualmente estabelecido pelo grupo. Quando contemplar todos os indicadores de qualidade, relacionados ao registro avaliado, será considerado *Excelente*; ao conter 5 dos indicadores, *Bom*; 4 indicadores, *Médio*; 3 indicadores, *Razoável* e quando apresentar apenas 2 indicadores de qualidade ou menos, o registro será considerado *Insuficiente*.

Uma escala Likert de 5 pontos também foi utilizada em um instrumento para avaliar a coerência entre diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem em registros de enfermagem (MÜLLER-STAUB et al., 2008). Assim, itens são analisados para determinar a essa correlação, como a avaliação sobre presença de etiologia correta, correspondendo ao diagnóstico de enfermagem e sobre intervenção de enfermagem, correspondendo à etiologia do diagnóstico (MÜLLER-STAUB et al., 2008).

Cunha e Barros (2005), com o propósito de analisar a implementação do PE em um hospital privado, concluíram que a falta de correlação entre as fases constitui uma barreira à utilização do PE; confere que a Prescrição de Enfermagem deve evidenciar um plano de cuidado com fundamento em outras fases que sustentem sua elaboração, como o histórico e a avaliação do quadro clínico. Segundo os mesmos autores, as prescrições consistem, na maioria das vezes, em rotinas pré-estabelecidas, sendo prescritas praticamente as mesmas ações para todos os pacientes, sem fundamento teórico e científico (CUNHA; BARROS, 2005).

Nestes documentos, serão avaliados os indicadores assistenciais utilizando os mesmos critérios do registro Anamnese/Exame Físico, considerando apenas a presença ou não da avaliação dos três indicadores de qualidade.

#### 5.4 Testagem do instrumento e do manual de orientação

O instrumento e o manual foram submetidos à testagem, avaliando-se por meio deles, dois prontuários, um da internação pediátrica e outro da internação adulto. Na última sessão de grupo focal, os instrumentos preenchidos pelas enfermeiras foram comparados. Neste momento, também foram realizados comentários, sugeridas algumas mudanças, relatados os fatores facilitadores e as dificuldades encontradas no preenchimento do instrumento.

A primeira dificuldade constatada foi a respeito do tempo dispensado para a avaliação de cada prontuário e alguns motivos seguem descritos abaixo:

*É necessário uma hora e meia para preencher o instrumento. (P2; S5)*

*Tem que abrir prontuário, achar internação. (P3; S5)*

*Tem que determinar o tempo que vai fazer, qual dia vai avaliar, tem que ir de um lugar pra outro, cruzando as informações. E o sistema não permite que se abra todas as telas juntas, tem que sair e entrar de novo... é uma hora e meia, não sei como foi o pessoal, mas eu sei que teve gente que levou duas horas. (P2; S5)*

O tempo de avaliação para cada prontuário variou entre uma hora e meia a duas horas. Como essa testagem 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. Além disso, é necessário que seja realizado um treinamento para o preenchimento da Escala EADE – Versão 2 (MATOS et al., 2010), pois as participantes relataram certa dificuldade na aplicação dessa escala, o que certamente influenciou na medida do tempo de aplicação do instrumento. Embora haja necessidade de uma testagem maior, esse resultado é de extrema importância, na medida em que determinará a forma como se procederá a rotina de avaliação dos registros de enfermagem.

A testagem do instrumento propiciou que algumas dúvidas surgissem, como a forma que seriam avaliados os registros realizados por acadêmicos de enfermagem.

*Uma coisa que eu percebi é que tem Evoluções assinadas por acadêmicos de enfermagem. (P4; S5)*

*Vai valer. (P3; S5)*

*O acadêmico é considerado como se fosse o enfermeiro; o que ele não tem autorização pra fazer, o enfermeiro quem vai fazer, que é a Prescrição. Ele é capacitado para isso. (P2; S5)*

Considerou-se, dessa forma, que os registros realizados por acadêmicos de enfermagem serão igualmente avaliados, informação adicionada no manual de orientação.

Outro questionamento foi a respeito da pontuação na escala Likert quando a qualidade dos documentos Evolução e Prescrição, visto que foi preciso avaliar pelo menos três registros de cada documento; no entanto, o instrumento permitia apenas uma avaliação geral desses documentos. Assim foi sugerido por uma das participantes e aceito pelo grupo:

*[...] tinha uma evolução com nota 5 e duas com nota 2. Fiz uma média e pontuei como 4. (P2, S5)*

Dessa forma, foi incluso no manual de orientações que deverá ser realizado uma média aritmética entre os escores determinados para cada registro (Evolução e Prescrição de Enfermagem), de forma que será notificada no instrumento apenas a média dessa pontuação. Definiu-se que a média aritmética também se aplicará para a avaliação dos indicadores assistenciais nesses registros.

Ao constatar, na testagem, que não havia as Evoluções de Enfermagem necessárias para a avaliação qualitativa, da forma como foi estipulada, o critério precisou sofrer modificações:

*Se em uma internação de 30 dias, aquele dia que é pra avaliar, não tem Evolução, mas nos outros todos tem? (P3; S5)*

*Avalia os registros que tem [...] aqui (na parte qualitativa), estamos avaliando a Evolução, quando formos avaliar a frequência da Evolução, avaliamos todos. (P5; S5)*

Uma observação, definindo essa peculiaridade, foi adicionada ao manual, conforme sugestão do grupo.

Não foi possível entrar em consenso em relação a avaliação das quedas, como o trecho transcrito abaixo:

*Quanto às quedas eu avaliei da seguinte maneira: o paciente era lúcido, orientado, coerente, deambulava, estava com acompanhante; para mim isso subentende que não tem risco. Só vamos instituir cuidados com a queda no momento que o paciente tem risco [...] Eu não estou avaliando se ele tem o risco, mas se na evolução foi avaliado a questão do risco de quedas. (P2; S5)*

*Mas isso é muito subjetivo, não tem como avaliar. (P3; S5)*

Tendo em vista que os indicadores são considerados medida a serem utilizada para iniciar uma série de atividades em uma organização e estão intimamente ligadas a políticas e metas a serem alcançadas pela avaliação da qualidade de serviços de saúde (KURCGANT et.al, 2009), é necessário que seja estabelecido critérios mais eficientes e eficazes para sua avaliação.

Dessa forma, o instrumento não foi modificado, mas o manual de orientações sofreu algumas alterações a fim de deixá-lo mais claro e objetivo para os avaliadores.

A partir da testagem, resultou o instrumento final para avaliação da qualidade dos registros de enfermagem informatizados das unidades do HCPA, segundo os critérios estabelecidos pelos participantes do grupo focal, no qual deverá ser testado por meio de uma amostragem maior de prontuários e validado futuramente.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A informatização do PE tem sido responsável por muitos benefícios tanto 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 (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008). Assim, por meio da técnica de grupo focal, construiu-se um instrumento a fim de avaliar a qualidade dos registros informatizados de enfermagem. Concomitante a esse instrumento, foi elaborado um manual de orientações para preenchimento deste.

A testagem dessa ferramenta de avaliação tornou visível alguns pontos a serem melhorados. Um deles remete-se aos indicadores assistenciais cujos critérios não foram bem delimitados, deixando dúvidas a respeito de sua avaliação pela subjetividade das informações.

Outro fator que provavelmente prejudicou a obtenção de um resultado fidedigno quanto a testagem do instrumento, foi em relação ao preenchimento da EADE – Versão 2, visto que apenas uma das participantes tem experiência prática com essa escala. Foi constatado pelo grupo que um treinamento para a sua utilização é imprescindível para uma avaliação mais acurada. Neste contexto, uma intervenção positiva pode apoiar a formação pessoal e a melhoria da qualidade do que se propõe a ser feito (Müller-Staub et al., 2007).

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 finalizada a construção do instrumento e do manual de orientação 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. Após uma testagem mais abrangente, a validação do instrumento poderá ser proposta.



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 (REPPETTO; SOUZA, 2005).

## REFERÊNCIAS

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.

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

BRITO, Tábatta Renata Pereira de; MOREIRA, Denis da Silva; RESCK, Zélia Marilda Rodrigues; MARQUES, Soraia Matilde. As práticas lúdicas no cotidiano do cuidar em enfermagem pediátrica. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, São Paulo, v. 4, n. 13, p.802-8, out/dez. 2009.

CARVALHO, César Júnior Aparecido de; NOGUEIRA Maria Suely. Análise dos registros de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital-escola público. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 4, n. 27, p.524-31, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução n. 358/2009, de 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE e a implementação do Processo de Enfermagem**. Brasília; 2009. Disponível em <http://www.portalcoren-rs.gov.br/web/resoluca/r358.html>. Acessado em 5 de maio de 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução n. 266/2001, de 5 de outubro de 2001. **Aprova atividades de Enfermeiro Auditor**. Rio de Janeiro; 2001. Disponível em <http://site.portalcofen.gov.br/node/4303>. Acessado em 15 de novembro de 2010.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN). Disponível em <http://www.portalcoren-rs.gov.br/web/index.php>. Acessado em 05 de maio de 2010.

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.

CUNHA, Sandra Mara Botelho da; BARROS, Alba Lúcia Botura Leite. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, seundo o modelo conceitual de Horta. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 5, p.568-72, set/out. 2005.

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 a excelência em la investigación mediante grupos focales. Washington: Academy for Educational Development, 1997.

D'INNOCENZO, Maria; ADAMI, Nilce Piva; CUNHA, I. C. K. O. Análise da qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de pacientes de hospitais de ensino e universitários. **Acta Paul. Enf.** São Paulo, v. 17, n. 4, p. 383-91, out/dez. 2004.

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; 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, São Paulo, v.35, n.2, p.115-21, jun.2001.

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.

KURCGANT, Paulina. et al. Subsídios teóricos para a construção de indicadores de qualidade em saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p.542-546, 2009.

LINCH, Graciele Fernanda da Costa Linch; MÜLLER-STAU, Maria; RABELO, Eneida Rejane. Qualidade dos registros de enfermagem e linguagem. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, n. 2, 2009. Disponível em [http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-285.2010.3088/html\\_160](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-285.2010.3088/html_160). Acessado em 01 de dezembro de 2010.

LUZ, Alessandra da; MARTINS, Andréia Pereira; DYNEWICZ, Ana Maria. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 2, 2007. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/revista/v9/n2/v9n2a05.htm>. Acessado em 30 de abril de 2010.

MARIN, Heimar de Fátima. Terminologia de referência em Enfermagem: a Norma ISO 18104. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, n. 22, v. 4, p.445-8, 2009.

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**, São Paulo, 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.

MENEGON, Dóris Baratz. et al. Implantação do protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera de pressão no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Rev HCPA**, Porto Alegre, v. 2, n. 27, p. 61-4. 2007.

MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MAAS, M.; SWANSON, E. **Nursing Outcomes Classification (NOC)**. 4.ed. Philadelphia: Elsevier; 2008.

MÜLLER-STAU, Maria. et al. Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnoses, interventions, and outcomes implementation study. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, v. 18, n. 1, jan/mar. 2007.

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.

OCHOA-VIGO, Kattia; PACE, Ana Emilia; SANTOS, Cláudia Benedita dos. Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade especializada. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 4, n. 35, p. 390-8. 2003.

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

POKORSKI, Simoni. et al. Processo de enfermagem: da literatura à prática. O quê de fato nós estamos fazendo? **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 3, n. 17, maio/jun. 2009.

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.

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. **Rev 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 um 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.

## APÊNDICE A – Agenda do grupo focal

ENCONTROS	PROCEDIMENTOS
<b>1ª sessão do grupo focal</b>	<p>Abertura da sessão com boas vindas aos participantes. Apresentação do moderador, do observador e dos participantes. Oferecimento de lanche. 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. Apresentação das características da técnica do grupo focal. Esclarecimentos sobre as questões éticas e assinatura do TCLE. Apresentação do instrumento utilizado pelo “grupo auditor” antes da SAE informatizada no HCPA. Início da construção do instrumento e definição sobre quais os documentos de enfermagem informatizados que seriam avaliados. Síntese das discussões que serviram como tema disparador dos debates da reunião subsequente.</p>
<b>2ª sessão do grupo focal</b>	<p>Realização da síntese da reunião anterior. Apresentação do instrumento elaborado a partir dos dados compilados da sessão anterior. Apresentação do manual de orientação utilizado pelo “grupo auditor”. Avaliação e reformulação do instrumento e do manual pelos participantes. Apresentação da Escala EADE por um dos participantes. Oferecimento de lanche.</p>
<b>3ª sessão do grupo focal</b>	<p>Realização da síntese da reunião anterior. Apresentação do instrumento e do manual elaborado a partir dos dados compilados da sessão anterior. Avaliação e reformulação dos mesmos pelos participantes. Oferecimento de lanche.</p>
<b>4ª sessão do grupo focal</b>	<p>Realizado a síntese da reunião anterior. Apresentação do instrumento e do manual elaborado a partir dos dados compilados da sessão anterior. Reformulação dos itens pendentes no manual de preenchimento. Finalização da construção do instrumento e do manual de orientações. Realizado almoço durante a sessão do grupo.</p>
<b>5ª sessão do grupo focal</b>	<p>Avaliação da aplicabilidade do instrumento, após a testagem pelas participantes. Avaliação do grupo focal. Oferecimento de lanche. Agradecimentos.</p>

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa: Construção de um instrumento para avaliação da qualidade dos registros de enfermagem

Instituição: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Pesquisadora: ALINE TSUMA GAEDKE NOMURA, acadêmica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: alinenomura@hotmail.com

Orientadora: PROFA DRª MIRIAM DE ABREU ALMEIDA, enfermeira docente da UFRGS. E-mail: maalmeida@hcpa.ufrgs.br

A pesquisa está vinculada à UFRGS e destina-se a realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem. Pretende-se, com este estudo, construir um instrumento para avaliação da qualidade dos registros de enfermagem informatizados e testar a sua aplicabilidade. Serão realizadas três sessões de grupo focal, técnica que utiliza sessões grupais como foro facilitador para estruturação de ações, neste caso a construção de um instrumento para avaliação dos registros de enfermagem informatizados. As sessões de grupo focal terão duração de 1h30min cada, em horário estipulado de acordo com a disponibilidade dos participantes e serão realizadas na sala 547 do HCPA. Os encontros serão gravados em MP3 e após a transcrição das gravações, estas serão guardadas por cinco anos e então destruídas. Será proposto aos participantes a testagem do instrumento com três prontuários clínicos de pacientes arquivados no SAMIS, escolhidos de forma aleatória, de diferentes unidades do HCPA referentes a internações do mês anterior à coleta de dados. O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Caso concorde em participar, é assegurado que os participantes não serão identificados, que as informações obtidas durante a realização do grupo focal serão utilizadas para os objetivos propostos e que são desconhecidos quaisquer riscos aos participantes com este tipo de estudo. Asseguramos também, que será esclarecido (a) quanto a quaisquer dúvidas surgidas durante o seu desenvolvimento e que terá acesso aos resultados obtidos. Em caso de dúvida ética relativa a essa pesquisa poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, telefone 33598304.

Colocamo-nos a disposição para os esclarecimentos, em qualquer momento, pelos telefones: Aline Tsuma Gaedke Nomura (51) 96677978 e Profa. Miriam de Abreu Almeida (51) 99997699, ou pelo endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2350 – Sala 500, Grupo de Enfermagem.

Solicitamos, por meio desse documento, autorização para inclusão como participante da pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, aceito participar desse estudo acima referido, após ter sido esclarecido sobre os objetivos desta pesquisa, e que a retirada do consentimento não implica em prejuízo na atuação profissional.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome da pesquisadora:

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

OBS: O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias, ficando uma cópia com o(a) pesquisado(a) e outra com a pesquisadora.

HCPA / GPPG  
APROVADA  
09/11/2010  
13100344 53

## APÊNDICE C – Questionário para 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 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 - $\geq 75\%$	Quando contemplar, pelo menos, 12 dos 15 campos da Anamnese/Exame Físico	Quando contemplar, pelo menos, 11 dos 15 campos da Anamnese/Exame Físico
4 - Entre 74 a 50%	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 74 a 50%	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 74 a 50%**

**3 – Entre 49 a 25%**

**2 – Abaixo de 25 %**

**1 - Nenhum** – não realizado

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

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.

**OBS<sub>1</sub>:** 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.

**OBS<sub>2</sub>:** 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”, “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** – 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 **OBS<sub>1</sub>** e a **OBS<sub>2</sub>** do item 2.3.

### 3. 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 74 a 50%**

**3 – Entre 49 a 25%**

**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 **OBS<sub>1</sub>** e **OBS<sub>2</sub>** 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 **OBS<sub>1</sub>** e **OBS<sub>2</sub>** do item 2.3.

#### 4 Diagnóstico de Enfermagem (DE)

A avaliação desta etapa se dará a partir dos DE selecionados nas Evoluções consideradas em OBS<sub>1</sub> 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 – Instruções para uso da EADE – Versão 2

##### 1) Instruções de como utilizar a EADE - Versão 2:

A EADE (Escala de Acurácia de Diagnóstico de Enfermagem) foi desenvolvida para estimar o grau com que uma afirmação diagnóstica tem sustentação num conjunto de informações clínicas escritas do paciente. O uso adequado da escala requer que o avaliador esteja suficientemente esclarecido sobre conceitos e termos envolvidos na escala.

A necessidade de aprimorar a EADE (Matos, Cruz, 2009) resultou na proposta da sua segunda versão (EADE – Versão 2)<sup>5</sup>. As orientações aqui apresentadas referem-se à EADE – Versão 2.

##### 2) Definições:

A acurácia de um diagnóstico é propriedade que depende do conjunto de dados da situação clínica do paciente. O conjunto de dados deve apresentar pistas para o diagnóstico. As PISTAS podem variar em grau de RELEVÂNCIA e ESPECIFICIDADE com relação ao diagnóstico e em grau de COERÊNCIA em relação ao conjunto das informações clínicas disponíveis. A **acurácia de um diagnóstico** é o grau de relevância, especificidade e coerência das pistas existentes para o diagnóstico.

- **Pistas:** são manifestações dos pacientes que representam indícios, vestígios, ou sinais e sintomas de um diagnóstico de enfermagem.
- **Relevância da pista:** grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é necessária(o) para indicar um diagnóstico de enfermagem.

---

<sup>6</sup>A EADE – Versão 2 incorporou modificações: 1) nos enunciados das definições de pistas, relevância e especificidade; 2) nas escalas de cada item, em que foi eliminada a categoria ‘nula’; e 3) nos escores e categorias de acurácia, permitindo diferenciar os diagnósticos sem pistas dos em que as pistas têm relevância, especificidade e coerência baixas.

- **Especificidade da pista:** grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é característica(o) de um diagnóstico de enfermagem.
- **Coerência da pista:** grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é consistente com o conjunto das informações disponíveis.

### 3) Escala de Acurácia de Diagnóstico de Enfermagem (EADE) – Versão 2

A aplicação da EADE - Versão 2 requer que você analise cada diagnóstico formulado para um paciente, com base nos dados de avaliação clínica que deram origem aos diagnósticos em análise. Para aplicar a EADE - Versão 2 deve-se ter em mãos os dados de avaliação clínica do paciente e os diagnósticos formulados com base nesses dados.

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 disponíveis sobre o paciente (entrevista, exame físico e outros dados);
2. **APÓS** 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 -	Há pista(s) para o diagnóstico?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<p><b>ORIENTAÇÃO Item 1</b>          Considere a definição de <b>pistas</b>: 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.</p>			
Item 2 -	A relevância da(s) pista(s) existente(s) é:	<input type="checkbox"/> Alta / Moderada	<input type="checkbox"/> Baixa
<p><b>ORIENTAÇÃO Item 2</b>          Considere a definição de <b>relevância da pista</b>: 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.</p>			
Item 3 -	A especificidade da(s) pista(s) existente(s) é:	<input type="checkbox"/> Alta/Moderada	<input type="checkbox"/> Baixa

<p><b>ORIENTAÇÃO Item 3</b>          Considere a definição de <b>especificidade da pista</b>: 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.</p>			
Item 4 -	A coerência da(s) pista(s) existente(s) é:	<input type="checkbox"/> Alta / Moderada	<input type="checkbox"/> Baixa
<p><b>ORIENTAÇÃO Item 4</b>          Considere a definição de <b>coerência da pista</b>: 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).</p>			
Item 5 -	Você manteria o diagnóstico?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<p><b>ORIENTAÇÃO Item 5</b>          Considere que mesmo havendo pistas com alguma relevância, especificidade e coerência para o diagnóstico,          • ele pode não ser <b>prioritário</b> para a situação do paciente;          • ele pode não direcionar <b>intervenções</b> adequadas;          • <b>outro diagnóstico</b> pode explicar melhor a resposta do paciente;          Nesses casos, indique a resposta “Não”.          Consulte a NANDA - I sempre que necessário.</p>			

### Sistema de pontuação das respostas

Escores para os itens da EADE – Versão 2				
Itens	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	1
			Não	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	1
			Baixa	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	3,5
			Baixa	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	8
			Baixa	0
5	Você enunciaria esse diagnóstico de enfermagem?	Mesmo havendo pistas com alguma relevância, especificidade e coerência para o diagnóstico, ele pode: não ser <b>prioritário</b> , não direcionar <b>intervenções</b> adequadas, ou <b>outro diagnóstico</b> pode explicar melhor a resposta do paciente.	Sim	Não pontua
			Não	Não pontua

Categorias de acurácia da EADE – Versão 2		
Escores de acurácia	Interpretação	Categoria de acurácia
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

Ao aplicar a EADE – Versão 2 você deve indicar suas respostas num quadro. Veja o EXEMPLO (dados simplificados) a seguir.

### EXEMPLO DE APLICAÇÃO DA EADE – VERSÃO 2

#### **Dados Escritos:**

S.L., 55 anos, sexo masculino, casado, 2 filhos, está no 8º dia de pós-operatório de toracotomia direita para lobectomia. Informa sentir dor à movimentação do braço direito, o que interfere no ato de alimentar-se, tomar banho e vestir-se, embora consiga realizar essas atividades sozinho. Refere estar urinando espontaneamente, sem alterações miccionais e que evacua diariamente fezes pastosas e sem desconfortos. Quer saber quando terá alta do hospital. Ao exame físico apresenta FR=28mov/min; amplitude normal, sem utilização de musculatura acessória. À ausculta, os pulmões não apresentam ruídos adventícios, mas o paciente apresenta secreção brônquica esbranquiçada que tem dificuldade de eliminar porque sente dor ao tossir. Pulso radial=80/min, cheio, rítmico; T(axilar)=36°C; PA= 110/70mmHg; palidez cutânea discreta e bom turgor da pele. A incisão torácica está sem curativo oclusivo, os pontos já foram retirados e apresenta boa cicatrização. Mantém postura de proteção do tórax direito.



**Diagnósticos estabelecidos:**

Dor aguda

Ansiedade

Déficit no autocuidado para banho/higiene

**Lista de diagnósticos / Quadro de respostas EADE – Versão 2**

DE	Item 1		Item 2		Item 3		Item 4		Você manteria esse DE		Grau de acurácia	Categori a de acurácia
	Há pistas? *		Relevância (pista x DE)		Especificidade (pista x DE)		Coerência (pista x DE x conjunto dos dados)		Sim S	Não N		
	Sim 1	Não 0	Alta/Moderada 1	Baixa 0	Alta/Moderada 3,5	Baixa 0	Alta/Moderada 8	Baixa 0				
Dor aguda	x		X		x		x		X		13,5	Alta
Ansiedade		x	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		x	0	Nula
Déficit para o autocuidado (banho/higiene)	x			x		x		x		x	1	Baixa

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

- **pistas:** manifestações dos pacientes que representam indícios, vestígios ou sinais e sintomas do diagnóstico de enfermagem que esta sendo avaliado.
- **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.
- **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.
- **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.

## Referências:

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 [serial on the Internet]. 2009 Dec [cited 2010 Nov 12] ; 43(spe): 1088-1097. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000500013&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000500013&lng=en). doi: 10.1590/S0080-62342009000500013.

Matos, F.G.O.A.; CRUZ, D.A.L.M. ; Guedes, E.S. ; Predebon, C.M. ; Rabelo, E.R. ; Almeida, M. A. . 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.



**ANEXO II - Formulário de Auditoria dos Registros de Enfermagem  
utilizado pelo “Grupo Auditor”**

Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
Comissão de Prontuários do Paciente  
Formulário de Auditoria dos Registros de Enfermagem nos Prontuários dos Pacientes

Nome do Auditor: ..... Data da Auditoria: .....  
 Unidade auditada: .....  
 Prontuário n.º: ..... Data da Informação: ..... Data da alta: .....

1. Asinale nos tabelas abaixo as suas avaliações das observações pontadas no prontuário

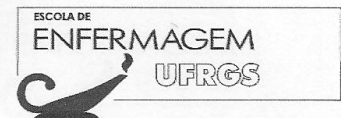
Documento	Sobre a presença da observação		Identificação do profissional		Data		Completo		Legível		Sobre a qualidade do documento			
	sim	NSA	sim	Parcial	sim	Parcial	sim	75%	sim	Parcial	sim	regular	boa	muito boa
Anamnese/ Ex. físico														
Lista de problemas														
Prescrição														
Evolução														
Controles intensivos														
Nota de transferência														
Nota de alta														
Nota de óbito														
Ficha pré-operatória														

Observações: .....

.....

.....

## ANEXO III – 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 Docente:** 011/2010 – TCC GRAD.

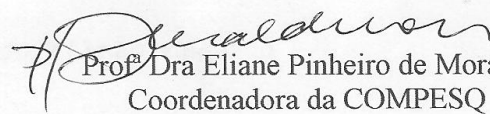
**Versão Mês:** 07/2010

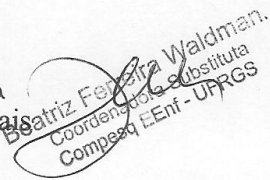
**Pesquisadores:** Profa. Miriam de Abreu Almeida e Aline Nomura

**Título:** CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS REGISTROS 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 éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 16 de julho de 2010.

  
Prof. Dra Eliane Pinheiro de Moraes  
Coordenadora da COMPESQ

  
Beatriz Ferreira Waldman.  
Coordenadora Substituta  
Compesq E. Enf - UFRGS

**ANEXO IV – Carta de Aprovação do GPPG/HCPA**

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

**COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE**

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

**Projeto:** 100344

**Versão do Projeto:** 08/10/2010

**Versão do TCLE:** 08/10/2010

**Pesquisadores:**

ALINE TSUMA GAEDKE NOMURA

MIRIAM DE ABREU ALMEIDA

**Título:** CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/HCPA.

Porto Alegre, 09 de novembro de 2010.

  
Profª Nadine Clausell  
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA

## ANEXO V - Critérios de qualidade sugeridos pelo “Grupo Auditor”

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

#### DOCUMENTO: ANAMNESE E EXAME FÍSICO

- Deve ser realizada no modelo proposto pelo Comitê do Processo de Enfermagem
- Tem validade de 1 (um) ano, neste prazo caso ocorram reinternações, o Comitê do Processo de Enfermagem sugere que a nota de reinternação seja realizada na folha de anamnese e exame físico.
- Presença: Será apenas avaliada a existência ou não do documento, e não a sua frequência
- Identificação: Será parcial quando for assinada por aluna sem validação da enfermeira da unidade ou professora que a acompanha
- Data: Deverá estar registrado o dia e mês
- Completa: Significa a frequência do documento em relação ou número de dias de internação.
- Qualidade: Deve atender os quesitos descrito abaixo:

**MB:** Anamnese completamente preenchida de acordo com as orientações do manual.

**B :** Anamnese totalmente preenchida porém, alguns itens são pouco explorados não seguindo as orientações do manual.

**R:** Anamnese parcialmente preenchida e os itens preenchidos são pouco explorados não seguindo as orientações do manual.

**Ruim:** Anamnese com poucos itens preenchidos, informações pouco exploradas não seguindo as orientações do manual.

#### 2. Unidades que não utilizam o modelo proposto pelo Comitê do Processo de Enfermagem

- Devem permitir a compreensão do motivo pelo qual o paciente procurou ou foi encaminhado para o hospital,
- Devem estar contemplados os itens proposto pelo Comitê do Processo de Enfermagem, ainda que a ordem dos registros seja diferente.
- Para emitir o conceito considerar a escala proposta acima.

#### DOCUMENTO : LISTA DE PROBLEMAS

- Vide manual de orientação ao preenchimento do prontuário dos pacientes.
- Deve ser considerada a lista de problemas registrada pelo enfermeiro em folha separada.

- Na Unidade de Internação Psiquiátrica (4ºN): deve conter 1 (uma) lista de problemas por dia ordenada junto com a prescrição diária.
- Presença: Será apenas avaliada a existência ou não do documento, e não a sua frequência
- Data: Deverá estar registrado o dia e mês
- Demais itens não serão avaliados

## DOCUMENTO : PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- Deve estar em concordância com a evolução diária do paciente, contemplando as anotações registradas na conduta da evolução;
- Deve incluir as ações específicas do enfermeiro;
- Deve usar verbos de ação no infinitivo;
- Deve ser concisa e redigida em linguagem comum;
- Deve conter a determinação dos horários em que serão realizados os cuidados;
- Não deve incluir ações que o paciente possa fazer sozinho, sem necessidade de acompanhamento, orientação ou supervisão da equipe de enfermagem;
- Deve orientar a equipe no atendimento as necessidades individuais do paciente,
- Deve especificar os cuidados inerentes a determinados exames e medicações;
- Deve incluir a verificação dos sinais vitais.
- As alterações/inclusões na prescrição devem estar justificadas em evolução.
- Identificação: Será parcial quando for assinada por aluna sem validação da enfermeira da unidade ou professora que a acompanha
- Data: Deverá estar registrado o dia e mês
- Completa: Significa a frequência do documento em relação ou número de dias de internação.
- Qualidade: Deve atender os quesitos descrito abaixo:

**MB:** Anamnese completamente preenchida de acordo com as orientações do manual.

**B :** Anamnese totalmente preenchida porém, alguns itens são pouco explorados não seguindo as orientações do manual.

**R:** Anamnese parcialmente preenchida e os itens preenchidos são pouco explorados não seguindo as orientações do manual.

**Ruim:** Anamnese com poucos itens preenchidos, informações pouco exploradas não seguindo as orientações do manual.

## DOCUMENTO : EVOLUÇÃO

- Deve estar registrada a admissão do paciente (evolução de admissão);
- Deve ser redigida conforme o modelo WEED com, no mínimo, subjetivo, objetivo e conduta; e será utilizada para fazer a avaliação da qualidade do instrumento.
- A conduta deve ser referente aos subjetivo e objetivo;
- Devem estar registrados encaminhamentos do paciente para a realização de exames, procedimentos cirúrgicos...
- Na Unidade de Internação Obstétrica (UIO): deve conter no mínimo a evolução diária da mãe, nesta poderá constar dados do RN.
- Presença: Será apenas avaliada a existência ou não do documento, e não a sua frequência
- Identificação: Será parcial quando for assinada por aluna sem validação da enfermeira da unidade ou professora que a acompanha
- Data: Deverá estar registrado a Hora , o dia e o mês
- Completa: Significa a frequência do documento em relação ou número de dias de internação.
- Qualidade: Deve atender os quesitos descrito abaixo:

**MB:** Anamnese completamente preenchida de acordo com as orientações do manual.

**B :** Anamnese totalmente preenchida porém, alguns itens são pouco explorados não seguindo as orientações do manual.

**R:** Anamnese parcialmente preenchida e os itens preenchidos são pouco explorados não seguindo as orientações do manual.

**Ruim:** Anamnese com poucos itens preenchidos, informações pouco exploradas não seguindo as orientações do manual

## DOCUMENTO : CONTROLES INTENSIVOS

- Observar os registros quanto a adequação : líquidos administrados x líquidos eliminados;
- As colunas devem estar claramente identificadas quanto ao que foi administrado ou eliminado;
- Somar aleatoriamente algumas colunas e verificar se o total é fidedigno.
- A identificação do profissional que fez os registros deve ser feita pelo menos uma vez ao turno com nome legível.
- Na Unidade de Internação Obstétrica (UIO): deve conter uma folha de controles intensivos para a mãe e uma folha de controles intensivos para o RN.
- Presença: Será apenas avaliada a existência ou não do documento, e não a sua frequência



- **Identificação:** Será parcial quando for assinada por aluna sem validação da enfermeira da unidade ou professora que a acompanha
- **Data:** Deverá estar registrado o dia e mês
- **Completa:** Significa a frequência do documento em relação ou número de dias de internação.
- **Qualidade:** Deve atender os quesitos descrito abaixo:

**MB:** Anamnese completamente preenchida de acordo com as orientações do manual.

**B :** Anamnese totalmente preenchida porém, alguns itens são pouco explorados não seguindo as orientações do manual.

**R:** Anamnese parcialmente preenchida e os itens preenchidos são pouco explorados não seguindo as orientações do manual.

**Ruim:** Anamnese com poucos itens preenchidos, informações pouco exploradas não seguindo as orientações do manual

**DOCUMENTOS : NOTA DE TRANSFERÊNCIA /  
NOTA DE ALTA /  
NOTA DE ÓBITO**

- Deve estar registrada em folha de evolução
- Descrever a situação desde a piora do quadro clínico, registrando procedimentos realizados e condutas tomadas.
- Registrar hora do óbito.

**QUANDO O DOCUMENTO NÃO FOR NECESSÁRIO, NÃO TEM MOTIVO PARA EXISTIR DEVE SER FEITO O X N COLUNA COM A SIGLA N.S.A. E NOS DEMAIS SER UTILIZADO A SIGLA N.S.A..**

- **Quando ocorrer a avaliação mantém-se a mesma.**
- **Presença:** Será apenas avaliada a existência ou não do documento, e não a sua frequência
- **Identificação:** Será parcial quando for assinada por aluna sem validação da enfermeira da unidade ou professora que a acompanha
- **Data:** Deverá estar registrado o dia e mês
- **Completa:** Significa a frequência do documento em relação ou número de dias de internação.
- **Qualidade:** Deve atender os quesitos descrito abaixo:

**MB:** Anamnese completamente preenchida de acordo com as orientações do manual.

**B :** Anamnese totalmente preenchida porém, alguns itens são pouco explorados não seguindo as orientações do manual.

**R:** Anamnese parcialmente preenchida e os itens preenchidos são pouco explorados não seguindo as orientações do manual.

**Ruim:** Anamnese com poucos itens preenchidos, informações pouco exploradas não seguindo as orientações do manual.

**N.S.A. :** quando o documento não foi utilizado para o prontuário auditado.

## **DOCUMENTO : FICHA PRÉ-OPERATÓRIA**

- Todos os campos devem estar preenchidos;
- Deve conter nome completo e COREN da enfermeira e do técnico/auxiliar de enfermagem ou assinatura e carimbo.
- **QUANDO O DOCUMENTO NÃO FOR NECESSÁRIO, NÃO TEM MOTIVO PARA EXISTIR DEVE SER FEITO O X N COLUNA COM A SIGLA N.S.A. E NOS DEMAIS SER UTILIZADO A SIGLA N.S.A..**

- **Quando ocorrer a avaliação mantém-se a mesma.**
- Presença: Será apenas avaliada a existência ou não do documento, e não a sua frequência
- Identificação: Será parcial quando for assinada por aluna sem validação da enfermeira da unidade ou professora que a acompanha
- Data: Deverá estar registrado o dia e mês
- Completa: Significa a frequência do documento em relação ou número de dias de internação.
- Qualidade: Deve atender os quesitos descrito abaixo:

**MB:** Anamnese completamente preenchida de acordo com as orientações do manual.

**B :** Anamnese totalmente preenchida porém, alguns itens são pouco explorados não seguindo as orientações do manual.

**R:** Anamnese parcialmente preenchida e os itens preenchidos são pouco explorados não seguindo as orientações do manual.

**Ruim:** Anamnese com poucos itens preenchidos, informações pouco exploradas não seguindo as orientações do manual.

**N.S.A. :** quando o documento não foi utilizado para o prontuário auditado.

## CRITÉRIOS DEFINIDOS PELO GRUPO DE AUDITORES APÓS O TESTE PILOTO

Alguns critérios definidos na última reunião dos auditores encontram-se grifados com marcador colorido, os demais estão descritos abaixo.

### 1. Identificação do Profissional:

- anamnese e exame físico:
  - prescrição:
  - evolução:
  - nota de transferência:
  - nota de alta:
  - nota de óbito:
  - ficha pré-operatória:
- nome e sobrenome legível + COREn  
ou  
carimbo + rubrica ou assinatura
- folha de controles intensivos : nome legível

### 2. Data e Hora:

- anamnese e exame físico:
  - lista de problemas:
  - prescrição:
  - ficha pré-operatória:
- data, não necessita constar hora.
- evolução:
  - folha de controles intensivos:
  - nota de transferência:
  - nota de alta:
  - nota de óbito
- data e hora

### 4. Registros dos Estudantes de Enfermagem:

- A prescrição de enfermagem deve estar assinada e com carimbo do professor responsável pelo estagiário ou pelo enfermeiro da unidade;
- Demais documentos devem conter nome e sobrenome legível do aluno + a identificação da Escola de Enfermagem (EEUFRGS);

Caso os registros dos estudantes correspondam a mais de 50% dos registros da internação do paciente, destacar esta situação no campo de observações