**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

OSWALCIR ALMEIDA DE AZEVEDO

**DOCUMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PRÁTICA
CLÍNICA: CONSTRUÇÃO DE INDICADORES**

**SÃO PAULO
2020**

OSWALCIR ALMEIDA DE AZEVEDO

DOCUMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PRÁTICA
CLÍNICA: CONSTRUÇÃO DE INDICADORES

Versão corrigida da tese apresentada ao programa de
Pós-Graduação Em Enfermagem na Saúde do Adulto
da Escola de Enfermagem da Universidade de São
Paulo para a obtenção do Título de Doutor em Ciências
Área de concentração: Enfermagem na Saúde do
Adulto

Orientadora: Profa. Dra. Diná de Almeida Lopes
Monteiro da Cruz

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da
Universidade de São Paulo.

**São Paulo
2020**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Azevedo, Oswalcir Almeida de

Documentação do processo de enfermagem na prática clínica: construção de indicadores / Oswalcir Almeida de Azevedo. São Paulo, 2020.

202 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

1. Processo de enfermagem. 2. Registros de enfermagem.
3. Indicadores de qualidade. 4. Documentação clínica.
5. Pesquisa metodológica. 6. Avaliação em Saúde.
- I. Título.

Nome: Oswalcir Almeida de Azevedo

Título: Documentação do processo de enfermagem na prática clínica: construção de indicadores

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do Título de Doutor em Ciências

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Orientadora: Profa. Dra. Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha esposa, Márcia, que com amor e carinho me apoiou e incentivou desde o início da jornada, sempre fazendo o possível para que meus dias fossem melhores.

A Oswaldo R. de Azevedo e Acíria A. de Azevedo (*in memoriam*), meus queridos pais, pelo cuidado, exemplo, dedicação a Deus, à família e ao trabalho.

As minhas queridas filhas, Maira e Thaís, que sempre riram com as brincadeiras, trouxeram alegria ao lar e apoio em todo o caminho.

AGRADECIMENTOS

À Deus: obrigado Senhor pela proteção, força e segurança durante todo este percurso.

À Profa Dra. Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz, querida orientadora, pela incansável paciência e pelas esclarecedoras orientações que, depois de uma longa jornada, permitiram que este estudo fosse concluído.

À Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo pela oportunidade de trilhar os caminhos do saber em mais um nível de estudos.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa em Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem (DIRENF) pelo apoio e contribuição nas diversas fases em que os especialistas atuaram, e pela riqueza das experiências compartilhadas.

Em especial minha gratidão às colegas, enfermeiras especialistas, que contribuíram com seu conhecimento carinho e dedicação, realizando as análises de conteúdo e semântica necessárias à condução desta pesquisa.

A todos os professores com quem tive oportunidade de aprender valiosos ensinamentos para a vida profissional e acadêmica.

Ao Bernardo dos Santos pelo valiosíssimo trabalho de análise estatística realizado com presteza e dedicação.

Aos funcionários desta escola que sempre me atenderam com cordialidade, boa vontade e disposição.

Ao Maicon Andrade pelo apoio na formatação das tabelas e gráficos e no uso do MS Excel® para cálculo dos indicadores.

Os céus declaram a glória de Deus; o firmamento proclama as obras das suas mãos. Um dia fala disso a outro dia; uma noite o revela a outra noite. Sem discurso nem palavras, não se ouve a sua voz. Mas a sua voz ressoa por toda a terra, e as suas palavras, até os confins do mundo.

Sal. 19: 1-4

Azevedo OA. Documentação do processo de enfermagem na prática clínica: construção de indicadores [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

RESUMO

Introdução: Documentar as ações e informações associadas ao cuidado oferecido ao paciente é uma preocupação constante para os profissionais da saúde. Na enfermagem o planejamento das atividades relacionadas ao cuidado segue um modelo conhecido como Processo de Enfermagem, realizado em cinco etapas: avaliação, diagnóstico, resultados do paciente, prescrição e evolução. Cada etapa deve ser documentada com precisão passando a integrar os registros do prontuário clínico. Essa documentação pode ser avaliada por meio de indicadores: medidas que quantificam os aspectos mensuráveis de uma variável, usadas em programas de melhoria da qualidade. **Objetivo:** propor indicadores de qualidade da documentação clínica de enfermagem. **Método:** estudo metodológico, desenvolvido em três etapas: teórica, empírica e analítica. A etapa teórica compreendeu: geração de tópicos de conteúdo e itens de análise documental mediante revisão bibliográfica; análise de conteúdo e semântica realizada por cinco especialistas, dois enfermeiros recém-formados e oito graduandos em enfermagem que revisaram e validaram as definições conceituais e operacionais dos tópicos e as descrições dos itens quanto a sua elegância, clareza e pertinência; confecção do instrumento de avaliação da documentação clínica de enfermagem (IADOCE). Na etapa empírica foi realizada a análise da documentação de enfermagem em 204 prontuários clínicos de pacientes internados por quatro ou mais dias, em 2013, em dois hospitais do município de São Paulo (A e B). Cada prontuário foi analisado por dois enfermeiros (avaliação inter pares) que verificaram de forma independente os registros de enfermagem de três datas: da internação, da data central do período de permanência e data de saída do sistema de cuidados. A confiabilidade inter pares foi analisada pelo Kappa de Cohen e intervalo de confiança 95%. Na fase final foram propostos sete indicadores da documentação clínica de enfermagem. Para o cálculo dos indicadores foi considerado o percentual de conformidade dos registros documentais com os critérios de avaliação estabelecidos. **Resultados:** Das 316 descrições de tópicos de conteúdo e itens compilados mediante revisão da literatura, após as análises da etapa teórica, sugestões dos especialistas e pré-teste, resultaram em um instrumento com sete

tópicos de conteúdo e 88 itens chamado Instrumento de Avaliação da Documentação Clínica de Enfermagem (IADOCE). A concordância interavaliadores, analisada pelos valores de Kappa situou-se entre mediana e quase perfeita: em 67,3% foi quase perfeita, em 21,2% forte; nos 11,5% restantes, entre moderada e mediana. Foi proposto um Indicador de Qualidade da Documentação Clínica global (IQDC_{Global}), derivado de sete IQDC parciais, entre os quais se distribuíram 88 critérios. A conformidade da documentação avaliada com os critérios dos indicadores propostos variou de 0,5% a 100,0%; os IQDC variaram entre 62,33% e 93,48% na instituição A e 72,18% e 84,23% na instituição B. O IQDC global mostrou diferença de 2,1% entre as duas amostras avaliadas. **Conclusões:** o estudo permitiu propor sete indicadores da qualidade da documentação clínica de enfermagem e o método para sua utilização em prontuários hospitalares. Novos estudos permitirão adequá-los ao uso em outros contextos do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Processo de enfermagem. Registros de enfermagem. Indicadores de qualidade. Documentação clínica. Pesquisa metodológica. Avaliação em saúde.

Azevedo OA. Documentation of the nursing process in clinical practice: construction of indicators [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

ABSTRACT

Introduction: Documenting the actions and information associated with the care offered to the patient is a constant concern for health professionals. In nursing, the planning of activities related to care follows a model known as the Nursing Process, carried out in five stages: assessment, diagnosis, patient results, prescription and evaluation. Each step must be accurately documented and integrated into the records of the clinical record. This documentation can be evaluated using indicators: measures that quantify the measurable aspects of a variable, used in quality improvement programs. **Aim:** to propose quality indicators for clinical nursing documentation. **Method:** methodological study, developed in three stages: theoretical, empirical and analytical. The theoretical stage comprised: generation of content topics and documentary analysis items through bibliographic review; content and semantics analysis carried out by five specialists, two newly graduated nurses and eight nursing undergraduates who reviewed and validated the conceptual and operational definitions of the topics and the item descriptions regarding their elegance, clarity and relevance; making the assessment instrument for clinical nursing documentation (IADOCE). In the empirical stage, the analysis of nursing documentation was performed on 204 clinical records of patients hospitalized for four or more days, in 2013, in two hospitals in the city of São Paulo (A and B). Each medical record was analyzed by two nurses (peer review) who independently checked the nursing records for three dates: admission, the central date of the period of stay and the date of leaving the care system. Peer reliability was analyzed by Cohen's Kappa and 95% confidence interval. In the final phase, seven indicators of clinical nursing documentation were proposed. For the calculation of the indicators, the percentage of compliance of the documentary records with the established evaluation criteria was considered. **Results:** of the 316 descriptions of content topics and items compiled through literature review, after the analysis of the theoretical stage, suggestions from experts and pre-test, resulted in an instrument with seven content topics and 88 items called Documentation Assessment Instrument Nursing Clinic (IADOCE). The inter-rater agreement, analyzed by the Kappa values, was between median and almost perfect: in 67.3% it was almost perfect,

in 21.2% strong; in the remaining 11.5%, between moderate and median. A global Clinical Documentation Quality Indicator (IQDC_{Global}) was proposed, derived from seven partial IQDCs, among which 88 criteria were distributed. The conformity of the assessed documentation with the criteria of the proposed indicators ranged from 0.5% to 100.0%; the IQDC varied between 62.33% and 93.48% in institution A and 72.18% and 84.23% in institution B. The global IQDC showed a difference of 2.1% between the two samples evaluated. **Conclusion:** the study allowed us to propose seven indicators of the quality of clinical nursing documentation and the method for its use in hospital records. New studies will allow them to be adapted for use in other care contexts.

KEYWORDS: Nursing process. Nursing records. Quality indicators. Clinical documentation. Methodology research. Health evaluation.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Excerto de material impresso para apreciação dos possíveis tópicos de conteúdos de documentação clínica, São Paulo, 2013	55
Quadro 2 - Conjunto de itens associados a um tópico de conteúdo, segundo os critérios estabelecidos, para análise pelos especialistas (exemplo), São Paulo, 2014.....	56
Quadro 3 - Conjunto de itens associados a um tópico de conteúdo, para análise da elegância, pelos especialistas (exemplo), São Paulo, 2014	58
Quadro 4 - Fluxograma - Etapas de desenvolvimento do método, São Paulo, 2019	70
Quadro 5 - Tópicos de conteúdo para avaliação da documentação clínica de enfermagem, São Paulo, 2013.....	76
Quadro 6 - Instrumento de avaliação da documentação clínica de enfermagem - IADOCE, São Paulo, 2014.....	81
Quadro 7 - Diretrizes para preenchimento do instrumento IADOCE, São Paulo, 2014	89
Quadro 8 - Gabarito para Pontuação do IADOCE e Geração do IQDC-AE: Avaliação de Enfermagem na data de entrada no sistema de cuidados, São Paulo, 2019	120
Quadro 9 - Gabarito para Pontuação do IADOCE e Geração do IQDC-IP: Identificação do Paciente em três momentos distintos do período de internação, São Paulo, 2019	121
Quadro 10 - Gabarito para Pontuação do IADOCE e Geração do IQDC-DE: Diagnósticos de Enfermagem em três momentos distintos do período de internação, São Paulo, 2019	122
Quadro 11 - Gabarito para Pontuação do IADOCE e Geração do IQDC-PE: Prescrição de Enfermagem em três momentos distintos do período de internação, São Paulo, 2019	123

Quadro 12 - Gabarito para Pontuação do IADOCE e Geração do IQDC-EE: Evolução de Enfermagem em três momentos distintos do período de internação, São Paulo, 2019	124
Quadro 13 - Gabarito para Pontuação do IADOCE e Geração do IQDC-AT: Anotação de Enfermagem em três momentos distintos do período de internação, São Paulo, 2019	125
Quadro 14 - Gabarito para Pontuação do IADOCE e Geração do IQDC-CR: Características gerais do Registro em três momentos distintos do período de internação, São Paulo, 2019	127

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Variação no número de itens segundo os tópicos de conteúdo, decorrente do pré-teste, São Paulo, 2014.....	64
Tabela 2 -	Avaliações independentes e consensuais quanto a manutenção dos itens potenciais derivados da literatura, São Paulo, 2013	74
Tabela 3 -	Variação no número de itens segundo os tópicos de conteúdo, decorrente da análise realizada pelos especialistas, São Paulo, 2014	77
Tabela 4 -	Modificações realizadas quanto ao número de itens e tópicos de conteúdo, decorrentes do pré-teste, São Paulo, 2014	79
Tabela 5 -	Interpretação dos valores do Kappa de Cohen, calculados para a concordância interpares, segundo proposta de Landis e Koch (1977)	105
Tabela 6 -	Índices de concordância interpares na avaliação dos registros da Avaliação de Enfermagem, da data de entrada no sistema, São Paulo, 2015	106
Tabela 7 -	Índices de concordância interpares na avaliação dos registros de Identificação do Paciente em três momentos distintos do período de internação, São Paulo, 2015	107
Tabela 8 -	Índices de concordância interpares na avaliação dos registros dos Diagnósticos de Enfermagem em três momentos distintos do período de internação, São Paulo, 2015	108
Tabela 9 -	Índices de concordância interpares na avaliação dos registros das Prescrições de Enfermagem em três momentos distintos do período de internação, São Paulo, 2015	110
Tabela 10 -	Índices de concordância interpares na avaliação dos registros das Evoluções de Enfermagem em três momentos distintos do período de internação, São Paulo, 2015	112
Tabela 11 -	Índices de concordância interpares na avaliação das Características Gerais dos Registros de Enfermagem em três momentos distintos do período de internação, São Paulo, 2015	113

Tabela 12 - Índices de concordância interpares na avaliação dos registros das Anotações de Enfermagem em três momentos distintos do período de internação, São Paulo, 2015	114
Tabela 13 - Frequência de graus de concordância interpares segundo tópicos de conteúdos e o momento da avaliação da documentação clínica de enfermagem, São Paulo, 2015.....	117
Tabela 14 - Médias dos graus de conformidade, em porcentagens, com os critérios do IQDC-AE (Avaliação de Enfermagem) e valor do IQDC-AE em duas instituições hospitalares, São Paulo, 2019	131
Tabela 15 - Médias dos graus de conformidade, em porcentagens, com os critérios do IQDC-IP (Identificação do Profissional) e o IQDC-IP em duas instituições hospitalares, São Paulo, 2019	132
Tabela 16 - Médias dos graus de conformidade, em porcentagens, com critérios do IQDC-DE (Diagnóstico de Enfermagem) e o IQDC-DE em duas instituições hospitalares, São Paulo, 2019	133
Tabela 17 - Médias dos graus de conformidade, em porcentagens, com os critérios do IQDC-PE (Prescrição de Enfermagem) e o IQDC-PE em duas instituições hospitalares, São Paulo, 2019	135
Tabela 18 - Médias dos graus de conformidade, em porcentagens, com critérios do IQDC-EE (Evolução de Enfermagem) e o IQDC-EE em duas instituições hospitalares, São Paulo, 2019	137
Tabela 19 - Médias dos graus de conformidade, em porcentagens, com os critérios do IQDC-CR (Características Gerais do Registro) e o IQDC-CR em duas instituições hospitalares, São Paulo, 2019.....	138
Tabela 20 - Médias dos graus de conformidade, em porcentagens, com os critérios do IQDC-AT (Anotações de Enfermagem) e o IQDC-AT em duas instituições hospitalares, São Paulo, 2019	140
Tabela 21 - Escore IQDC-Global calculado para o conjunto de indicadores deste estudo, São Paulo, 2019	142

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A	- Abrangência
AM	- Atendimento em ambulatórios especializados
ANA	- <i>American Nursing Association</i>
C	- Clareza
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
COREN-SP	- Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
CP	- Internação de curta permanência
CQH	- Programa de Qualidade Hospitalar
EEUSP	- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
EM	- Atendimento em situações de emergência
EUA	- Estados Unidos da América
IADOCE	- Instrumento para avaliação da documentação clínica de enfermagem
ICC	- Coeficiente de correlação intraclasse
JCI	- <i>Joint Commission International</i>
k	- Kappa de Cohen
LP	- Internado longa permanência
N	- Não
NIC	- <i>Nursing Intervention Classification</i>
NOC	- <i>Nursing Outcomes Classification</i>
ONA	- Organização Nacional de Acreditação
P	- Pertinência
PROEN	- Processo de enfermagem
S	- Sim
SAE	- Sistematização da Assistência de Enfermagem
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UB	- Atendimento em unidades básicas de saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	PROBLEMA E OBJETIVOS	31
2.1	PROBLEMA	33
2.2	OBJETIVOS	33
2.2.1	Geral.....	33
2.2.1	Específicos	33
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	35
3.1	DEFINIÇÕES.....	37
3.2	DOCUMENTAÇÃO EM SAÚDE	38
3.3	DOCUMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM	40
3.4	INDICADORES	41
3.4.1	Etapas para a construção de um indicador	43
4	MÉTODOS	47
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	49
4.2	DESENVOLVIMENTO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA	50
4.2.1	Etapa teórica.....	50
4.2.1.1	Geração de itens	52
4.2.1.2	Análise de conteúdo	54
4.2.1.3	Análise semântica	57
4.2.1.4	Instrumento para avaliar a documentação clínica	59
4.2.2	Etapa empírica	59
4.2.2.1	Locais de estudo	59
4.2.2.2	Material.....	60
4.2.2.3	Pré-teste do instrumento de coleta de dados	61
4.2.2.4	Procedimentos de coleta dos dados.....	64
4.2.2.5	Aspectos éticos	65
4.2.3	Etapa analítica	67
4.3	INDICADORES DE QUALIDADE DA DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA	69
5	RESULTADOS.....	71
5.1	DESENVOLVIMENTO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA.....	73
5.1.1	Geração de itens	73
5.1.2	Análise de conteúdo	75
5.1.3	Análise semântica	77
5.1.4	Instrumento para avaliar a documentação clínica - IADOCE	79
5.1.4.1	Confiabilidade do IADOCE	105
5.2	INDICADORES DE QUALIDADE DA DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA	118
5.2.1	Proposta de indicadores de qualidade da documentação clínica de enfermagem	118

5.2.2	Exemplo de aplicação dos indicadores de qualidade da documentação clínica.....	130
6	DISCUSSÃO.....	143
7	CONCLUSÃO	153
	REFERÊNCIAS	157
	APÊNDICES.....	169
	ANEXO.....	199

1 INTRODUÇÃO

O processo de enfermagem (PROEN), inicialmente desenvolvido por enfermeiras americanas, foi introduzido no Brasil nos anos 70 por Wanda Horta (1979) que o definiu como a “dinâmica de ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano”. Posteriormente esta forma de organizar a assistência passou a ser denominada Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). De acordo com Neves e Shimizu (2010) a SAE consiste em um método “de organização, planejamento e execução de ações sistematizadas, que são realizadas pela equipe durante o período em que o cliente se encontra sob os cuidados da enfermagem”. Estas definições têm favorecido a compreensão dos conceitos como sinônimos. Muitos enfermeiros ainda hoje utilizam SAE e PROEN como conceitos intercambiáveis ou sinônimos perfeitos (GUTIÉRREZ; MORAIS, 2017). Entretanto, Garcia (2016) aponta uma distinção entre eles, sendo a SAE um conjunto mais amplo de atividades e o PROEN umas de suas etapas, o “eixo fundante e estruturante” da sistematização da assistência.

O modelo do PROEN de Horta (1979) propunha que o enfermeiro desenvolvesse as atividades relacionadas à assistência em seis etapas: **histórico de enfermagem** – levantamento de dados por meio de entrevista e exame físico; definição do **diagnóstico de enfermagem** – estabelecido a partir dos problemas identificados; **plano assistencial** – plano global de ação; **prescrição de enfermagem** – plano diário de cuidados; **evolução** – descrição diária dos eventos de significado clínico, e **prognóstico** – estimativa do potencial do paciente para o autocuidado.

Com a evolução da compreensão das etapas do processo assistencial decorrente de sua utilização em diferentes cenários ao redor do mundo e com o advento da padronização das linguagens de enfermagem para os diagnósticos, intervenções e resultados, por uma entidade internacional e por pesquisadores da universidade de Iowa, respectivamente: *NANDA International* (HEATHER; KAMITSURU, 2015); *Nursing Intervention Classification* (NIC) (BULECHECK et al., 2016) e *Nursing Outcomes Classification* (NOC) (MOORHEAD et al., 2016) várias modificações foram introduzidas no PROEN e conceitos foram atualizados (CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013).

A partir da terceira geração, conforme descrevem Pesut e Herman (1999), o PROEN passa a incluir os resultados sensíveis à enfermagem. Desde então esforços

vem sendo feitos de modo a atender às etapas do PROEN consideradas neste estudo: avaliação de enfermagem (incluindo histórico e exame físico); diagnósticos de enfermagem; prescrição de enfermagem; evolução de enfermagem e resultados do paciente (sensíveis à enfermagem). Cada etapa requer o respectivo registro e subsequente arquivamento no prontuário do paciente.

Os registros das etapas do PROEN que integram a documentação que compõe o prontuário do paciente podem servir a diferentes finalidades: estimar qualitativa e quantitativamente o trabalho desenvolvido pela enfermagem (FONSECA et al., 2005); definir o foco da assistência de enfermagem, estabelecer uma comunicação estruturada entre profissionais de saúde e garantir a continuidade do cuidado individualizado (BJÖRVELL; THORELL-EKSTRAND; WREDLING, 2000). Considera-se ainda que o registro documental ajuda a explicar a duração da internação e os custos hospitalares (BROKEL; HEATH, 2008).

Uma documentação adequada deve conter cinco elementos principais: informação pessoal do paciente com descrição dos dados admissionais tomados na entrevista; diagnósticos de enfermagem completos (problema, etiologia, sinais e sintomas); intervenções planejadas e implementadas; registro dos resultados; ser precisa, completa e legível (PAANS et al., 2010a). A esses elementos devem ser acrescentados os registros feitos no momento da alta (BJÖRVELL; THORELL-EKSTRAND; WREDLING, 2000).

A fim de mensurar a adequação e qualidade da documentação do PROEN e de garantir a comparabilidade das mensurações é importante escolher ferramentas que permitam avaliar os registros das diferentes etapas do PROEN.

Uma forma de avaliar os registros é mediante o uso de indicadores de qualidade que descrevem o tipo de desempenho que se espera (MAINZ, 2003) e permitem quantificar resultados e ações (PONTES et al., 2008) tendo como base não aspectos intuitivos, mas evidências pautadas em dados válidos e confiáveis (HINRICHSSEN et al., 2011; REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2008). Portanto, é preciso medir os resultados.

A necessidade de medir é imperativa em instituições de saúde, uma vez que as atividades nelas desenvolvidas são complexas e envolvem riscos, devendo-se criar indicadores aplicáveis em diferentes programas ou serviços (BITTAR, 2004). Medir os resultados obtidos nestes espaços possibilita a busca de eficiência e eficácia nas diferentes esferas do cuidado (KURCGANT; TRONCHIM; MELLEIRO, 2006).

O propósito básico da medida associada à qualidade é informar à organização se ela está indo na direção das suas metas e objetivos (LLOYD, 2019, p. 96). O emprego de um indicador possibilita conhecer o que acontece em determinado processo de trabalho e a partir desse conhecimento traçar estratégias de ação (SCHOUT; NOVAES, 2007).

A literatura define indicador como “um aspecto quantificável específico de um resultado ou processo” (LLOYD, 2019, p. 104). Pode também ser entendido como uma ferramenta a ser usada para avaliar o desempenho frente a metas estabelecidas [Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP, 2010)]. Ou ainda, como variável que quantifica as alterações no comportamento dos critérios de qualidade pré-definidos (HINRICHSEN et al., 2011).

No Brasil o uso de indicadores vem ocorrendo já há algum tempo, como os Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil, editado desde 2002 (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2008) que reúne cerca de 120 indicadores utilizados eminentemente na gestão do setor público.

Outros estudos apresentam propostas de desenvolvimento de indicadores, alguns já em uso, outros apenas sugeridos. Dentre eles pode-se destacar: a proposta de Indicadores de Qualidade e Quantidade em Saúde de Bittar (2004), contendo 138 indicadores – nenhum específico para a enfermagem; os indicadores de Qualidade da Assistência de Enfermagem nos períodos Puerperal e Neonatal (TEIXEIRA et al., 2006) contendo a descrição de 14 indicadores para a enfermagem; os Indicadores de Qualidade de Enfermagem (PERES DA MOTA; MELLEIRO; TRONCHIM, 2007) que descreve 16 indicadores com respectivas fórmulas e outras informações relevantes para seu uso; os 94 indicadores de atenção à saúde da mulher, voltados para ações de enfermagem propostos por Mandú (2005), além dos apresentados pela literatura internacional (MAINZ, 2003; WHO, 2018).

Sua utilização vem crescendo cada vez mais pois são usados em programas de Acreditação Hospitalar, Seis Sigma e nas Certificações ISO 9000 (BITTAR, 2001). Na assistência hospitalar são frequentes as menções aos indicadores de queda, de extubação acidental, de úlcera por pressão e outros, tornando o termo comum ao pessoal de enfermagem.

A revisão bibliográfica mostrou que a documentação da assistência de enfermagem é um campo fértil, ainda pouco explorado, que conta com recomendações dos órgãos do exercício profissional e da literatura, os quais

expressam preocupação com a necessidade de um registro fidedigno das ações de cuidado a ser mantido no prontuário clínico para consulta, sempre que necessário.

Este fato, associado ao crescente emprego de indicadores em diferentes áreas da atividade humana, incluindo a saúde, bem como a necessidade imperativa de valorização das ações de enfermagem visando garantir a continuidade da assistência e respaldar legalmente a prática, motivou o desenvolvimento deste estudo que propõe um conjunto de indicadores destinados a avaliar a documentação das etapas do PROEN no prontuário do paciente.

A despeito de haver muitos indicadores em uso na atualidade, constatou-se que os estudos já citados tratam do desenvolvimento de ferramentas desta natureza na intenção de medir diferentes aspectos da assistência de enfermagem, mas na literatura nacional nenhum se refere à documentação das etapas do PROEN e características próprias ao registro. Na literatura internacional, o Manual da *Joint Comission International* (JCI) (JCI, 2010 e 2017), utilizado internacionalmente na acreditação de instituições hospitalares, ao tratar de aspectos que incluem as práticas da enfermagem, faz recomendações quanto à avaliação inicial, declaração de diagnósticos, planos de cuidado e alta definidos em função das necessidades do paciente, mas não entra no mérito dos padrões específicos de qualidade do registro relativo a todas as fases do processo de enfermagem. Outros documentos seguem mesma linha em suas recomendações.

Vale ressaltar que a normatização estabelecida pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (2009) por meio da Resolução COFEN - 358/2009 menciona que os enfermeiros devem utilizar o PROEN em todos os ambientes onde o cuidado de enfermagem ocorra. Esta resolução é complementada pela Resolução COFEN - 429/2012 (COFEN, 2012) que trata dos registros das ações profissionais de enfermagem.

Portanto, um indicador que avalie os registros de enfermagem apostos no prontuário poderá se constituir em um instrumento de apoio, estimulando o enfermeiro a documentar as atividades assistenciais de enfermagem seguindo a regulamentação nacional estabelecida pelas resoluções supracitadas e as boas práticas internacionais de registro. Também poderá contribuir para a promoção de uma comunicação de melhor qualidade entre os cuidadores, favorecendo a continuidade e individualidade do cuidado (BARBOSA; TRONCHIM, 2015; WANG; HAILEY; YU, 2011).

Outrossim, a literatura destaca alguns benefícios do emprego de indicadores: indicam caminhos para alcançar eficiência e eficácia nos resultados da organização (KURCGANT; TRONCHIM; MELLEIRO, 2006); permitem quantificar resultados e ações relativas à assistência (PONTES et al., 2008); permitem avaliar o alcance das metas estabelecidas pelo serviço (COREN-SP, 2010); contribuem para a melhoria da qualidade da documentação (JANSSON; PILHAMAR-ANDERSON; FORSBERG, 2010); impactam no desenvolvimento da qualidade (IDVALL et al., 1999); visam favorecer a gestão da qualidade da assistência, auxiliam os usuários e compradores do serviço a reconhecer as melhores práticas gerenciais do mercado (LARA; LASMAR; XAVIER, 2009); podem ainda auxiliar a demonstrar como o cuidado prestado pelo enfermeiro pode fazer diferença para o paciente (KUNAVIKTIKUL et al., 2005).

No Brasil, a busca realizada em 2013 e repetida em 2018 visando encontrar instrumentos de avaliação dos registros de enfermagem, não encontrou trabalhos propondo analisar esta documentação enfocando as características do registro propriamente ditas. O trabalho de Linch et al. (2015), validando o instrumento Q-DIO no Brasil e Estados Unidos da América (EUA), embora trate da qualidade dos registros, difere da proposta atual pois não trata das características intrínsecas dos registros, mas sim da qualidade dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, detectada por meio dos registros no prontuário.

Alguns autores fazem alusão à falta de instrumentos que meçam a qualidade da documentação de enfermagem e ao mesmo tempo apresentam propostas de ferramentas para avaliar essa documentação (BJÖRVELL; THORELL-EKSTRAND; WREDLING, 2000; MÜLLER-STAUB et al., 2008; NORDSTRÖM; GARDULF, 1996; PAANS et al., 2010a).

Os instrumentos propostos por estes autores para avaliar a documentação da enfermagem são: **D-Catch** (PAANS et al., 2010a), **Q-Dio** (MÜLLER-STAUB et al., 2008), **Cat-ch-ing** (BJÖRVELL; THORELL-EKSTRAND; WREDLING, 2000) **NoGa** (NORDSTRÖM; GARDULF, 1996) e o **Instrumento de Auditoria** de Ehnfors e Smedby (1993). Todos tratam da documentação da assistência de enfermagem. Constatou-se que a preocupação dos autores consistiu em analisar os registros de enfermagem nos prontuários quanto sua ocorrência, coerência entre as fases do PROEN, confiabilidade, quantidade e também em testar o instrumento para verificar sua aplicabilidade. Não foram formulados como uma proposta de indicador: medida

concisa, para aplicação em larga escala, que utiliza uma expressão matemática para seu cálculo (KURCGANT et al, 2010).

A avaliação da documentação de enfermagem proposta por Ehnfors e Smedby (1993), realizada em 12 unidades selecionadas em três hospitais da Suécia, utilizou o modelo do PROEN em cinco fases, subdivididas em nove componentes e 29 categorias ou palavras-chave, sendo cada categoria avaliada com o uso de uma escala de pontuação em cinco níveis. Os instrumentos são usados para a análise de prontuários em relação a seu conteúdo e integralidade dos registros de enfermagem.

Nordström e Gardulf (1996) desenvolveram um instrumento de auditoria denominado **NoGa**® destinado ao uso em unidades hospitalares para auditoria interna ou externa. O estudo foi conduzido em cinco hospitais universitários e cinco hospitais regionais da Suécia. O instrumento está estruturado para avaliar a qualidade do cuidado de enfermagem abrangendo aspectos nas três esferas da qualidade estrutura, processo e resultados. Visa analisar “em que extensão as diferentes etapas do processo de enfermagem podem ser identificadas nos registros do paciente e se as anotações de enfermagem estão assinadas e datadas” (NORDSTRÖM; GARDULF, 1996). Instrumentos que usam a abordagem de estrutura, processos e resultados tem como base teórica os trabalhos de Donabedian (2005) sobre avaliação da qualidade do cuidado.

O instrumento elaborado por Björvell, Thorell-Ekstrand e Wredling (2000), chamado **Cat-ch-ing**, considera os registros das etapas do PROEN, sua legibilidade, data do registro, informações do profissional que realizou o registro e o uso das palavras-chaves propostas pelo “VIPS Model”, um modelo para a documentação de enfermagem utilizado na Suécia. O Cat-ch-ing consiste em 17 questões propostas para “julgar os registros de enfermagem”. Foi construído para servir aos propósitos da auditoria e intenta medir a extensão com a qual os registros do paciente contêm as informações relevantes sobre as suas condições.

Müller-Staub et al. (2009) também propõem uma ferramenta para avaliar o uso da linguagem padronizada de enfermagem visando medir a qualidade e conexão coerente entre diagnósticos, intervenções e resultados nos registros de enfermagem, deixando uma lacuna na avaliação inicial (histórico e exame físico). Esta ferramenta é identificada pelo acrônimo Q-DIO: “**Quality of documentation of nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes**”. O pensamento que levou a sua formulação foi o de que há uma necessária conexão lógica entre os componentes da

assistência, não sendo adequado priorizar um em detrimento de outros. O estudo foi realizado na Suíça e testado em 60 arquivos de pacientes sendo 30 de unidades que usavam e 30 que não usavam linguagem padronizada. Esse instrumento foi validado no Brasil por Linch (2012).

A proposta de instrumento mais recente encontrada, foi a de Paans et al. (2010a), chamado “D-Catch Instrument”. Desenvolvido e testado em hospitais gerais da Holanda teve como propósito principal medir a exatidão da documentação de enfermagem. Considera que uma documentação precisa, exata, deve conter cinco elementos: informação pessoal do paciente com descrição dos dados admissionais; diagnóstico preciso; intervenção precisa; resultados documentados; e no conjunto ser precisa, completa e legível.

Todas estas ferramentas incluem aspectos importantes a serem considerados na avaliação da documentação da assistência de enfermagem, contudo não foram elaboradas para serem indicadores, embora se proponham a avaliar a qualidade dos registros.

Algumas limitações nesses instrumentos são descritas a seguir:

- Utilizam padrões de documentação, sistemas de linguagem padronizada de enfermagem e questões legais, de características regionais o que dificultaria seu emprego em outras regiões - problema também constatado na revisão de Saranto e Kinnunen (2008).
- São complexos e detalhados o que dificultaria seu uso como um indicador, visto que esse “deve ser simples de usar e de baixo custo” (BITTAR, 2001).
- A análise detalhada das etapas do PROEN envolve por vezes um julgamento subjetivo, o que pode comprometer a confiabilidade do indicador.
- Possuem embasamento em modelos de sistematização de uso regional.

Schout e Novaes (2007) mencionam que frequentemente a qualidade da atenção é considerada condição indispensável, embora não suficiente, aos registros de boa qualidade. A esse respeito podem ser feitas diferentes considerações, tendo em conta que em alguns setores – emergência, por exemplo – pela urgência dos cuidados, mesmo a assistência de qualidade adequada pode não resultar em um bom registro.

Um índice baseado no uso de uma linguagem padronizada de enfermagem, de aceitação internacional, e que atenda também às diretrizes nacionais, poderá ser útil na avaliação dos registros de enfermagem, uma vez que são escassas ferramentas desta natureza que contemplem as diferentes etapas do PROEN. Mesmo os programas de

acreditação em uso no país não consideram essa necessidade. Os indicadores propostos para as avaliações da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e Programa de Qualidade Hospitalar (CQH) não se referem aos processos assistenciais, limitam-se a abordar as questões estruturais do cuidado.

Conforme já mencionado, um indicador assistencial é uma unidade de medida de um evento ou atividade, que pode ser usado para monitorar a qualidade da assistência. Usado adequadamente pode direcionar os serviços levando-os a apresentar níveis de excelência na assistência, resultando em redução dos custos e aumento da produtividade (TEIXEIRA et al., 2006); destina-se a medir a conformidade de um determinado procedimento em relação a um padrão desejável estabelecido previamente.

O uso de indicadores “tem sido bem aceito pelos profissionais de saúde, que os reconhecem como necessários na busca da eficiência e eficácia dos resultados organizacionais” (KURCGANT; TRONCHIM; MELLEIRO, 2006) e na prática da assistência de qualidade (CINTRA et al., 2010).

As pressões financeiras e os casos legais têm voltado a atenção dos profissionais de saúde para a necessidade do desenvolvimento de medidas que permitam atribuir valor ao cuidado. Logo, medidas que expressem o uso do processo de enfermagem ou o desempenho obtido pela enfermagem verificáveis por meio da documentação do cuidado, são importantes para a enfermagem (MÜLLER-STAUß et al., 2008).

Para Fonseca et al. (2005) tanto a qualidade da assistência de enfermagem como sua produtividade podem ser aferidas por meio da qualidade dos registros das ações assistenciais, e esses podem colaborar com a melhoria da prática e dos resultados operacionais.

Assim, é possível afirmar que sendo a documentação um espelho da assistência oferecida, pode-se concluir que ela represente o cuidado ministrado. No entanto, é necessário que seja mantido registro fiel de todas as ações praticadas. Assim, há uma premente necessidade de manter uma análise periódica da documentação de enfermagem que indique a distância entre o recomendado e o observado contribuindo para a reorganização e gerenciamento do cuidado (VITURI; MATSUDA, 2008) e para a conscientização da equipe quanto à descrição fidedigna da assistência prestada que para garantir sua acurácia deve ser feita tão logo o cuidado seja prestado (JEFFERIES; JOHNSON; GRIFFITHS, 2010).

Adami e Maranhão (1995) afirmam que a busca pela qualidade dos cuidados na saúde implica em fazer avaliações e definir medidas corretivas a serem aplicadas frente às deficiências encontradas. Estas avaliações só são possíveis em relação aos aspectos mensuráveis do cuidado representados eminentemente pelo seu registro documental, o que leva aos registros e aos indicadores que lhes atribuem valor.

Na verdade, há controvérsias nos estudos em relação à comprovação da relação entre registros e qualidade dos cuidados. O estudo de Nilsson e Willman (2000) aplicando dois instrumentos de medida da documentação de enfermagem antes e depois de uma intervenção educacional mostrou que a atenção sobre os registros com a pesquisa aumentou a quantidade da documentação, mas não conseguiu comprovar mudanças em seu conteúdo, o que pode não representar mais qualidade. Outro estudo, de revisão, refere ter encontrado uma relação direta entre qualidade da assistência de enfermagem e conteúdo dos registros profissionais nos estudos levantados (LINCH; MÜLLER-STAUB; RABELO, 2010).

Estas considerações formam o cenário para a proposta de elaboração de indicadores que permitam avaliar os registros documentais de enfermagem no prontuário do paciente, procurando oferecer uma medida objetiva sobre a qualidade dos mesmos.

Atualmente indicadores têm sido empregados como estratégia para avaliar diferentes aspectos da assistência em saúde, sendo recomendados pelo Parecer COREN-SP 026/2010 para avaliar a qualidade da assistência de enfermagem possibilitando comparar dados entre os setores e com outras instituições. Embora o Parecer do Conselho assim expresse, avaliar qualidade é algo muito complexo, uma vez que a qualidade é intangível e vista sempre pela ótica de quem a avalia. Contudo, entende-se que uma forma de ter uma aproximação com esse objetivo é avaliando os registros das ações praticadas pelo pessoal de enfermagem.

2 PROBLEMA E OBJETIVOS

2 PROBLEMA E OBJETIVOS

2.1 PROBLEMA

Ausência de indicadores de qualidade da documentação clínica de enfermagem.

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 Geral

Propor indicadores de qualidade da documentação clínica de enfermagem.

2.2.1 Específicos

- Construir um instrumento de avaliação da documentação clínica de enfermagem.
- Verificar a validade de conteúdo e a confiabilidade de um instrumento para avaliar a documentação clínica de enfermagem.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Serão apresentados a seguir os conceitos centrais que nortearam esta proposta de estudo.

3.1 DEFINIÇÕES

Documentação: Ação ou efeito de documentar. Conjunto de documentos destinado a uma comprovação (MICHAELIS, 2016).

Registro: “Ato ou efeito de registrar” (MICHAELIS, 2016). Descrição escrita das informações relacionadas ao paciente, compreendendo as medidas terapêuticas utilizadas e os atos profissionais necessários à assistência em saúde; conteúdo escrito da documentação do paciente (Definição do autor).

Indicador: consiste em uma unidade de medida de uma atividade; os indicadores sinalizam divergências com um padrão estabelecido como desejável (BITTAR, 2001); monitoram a qualidade dos serviços, possibilitando a melhoria do cuidado oferecido (MOURA et al., 2009); um aspecto quantificável específico de um resultado ou processo (LLOYD, 2019); são construídos mediante o emprego de uma expressão matemática onde numerador e denominador representam, respectivamente, ocorrência do evento selecionado e a população de risco envolvida (TRONCHIM; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2010).

Serviços: Cobra e Zwarg (1987, p. 6-7) definem seis características da prestação de serviços:

- **Intangibilidade:** os serviços são mais intangíveis do que tangíveis: são o resultado de desempenho. São consumidos, mas não podem ser possuídos.
- **Simultaneidade:** os serviços são simultaneamente produzidos e consumidos.
- **Variabilidade:** os serviços são menos padronizados e uniformes: mesmo sendo baseados em pessoas e equipamentos, o componente humano é o que prevalece.
- **Perecibilidade:** os serviços não podem ser estocados: uma vez produzido, o serviço deve ser consumido; não é estocado para venda e consumo futuro.

- **Reprodutibilidade:** geralmente não podem ser protegidos por patentes: os serviços são facilmente copiados, razão pela qual é interessante que desfrutem de boa imagem de marca.
- **Valoração:** é difícil estabelecer o preço: os custos de produção dos serviços variam em virtude de serem apoiados em trabalho humano estipulado subjetivamente.

Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) acrescentam outra característica, a **heterogeneidade** do serviço, que resulta no alto grau de variabilidade, decorrente da ligação do fornecedor, bem como do cliente, ao local e tempo, ou seja, o serviço depende de quem, quando, onde e como é provido.

Serviço pode então ser definido como um trabalho realizado por alguém, que resulta em um produto final intangível – consumido no momento em que é produzido – sem gerar um produto físico e cuja oferta e percepção são variáveis.

3.2 DOCUMENTAÇÃO EM SAÚDE

As ações em saúde têm sido desenvolvidas de forma cada vez mais complexa. Essa complexidade decorre, dentre outras coisas, do rápido desenvolvimento tecnológico, do grande número de profissões que atuam nesta área, e do desenvolvimento social, que apresenta um cliente cada vez mais exigente.

Como decorrência do fato de diversos profissionais atuarem na assistência e em turnos diferentes, da necessidade de informações atualizadas, das questões da segurança do paciente, dos processos decorrentes de questionamentos dos pacientes ou familiares colocando em cheque as ações dos profissionais de saúde, é crescente a preocupação quanto à necessidade de registrar adequadamente as ações realizadas e as informações coletadas.

Assim, a documentação produzida pela equipe multiprofissional assume uma relevância cada vez maior frente às necessidades de comunicação entre os profissionais, o que é essencial para a qualidade no atendimento (SPERANDIO; ÉVORA, 2005) facilitando o conhecimento e acompanhamento adequado das ações profissionais e das condições clínicas do paciente.

É compreensível que num ambiente onde convivem diferentes profissionais com níveis de formação e treinamento diversificados, e onde num período de cerca de quatro dias de internação as informações sobre o paciente podem ser manuseadas por mais de 50 pessoas entre médicos, enfermeiros, pessoal técnico e administrativo, seja fundamental para a própria segurança do paciente e da equipe que o registro seja feito de forma cuidadosa e o mais completo possível (O'DANIEL; ROSENSTEIN, 2008).

Entende-se como principal benefício da documentação a melhoria da comunicação estruturada entre os profissionais de saúde para assegurar a continuidade do atendimento planejado e individualizado ao paciente (BJÖRVELL; THORELL-EKSTRAND; WREDLING, 2000; WANG; HAILEY; YU, 2011). O registro é visto também como um meio de comunicação sobre as necessidades dos pacientes entre os membros da equipe, e o compartilhamento de tais informações pode melhorar o padrão e garantir a continuidade do cuidado, permitindo aos enfermeiros conhecer melhor as necessidades de saúde do paciente e como elas se apresentam (WHO, 1980). Além disto os registros são a única maneira de provar que o tratamento foi conduzido corretamente, auxiliando a avaliação científica, permitindo a revisão das condutas, podendo ser usados como forma de defesa contra acusações de negligência na conduta terapêutica (THOMAS, 2009).

Destaca-se, portanto, a relevância da documentação em saúde tanto para os profissionais quanto para o paciente – para Björvell, Thorell-Ekstrand e Wredling (2000) os registros do paciente são a principal fonte de informação – devendo cada profissional assumir a responsabilidade de realizar um registro fiel de suas observações e ações sendo a documentação de enfermagem, para os mesmos autores, componente essencial desse registro.

3.3 DOCUMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Em anos mais recentes a enfermagem tem conquistado maior independência em sua prática, com um claro reconhecimento da importância do cuidado que provê. Com a melhora do reconhecimento é importante que a documentação do cuidado não fique restrita ao registro acurado das intervenções (médicas e de enfermagem) realizadas, mas também inclua o registro de todo o processo de tomada de decisão explanando e avaliando a ação de enfermagem escolhida (BJÖRVELL; THORELL-EKSTRAND; WREDLING, 2000).

A tomada de decisão por sua vez envolve todas as etapas do processo de enfermagem, executadas pelo enfermeiro. Esse é, no parecer de Bork (2005), dentre os profissionais que atuam na assistência em saúde, o profissional-chave para documentar a assistência prestada ao paciente uma vez que o acompanha durante as 24 horas do dia.

É importante que o enfermeiro tenha em mente que o cuidado é uma realidade abstrata, e que é por meio da sua documentação precisa que será possível revisar sistematicamente o PROEN e avaliar a qualidade do cuidado prestado. Ele precisa valorizar o fato de que é pelos relatos da enfermagem, registrados no prontuário do paciente que é possível avaliar a acurácia da documentação de enfermagem (PAANS et al., 2010b), ou seja, sua análise irá mostrar as áreas onde há falhas nos registros e quais têm sido os resultados das intervenções propostas.

Os registros de enfermagem, portanto, são um meio não só de documentar e comparar, mas também de garantir e melhorar a qualidade da assistência (MÜLLER-STAUB, 2006). Vários autores descrevem uma associação entre os registros da assistência e a melhoria da qualidade, por ser esse registro passível de análise, revelando em que aspectos há ou não conformidade com os objetivos da instituição ou as normativas externas, além de oferecer material para a pesquisa (NILSSON; WILLMAN, 2000; SCHOUT; NOVAES, 2007; THOMAS, 2009). Tendo essas informações em mãos os gestores podem planejar maneiras de corrigir as distorções o que contribui para a melhoria do serviço (FONSECA et al., 2005; KUNAVIKTIKUL et al., 2005; LARA; LASMAR; XAVIER, 2009; TRONCHIM et al., 2009).

Ao aplicar o PROEN o enfermeiro obtém e gera informações que subsidiarão o planejamento, coordenação e avaliação das suas ações priorizando o atendimento ao cliente. Dessa forma, pode-se considerar o PROEN como um instrumento que

favorece e requer a comunicação de informações relevantes e pertinentes sobre os cuidados de enfermagem e o paciente (SPERANDIO; ÉVORA, 2005).

A análise da documentação de enfermagem permitirá:

- Identificar lacunas no registro das etapas do processo de enfermagem.
- Direcionar as ações do enfermeiro.
- Planejar intervenções junto à equipe para melhoria da documentação.
- Orientar o ensino da documentação em enfermagem.
- Verificar a adequação do cuidado ofertado.
- Comparar as ações registradas ao cuidado efetivamente realizado.
- Promover melhorias no cuidado prestado.
- Detectar os resultados do paciente sensíveis à enfermagem.
- Garantir a receita devida ao cuidado prestado pela enfermagem.
- Realizar pesquisas quanto à assistência de enfermagem oferecida.
- Observar o atendimento aos aspectos legais do registro necessário à defesa do paciente/profissional em relação ao cuidado ofertado, entre outras.

3.4 INDICADORES

O emprego de indicadores vem se fortalecendo uma vez que esta medida tem proporcionado informações aos profissionais da assistência, gestores, avaliadores externos, compradores de serviços e usuários, permitindo-lhes obter um panorama de como está sendo conduzido o serviço na instituição. Instituições públicas e privadas vêm utilizando regularmente estas ferramentas para apoiar ações gerenciais na saúde.

No Brasil a literatura apresenta diferentes interessados no uso desta ferramenta. Há documentos que descrevem um grande número de indicadores, elaborados pelo Ministério da Saúde (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2008), programas de aprimoramento da qualidade (LARA; LASMAR; XAVIER, 2009; PERES DA MOTA, 2006) pesquisadores da qualidade (BITTAR, 2001, 2004; KURCGANT; TRONCHIM; MELLEIRO, 2006; PERES DA MOTA; MELLEIRO; TRONCHIM, 2007; SCHOUT; NOVAES, 2007; TRONCHIM et al., 2009) órgão de fiscalização do exercício profissional (COREN-SP, 2010). Nesses documentos há amplas listas de indicadores chegando à casa das centenas, ou descrições orientando como desenvolvê-los, mas poucos são específicos para a enfermagem e nenhum destinado aos registros de enfermagem.

As pesquisas sobre esses instrumentos usam procedimentos de revisão da literatura ou opinião de especialistas para definir indicadores (CINTRA et al., 2010; FONSECA et al., 2005; KURCGANT; MELLEIRO; TRONCHIM, 2008), aplicações práticas voltadas para áreas específicas da saúde da mulher, do neonato e recursos humanos (MANDÚ, 2005; NICOLE; TRONCHIM, 2011; TEIXEIRA et al., 2006), outras características a serem usadas em diferentes áreas de atuação dos profissionais de saúde (VITURI; MATSUDA, 2009) e sobre qualidade dos registros (LINCH; MÜLLER-STAUB; RABELO, 2010; VITURI; MATSUDA, 2008).

A seguir são descritos alguns tipos de indicadores encontrados nos estudos encontrados:

Um estudo tailandês menciona nove indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem abordando os componentes de estrutura, processos e resultados dentre os quais: horas de enfermagem/paciente/dia, satisfação da equipe de enfermagem, quedas, risco de quedas, integridade da pele (KUNAVIKTIKUL et al., 2005).

Mainz (2003) em estudo realizado na Dinamarca propõe indicadores de estrutura, processo e resultados, totalizando mais de 40 itens. Esse autor descreve diferentes categorias de indicadores clínicos: com base em taxas ou eventos sentinela; relacionados com estrutura processo e resultados; genéricos ou doença-específicos; conforme o tipo de cuidado, função e modalidade.

Estudos brasileiros descrevem entre outros, os seguintes indicadores de gestão de recursos humanos em enfermagem: horas de treinamento por funcionário, absenteísmo, rotatividade (KURCGANT; MELLEIRO; TRONCHIM, 2008). Mandú (2005) trata de indicadores de atenção à saúde da mulher considerando dois grupos: os de qualidade assistencial e os de qualidade gerencial. Exemplos: de consulta pré-natal, consulta pós-parto, registro adequado dos dados, entre 96 indicadores sugeridos.

Constatou-se haver um grande número de indicadores, com listagens contendo mais de 100 itens, sem que qualquer deles atendesse às questões específicas da documentação de enfermagem.

Um indicador ideal possui algumas características-chaves:

- Está baseado em definições acordadas, é descrito exaustiva e exclusivamente.
- É altamente específico e sensível: detecta poucos falsos positivos e falsos negativos.

- É válido e confiável.
- Discrimina bem.
- Refere-se claramente a eventos identificáveis pelo usuário.
- Permite comparações úteis.
- Está baseado em evidências.

A especificidade e sensibilidade de um indicador, depende de uma descrição explícita e pormenorizada dos dados a que se refere (MAINZ, 2003).

3.4.1 Etapas para a construção de um indicador

A seguir são apresentadas as etapas de três métodos propostos para o desenvolvimento de indicadores, da *American Nursing Association* (ANA) (2009); de Lloyd (2004) e o proposto por Idvall et al. (1999). As propostas apresentam etapas semelhantes na sua maioria. As duas primeiras são propostas que podem ser usadas em qualquer tipo de estudo e a terceira relata as etapas seguidas em um estudo experimental.

Para desenvolver um indicador a *American Nursing Association* (ANA, 2009), recomenda que o pesquisador siga as seguintes etapas:

- Buscar as revisões por pares na literatura para definir que indicadores têm se mostrado sensíveis para a enfermagem e se houve estudos de confiabilidade.
- Discutir o tópico com especialistas para identificar problemas de medição e informações adicionais que devem ser coletadas para apoiar os relatórios do hospital ou sua análise.
- Desenvolver um plano para os relatórios da coleta de dados.
- Solicitar comentários das unidades que participam sobre a viabilidade do plano proposto de coleta de dados e a utilidade dos indicadores.
- Conduzir um estudo piloto com hospitais voluntários para testar o manual de coleta de dados e os formulários.
- Revisar o plano dos relatórios da coleta de dados.
- Desenvolver um sistema de coleta de dados via web incluindo seções administrativas do banco de dados, telas de entrada de dados e tutorial.
- Anunciar a disponibilidade do novo indicador para os hospitais membros para que a equipe possa utilizar o tutorial, iniciar a coleta e submissão dos dados.
- Conduzir a análise dos dados e a elaboração de relatórios trimestrais.

A proposta é baseada nos pressupostos da qualidade em saúde e subdivide os indicadores em: de estrutura, processo e resultados, numa perspectiva de medidas de qualidade sensíveis à enfermagem. E como parte da associação de enfermeiros, preocupa-se em dar uma amplitude nacional aos indicadores propostos com coleta de dados armazenada em bancos de dados a serem alimentados por todos os hospitais participantes.

A descrição para a construção de indicadores de Lloyd (2004, 2019) apresenta sete passos:

- Definir o objetivo geral visando a melhoria pretendida.
- Selecionar os conceitos chave associados a uma fundamentação teórica.
- Identificar o tipo específico de indicador que reflete os aspectos do cuidado que se pretende medir.
- Elaborar a definição operacional de cada indicador selecionado de forma clara, identificando com precisão os aspectos a serem mensurados.
- Elaborar um plano para a coleta de dados em duas etapas distintas: primeiro, planejando um momento de discussão com os profissionais da área para verificar como os dados podem ser coletados atualmente; segundo, estabelecer um plano bem elaborado para a coleta de dados considerando: frequência de coleta, estratificação, plano de amostragem e método de coleta.
- Planejar a análise dos dados: tempo, programa estatístico, testes necessários para interpretação dos resultados.
- Finalmente estabelecer um plano de ação considerando os resultados da análise dos dados para que eles cumpram seu papel levando a melhorar a assistência aos clientes.

O fundamento da proposta de Lloyd (2004) está nos princípios da qualidade, contudo ele destaca a necessidade de intencionalidade no processo de avaliação. As informações a serem coletadas devem ser definidas com base na política institucional para que representem algo desejado e com vistas a atender uma necessidade estabelecida a priori.

A proposta de desenvolvimento de indicadores pelo método experimental foi conduzida por Idvall et al. (1999) para elaborar indicadores de qualidade em enfermagem clínica destinados ao manejo da dor pós-operatória, tendo seguido as etapas abaixo discriminadas:

- Estudo prévio dos aspectos impactantes da assistência de enfermagem, mediante entrevistas com grupo focal formado por enfermeiros que atuavam em clínica cirúrgica do qual resultou um modelo experimental com 15 categorias divididas em duas dimensões.
- Formulação de um item para cada categoria do modelo.
- Revisão da literatura.
- Desenvolvimento de Diretrizes para a prática clínica mediante painel de especialistas em manejo da dor pós-operatória apoiado por uma revisão intensiva da literatura.
- Averiguação dos itens propostos mediante confrontação com as Diretrizes de manejo da dor elaboradas pelo Departamento de Saúde dos EUA com confirmação de 14 dos 15 itens inicialmente propostos.
- Avaliação da relevância e validade de face do instrumento por enfermeiros clínicos com experiência em manejo da dor pós-operatória.
- Aplicação do instrumento em enfermeiros que haviam participado de seis cursos sobre manejo da dor pós-operatória nos três anos anteriores.

O modelo experimental de Idvall et al. (1999) teve como ponto de partida um estudo anterior de sua coautoria (IDVALL; ROOKE, 1998), em que aspectos relevantes do cuidado, que poderiam impactar sobre a qualidade e os efeitos do cuidado em unidades cirúrgicas, haviam sido definidos. Desse estudo surgiram duas dimensões do cuidado (elementos de desempenho; pré-requisitos) subdivididas em 15 categorias. A proposta está centrada na valorização da visão do especialista como elemento chave no processo decisório para a elaboração de novos indicadores, dada sua percepção prática dos fenômenos envolvidos.

Os três métodos acima descritos para o desenvolvimento de indicadores têm como pano de fundo a melhoria da qualidade na atenção em saúde, mas tratam a questão sob diferentes pontos de vista. Na primeira proposta (ANA, 2009) o foco é direcionado para a produção de indicadores que venham a ser utilizados em âmbito amplo (interno e externo) gerando evidências que permitam comparar resultados de diferentes unidades e instituições; Lloyd (2004, 2019) destaca a importância do pensamento estatístico para o planejamento meticuloso da coleta de dados a fim de que os resultados conduzam à definição de estratégias para melhorar o desempenho da organização; Idvall et al. (1999) valorizam a percepção dos especialistas sobre os

aspectos da prática que merecem ser avaliados ao se desenvolver novos indicadores, bem como sua utilidade na prática clínica.

Este trabalho procura abranger os três aspectos descritos, produzindo um conjunto de indicadores que permitam estabelecer comparação dos registros de enfermagem no âmbito local (diferentes unidades ou profissionais), ou institucional (instituições diversas) (ANA, 2009), a análise documental com vistas à melhoria dos registros (LLOYD, 2004), assim como a realização de estudos para uso na prática clínica (IDVALL et al., 1999).

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo metodológico realizado com a finalidade de desenvolver um conjunto confiável, válido e funcional de indicadores de qualidade da documentação clínica de enfermagem, a ser usado na prática clínica, gerencial e na pesquisa em enfermagem. Foram estabelecidos os seguintes requisitos para o conjunto de indicadores: ser aplicável por todo e qualquer enfermeiro, independentemente de seu nível de preparo acadêmico e experiência profissional, e ser utilizável em diferentes ambientes da atenção hospitalar.

Os estudos metodológicos geralmente tratam do desenvolvimento de novos instrumentos e métodos de pesquisa (POLIT; BECK, 2011, p. 330). Neste estudo, os indicadores de qualidade da documentação clínica são propostos a partir do desenvolvimento e teste de um instrumento para avaliação dos registros de Enfermagem. Neste capítulo estão descritos os métodos de construção e validação do instrumento de avaliação da documentação clínica e os procedimentos para derivar o conjunto de indicadores a partir do instrumento desenvolvido.

Os métodos estão planejados e serão conduzidos adotando-se os procedimentos de elaboração de escalas propostos por Pasquali (1996, 1998) que os organiza em três polos: teórico, empírico e analítico. No polo teórico, os procedimentos têm a finalidade de explicitar a teoria sobre o objeto para o qual se deseja construir um instrumento de medida assim como a operacionalização do mesmo em itens reunidos em um instrumento; no polo empírico, propõe-se a realização de procedimentos de aplicação do instrumento criado; e o polo analítico trata dos procedimentos estatísticos usados.

A proposta de Pasquali (1996, 1998, 2011), referente à teoria das medidas, é usada principalmente na psicometria para avaliação de variáveis psicossociais. Seu emprego é proposto por assumirmos sua aplicabilidade ao objeto de estudo, uma vez que a teoria das medidas considera o uso de números para representar fenômenos naturais. Esse princípio faculta associar um número à ocorrência de cada característica do fenômeno em observação. Neste estudo, o fenômeno em observação é a qualidade da documentação clínica de enfermagem, em termos de sua conformidade com um determinado parâmetro analítico.

Embora Pasquali (1996, 1998, 2011) não trate da elaboração de indicadores, a decisão por adotar sua proposta metodológica pautou-se na preocupação essencial de quantificação dos fenômenos a fim de tornar mais compreensível sua ocorrência e intensidade. Além disso, assumiu-se que essa proposta é coerente com os procedimentos de desenvolvimento de indicadores já mencionados, com a vantagem de ser mais detalhada.

4.2 DESENVOLVIMENTO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA

4.2.1 Etapa teórica

Nessa etapa, os procedimentos têm a finalidade de explicitar a teoria sobre a qualidade da documentação clínica de enfermagem, operacionalizá-la em itens e organizar os itens em um instrumento.

O processo de enfermagem (CIANCIARULLO et al., 2012), adotado como o reservatório de princípios teóricos que dão sustentação à documentação clínica de enfermagem é o fio condutor para a definição dos atributos dos registros clínicos de enfermagem contidos no prontuário, relevantes para a qualidade da documentação; será portanto, o referencial teórico do desenvolvimento do instrumento para avaliação dos registros clínicos.

A Teoria Clássica dos Testes (PASQUALI, 1998, 2011; WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 2005) adotada como referencial metodológico, orientará o desenvolvimento da medida na abordagem referenciada pelo critério, cuja preocupação consiste em verificar se um determinado objeto possui um grupo de características-alvo predefinidas (WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 2010, p.7; PASQUALI, 1998).

A etapa teórica do desenvolvimento do instrumento norteia o processo de definição de conceitos-chaves e de conteúdo, que deve ocorrer previamente à seleção dos itens (PASQUALI, 2011, p. 106) a serem analisados empiricamente por especialistas quanto a sua compreensão (clareza) e conteúdo (pertinência). Um item consiste na descrição de uma variável observável (PASQUALI, 1996, p. 79); cada item corresponde a uma representação do fenômeno a ser medido, “as atividades e ações empíricas” com as quais será possível averiguar como ele se

manifesta (PASQUALI, 2011, p. 106). Neste estudo os itens propostos correspondem aos atributos do registro de enfermagem observáveis no prontuário do paciente.

Os conceitos-chaves do instrumento de avaliação partem das etapas do PROEN propostas por Cianciarullo et al. (2012 p. 82): Histórico de Enfermagem [(também chamado Coleta de dados (NANDA-I, 2013, p. 113) ou Avaliação de enfermagem (HERDMAN; KAMITSURU, 2018, p. 37), sendo esta última forma a utilizada neste estudo)]; Diagnóstico de Enfermagem; Prescrição de Enfermagem e Evolução de enfermagem. Além dos conceitos associados às etapas do PROEN, acrescentam-se conceitos-chaves que reúnem componentes recomendados do registro, não diretamente relacionados às etapas do PROEN: Identificação do paciente; Identificação do profissional; Anotação de enfermagem e Características gerais do registro. Esse último proposto como um tópico distinto por agregar características a serem analisadas em qualquer documentação.

Considera-se que cada um desses conceitos agrega um conjunto de características necessárias à boa qualidade dos registros clínicos de enfermagem. Por essa razão eles orientam o desenvolvimento dos itens para a medida em construção. Além disso, os itens devem expressar características que possam ser apreciadas exclusivamente por análise documental.

Portanto, os indicadores e, por conseguinte o instrumento de avaliação, devem apresentar conteúdos:

- a) Relativos aos registros dos componentes do PROEN.
- b) Relativos a requisitos de qualquer documentação clínica (por exemplo, legibilidade e identificação do agente do registro).
- c) Observáveis exclusivamente por consulta documental.

Essas definições constituem o marco para o desenvolvimento dos itens representantes das variáveis a compor os indicadores e o instrumento de avaliação da documentação clínica. Três procedimentos estão compreendidos nesta fase teórica: a geração de itens, a análise semântica e a análise de conteúdo. A seguir, são detalhados tais procedimentos.

4.2.1.1 Geração de itens

Os conteúdos dos registros a serem mensurados, a partir de agora designados de 'itens', foram gerados por revisão de literatura. Para esse fim, foi realizada busca nas seguintes bases informacionais: PubMed, Cinahl, Cochrane, Ovid e Scielo com as palavras-chaves:

- Documentação.
- Processos de enfermagem.
- Registros de enfermagem.
- Indicadores e,
- Medidas de resultados.

Textos referenciados nos artigos encontrados e a literatura disponível em bibliotecas, que tratam da documentação clínica de enfermagem, foram também considerados. A busca, realizada em 2012 e repetida em 2018, dado o tempo transcorrido desde o primeiro levantamento até a conclusão do estudo, objetivou identificar novos estudos que abordassem a avaliação da documentação dos registros de enfermagem. Todos os documentos acessíveis integralmente, foram consultados, sem constatar a necessidade de modificação nos itens de avaliação documental já previstos.

Dos textos recuperados no primeiro levantamento foram extraídos conteúdos que poderiam atender às definições feitas na etapa anterior (relativos aos registros dos componentes do PROEN; relativos a requisitos necessários a qualquer documentação clínica; observáveis exclusivamente por consulta documental); isto é, conteúdos de possíveis itens. Esses conteúdos foram lançados numa planilha do MS Excel® em que nas linhas ficaram os conteúdos propriamente ditos (por exemplo, enunciados como *“realização e preenchimento do histórico em 72 horas após internação”*; *“exame físico envolve procedimentos de inspeção, ausculta, palpação e percussão”*). Foram criadas colunas para indicar a(s) fonte(s) do conteúdo, para permitir rastreamento, caso necessário. Com esses procedimentos, obteve-se uma lista de possíveis conteúdos de itens para compor os indicadores.

Os conteúdos da planilha foram agrupados pelo pesquisador em grandes categorias, conforme a semelhança de significados. Por exemplo, sob a categoria “Identificação do paciente”, foram categorizados os conteúdos: “o registro deve

constar em impresso devidamente identificado com dados do cliente ou paciente”; “nome do paciente localizado no topo da página”; “número de registro hospitalar do paciente localizado no topo da página”; e “data de nascimento do paciente localizada no topo da página”.

Pesquisador e orientadora analisaram independentemente cada conteúdo assinalando na planilha sua decisão pela manutenção ou retirada do mesmo. Essa análise tomou em consideração duas condições: o conteúdo deveria ser **pertinente** (refletir adequadamente os conceitos envolvidos) e **relevante** (significativo para a qualidade da documentação), permitindo avaliar a documentação de enfermagem no prontuário clínico e referir-se a uma e apenas uma característica do registro.

Os julgamentos independentes (pesquisador e orientadora) foram comparados e os casos de desacordo ou indecisão foram discutidos e a decisão tomada em consenso. Durante esse processo, os conteúdos considerados claramente redundantes foram unificados, e as categorias criadas inicialmente pelo pesquisador foram revisadas e designadas de **tópicos de conteúdo**, como sugere Pasquali (2011, p. 189), reunindo unidades correspondentes a um aspecto/característica singular e observável do registro com o potencial de constituir um **item** de avaliação da documentação clínica de enfermagem.

Ao final dessa primeira triagem, cada **tópico de conteúdo** foi definido conceitual e operacionalmente pelo pesquisador. Uma definição conceitual é construída a partir de outros conceitos, em termos de realidades abstratas; uma definição operacional, por outro lado, é a definição que busca traduzir o abstrato em algo prático e concreto, observável ou mensurável (PASQUALI, 1998; WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 2010, p. 31). Lloyd (2004, p. 72; 2019, p. 109) define como operacional “a descrição em termos quantificáveis daquilo que se quer medir e os passos necessários para medi-lo”. As definições conceituais dos **tópicos de conteúdo** relativos ao PROEN foram elaboradas com apoio em textos sobre o PROEN, e as definições operacionais em documentos emitidos por entidades profissionais de enfermagem no Brasil e no exterior (NANDA-I, 2013; CIANCIARULLO et al, 2012; COFEN, 2012; 2009; 2002; WHITE, 2003). As definições conceituais e operacionais dos **tópicos de conteúdo** que se referiam a exigências, regras ou recomendações gerais quanto ao registro foram construídas de acordo com o sentido ou aplicação profissional dos termos.

4.2.1.2 Análise de conteúdo

A análise de conteúdo visa estabelecer a pertinência dos itens ao fenômeno que se quer avaliar, no caso deste estudo, a documentação clínica de enfermagem. Recomenda-se que essa análise seja feita por peritos no conteúdo de interesse, pois irão julgar se os itens se referem ou não ao fenômeno em questão (PASQUALI, 2011, p.107; WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 2010, p. 134). Embora não haja consenso sobre o número de especialistas para esta etapa, estudos anteriores mencionam entre três e doze profissionais (BJÖRVELL; THORELL-EKSTRAND; WREDLING, 2000; NICOLE; TRONCHIM, 2011; MÜLLER-STAUD et al., 2008; PAANS et al., 2010a) variando a forma de avaliação: utilizando até três deles para verificar o mesmo registro ou mediante repetição das avaliações pelo mesmo avaliador com algumas semanas de intervalo.

Foram convidados para a análise de conteúdo cinco especialistas. Para esta participação foram definidos os seguintes critérios: ser enfermeiro, ter experiência no uso do PROEN e no registro de suas fases, ter prática em pesquisa documental, participação em grupo de pesquisa e habilidade para a tomada de decisão consensual. Esses especialistas colaboraram em dois momentos da análise de conteúdo. Primeiro apreciando isoladamente os **tópicos de conteúdo** e suas definições e, num segundo momento, apreciando os **itens**.

Apreciação dos tópicos de conteúdo

A apreciação dos **tópicos de conteúdo** pelos especialistas deve levar em conta os seguintes aspectos:

- Pertinência dos **tópicos de conteúdo** à avaliação da documentação clínica de enfermagem.
- Pertinência das definições conceituais e operacionais aos **tópicos de conteúdo** considerados.
- Clareza das definições conceituais e operacionais consideradas pertinentes aos **tópicos de conteúdo**.

O trabalho dos especialistas nessa fase foi planejado para ocorrer em reuniões presenciais. Para facilitar o trabalho é importante contar com material impresso contendo a descrição dos diversos tópicos de conteúdo bem como das definições conceituais e operacionais, formuladas pelo pesquisador, com espaços

para o registro das opiniões, sugestões e comentários. O Quadro 1 é um exemplifica como esse material impresso foi organizado.

Quadro 1 - Excerto de material impresso para apreciação dos possíveis tópicos de conteúdos de documentação clínica, São Paulo, 2013

Tópico de conteúdo: avaliação de enfermagem			Pertinência do tópico	Sim	Não
Definição conceitual	Critérios		Definição operacional	Critérios	
	P	C		P	C
<i>Texto com proposta de definição conceitual para o tópico em questão.</i>			<i>Texto com proposta da definição operacional para o tópico em questão.</i>		
Comentários e sugestões			Comentários e sugestões		

(P) Pertinência (S = Sim / N = Não); **(C) Clareza** (S = Sim / N = Não).

As reuniões com os especialistas devem ser conduzidas a partir da leitura do enunciado do tópico de conteúdo (por exemplo, 'Avaliação de enfermagem'), seguida da resposta à seguinte questão norteadora do parecer pessoal: em sua opinião é importante que esse tópico constitua pelo menos um item para avaliar a qualidade da documentação do PROEN?

- Quando a resposta for negativa, as demais análises do tópico devem ser ignoradas.
- Quando a resposta for positiva, as definições conceitual e operacional passam a ser analisadas em relação a sua pertinência ao tópico correspondente e à clareza dos seus enunciados. A análise de cada aspecto das definições é auxiliada por perguntas que orientam os especialistas, a saber:
 - Pertinência da definição conceitual: em sua opinião a definição conceitual está de acordo com os princípios teóricos do PROEN?
 - Clareza da definição conceitual: em sua opinião a definição conceitual permite a compreensão inequívoca da natureza do tópico?
 - Pertinência da definição operacional: em sua opinião a definição operacional está de acordo com a definição conceitual?
 - Clareza da definição operacional: em sua opinião a definição operacional permite que um avaliador, analisando os registros de enfermagem, julgue se esses registros contêm elementos do tópico em questão?

As questões norteadoras utilizadas nesta etapa foram definidas a partir da experiência profissional e das considerações feitas em conjunto com a orientadora.

É necessário que os especialistas sejam estimulados a fazer observações e sugestões quando entenderem haver necessidade de melhorar uma definição. As sugestões de modificação apresentadas são então discutidas e as decisões sobre a pertinência e sobre a clareza das definições, bem como a redação final das definições, confirmadas por consenso.

Apreciação dos itens

No segundo momento, o trabalho dos especialistas compreende julgar a pertinência aos **tópicos de conteúdo**, bem como a clareza e a abrangência dos potenciais **itens** identificados na revisão de literatura.

Para facilitar os trabalhos nessa etapa, quadros de dupla entrada podem ser utilizados apresentando no cabeçalho o **tópico de conteúdo** e os critérios de análise dos itens (pertinência, clareza e abrangência) e na coluna matriz os **itens** correspondentes ao tópico. O Quadro 2 ilustra esta estruturação.

Quadro 2 - Conjunto de itens associados a um tópico de conteúdo, segundo os critérios estabelecidos, para análise pelos especialistas (exemplo), São Paulo, 2014

Tópico de conteúdo: avaliação de enfermagem							
Itens propostos	Critérios						
	P	C	A				
			CP	LP	EM	UB	AM
É constituído de duas etapas: exame físico e entrevista							
Sua realização e preenchimento deve ocorrer em até 72 horas após a internação							
A entrevista segue um roteiro que atende às necessidades das unidades desde a admissão até à consulta de enfermagem após a alta							
Seu conteúdo deve ser arquivado no prontuário do paciente							
Itens a serem adicionados							
<i>Espaço destinado à sugestão de itens a serem incluídos, complementando os aspectos do tópico a serem avaliados.</i>							

(P) Pertinência (S = Sim / N = Não), **(C) Clareza** (S = Sim / N = Não) e **(A) Abrangência** (CP = internado curta permanência / LP = internado longa permanência / EM = atendimento em situações de emergência / UB = atendimento em unidades básicas de saúde / AM = atendimento em ambulatorios especializados).

Para orientar os trabalhos as seguintes definições são adotadas:

Pertinência (P) ou relevância – a descrição do item é consistente com o atributo a ser analisado.

Clareza (C) – o enunciado do item permite sua compreensão até para o estrato menos especializado da população alvo (enfermeiros com apenas o bacharelado).

Abrangência (A) – possibilidade de utilização do item para a análise dos registros clínicos de enfermagem em diferentes espaços da prática profissional, a saber: **CP** = internação de curta permanência; **LP** = internação de longa permanência; **EM** = atendimento em emergência; **UB** = atendimento em unidades básicas de saúde; **AM** = atendimento em ambulatórios especializados.

Dessas definições derivam as seguintes questões a serem respondidas pelos especialistas na análise de conteúdo:

- **Pertinência:** em sua opinião o item apresentado é concernente ao tópico ao qual está associado?
- **Clareza:** em sua opinião o item apresentado possibilita a um avaliador, ao analisar a documentação de enfermagem, julgar os registros de enfermagem de um paciente/usuário quanto ao item em questão?
- **Abrangência:** o enunciado do item permite aplicá-lo à documentação de cuidados de enfermagem dispensados a usuário do sistema de saúde em qualquer situação de cuidado profissional de enfermagem?

4.2.1.3 Análise semântica

Os itens gerados a partir da revisão de literatura e submetidos à análise de conteúdo por especialistas na etapa anterior são submetidos a seguir à análise semântica pelos mesmos especialistas. Essa análise tem como finalidade assegurar que os enunciados sejam adequadamente compreendidos por quem os usará (PASQUALI, 1996, 1998). Nesse tipo de análise, recomenda-se que o material em construção seja apreciado por membros da população para a qual o instrumento está sendo desenvolvido para que avaliem a inteligibilidade dos itens (PASQUALI, 2011, p. 107). Neste estudo, essa avaliação é planejada para ser realizada por dois grupos; um representando o estrato mais especializado e outro o menos especializado.

O grupo representante do estrato mais especializado, formado por enfermeiros com experiência na assistência em serviços que utilizam o PROEN realiza a análise semântica considerando a adequação dos enunciados dos **tópicos de conteúdo** e

dos **itens** em termos de sua clareza (facilidade de compreensão das expressões usadas na descrição) e elegância (compreendida como a utilização de uma linguagem correta para a descrição de cada item).

Para facilitar o trabalho, um arquivo editável (MS Word®) foi encaminhado aos especialistas, informando que cada item deveria ser analisado, indicando se estavam descritos de forma elegante. Na primeira linha e primeira coluna constava o tópico de conteúdo e nas linhas seguintes os itens; na segunda coluna o campo para assinalar se o item era considerado elegante (coluna parecer) e na terceira o espaço para observações. Linhas mais abaixo permitiam sugestão de inclusão de novos itens (Quadro 3).

Quadro 3 - Conjunto de itens associados a um tópico de conteúdo, para análise da elegância, pelos especialistas (exemplo), São Paulo, 2014

Tópico de conteúdo:	Parecer elegância	Observações
Itens propostos		
<i>Texto com a descrição do item</i>		
Itens a serem adicionados		

As respostas foram enviadas por correio eletrônico ao pesquisador que consolidou as sugestões e as apresentou em reunião presencial aos especialistas.

Esse procedimento visa assegurar a validade aparente do instrumento (PASQUALI, 2011, p. 107; WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 2010, p. 166). A análise realizada pelos enfermeiros é seguida de sugestões de modificação nos itens considerados de difícil compreensão. Os itens são então reformulados conforme as sugestões e reavaliados durante os trabalhos, sendo descartados os que não ficarem suficientemente claros ao final de três seções de avaliação. A manutenção dos **itens** após reformulação é então decidida por consenso entre os especialistas. O grupo do estrato menos experiente da população alvo, formado por concluintes da graduação e recém-graduados também deve analisar os **tópicos de conteúdo** e os **itens**, após a conclusão do trabalho dos especialistas.

Seu trabalho consiste em verificar cuidadosamente cada item e julgar se a redação e os termos usados deixam claro que informação deve ser procurada no prontuário para responder ao item. Cada participante emite então sua opinião independente em formulário contendo a descrição dos tópicos e itens, registrando-a por escrito nos espaços destinados a registrar as respostas (**Parecer**) e observações ou sugestões (**Observações**). Havendo clareza, devem marcar um X na coluna **Parecer**. Não havendo clareza, devem descrever o que não foi compreendido, na coluna **Observações** (vide Quadro 3).

4.2.1.4 Instrumento para avaliar a documentação clínica

Os **tópicos de conteúdo** e seus respectivos **itens**, após aprovação nas etapas anteriores passam a ser organizados no formato de um instrumento impresso destinado a coletar dados da documentação clínica de enfermagem de prontuários de pacientes hospitalizados. Esse instrumento, designado de “Instrumento para avaliação da documentação clínica de enfermagem (IADOCE)” (Apêndice E), foi usado na fase empírica do estudo, conforme descrito a seguir.

4.2.2 Etapa empírica

Nessa etapa são realizados os procedimentos para aplicar o instrumento, desenvolvido na etapa anterior, em situações reais, de forma a obter dados para verificar a confiabilidade entre avaliadores, decorrente da aplicação do mesmo.

4.2.2.1 Locais de estudo

Duas instituições hospitalares localizadas no Município de São Paulo foram escolhidas como campo de pesquisa, designadas de instituição A e instituição B. A instituição A é um hospital privado, de médio porte, onde todas as etapas do PROEN eram utilizadas há cerca de três anos, contando com 55 leitos de internação e atendimento a pacientes conveniados. A instituição B, um hospital universitário, público, de grande porte, com 258 leitos, onde o registro das etapas do processo de enfermagem era requerido desde sua fundação, em 1981, mais de 30 anos antes do período da coleta de dados deste estudo. As duas instituições usavam sistema eletrônico para a documentação, mas em ambas os prontuários eram ainda em papel (físicos). Na instituição A, toda a documentação era digitalizada e na B as anotações e

evoluções de enfermagem eram manuscritas. Portanto, as unidades hospitalares possuíam características distintas com relação ao porte, clientela atendida, organização estrutural e gerencial, e estavam em momentos distintos de implantação e registro das diferentes etapas do PROEN.

4.2.2.2 Material

O material de estudo consiste em prontuários de pacientes adultos hospitalizados no ano de 2013, por período de internação igual ou superior a 4 dias. Esta decisão objetiva permitir a análise dos registros realizados pela enfermagem em três momentos da hospitalização: admissão (quando se requer realização e registro do histórico e exame físico); em um dia intermediário entre a data de admissão e de alta, e na data da alta. A duração da internação foi definida acreditando-se que um tempo de permanência menor pode dar lugar à ausência dos registros de parte das informações recomendadas relacionadas às diversas etapas do processo de enfermagem e aos diferentes momentos da internação.

O tamanho da amostra de prontuários foi estimado tendo como base os critérios estatísticos propostos por Walter, Eliasziw e Donner (1998) para validar a confiabilidade do instrumento mediante o uso da técnica da confiabilidade inter pares. O cálculo amostral considerou o coeficiente de correlação intraclassa (ICC) de 0,2, com índice de confiança de 95% e poder da prova de 80% sendo o valor mínimo da amostra (n) estimado em 152 prontuários. A margem de segurança de 30%, considera a possibilidade de obter maior robustez nos dados, sendo a amostra dividida entre as duas instituições. Foram, entretanto, analisados 204 prontuários (margem de segurança superior a 30%).

Os prontuários foram selecionados pela técnica de amostragem randomizada (LLOYD, 2004, p. 85). As instituições forneceram as listas de prontuários que atendiam aos critérios definidos (de adultos, hospitalização por no mínimo 4 dias, no ano de 2013), ordenados conforme a data de internação e em planilhas Microsoft Excel®. Usando esse mesmo programa, os prontuários foram reordenados em sequência aleatória. Os prontuários foram solicitados aos serviços de arquivo das instituições nessa sequência aleatória, até que se obtivesse o tamanho de amostra previsto. Quando um prontuário não era encontrado, o seguinte da lista era solicitado.

Da lista fornecida por uma das instituições foram separados 10 prontuários para o pré-teste. Esses prontuários não compuseram a amostra final do estudo.

O IADOCE (Apêndice E) foi o formulário usado para coletar os dados sobre a qualidade da documentação clínica nos prontuários selecionados nas duas instituições.

4.2.2.3 Pré-teste do instrumento de coleta de dados

O procedimento de pré-teste é planejado para ser um ensaio da coleta de dados. Com ele um instrumento não utilizado anteriormente, é aplicado na avaliação de um número reduzido de participantes (prontuários), preferencialmente do mesma população à que foi destinado. Seu emprego é recomendado por permitir obter informações valiosas sobre seu comportamento durante a tomada das informações em situação real, possibilitando verificar a existência de incorreções, falhas no conjunto de informações colhidas, forma de avaliação realizada ou nos escores atribuídos, informações estas que são utilizadas pelo pesquisador para o ajuste fino do instrumento (WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 2010).

Neste estudo o pré-teste, conduzido por dois enfermeiros orientados antecipadamente quanto ao uso do IADOCE (versão pré-teste) teve como meta verificar eventuais necessidades de ajuste. Para este procedimento dez prontuários selecionados aleatoriamente dentre os prontuários do mesmo ano, na primeira instituição que autorizou a pesquisa (instituição A) tiveram seus registros avaliados e as alterações que se mostraram necessárias foram conduzidas e são relatadas nos resultados.

Antes de iniciar o pré-teste os avaliadores receberam um impresso contendo as definições conceituais e operacionais dos **tópicos de conteúdo**, sendo orientados a fazer uma leitura atenta para familiarização com o conteúdo que nortearia a análise dos registros clínicos de enfermagem nos prontuários. Também foram orientados a retornar às definições sempre que sentissem necessidade, a fim de assegurar uniformidade no uso do instrumento. O pesquisador também participou do pré-teste.

Reuniões entre os avaliadores e o pesquisador responsável foram realizadas no local de coleta de dados durante o pré-teste para solucionar dúvidas e identificar necessidades de ajustes no instrumento e nos procedimentos de aplicação. Houve necessidade de intervenção do pesquisador nos seguintes casos: falta de compreensão de conceitos-chaves expressos nos itens (resultado esperado, resultado sensível à enfermagem, linguagem fragmentada, entre outros); ausência de padronização para o que deveria ser considerado adequado/inadequado e a

necessidade de padronizar a forma de registrar o dado; como proceder com a falta de registro de enfermagem no prontuário em algumas datas; insegurança em como aplicar itens que requeriam associação entre registros; incerteza quanto a identificação de rasuras; indefinição de como lidar no caso de itens não aplicáveis; necessidade do uso constante do siglário da instituição e dos manuais de diagnósticos da NANDA-I (NANDA-I, 2008; NANDA-I, 2002) utilizados nas instituições (instituição A, 2008; instituição B, 2002); inconsistência das decisões entre os avaliadores nas datas de registro consideradas.

Além dessas situações, observou-se que a sequência dos tópicos de conteúdo, se alterada, poderia facilitar a coleta dos dados. O aspecto mais relevante, contudo, detectado na análise do primeiro prontuário, foi o fato do instrumento em teste apresentar apenas um campo para anotar as características do registro para cada item, o qual deveria abranger três datas diferentes. Com exceção dos registros da Avaliação de Enfermagem, realizados apenas na data de ingresso do paciente, e dos itens relativos exclusivamente à saída do paciente do sistema de cuidados, todos os demais precisavam de campos separados para cada dia. Isto é, a observação sobre um determinado item no dia de ingresso podia ser diferente da observação sobre o mesmo item referente ao dia de saída, por exemplo. Essa necessidade foi identificada ao constatar diferenças no conteúdo dos registros de um dia para o outro e a ausência do registro de um ou outro **tópico de conteúdo** em datas previstas para a análise documental.

As questões levantadas foram balizadas nas reuniões e os ajustes necessários no instrumento e procedimentos foram realizados:

1. Para nortear a avaliação e o registro das respostas foram elaboradas as Diretrizes para uso do IADOCE (Apêndice F) com orientações sobre as condições que indicam quando um item é atendido plenamente (2), parcialmente (1), não é atendido (zero) ou não se aplica (NA).
2. Para elucidar o significado dos termos que geraram dúvidas entre os avaliadores, foram inseridos nas diretrizes de uso do IADOCE as respectivas definições.

3. Para facilitar a tomada dos dados foi reordenada a sequência dos **tópicos de conteúdo** e de alguns **itens**. Essas mudanças foram necessárias porque a documentação das fases do PROENF era registrada em folhas separadas e por haver necessidade de análise das relações entre informações contidas em diferentes documentos. Por exemplo: analisar a relação entre os diagnósticos de enfermagem e os dados da avaliação de enfermagem.
4. Para assegurar registro adequado das observações, o formato do instrumento foi ajustado, passando a prever três campos de anotação da observação dos registros, para cada item proposto, em seis dos sete **tópicos de conteúdo**.
5. Para garantir a verificação da presença dos dados de identificação do profissional responsável pelo registro em toda a documentação analisada, itens contidos no tópico de conteúdo Identificação do Profissional foram inseridos em cada uma das fases do PROEN e nas Anotações de Enfermagem (o que resultou em aumento do número de itens nos indicadores). Essa inclusão, embora pareça repetitiva, considerou o fato de que cada uma das fases do PROEN gera um documento diferente, requerendo a identificação de quem o produziu.
6. Para assegurar que os documentos existentes fossem efetivamente analisados pelos dois avaliadores nas mesmas datas, as páginas do prontuário que continham os registros a avaliar foram demarcadas pelo primeiro avaliador com cliques coloridos, removidos após a segunda avaliação.
7. Itens que apresentavam duplicidade foram removidos.

Além dessas providências, foi necessário solicitar a ambas as instituições uma cópia das abreviaturas padronizadas para uso nos registros a fim de avaliar o item AT15, e disponibilizar aos avaliadores uma cópia dos livros Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I para permitir a análise dos itens DE3, DE5 e DE6, respectivamente: uso de linguagem padronizada, descrição dos fatores relacionados ou de risco e das características definidoras junto aos DE. Esses recursos foram usados frequentemente pelos avaliadores.

O conjunto de oito **tópicos de conteúdo** continha inicialmente 81 itens. Após o pré-teste passaram a ser sete **tópicos de conteúdo**, com um total de 88 itens. As mudanças realizadas estão sintetizadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Variação no número de itens segundo os tópicos de conteúdo, decorrente do pré-teste, São Paulo, 2014

Tópico de conteúdo	Nº de itens (pré-teste)	Nº de itens removidos pós pré-teste	Nº de itens acrescidos pós pré-teste	Nº total de itens (final)
Avaliação de Enfermagem	13	3	7	17
Identificação do paciente	4	-	-	4
Diagnósticos de Enfermagem	11	4	5	12
Prescrição de Enfermagem	12	4	6	14
Evolução de enfermagem	12	4	5	13
Anotações de enfermagem	15	1	5	19
Características gerais do registro	10	1	-	9
Identificação do profissional	4	4*	-	-
Total	81	21	28	88

* Inseridos nos tópicos das etapas do processo de enfermagem e anotações de enfermagem.

Dadas as necessidades de modificação do instrumento usado no pré-teste, os dados nele obtidos não foram incorporados aos resultados.

4.2.2.4 Procedimentos de coleta dos dados

Os mesmos enfermeiros que participaram do pré-teste foram convidados para a coleta de dados, pois já se encontravam familiarizados com os instrumentos, não sendo necessário retomar os procedimentos de treinamento. No entanto, um encontro com a equipe foi realizado para balizar os procedimentos dessa fase a fim de garantir uniformidade nos trabalhos dos avaliadores.

Os dois avaliadores coletaram de forma independente dados dos mesmos prontuários para que se pudesse verificar a confiabilidade interpares do IADOCE.

Obtido o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Anexo A) e as autorizações das instituições, a coleta dos dados foi iniciada em novembro de 2014 e finalizada em janeiro de 2015. Os trabalhos ocorreram nos turnos da manhã e tarde, de segunda a sexta-feira, no horário que coincidia com o de funcionamento dos serviços de arquivo de prontuários. A coleta foi encerrada quando atingido o número de prontuários previsto.

Foram avaliados os registros da data de internação, de um dia intermediário do período de internação e do dia da alta ou saída do paciente do sistema de cuidados. Nos casos em que a duração da internação era em número par de dias, o registro de um dia intermediário foi considerado o registro da posição $n/2$ (n = duração da internação).

Os prontuários foram solicitados por escrito ao serviço de arquivo, pelo pesquisador, a partir da lista randomizada. Uma vez disponibilizados, os avaliadores iniciavam a análise dos documentos, anotando o número de registro de cada prontuário avaliado. Assim que possível, um avaliador informava o outro da relação de prontuários avaliados para que a segunda avaliação dos mesmos prontuários fosse realizada. Os avaliadores foram orientados a manter o menor intervalo de tempo possível entre as duas avaliações (sempre que possível, no mesmo dia), garantindo a disponibilidade dos prontuários e a não compartilhar qualquer informação sobre os prontuários além da necessária para sua localização, para garantir que as coletas fossem realizadas de forma independente.

De posse do prontuário, o primeiro avaliador identificava onde se encontravam os registros das datas previstas e marcava os locais com um identificador colorido (clips). A seguir fazia a análise do documento e preenchia os dados verificados no IADOCE. O prontuário era então disponibilizado para o segundo avaliador em local combinado previamente. O segundo avaliador retomava o prontuário e fazia sua análise preenchendo o IADOCE. Antes de devolver os prontuários ao arquivista os clips eram removidos.

Os IADOCE preenchidos eram recolhidos pelo pesquisador periodicamente para evitar extravios e realizar a alimentação do banco de dados.

4.2.2.5 Aspectos éticos

Os procedimentos adotados neste estudo foram planejados respeitando as questões éticas estabelecidas na Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) para apreciação e aprovação antes de serem desenvolvidas as etapas que envolveram a participação de especialistas e a aplicação do IADOCE em prontuários. Parecer do CEP Nº 843.991 e CAAE: 37101314.0.0000.5392 (Anexo A).

Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), de Autorização para Pesquisa em Prontuários (Apêndice B) e de Compromisso para a Utilização de Dados (Apêndice C) foram apresentados aos profissionais ou discentes envolvidos e às instituições coparticipantes do estudo após serem apreciados pelo CEP. Cada participante recebeu uma via do documento que lhe correspondia devidamente assinado pelo pesquisador e/ou colaboradores designados para a coleta de dados e outra via permaneceu com o pesquisador responsável.

Os especialistas e discentes convidados a colaborar nas diferentes etapas do estudo tiveram participação voluntária, com garantia de sigilo em relação a sua contribuição, e assinaram o TCLE (Apêndice A) em duas vias, sendo uma das vias destinada ao participante e outra ao pesquisador, que também assinou o documento.

Os colaboradores envolvidos na análise dos prontuários assinaram um Termo de Compromisso em duas vias (Apêndice C), antes do início da coleta de dados, afirmando conhecer e respeitar o direito à confidencialidade dos pacientes em relação às informações pessoais contidas nos prontuários, e que os dados seriam usados exclusivamente para os propósitos deste estudo.

Os riscos associados ao estudo referem-se à divulgação de informações pessoais sobre os especialistas ou sobre dados relacionados à pesquisa de campo associados ou não às instituições co-participantes. Como instrumento legal para garantia do sigilo, tanto o pesquisador responsável quanto os profissionais que analisaram os prontuários se comprometeram, mediante a assinatura do Termo de Compromisso para a Utilização de Dados (Apêndice C), a não divulgar informações que permitam identificar os participantes, quaisquer que sejam.

Os resultados serão disponibilizados para a instituição coparticipante que os solicitar, mediante relatório contendo as informações referentes aos dados coletados nos registros por ela fornecidos, após apresentação da tese. O conteúdo dos dados e sua análise serão publicados em artigos científicos e na base de teses da universidade quer sejam favoráveis ou não, preservando sua origem.

O pesquisador responsável terá a guarda dos documentos mantida por cinco anos em local privativo, onde o sigilo estará resguardado, sendo sua responsabilidade mantê-lo.

Pesquisas em prontuários não estão automaticamente dispensadas de solicitar a autorização dos pacientes para o uso de dados; entretanto neste caso os dados coletados não foram de caráter pessoal, o que motivou o pesquisador a

solicitar ao CEP a dispensa do uso desse instrumento. Assim, foi enviada ao Comitê de Ética em Pesquisa uma solicitação de Autorização para Dispensa da Assinatura do TCLE (Apêndice I) por parte dos pacientes cujos prontuários seriam analisados, por se considerar que a análise proposta se ateria aos registros de enfermagem feitos no prontuário, não requerendo qualquer intervenção direcionada ao paciente; os dados coletados não permitiriam identificar as pessoas; os pacientes não se encontravam na instituição (internações de 2013); os pesquisadores se comprometeram a respeitar a confidencialidade necessária frente ao manuseio dos registros em documento devidamente assinado; os resultados publicados não conteriam informação que permitisse identificar os pacientes. Esta solicitação foi deferida pelo CEP EEUSP.

Para o início das atividades de coleta de dados foi solicitada a autorização dos campos de pesquisa mediante entrega de cópia do Parecer do CEP da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

4.2.3 Etapa analítica

Essa etapa trata dos procedimentos estatísticos usados para analisar os dados coletados na etapa empírica, com a finalidade de verificar a confiabilidade inter pares.

Os dados coletados foram organizados em uma planilha utilizando o programa Microsoft Excel® com entrada das variáveis no cabeçalho (hospital; avaliador; tempo de internação; sexo; idade; tipo de tratamento; os códigos de identificação do tópico de conteúdo, item e momento da internação); na coluna matriz foi colocado o número de cada prontuário analisado.

A codificação dos itens foi seguida acrescentando-se o momento da internação a que se referia o registro avaliado e o avaliador. Exemplificando: o código “AE1_e_av1” se referia ao tópico Avaliação de Enfermagem (AE), item um (1), a documentação da data de entrada (e) no sistema, seguido da identificação do avaliador (av1), e assim sucessivamente.

As anotações feitas no instrumento de coleta de dados foram inseridas na planilha mediante atribuição de um código numérico conforme descrito a seguir:

- Zero (0): para ausência de informação sobre determinado item da documentação em um documento em que constavam informações atinentes ao tópico de conteúdo. [(Ex.: os diagnósticos de enfermagem (tópico) estavam presentes na data de entrada, mas não constava a assinatura do enfermeiro (item)].
- Um (1): para a conformidade parcial do registro documental com o que era requerido pelo item.
- Dois (2): para a conformidade total do registro documental com o que era requerido pelo item.
- Quatro (4): quando um item não se aplicava a uma situação específica.
- Cinquenta e cinco (55): quando o registro não foi encontrado.
- Oitenta e oito (88): quando um dado foi deixado em branco pelo avaliador (*missing*).

Essas informações foram fornecidas ao estatístico junto com a planilha para que procedesse a análise dos dados.

A confiabilidade inter pares representa a consistência de desempenho ou o grau de concordância na pontuação atribuída por diferentes avaliadores ao mesmo objeto. Confiabilidade é a coerência do instrumento verificada pela constância dos resultados em mensurações sucessivas do mesmo objeto ou sujeito (MARTINS, 2006). Um instrumento confiável resultará em medidas muito próximas ou iguais quando aplicado à mesma situação em momentos ou por avaliadores diferentes (SOUZA; ALEXANDRE; GIRARDELLO, 2017; TERWEE et al, 2007).

Para dois ou mais avaliadores, no caso de medida referenciada ao critério, recomenda-se calcular o coeficiente de concordância (P_0) cujos valores calculados variam entre zero e um ($0,0$ = “total discordância” e $1,0$ = “total concordância”) e o Kappa de Cohen (k) oscilando entre $-1,0$ e $+1,0$, sendo esse melhor estimador da concordância por ser calculado excluindo-se o valor esperado de concordância ao acaso. O valor de Kappa que representa maior concordância possível entre avaliadores é $+1,0$ (WALTZ; ZTRICKLAND; LENZ, 2010, p. 154 e 155). O Kappa ponderado, em geral chamado PABAK, foi também utilizado por ser “uma estatística de concordância preferível quando se quer classificar um conjunto de dados em categorias ordenadas” (FONSECA; SILVA; SILVA, 2007).

Os coeficientes de Kappa ou PABAK, incluindo seus intervalos de confiança de 95%, foram calculados para os dados obtidos com o IADOCE pelos dois avaliadores independentes a partir dos escores atribuídos à documentação avaliada. Um indicador confiável deve apresentar um grau elevado de concordância entre as medidas realizadas pelos avaliadores. Essa concordância significa que “a variação nos escores observados representa diferenças reais na posse do atributo medido entre os objetos ou sujeitos avaliados” (WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 2010, p. 146). Como os dois avaliadores analisaram os mesmos prontuários, arquivados há mais de um ano, o esperado eram índices elevados de concordância inter pares.

4.3 INDICADORES DE QUALIDADE DA DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA

O conjunto de indicadores de qualidade da documentação clínica de enfermagem foi derivado dos dados obtidos com o IADOCE e dos procedimentos teóricos envolvidos no seu desenvolvimento.

De cada **tópico de conteúdo** foi proposto um indicador e do conjunto de indicadores foi proposto um indicador sumário da qualidade da documentação clínica de enfermagem. O detalhamento das propostas está apresentado na seção de resultados, pois depende de informações dos resultados das etapas anteriores.

Os indicadores propostos foram aplicados aos dados dos dois locais de estudo como exemplo.

As várias etapas dos métodos estão descritas de forma sintetizada no fluxograma apresentado a seguir.

Quadro 4 - Fluxograma - Etapas de desenvolvimento do método, São Paulo, 2019

ETAPA TEÓRICA				ETAPA EMPÍRICA		ETAPA ANALÍTICA		
Marcos teóricos	Geração dos itens	Análise de conteúdo	Análise semântica	Construção do Instrumento	Pré-teste	Teste empírico	Validade de conteúdo	Confiabilidade
TCT	Revisão da literatura	Tópicos de conteúdo	Tópicos e Itens	IADOCE	Interavaliadores	Interavaliadores	Especialistas	Formulação dos Indicadores
PROEN	Extração dos itens	Defs. conc. Defs. oper.	Clareza					IQDCs
	Revisão dos itens	Clareza Pertinência	Elegância					Kappa de Cohen
	Tópicos cont. Itens	Itens						IC95%
	Definições: conceituais e operacionais	Pertinência Clareza Abrangência						

Fonte: elaborado pelo autor.

5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados na seguinte ordem: primeiro os do desenvolvimento do instrumento para avaliação da documentação clínica de enfermagem (etapa teórica, etapa empírica e etapa analítica) e, na sequência, a proposição do conjunto de indicadores de qualidade da documentação clínica.

5.1 DESENVOLVIMENTO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA

Os fundamentos teóricos para o desenvolvimento do instrumento foram os conceitos-chaves do PROEN suscetíveis à documentação (avaliação, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem). Incluímos as anotações de enfermagem como um tópico de conteúdo por entender que, em termos de documentação, representam uma das etapas do PROEN, conforme expressam Felipe et al. (2018) ao considerar que a fase de implementação do cuidado é representada pelas atividades realizadas pela equipe ou paciente em conformidade com as intervenções propostas. Estas ações são registradas pela equipe no que chamamos comumente de anotações de enfermagem.

5.1.1 Geração de itens

A revisão da literatura possibilitou arrolar, a partir de 23 textos, um conjunto de características desejáveis a serem apresentadas pela documentação das etapas do PROEN incluindo aspectos do registro documental de enfermagem de forma geral, como legibilidade, ausência de rasuras, texto claro, e outros. Esta revisão também incluiu as definições conceituais das etapas do processo de enfermagem.

Durante a fase de coleta de informação, foi evidenciada a existência de atributos do registro que, embora relevantes, não poderiam ser avaliados por análise documental como: respeitar o prazo para a autenticação de documentos ou efetuar o registro em tempo hábil. Esses conteúdos foram desconsiderados uma vez que não atendiam ao critério de viabilidade de averiguação documental.

O material extraído da literatura originou uma lista de 316 itens potencialmente relevantes para a avaliação da documentação clínica de enfermagem. Essa lista foi inicialmente analisada pelo pesquisador e orientadora, de forma independente, com a finalidade de definir quais deveriam ser mantidos em função de sua aplicabilidade ao

contexto da análise documental. Concluído o trabalho individual, em reunião presencial estes especialistas decidiram manter ou excluir os itens em que as decisões individuais concordavam; quando o parecer foi discordante a condição foi discutida e a decisão final tomada por consenso. Os resultados quantitativos desses procedimentos são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Avaliações independentes e consensuais quanto a manutenção dos itens potenciais derivados da literatura, São Paulo, 2013

Concordância entre avaliações independentes	Decisão consensual		Total
	Manter	Excluir	
Sim	69	120	189
Não	56	71	127
Total	125	191	316

Fonte: dados coletados pelo pesquisador.

Dos 316 itens potenciais extraídos da literatura, 191 (60,4%) foram excluídos por serem redundantes, ou por não ser possível sua constatação por meio de análise de prontuário. A redundância decorreu do fato de várias características serem recomendadas por diferentes autores. Desde este momento houve a compreensão de que seria necessário definir dois grupos de atributos do registro denominados a partir de então **tópicos** e **itens**. Das 125 descrições mantidas, 20 foram consideradas **tópicos de conteúdo** – conceitos aos quais correspondem várias características do registro – e 105 permaneceram como potenciais **itens**, isto é, descrições de características específicas da documentação clínica.

Uma análise mais criteriosa dos **tópicos de conteúdo**, pelo pesquisador e orientadora, mostrou similaridades que permitiram mesclá-los, redistribuindo os itens correspondentes, permanecendo 15 tópicos:

- Histórico de enfermagem.
- Exame físico.
- Diagnósticos de enfermagem.
- Prescrição de enfermagem.
- Evolução de enfermagem.
- Identificação do profissional.
- Identificação do paciente.
- Características do registro.

- Anotações de enfermagem.
- Registro de alta.
- Correção dos registros.
- Data e hora.
- Autenticação da documentação.
- Evolução de óbito.
- Confidencialidade.

Ainda nesta etapa foram elaboradas definições conceituais e operacionais, para os **tópicos de conteúdo**, a partir de definições estabelecidas na literatura (etapas do PROEN) e pelo sentido ou contexto a que os termos eram atinentes (p. e.: identificação do paciente, características do registro e outros).

5.1.2 Análise de conteúdo

As definições conceituais e operacionais propostas para os 15 **tópicos de conteúdo**, foram então apreciadas pelos cinco especialistas, que receberam material impresso com a descrição das definições e itens associados a cada tópico. A análise inicial foi realizada individualmente, e os comentários e recomendações tratados coletivamente em reuniões presenciais.

Como resultado, seis **tópicos de conteúdo** foram retirados por serem redundantes ou por poderem ser tratados como itens em outro tópico validado pelos especialistas. Retirados: registro de alta, correção dos registros, data e hora, autenticação da documentação, evolução de óbito e confidencialidade. Outros dois tópicos: histórico de enfermagem e exame físico foram mesclados e passaram a constituir um só tópico denominado Avaliação de Enfermagem por se considerar ser esta a melhor expressão para designar o conteúdo da etapa inicial do PROEN. Os itens correspondentes foram realocados.

A apreciação dos 15 **tópicos de conteúdo** pelos especialistas resultou, portanto, na manutenção de oito tópicos, assim como suas definições conceituais e operacionais, revistas, complementadas e aprovadas por consenso (Quadro 5).

Quadro 5 - Tópicos de conteúdo para avaliação da documentação clínica de enfermagem, São Paulo, 2013

Tópico de conteúdo	Definição conceitual	Definição operacional
Avaliação de enfermagem	Processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença, realizado privativamente pelo enfermeiro (COFEN, 2009).	Observação de registro dos dados de saúde/doença da pessoa, obtidos por meio de entrevista, exame físico ou outras fontes, que caracterizam suas condições de entrada no sistema de cuidados.
Diagnósticos de Enfermagem	Julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família ou coletividade aos problemas de saúde/processos vitais atuais ou potenciais (NANDA-I, 2013).	Observação de registro de interpretação feita pelo enfermeiro a partir da organização, análise e síntese dos dados objetivos e subjetivos da pessoa.
Prescrição de Enfermagem	Planejamento do cuidado proposto pelo enfermeiro, que direciona e coordena a assistência de enfermagem ao paciente de forma individualizada e contínua (COFEN, 2002).	Observação de registro de conjunto de atividades a serem executadas pelos profissionais da equipe de enfermagem com base nos diagnósticos de enfermagem.
Evolução de enfermagem	Processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de resultados e/ou mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença (COFEN, 2009).	Observação de registro de relato periódico da avaliação do estado geral e dos resultados do paciente associados à assistência de enfermagem.
Anotações de enfermagem	O registro das ações de enfermagem ou eventos relacionados ao paciente.	Observação de registro das informações subjetivas e objetivas, relacionadas à pessoa sob cuidado de enfermagem.
Identificação do paciente	Dados de reconhecimento e caracterização do paciente nos impressos ou nos registros informatizados.	Observação de registro do nome, idade, sexo, procedência, motivo da admissão e número do registro hospitalar do paciente.
Identificação do profissional	Informações pessoais do profissional que realizou o registro.	Observação de registro do nome, categoria profissional e número de identidade profissional de quem executou o registro, com a assinatura e carimbo.
Características do Registro	Aspectos da documentação considerados necessários para contemplar as orientações éticas e legais do registro de enfermagem.	Observação de presença das características da documentação em conformidade com as orientações éticas e legais.

Fonte: Conceitos desenvolvidos neste estudo com auxílio da bibliografia e dos especialistas.

A exclusão de tópicos de conteúdo resultou em realocação de itens levando a identificar outras redundâncias e a presença de itens que necessitariam contato com o profissional ou o paciente a fim de serem avaliados, portanto, inadequados para a análise do prontuário. Esse processo resultou na redução dos itens de 105 para 74.

5.1.3 Análise semântica

Como representantes do estrato mais experiente da população-alvo, os mesmos especialistas que realizaram a análise de conteúdo analisaram a elegância dos itens. Os resultados quantitativos do trabalho inicial com os especialistas são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Variação no número de itens segundo os tópicos de conteúdo, decorrente da análise realizada pelos especialistas, São Paulo, 2014

Tópicos de conteúdo	Nº Itens 1ª versão	Resultados da revisão pelos especialistas*				Nº Itens 2ª versão
		SA	Mod	Ins	Rem	
Avaliação de Enfermagem	11	5	6	2	-	13
Identificação do Paciente	5	-	4	-	1	4
Diagnósticos de Enfermagem	10	4	6	1	-	11
Prescrições de Enfermagem	10	3	7	2	-	12
Evolução de Enfermagem	11	8	3	1	-	12
Anotações de Enfermagem	13	11	2	2	-	15
Identificação do Profissional	4	4	-	-	-	4
Características do Registro	10	3	7	-	-	10
Total	74	38	35	8	1	81
%	100,0	51,4	47,3	10,8	1,4	100,0

* SA = sem alteração; Mod = modificados; Ins = inseridos; Rem = removidos.

Observa-se na Tabela 3 que os itens passaram de 74 para 81. A maioria (51,4%) permaneceu sem alterações de conteúdo, no entanto foram feitas sugestões de modificações textuais (Mod), itens foram inseridos (Ins) ou removidos (Rem). As principais sugestões apresentadas foram: alteração no título do tópico “Características do registro” (CR) para “Características Gerais do Registro”; inserção de códigos dos itens conforme o título do tópico e o número de ordem dos itens (AE1, DE1 e outros); inclusão e exclusão de itens; adequação redacional de itens; aprimoramento da clareza dos termos usados; adição de informação esclarecendo ao avaliador que o

item é destinado a avaliar a documentação de enfermagem; exclusão de dois itens: um do tópico CR (Item: o registro apresenta linguagem clara) e outro do tópico IP (Item: a documentação de enfermagem permite identificar a que paciente as informações se referem) por entender que repetiam informações já abordadas.

O conjunto de itens analisados pelos especialistas foi considerado suficientemente abrangente para contemplar as características indispensáveis à documentação clínica de enfermagem de cada tópico de conteúdo. A melhor redação dos itens e tópicos de conteúdo foi decidida em consenso entre os membros do grupo de trabalho. O formato final dos itens é apresentado adiante na descrição do instrumento de avaliação da documentação clínica.

O produto obtido com os procedimentos descritos originou a primeira versão do instrumento de avaliação da documentação clínica, que está apresentado mais adiante. Esse instrumento foi avaliado por oito graduandos e dois enfermeiros recém-formados, representando o estrato menos experiente de possíveis usuários. A eles foi solicitado avaliar se os itens eram compreensíveis e se estava claro qual a informação que deveria ser analisada na documentação de enfermagem no prontuário clínico. Esse estrato dos usuários não sugeriu modificações no instrumento.

5.1.4 Instrumento para avaliar a documentação clínica - IADOCE

Na primeira apresentação do instrumento eram 74 itens. A conclusão dos trabalhos de análise de conteúdo/semântica resultou em 81 itens, conforme já apresentado (Tabela 3). O instrumento, então com 81 itens, foi submetido ao pré-teste, após o que passou a contar com 88 itens (Tabela 4).

Tabela 4 - Modificações realizadas quanto ao número de itens e tópicos de conteúdo, decorrentes do pré-teste, São Paulo, 2014

Tópicos de conteúdo	2ª versão: Pré-teste	Resultado 2ª revisão após o pré-teste				3ª versão: IADOCE
	Itens	SA	Mod	Ins	Ret	Itens
Avaliação de Enfermagem	13	7	3	7	3	17
Identificação do Paciente	4	4	-	-	-	4
Diagnósticos de Enfermagem	11	6	1	5	4	12
Prescrições de Enfermagem	12	7	1	6	4	14
Evolução de Enfermagem	12	8	-	5	4	13
Anotações de Enfermagem	15	4	10	5	1	19
Identificação do Profissional	4	-	-	-	4	-
Características do Registro	10	9	-	-	1	9
Total	81	45	15	28	21	88
%	100,0	55,6	18,5	34,6	25,9	100,0

* SA = sem alteração; Mod = modificados; Ins = inseridos; Ret = retirados.

Foram retirados 21 itens (25,9%) e inseridos 28 (34,6%). Foram removidos itens como “o registro da AE está datado” – dando lugar a um item correspondente para a entrevista e outro para o exame físico; “a documentação da AE é realizada exclusivamente pelo enfermeiro” – os dados de identificação do profissional passam a suprir esta informação, e outros similares. Algumas modificações redacionais sugeridas e incorporadas: “o registro do exame físico é estruturado”, passou a ser: o registro do exame físico é estruturado ou parcialmente estruturado. Definida a extinção do tópico ‘Identificação do profissional’ (IProf) com inclusão de seus quatro itens nos tópicos referentes às fases do PROEN e ao tópico “Anotações de enfermagem” totalizando 20 itens (71,4% dos acréscimos). A necessidade desta modificação foi observada pelo fato de as fases do PROEN poderem ser registradas em impressos separados, quando em papel.

O instrumento criado, incluídas as modificações decorrentes do pré-teste (Tabela 4), foi denominado “Instrumento para avaliação da documentação clínica de enfermagem – IADOCE”. Para usá-lo em toda a abrangência é necessário acesso ao prontuário do paciente de um período completo de internação, de forma que seja possível observar os registros de três segmentos independentes de uma internação, a saber: das primeiras 24 horas a partir da internação (entrada); de 24 horas durante a internação (meio); e das últimas 24 horas de permanência no sistema de cuidados (saída). Portanto, o uso do instrumento no formato em que está proposto neste estudo requer períodos de hospitalização de no mínimo 72 horas.

O IADOCE é, portanto, um instrumento que possibilita uma avaliação detalhada das características da documentação clínica de enfermagem, mediante análise do prontuário, colocando em destaque as características intrínsecas do registro das fases do PROEN e também algumas relações entre estas fases, expressas nos registros (Quadro 6).

A cada item definido no instrumento o avaliador deve atribuir um escore variando entre zero e dois ou ‘não se aplica’ (NA), das seguintes formas:

- Para os itens que tratam de características que devem ser avaliadas de forma ordinal:
 - Zero (0) = ausência de registro da informação requerida;
 - Um (1) = registro da informação presente, mas de forma incompleta;
 - Dois (2) = informação requerida registrada e completa;
 - NA = quando o item não for aplicável.
- Para os itens que tratam de características que devem ser avaliadas de forma dicotômica:
 - Zero (0) = ausência de registro da informação requerida;
 - Dois (2) = informação requerida registrada;
 - NA = quando o item não for aplicável.

Essa condição estabelece um sistema de pontuação, gerado pelo IADOCE, que pode variar entre zero e 416 pontos. Quanto maior a pontuação, mais adequados são os registros.

Um campo aberto na coluna à direita serve para que o avaliador registre situações incomuns encontradas, ou condições de não aplicabilidade, permitindo posterior análise da informação ou aprimoramento do instrumento.

Quadro 6 - Instrumento de avaliação da documentação clínica de enfermagem - IADOCE, São Paulo, 2014

Instrumento para Avaliação da Documentação Clínica de Enfermagem IADOCE				
<p>Analise os registros efetuados pela enfermagem no prontuário do paciente e assinale "X", para cada item a seguir, sem omissões, atribuindo:</p> <p>0 (zero), na ausência da informação requerida na data analisada;</p> <p>1 (um), quando a informação na data analisada for parcial, incompleta;</p> <p>2 (dois), quando a informação requerida estiver completa, na data analisada;</p> <p>NA, quando, por alguma razão, o item não for aplicável. Nesse caso, registre as observações que considerar pertinentes.</p> <p>As células sombreadas indicam que não podem ser assinaladas. Por exemplo, quando a coluna de valor 1 estiver na cor cinza, só é possível atribuir o valor 0 (zero), que corresponde a ausência do item de registro, ou o valor 2 na presença da informação. Se uma célula da coluna de não se aplica (N/A) estiver escurecida, isso indica que o item não comporta essa opção.</p>				
Tópico de conteúdo: Avaliação de Enfermagem (AE)				Data de Entrada
Itens de avaliação				0 1 2 N/A
AE1	A avaliação de enfermagem é documentada			
AE2	O registro da AE integra o prontuário do paciente			
AE3	É possível identificar o tempo transcorrido entre a admissão do paciente no equipamento de saúde e o registro da AE			
AE4	O registro da AE evidencia a consulta a fontes secundárias de dados (exames, relato de familiares)			
AE5	A entrevista de enfermagem compõe a AE			
AE6	O registro da Entrevista está datado			
AE7	O registro da entrevista é estruturado ou parcialmente estruturado			
AE8	O registro da entrevista apresenta dados que subsidiam a definição dos diagnósticos de enfermagem considerando o contexto do cuidado			
AE9	O exame físico de enfermagem compõe a AE			
AE10	O registro do Exame físico está datado			
AE11	O registro do exame físico é estruturado ou parcialmente estruturado			
AE12	O registro do exame físico apresenta dados que subsidiam a definição dos diagnósticos de enfermagem considerando o contexto do cuidado			
AE13	A AE inclui resultados a serem alcançados pelo paciente			
AE14	Os registros da AE são acompanhados da assinatura do enfermeiro			
AE15	Os registros da AE apresentam a categoria profissional de quem os realizou			
AE16	Os registros da AE apresentam o número do registro profissional de quem os realizou			
AE17	Os registros da AE apresentam o carimbo ou o nome por extenso de quem os realizou			
<p>Nos próximos tópicos de conteúdo o formulário tem espaços para registrar as observações de três momentos:</p> <p>A coluna "Entrada" se refere às primeiras 24 horas após da entrada no sistema de cuidados;</p> <p>A coluna "Meio" se refere às 24 horas da metade do período no sistema de cuidados;</p> <p>A coluna "Saída" se refere às últimas 24 horas no sistema de cuidados.</p>				

(continua)

(continuação)

</

(continua)

(continuação)

Continuação

Instrumento para Avaliação da Documentação Clínica de Enfermagem IADOCE														
Tópico de conteúdo: Prescrição de Enfermagem (PE)		Entrada				Meio				Saída				
Itens de avaliação		0	1	2	N/A	0	1	2	N/A	0	1	2	N/A	
PE1	A PE é documentada													
PE2	A PE é datada													
PE3	Os enunciados da PE iniciam com um verbo no infinitivo													
PE4	Os enunciados dos itens da prescrição são sucintos													
PE5	A PE descreve com clareza o cuidado a ser prestado													
PE6	Os itens da PE contêm o aprazamento													
PE7	Os diagnósticos de enfermagem registrados têm pelo menos um item de prescrição de enfermagem correspondente													
PE8	A suspensão de algum item da PE é indicada no campo de aprazamento													
PE9	A suspensão de algum item da PE é justificada na evolução/anotação de enfermagem													
PE10	As PE são checadas													
PE11	Os registros da PE apresentam a assinatura de quem os realizou													
PE12	Os registros da PE apresentam a categoria profissional de quem os realizou													
PE13	Os registros da PE apresentam o número do registro profissional de quem os realizou													
PE14	Os registros da PE apresentam o carimbo ou o nome por extenso de quem os realizou													

(continua)

(continuação)

Continuação

Instrumento para Avaliação da Documentação Clínica de Enfermagem IADOCE																
Tópico de conteúdo: Evolução de enfermagem (EE)					Entrada				Meio				Saída			
Itens de avaliação					0	1	2	N/A	0	1	2	N/A	0	1	2	N/A
EE1	A EE é documentada em impresso com espaço destinado a este fim															
EE2	O registro da EE é estruturado ou parcialmente estruturado															
EE3	O registro da EE contém a data em que foi realizado															
EE4	O registro da EE contém o horário de realização															
EE5	O registro da EE é sucinto															
EE6	O registro da EE é claro															
EE7	O registro da EE inclui dados objetivos, subjetivos e condutas que apoiam o julgamento das mudanças ocorridas no paciente															
EE8	O registro da EE apresenta comparações entre as condições anteriores e atuais do paciente															
EE9	O registro da EE contém a avaliação dos resultados do paciente sensíveis à enfermagem															
EE10	O registro da EE apresenta a assinatura de quem os realizou															
EE11	O registro da EE apresenta a categoria profissional de quem os realizou															
EE12	O registro da EE apresenta o número do registro profissional de quem os realizou															
EE13	O registro da EE apresenta o carimbo ou o nome por extenso de quem os realizou															

(continua)

(continuação)

Instrumento para Avaliação da Documentação Clínica de Enfermagem IADOCE													
Tópico de conteúdo: Características gerais do registro (CR) Aplicáveis aos demais Tópicos de Conteúdo		Entrada				Meio				Saída			
Itens de avaliação		0	1	2	N/A	0	1	2	N/A	0	1	2	N/A
CR1	A documentação de enfermagem é legível												
CR2	O registro de enfermagem não contém rasuras												
CR3	O registro de enfermagem é feito utilizando tinta indelével												
CR4	O registro de enfermagem apresenta continuidade, sem espaços em branco												
CR5	Os registros são feitos em ordem cronológica												
CR6	Os registros de enfermagem realizados de forma incorreta são corrigidos sem ocultar a escrita original												
CR7	A correção dos erros de registro de enfermagem é assinada por quem a efetuou												
CR8	O registro de enfermagem não apresenta expressões preconceituosas ou juízos de valor												
CR9	Os registros de enfermagem estão impressos, ou em prontuário eletrônico que possui certificação digital (padrão ICP-Brasil)												

(continua)

(continuação)

Instrumento para Avaliação da Documentação Clínica de Enfermagem IADOCE														
Tópico de conteúdo: Anotações de enfermagem (AT)		Entrada				Meio				Saída				
Itens de avaliação		0	1	2	N/A	0	1	2	N/A	0	1	2	N/A	
AT1	Consta no prontuário clínico o registro de admissão do paciente													
AT2	O conteúdo das AT descreve as manifestações e eventos relacionados ao paciente													
AT3	O conteúdo das AT descreve quando um registro é feito em horário que não corresponde ao da ocorrência do fato documentado (entrada tardia)													
AT4	O registro das AT é inteligível													
AT5	Consta no prontuário o registro de enfermagem da saída do paciente do sistema de cuidados													
AT6	O registro de saída do sistema de cuidados apresenta uma súmula do cuidado de enfermagem realizado durante a permanência na unidade													
AT7	O registro de saída do sistema de cuidados descreve as condições físicas do paciente													
AT8	O registro de saída do sistema de cuidados descreve as condições emocionais do paciente													
AT9	O registro de saída do sistema de cuidados descreve as orientações oferecidas													
AT10	O registro de saída do sistema de cuidados descreve os DE não resolvidos na internação													
AT11	O registro de saída do sistema de cuidados descreve os encaminhamentos feitos													
AT12	Se saída por óbito, o registro relata as condições que levaram ao óbito													
AT13	Se saída por óbito, o registro descreve o destino do corpo													
AT14	O registro informa as orientações dadas aos familiares do óbito													
AT15	O registro das AT apresenta apenas abreviaturas e símbolos cujo significado completo é descrito em lista padronizada aprovada pela instituição													
AT16	O registro das AT apresenta a assinatura de quem os realizou													

(continua)

(conclusão)

Instrumento para Avaliação da Documentação Clínica de Enfermagem IADOCE													
Tópico de conteúdo: Anotações de enfermagem (AT)		Entrada				Meio				Saída			
Itens de avaliação		0	1	2	N/A	0	1	2	N/A	0	1	2	N/A
AT17	O registro das AT apresenta a categoria profissional de quem os realizou												
AT18	O registro das AT apresenta o número do registro profissional de quem os realizou												
AT19	O registro das AT apresenta o carimbo ou o nome por extenso de quem os realizou												
Comentários:													
Tempo de análise:						Assinatura do avaliador:							

As diretrizes de uso do IADOCE (Quadro 7), criadas conforme descrito nos métodos, orientam o registro da avaliação da documentação, buscando reduzir possíveis inconsistências decorrentes da interpretação do item ou do modo de anotar a resposta a cada item; serviram também para balizar os conceitos fundamentais envolvidos na análise da documentação, apresentados em *itálico*.

O avaliador é orientado a analisar os registros de enfermagem no prontuário do paciente nas datas pré-definidas e a assinalar um “X”, para cada item do instrumento, sem omissões. Os textos em *itálico* apresentam exemplos ou definições de conceitos-chaves como orientação adicional, esclarecendo alguns termos ou requisitos do instrumento, que podem causar dúvida durante seu preenchimento.

Quadro 7 - Diretrizes para preenchimento do instrumento IADOCE, São Paulo, 2014

DIRETRIZES PARA PREENCHIMENTO DO IADOCE		
Tópico de conteúdo: Avaliação de Enfermagem (AE) na admissão do paciente		Orientações aos avaliadores
Itens de análise		
AE1	A avaliação de enfermagem é documentada no prazo adequado	0 = não há registro da AE; 1 = o registro da AE foi feito depois das primeiras 24 horas da entrada no sistema de cuidados, ou não é possível identificar quando foi feito; 2 = o registro da AE foi feito dentro das primeiras 24 horas da entrada no sistema de cuidados.
Para os itens a seguir, marque um X em “ 2 ” se o critério estiver presente; em “ 0 ” se estiver ausente, ou em NA se o critério, por alguma razão, não se aplicar. Registre as observações que considerar relevantes.		
Itens de análise		Orientações aos avaliadores
AE2	O registro da AE integra o prontuário do paciente	0 = a AE não consta no prontuário clínico. 2 = consta a AE no prontuário clínico.
AE3	É possível identificar o tempo transcorrido entre a admissão do paciente no equipamento de saúde e o registro da AE	0 = não é possível saber o tempo entre a entrada do paciente no equipamento de saúde e a realização da AE pelas informações disponíveis no prontuário. 2 = as informações disponíveis no prontuário permitem identificar o tempo entre a entrada do paciente no equipamento de saúde e o registro da AE.
AE4	O registro da AE evidencia a consulta a fontes secundárias de dados (exames, relato de familiares)	0 = os registros da AE não evidenciam a consulta a diferentes fontes de informação. 2 = os registros da AE evidenciam a consulta a diferentes fontes de informação: resultados de exames, familiares ou outra pessoa.
AE5	A entrevista de enfermagem compõe a AE	0 = não consta no prontuário o registro da Entrevista ou Histórico de enfermagem. 2 = consta o registro da Entrevista ou Histórico de enfermagem no prontuário;
AE6	O registro da entrevista está datado	0 = não consta na Entrevista ou histórico de enfermagem a data de sua realização. 2 = consta a data de realização da entrevista ou histórico de enfermagem no respectivo impresso. NA = na ausência de registro da entrevista ou histórico.
AE7	O registro da entrevista é estruturado ou parcialmente estruturado	0 = o registro da Entrevista é de redação livre, sem estruturação. 2 = o registro da Entrevista segue modelo impresso pré-definido (com campos para assinalar) ou parcialmente definido (espaços a preencher). NA = ausência de registro da entrevista

(continua)

(continuação)

DIRETRIZES PARA PREENCHIMENTO DO IADOCE		
AE8	O registro da entrevista apresenta dados que subsidiam a definição dos diagnósticos de enfermagem (DE) considerando o contexto do cuidado	<p>0 = os DE estabelecidos na data de entrada não estão relacionados com os dados da Entrevista;</p> <p>2 = os dados da Entrevista claramente orientam a definição de <u>um ou mais DE</u> da data de entrada.</p> <p>NA = registro da entrevista não encontrado no prontuário ou ausência de registro de DE na data selecionada.</p> <p><i>Para atender ao item compare os dados da entrevista com os DE de entrada do paciente no sistema de cuidados.</i></p>
AE9	O exame físico de enfermagem compõe a AE	<p>0 = o registro do Exame Físico não está anexado ao prontuário do cliente.</p> <p>2 = o registro do Exame Físico está anexado ao prontuário do cliente.</p>
AE10	O registro do exame físico está datado	<p>0 = não consta a data de realização do exame físico no impresso onde está registrado.</p> <p>2 = consta a data de realização do exame físico no impresso onde está registrado.</p>
AE11	O registro do exame físico é estruturado ou parcialmente estruturado	<p>0 = o registro do Exame Físico é livre, sem estruturação.</p> <p>2 = o registro do Exame Físico segue modelo estruturado ou parcialmente estruturado.</p>
AE12	O registro do exame físico apresenta dados que subsidiam a definição dos diagnósticos de enfermagem considerando o contexto do cuidado	<p>0 = os DE estabelecidos não estão relacionados aos dados do Exame Físico do cliente.</p> <p>2 = dados do Exame Físico claramente orientam a definição de <u>um ou mais DE</u> da data de entrada.</p> <p>NA = Ausência de DE na data correspondente.</p>
AE13	A AE inclui resultados a serem alcançados pelo paciente	<p>0 = a AE não apresenta proposta de resultados a serem alcançados pelo cliente durante sua permanência no sistema de cuidados.</p> <p>2 = a AE apresenta proposta de resultados a serem alcançados pelo cliente durante sua permanência no sistema de cuidados.</p> <p>Resultados – <i>previsão de melhora das alterações apresentadas pelo paciente ao ingressar no sistema de cuidados.</i></p>
AE14	Os registros da AE são acompanhados da assinatura do enfermeiro	<p>0 = o registro da AE não está assinado OU é assinado por profissional de outra categoria.</p> <p>2 = a assinatura do enfermeiro executante consta no registro da AE.</p>
AE15	Os registros da AE apresentam a categoria profissional de quem os realizou	<p>0 = a categoria profissional da pessoa que realizou o registro não está descrita.</p> <p>2 = consta nos registros a categoria profissional da pessoa que realizou o registro.</p>
AE16	Os registros da AE apresentam o número do registro profissional de quem os realizou	<p>0 = não consta o número do registro profissional de quem registrou a AE.</p> <p>2 = o número do COREN está descrito junto ao nome do profissional que registrou a AE.</p>

(continua)

(continuação)

DIRETRIZES PARA PREENCHIMENTO DO IADOCE		
AE17	Os registros da AE apresentam o carimbo ou o nome por extenso de quem os realizou	<p>0 = não foi constatado aposição do carimbo ou nome por extenso junto à assinatura do profissional que realizou o registro da AE; carimbo <u>ilegível</u>.</p> <p>2 = junto à assinatura do profissional que realizou o registro da AE constatou-se a utilização do respectivo carimbo ou nome por extenso</p>
<p>Análise os registros efetuados pela enfermagem no prontuário do paciente e assinale “X”, para cada item a seguir, sem omissões, atribuindo:</p> <p>0 (zero), na ausência da informação requerida na data analisada;</p> <p>1 (um), quando a informação na data analisada for parcial, incompleta;</p> <p>2 (dois), quando a informação requerida estiver completa, na data analisada;</p> <p>NA, quando, por alguma razão, o item não for aplicável. Neste caso, registre as observações que considerar pertinentes.</p> <p>As células sombreadas indicam que não podem ser assinaladas. Por exemplo, quando a coluna de valor 1 estiver na cor cinza, só é possível atribuir o valor 0 (zero), que corresponde a ausência do item de registro, ou o valor 2 na presença da informação. Se uma célula da coluna de não se aplica (N/A) estiver escurecida, isso indica que o item não comporta essa opção.</p> <p>Na coluna “Entrada” avaliar o registro das primeiras 24 horas após a entrada no sistema de cuidados;</p> <p>Na coluna “Meio” avaliar o registro das 24 horas da metade do período no sistema de cuidados;</p> <p>Na coluna “Saída” avaliar o registro das últimas 24 horas no sistema de cuidados.</p>		
Tópico de conteúdo: Identificação do Paciente (IP)		Orientações aos avaliadores
	Itens de avaliação	
IP1	A documentação de enfermagem informa o nome completo do paciente	<p>0 = nenhum documento analisado contém a descrição do nome completo do cliente;</p> <p>1 = nem todos os documentos analisados contém a descrição do nome completo do cliente</p> <p>2 = todos os documentos analisados contém a descrição do nome completo do cliente</p>
IP2	A documentação de enfermagem informa a data de nascimento ou a idade do paciente	<p>0 = nenhum dos documentos analisados contém a data de nascimento ou a idade do cliente;</p> <p>1 = nem todos os documentos analisados contém a data de nascimento E/OU a idade do cliente;</p> <p>2 = todos os documentos analisados contém a data de nascimento E/OU a idade do cliente.</p>
IP3	A documentação de enfermagem informa o sexo do paciente	<p>0 = nenhum dos documentos analisados apresentam o gênero do cliente;</p> <p>1 = nem todos os documentos analisados apresentam o gênero do cliente;</p> <p>2 = todos os documentos analisados apresentam o gênero do cliente.</p>

(continua)

(continuação)

DIRETRIZES PARA PREENCHIMENTO DO IADOCE		
IP4	A documentação de enfermagem informa o número de registro único do paciente para o sistema de cuidado	<p>0 = nenhum dos documentos analisados informam o número de registro único do paciente para o sistema de cuidado;</p> <p>1 = nem todos os documentos analisados informam o número de registro único do paciente para o sistema de cuidado;</p> <p>2 = todos os documentos analisados informam o número de registro único do paciente para o sistema de cuidado.</p>
Tópico de conteúdo: Diagnósticos de Enfermagem (DE)		Orientações aos avaliadores
	Itens de avaliação	
DE1	O registro dos DE compõe o prontuário do paciente	<p>0 = não há registro de DE na data selecionada para análise da documentação (do prontuário);</p> <p>2 = os DE estão documentados no prontuário do cliente na data selecionada.</p>
DE2	O registro dos DE se encontra datado	<p>0 = o registro dos DE não está datado;</p> <p>2 = o registro dos DE analisados se encontra datado.</p>
DE3	Os DE são enunciados segundo linguagem padronizada	<p>0 = nenhum DE é descrito em linguagem padronizada;</p> <p>1 = nem todos os DE são descritos em linguagem padronizada;</p> <p>2 = todos os DE são descritos em linguagem padronizada.</p>
DE4	Os enunciados dos DE descrevem condições de saúde, processos de vida ou uma vulnerabilidade a essa resposta.	<p>0 = os DE não descrevem respostas humanas ou processos de vida em saúde;</p> <p>2 = os DE descrevem respostas humanas ou processos de vida vigentes ou potenciais.</p> <p>Respostas humanas: experiências subjetivas (sintomas) compartilhadas com os profissionais de saúde pelo cliente.</p> <p>Processos de vida: alterações detectadas pelo profissional (sinais);</p> <p>Vulnerabilidades: riscos decorrentes do processo saúde-doença.</p>

(continua)

(continuação)

DIRETRIZES PARA PREENCHIMENTO DO IADOCE		
DE5	Os enunciados dos DE contém os fatores relacionados ou fatores de risco à resposta humana descrita	<p>0 = nenhum dos DE descritos apresenta descrição dos fatores relacionados ou de risco;</p> <p>1 = nem todos os DE descritos apresentam descrição dos fatores relacionados ou de risco;</p> <p>2 = Todos os DE descritos apresentam descrição dos fatores relacionados ou de risco</p>
DE6	Os enunciados dos DE contém as características definidoras apresentadas pelo cliente	<p>0 = nenhum dos DE analisados contém a descrição das características definidoras;</p> <p>1 = nem todos os DE analisados contém a descrição das características definidoras;</p> <p>2 = Todos os DE analisados contém a descrição das características definidoras.</p> <p>NA = Quando estabelecidos apenas DE de risco.</p>
DE7	Os DE são consistentes com o conteúdo da avaliação inicial ou evolução	<p>0 = nenhum dos DE analisados está relacionado aos achados da avaliação inicial ou da evolução do paciente;</p> <p>1 = nem todos os DE analisados estão relacionados aos achados da avaliação inicial ou evolução;</p> <p>2 = Todos os DE analisados estão relacionados aos achados da avaliação inicial ou evolução.</p> <p>NA = Ausência de registro da AE ou EE para análise deste item.</p>
DE8	Os DE incluem os resultados alcançados pelo paciente	<p>0 = não há junto aos DE a descrição de resultados alcançados pelo paciente;</p> <p>1 = pelo menos um resultado do paciente está descrito junto aos DE;</p> <p>2 = todos os DE são acompanhados dos resultados do paciente.</p> <p>NA = na data de entrada no sistema de cuidado, e.g.</p>
DE9	O registro dos DE é acompanhado da assinatura do profissional que o descreveu	<p>0 = o registro da AE não está assinado;</p> <p>2 = o registro da AE está acompanhado da assinatura do profissional que o realizou.</p>

(continua)

(continuação)

DIRETRIZES PARA PREENCHIMENTO DO IADOCE		
DE10	O registro dos DE apresenta a categoria profissional de quem o descreveu.	<p>0 = não está descrita a categoria profissional de quem estabeleceu os DE nesta data OU os DE foram estabelecidos por profissional que não o enfermeiro;</p> <p>1 = não foi possível identificar quem estabeleceu os DE</p> <p>2 = nesta data os DE foram estabelecidos pelo enfermeiro.</p>
DE11	O registro dos DE apresenta o número do registro profissional de quem o descreveu	<p>0 = não consta o número do registro profissional de quem descreveu os DE nesta data;</p> <p>1 = o número do registro de quem estabeleceu os DE estava ilegível</p> <p>2 = consta o número do registro profissional de quem descreveu os DE nesta data.</p>
DE12	O registro dos DE apresenta o carimbo ou o nome por extenso de quem o descreveu	<p>0 = não consta o carimbo ou nome por extenso do profissional que descreveu os DE nesta data;</p> <p>1 = o carimbo ou o nome de quem estabeleceu os DE estava ilegível</p> <p>2 = consta o carimbo ou nome por extenso do profissional que descreveu os DE nesta data.</p>
Tópico de conteúdo: Prescrição de Enfermagem (PE)		Orientações aos avaliadores
	Itens de avaliação	
PE1	A PE é documentada	<p>0 = não há registro da PE nesta data;</p> <p>2 = as PE desta data constam no prontuário</p>
PE2	A PE se encontra datada	<p>0 = a PE não está datada;</p> <p>2 = a PE está datada.</p> <p>NA = não há registro de PE na data analisada.</p>
PE3	Os enunciados da PE iniciam com um verbo no infinitivo	<p>0 = nenhum item da PE inicia com um verbo no infinitivo;</p> <p>1 = nem todos os itens da PE iniciam com um verbo no infinitivo;</p> <p>2 = todos os itens da PE iniciam com um verbo no infinitivo.</p> <p>NA = não há registro de PE na data analisada.</p>

(continua)

(continuação)

DIRETRIZES PARA PREENCHIMENTO DO IADOCE		
PE4	Os enunciados dos itens da prescrição são sucintos	<p>0 = os enunciados da PE apresentam detalhes dispensáveis; descrição extensa;</p> <p>1 = nem todos os enunciados da PE são sucintos, objetivos;</p> <p>2 = todos os enunciados da PE são sucintos, objetivos.</p> <p>NA = não há registro de EE na data analisada.</p>
PE5	A PE descreve com clareza o cuidado a ser prestado	<p>0 = nenhum dos itens prescritos está descrito de modo claro</p> <p>1 = nem todos os itens da PE descrevem a ação a ser executada de forma clara e inequívoca</p> <p>2 = todos os itens da PE descrevem de forma inequívoca a ação a ser executada</p> <p>NA = não há registro de PE na data analisada.</p>
PE6	Os itens da PE contêm o aprazamento	<p>0 = não há aprazamento para os itens prescritos;</p> <p>1 = nem todos os itens da PE contêm aprazamento;</p> <p>2 = todos os itens da PE contêm aprazamento.</p> <p>NA = não há registro de PE na data analisada.</p>
PE7	Os diagnósticos de enfermagem registrados têm pelo menos um item de prescrição de enfermagem correspondente	<p>0 = nenhum dos DE registrados possui PE correspondente;</p> <p>1 = nem todos os DE registrados possuem PE correspondente</p> <p>2 = todos os DE registrados possuem ao menos um item de PE correspondente</p> <p>NA = não há registro de PE ou de DE na data analisada.</p> <p>Analisar e comparar a PE com os DE.</p>
PE8	A suspensão de algum item da PE é indicada no campo de aprazamento	<p>0 = não consta indicação de suspensão de PE nesta data;</p> <p>2 = a suspensão de itens da PE está indicada no aprazamento</p> <p>NA = não há registro de PE na data analisada.</p>

(continua)

(continuação)

DIRETRIZES PARA PREENCHIMENTO DO IADOCE		
PE9	A suspensão de algum item da PE é justificada na evolução/anotação de enfermagem	<p>0 = não há na anotação/evolução justificativa para a suspensão de item da PE</p> <p>1 = nem todos os itens da PE suspensos estão justificados na anotação/evolução de enfermagem;</p> <p>2 = todos os itens da PE suspensos estão justificados na anotação/evolução de enfermagem</p> <p>NA = não houve itens da PE suspensos nesta data</p>
PE10	As PE estão checadas	<p>0 = nenhuma PE desta data foi checada;</p> <p>1 = nem todas as PE desta data foram checadas;</p> <p>2 = todas as PE desta data foram checadas.</p>
PE11	O registro das PE contém a assinatura do profissional que o elaborou	<p>0 = o registro da PE não está assinado;</p> <p>2 = o registro da PE contém a assinatura do profissional que o elaborou</p>
PE12	O registro da PE apresenta a categoria profissional de quem o elaborou.	<p>0 = o registro da PE não contém a categoria profissional OU não foi realizado pelo enfermeiro;</p> <p>2 = a PE está assinada pelo enfermeiro</p>
PE13	O registro da PE apresenta o número do registro profissional de quem o elaborou	<p>0 = não consta o número do registro profissional de quem descreveu a PE nesta data;</p> <p>2 = consta o número do registro profissional de quem descreveu a PE nesta data.</p>
PE14	O registro da PE apresenta o carimbo ou o nome por extenso de quem o elaborou	<p>0 = não consta o carimbo ou nome por extenso do profissional que descreveu a PE nesta data;</p> <p>1 = o carimbo com o nome estava ilegível</p> <p>2 = consta o carimbo ou nome por extenso do profissional que descreveu a PE nesta data.</p>
Tópico de conteúdo: Evolução de enfermagem (EE)		Orientações aos avaliadores
	Itens de avaliação	
EE1	A EE é documentada em impresso com espaço destinado a este fim	<p>0 = não há registro da EE nesta data;</p> <p>2 = as EE desta data estão registradas no prontuário</p> <p>NA = na data de entrada no sistema de cuidado.</p> <p><i>Na data de entrada não considerar como EE a menos que haja uma AE seguida de EE com algumas horas de intervalo.</i></p>

(continua)

(continuação)

DIRETRIZES PARA PREENCHIMENTO DO IADOCE		
EE2	O registro da EE é estruturado ou parcialmente estruturado	<p>0 = o registro da EE não segue um modelo estruturado ou parcialmente estruturado.</p> <p>2 = o registro da EE segue modelo estruturado ou parcialmente estruturado.</p> <p>NA = na data de entrada no sistema.</p>
EE3	O registro da EE contém a data em que foi realizado	<p>0 = a EE não está datada;</p> <p>2 = a EE está datada.</p> <p>NA = na data de entrada no sistema.</p>
EE4	O registro da EE contém o horário de realização	<p>0 = não há registro do horário de realização da EE</p> <p>2 = o registro da EE contém o horário de sua realização.</p> <p>NA = na data de entrada no sistema.</p>
EE5	O registro da EE é sucinto	<p>0 = os registros da EE são extensos e prolixos;</p> <p>1 = nem todos os registros da EE são sucintos, objetivos;</p> <p>2 = todos os registros da EE são sucintos, objetivos.</p> <p>NA = na data de entrada no sistema.</p>
EE6	O registro da EE é claro	<p>0 = a EE é descrita com uso de expressões do jargão profissional e suposições;</p> <p>1 = nem toda a descrição da EE está expressa de forma clara e inequívoca;</p> <p>2 = toda a descrição da EE está expressa de forma clara e inequívoca.</p> <p>NA = na data de entrada no sistema.</p> <p>Expressões do Jargão: Ex. dormiu bem à noite, bem sem queixas, sem intercorrências, aparentemente bem, siglas não autorizadas e similares.</p> <p>Suposições: Ex. aparenta melhora do curativo, calmo, nervoso.</p>

(continua)

(continuação)

DIRETRIZES PARA PREENCHIMENTO DO IADOCE		
EE7	O registro da EE inclui dados objetivos, subjetivos e condutas que apoiam o julgamento das mudanças ocorridas no paciente	<p>0 = os dados da EE não oferecem subsídio para a avaliação dos resultados alcançados pelo paciente;</p> <p>1 = os dados EE fornecem algum subsídio, mas não contemplam todos os DE estabelecidos</p> <p>2 = a EE fornece informações que apoiam a avaliação dos resultados alcançados pelo paciente.</p> <p>NA = na data de entrada no sistema.</p> <p>Dados Objetivos: alterações verificadas no paciente.</p> <p>Dados Subjetivos: informações obtidas com o paciente.</p> <p>Condutas: procedimentos realizados.</p>
EE8	O registro da EE apresenta comparações entre as condições anteriores e atuais do paciente	<p>0 = o registro da EE não estabelece comparação dos parâmetros de resposta apresentados pelo cliente no período (24h).</p> <p>1 = nem todas as respostas apresentadas na EE são descritas em termos comparativos;</p> <p>2 = todas as respostas apresentadas na EE são descritas em termos comparativos.</p> <p>NA = registro da data de entrada</p>
EE9	O registro da EE contém a avaliação dos resultados do paciente sensíveis à enfermagem	<p>0 = não há descrição na EE da avaliação dos resultados do paciente sensíveis à enfermagem;</p> <p>1 = o registro da EE não permite determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado;</p> <p>2 = o registro da EE declara se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado (piorado, melhorado, mantido, resolvido)</p> <p>NA = na data de entrada no sistema.</p> <p>Resultados sensíveis à enfermagem: estado, comportamento ou percepção mensurável do cliente ou da família influenciado e sensível às intervenções de enfermagem. Exemplos: incidência de úlceras por pressão, redução da dor, incidência de quedas e outros.</p>
EE10	O registro da EE contém a assinatura do profissional que o realizou	<p>0 = o registro da EE não está assinado;</p> <p>2 = o registro da EE contém a assinatura do profissional que o realizou</p> <p>NA = na data de entrada no sistema.</p>

(continua)

(continuação)

DIRETRIZES PARA PREENCHIMENTO DO IADOCE		
EE11	O registro da EE apresenta a categoria profissional de quem o realizou.	0 = o registro da EE não contém a categoria profissional OU não foi realizado pelo enfermeiro; 2 = a EE está assinada pelo enfermeiro. NA = na data de entrada no sistema.
EE12	O registro da EE apresenta o número do registro profissional de quem o realizou	0 = não consta o número do registro profissional de quem descreveu a EE nesta data; 2 = consta o número do registro profissional de quem descreveu a EE nesta data. NA = na data de entrada no sistema.
EE13	O registro da EE apresenta o carimbo ou o nome por extenso de quem o realizou	0 = não consta o carimbo ou nome por extenso do profissional que descreveu a EE nesta data; 1 = o carimbo estava ilegível 2 = consta o carimbo ou nome por extenso do profissional que descreveu a EE nesta data.
Tópico de conteúdo: Anotações de enfermagem (AT)		Orientações aos avaliadores
	Itens de avaliação	
AT1	Consta no prontuário clínico o registro de admissão do paciente	0 = não há registro de entrada do paciente no sistema de cuidados nas anotações de enfermagem; 2 = a entrada do paciente no sistema de cuidados está registrada nas anotações de enfermagem.
AT2	O conteúdo das anotações de enfermagem descreve as manifestações e eventos relacionados ao paciente	0 = não há anotações de enfermagem sobre as manifestações apresentadas pelo paciente nesta data; 1 = as anotações descrevem apenas a condição geral do paciente em termos de estado geral: bom, regular ou mau; 2 = as manifestações apresentadas pelo paciente e os eventos a ele relacionados estão registrados: sinais, sintomas, procedimentos e resultados.
AT3	O conteúdo das anotações descreve quando um registro é feito em horário que não corresponde ao da ocorrência do fato documentado (entrada tardia)	0 = as anotações não relatam o horário do cuidado prestado; 1 = registros feitos tardiamente não explicitam o motivo; 2 = o registro com entrada tardia contém o motivo da quebra de sequência nos fatos descritos. NA = ausência de registro de entrada tardia na documentação da AT.

(continua)

(continuação)

DIRETRIZES PARA PREENCHIMENTO DO IADOCE		
AT4	O registro das anotações de enfermagem é inteligível	<p>0 = o registro das AT é de difícil compreensão por letra ilegível ou erros que comprometem a leitura ou uso de linguagem fragmentada;</p> <p>1 = nem todo o conteúdo da AT é legível, compreensível; uso de linguagem fragmentada.</p> <p>2 = todo o registro das AT é de fácil leitura e compreensão.</p> <p>Linguagem fragmentada: que utiliza frases e abreviaturas específicas da área, mas não de domínio de pessoas alheias ao serviço.</p>
AT5	Consta no prontuário o registro de enfermagem da saída do paciente do sistema de cuidados	<p>0 = a saída do paciente do sistema de cuidados (alta, transferência, óbito) não está registrada no prontuário;</p> <p>2 = a saída do paciente do sistema de cuidados está documentada no prontuário.</p>
AT6	O registro de saída do sistema de cuidados apresenta uma súmula do cuidado de enfermagem realizado durante a permanência na unidade	<p>0 = não há no registro de saída uma descrição resumida dos cuidados de enfermagem oferecidos ao cliente durante sua permanência no sistema de cuidados;</p> <p>2 = consta no registro de saída uma descrição resumida dos cuidados de enfermagem oferecidos ao cliente durante sua permanência no sistema de cuidados.</p> <p>NA = se o paciente saiu por óbito.</p>
AT7	O registro de saída do sistema de cuidados descreve as condições físicas do paciente	<p>0 = não há registro das condições físicas do cliente nas anotações de saída do sistema de cuidados;</p> <p>2 = as condições físicas do cliente estão registradas nas anotações de saída do sistema de cuidados;</p> <p>NA = se a saída do sistema de cuidados for por óbito</p> <p>Condições físicas: sinais e sintomas, nível de consciência, integridade da pele, drenos, sondas e cateteres, óbito.</p>

(continua)

(continuação)

DIRETRIZES PARA PREENCHIMENTO DO IADOCE		
AT8	O registro de saída do sistema de cuidados descreve as condições emocionais do paciente	<p>0 = não há registro das condições emocionais do paciente nas anotações de saída do sistema de cuidados;</p> <p>2 = as condições emocionais do paciente estão registradas nas anotações de saída do sistema de cuidados.</p> <p>NA = se a saída dos sistemas de cuidados foi por óbito</p> <p>Condições emocionais: <i>choroso, ansioso com os cuidados após a alta</i></p>
AT9	O registro de saída do sistema de cuidados descreve as orientações oferecidas ao paciente	<p>0 = não há registro das orientações dadas ao paciente nas anotações de saída do sistema de cuidados;</p> <p>2 = as orientações oferecidas ao paciente estão registradas nas anotações de saída do sistema de cuidados.</p> <p>NA = se o paciente deu óbito.</p> <p>Orientações: <i>medicamentos, retorno, cuidados com curativos e cateteres, procedimentos com óbito entre outros.</i></p>
AT10	O registro de saída do sistema de cuidados descreve os DE não resolvidos na internação	<p>0 = não há descrição dos DE não resolvidos no registro de saída do sistema de cuidados;</p> <p>2 = os DE não resolvidos durante a internação são descritos no registro de saída do sistema de cuidados.</p> <p>NA = se o paciente deu óbito.</p>
AT11	O registro de saída do sistema de cuidados descreve os encaminhamentos feitos	<p>0 = não há descrição dos encaminhamentos feitos no registro de saída do sistema de cuidados;</p> <p>2 = os encaminhamentos feitos estão descritos no registro de saída do sistema de cuidados.</p> <p>NA = se o paciente deu óbito.</p> <p>Encaminhamentos: <i>recursos da comunidade, tratamentos a realizar, busca por outro profissional de saúde.</i></p>
AT12	Se saída por óbito, o registro relata as condições que levaram ao óbito	<p>0 = não há descrição das condições que levaram ao óbito nas anotações de saída do sistema de cuidados;</p> <p>2 = as condições que levaram ao óbito são relatadas na descrição de saída do sistema de cuidados.</p> <p>NA = na saída do sistema de cuidados por alta ou transferência.</p>

(continua)

(continuação)

DIRETRIZES PARA PREENCHIMENTO DO IADOCE		
AT13	Se saída por óbito, o registro descreve o destino do corpo	<p>0 = não há descrição do destino do corpo nas anotações de saída do sistema de cuidados;</p> <p>2 = o destino do corpo é relatado na descrição de saída do sistema de cuidados relatam.</p> <p>NA = na saída do sistema de cuidados por alta ou transferência.</p>
AT14	O registro informa as orientações dadas aos familiares do óbito	<p>0 = não há registro na anotação de enfermagem sobre orientações oferecidas aos familiares;</p> <p>2 = as orientações oferecidas aos familiares estão registradas na anotação de enfermagem.</p> <p>NA = na saída do sistema de cuidados por alta ou transferência.</p>
AT15	O registro apresenta apenas abreviaturas e símbolos cujo significado completo é descrito em lista padronizada aprovada pela instituição	<p>0 = não há uma lista de abreviaturas publicada para orientar o registro de enfermagem na instituição;</p> <p>1 = parte das abreviaturas utilizadas nas anotações de enfermagem segue uma fonte de referência publicada;</p> <p>2 = todas as abreviaturas utilizadas seguem uma fonte de referência publicada autorizada pela instituição.</p> <p>NA = não foram utilizadas abreviaturas.</p>
AT16	O registro da anotação de enfermagem apresenta a assinatura de quem o realizou	<p>0 = nenhuma anotação está assinada;</p> <p>1 = nem toda AT é acompanhada de assinatura;</p> <p>2 = todo registro de AT está assinado por um profissional.</p>
AT17	O registro da anotação de enfermagem apresenta a categoria profissional de quem o realizou	<p>0 = o registro da AT não contém a descrição da categoria profissional do executante;</p> <p>1 = nem todo registro de AT apresenta a categoria profissional do executante;</p> <p>2 = a AT contém a descrição da categoria profissional do executante.</p>
AT18	O registro da anotação de enfermagem apresenta o número do registro profissional de quem o realizou	<p>0 = não consta o número do registro profissional de quem descreveu a AT;</p> <p>1 = nem toda AT apresenta o número do registro profissional do executor;</p> <p>2 = consta sempre o número do registro profissional de quem descreveu a AT.</p>

(continua)

(continuação)

DIRETRIZES PARA PREENCHIMENTO DO IADOCE		
AT19	O registro da anotação de enfermagem apresenta o carimbo ou o nome por extenso de quem o realizou	<p>0 = não consta o carimbo ou nome por extenso do profissional que descreveu a AT nesta data;</p> <p>1 = nem sempre a AT contém o carimbo ou nome por extenso do executante;</p> <p>2 = consta o carimbo ou nome por extenso do profissional que descreveu a AT nesta data.</p>
Tópico de conteúdo: Características gerais do registro (Aplicáveis aos demais Tópicos de Conteúdo)		Orientações aos avaliadores
	Itens de avaliação	
CR1	A documentação de enfermagem é legível	<p>0 = não é possível compreender o que está escrito;</p> <p>1 = há trechos do registro de difícil leitura ou há erros de ortografia que comprometem sua compreensão;</p> <p>2 = todo o registro é compreensível, está grafado corretamente ou os erros não comprometem a compreensão do texto.</p>
CR2	O registro de enfermagem não contém rasuras	<p>0 = há rasuras nos registros de enfermagem analisados;</p> <p>2 = não há rasuras nos registros de enfermagem analisados.</p>
CR3	O registro de enfermagem é feito utilizando tinta indelével	<p>0 = o registro ou parte dele foi feito com tinta que pode ser apagada ou borrar com a umidade</p> <p>2 = o registro é digitado e impresso ou realizado com tinta, que não pode ser apagada (esferográfica).</p>
CR4	O registro de enfermagem apresenta continuidade, sem espaços em branco	<p>0 = Há espaços em branco entre um registro e outro, onde pode ser acrescentado texto;</p> <p>1 = os registros apresentam continuidade; os trechos das linhas sem escrita são inutilizados com um traço.</p> <p>2 = os registros são digitados e impressos, não oferecendo margem para espaços a serem completados</p>
CR5	Os registros são feitos em ordem cronológica	<p>0 = os registros não são descritos seguindo a cronologia dos fatos; não há indicação do horário de ocorrência dos fatos</p> <p>1 = os registros são ordenados <u>quase sempre</u> de acordo com a <u>sucessão</u> cronológica dos fatos em sequência única, com indicação do horário;</p> <p>2 = os registros são <u>sempre</u> ordenados segundo a <u>sucessão</u> cronológica dos fatos em sequência única, sem quebras, com indicação do horário.</p>

(conclusão)

DIRETRIZES PARA PREENCHIMENTO DO IADOCE		
CR6	Os registros de enfermagem realizados de forma incorreta são corrigidos sem ocultar a escrita original	<p>0 = registros realizados de forma incorreta contêm rasuras que ocultam o texto originalmente escrito;</p> <p>1 = há rasuras, que foram corrigidas mantendo a legibilidade do texto original;</p> <p>2 = não há rasuras nos registros de enfermagem avaliados.</p> <p>NA = registros digitalizados e impressos.</p>
CR7	A correção dos erros de registro de enfermagem é assinada por quem a efetuou	<p>0 = a correção de erros de registro não está assinada pelo profissional;</p> <p>2 = a correção de erros de registro está assinada pelo profissional que a realizou</p> <p>NA = não houve erros a corrigir no registro</p>
CR8	O registro de enfermagem não apresenta expressões preconceituosas ou juízos de valor	<p>0 = o registro analisado utiliza frases e expressões preconceituosas ou opiniões pessoais valorativas;</p> <p>2 = não foram identificadas expressões que indiquem preconceito ou parecer valorativo do profissional.</p> <p>Expressões preconceituosas: críticas, ou comentários retaliativos direcionados aos profissionais ou ao cliente</p> <p>Juízos de valor: opiniões pessoais sobre correção ou incorreção de algo relacionado ao cuidado: aparentemente bem; certo ou errado, bom aspecto, estável, bom estado, boa perfusão.</p>
CR9	Os registros de enfermagem estão impressos, ou em prontuário eletrônico que possui certificação digital (padrão ICP-Brasil)	<p>0 = todo registro de enfermagem nas datas avaliadas encontra-se manuscrito;</p> <p>1 = parte do registro se encontra manuscrito ou faltou o registro de uma ou mais etapas do Processo de Enfermagem nas datas avaliadas;</p> <p>2 = todos os registros de enfermagem estão impressos.</p>

A interpretação da pontuação obtida no IADOCE nos dois locais do estudo será apresentada junto com a proposta de indicadores da qualidade da documentação clínica de enfermagem.

5.1.4.1 Confiabilidade do IADOCE

O IADOCE foi aplicado por dois avaliadores independentes a 204 prontuários, sendo 101 no hospital A e 103 no B. De cada prontuário foram avaliados os registros de três datas, a saber: a de ingresso no sistema de cuidados, a da metade do período de permanência e a de saída do sistema, correspondendo à documentação de enfermagem referente a 612 dias de internação.

Os prontuários analisados eram de pacientes admitidos em unidades de internação de adultos. Em relação aos registros encontrados nos prontuários constatou-se que na instituição A todos os registros eram informatizados, inclusive as anotações de enfermagem, sendo encontrados raros relatos manuscritos que complementavam um registro impresso; na instituição B os registros efetuados no período compreendido eram parcialmente informatizados, sendo todas as anotações e evoluções analisadas, manuscritas.

O tempo médio despendido para avaliar a documentação foi de 48,0 minutos por prontuário, correspondendo a 16 minutos por data da documentação de enfermagem analisada. O tempo foi contado a partir da abertura do prontuário até o término da análise dos registros referentes aos três momentos definidos no estudo.

Nas tabelas a seguir estão os dados referentes à concordância interavaliadores calculada pelo Kappa de Cohen (κ), com respectivos intervalos de confiança, para cada item dos **tópicos de conteúdo** considerados neste estudo. Os resultados são analisados obedecendo aos critérios de interpretação dos valores de κ propostos por Landis e Koch (1977), que sugerem a seguinte escala de interpretação (Tabela 5):

Tabela 5 - Interpretação dos valores do Kappa de Cohen, calculados para a concordância inter pares, segundo proposta de Landis e Koch (1977)

Valores de Kappa	Força de concordância/Grau de acordo
< 0,0	Ruim/Sem acordo (<i>Poor</i>)
0,00 - 0,20	Fraca/Insignificante (<i>Slight</i>)
0,21 - 0,40	Razoável/Mediano (<i>Fair</i>)
0,41 - 0,60	Moderada/Moderado (<i>Moderate</i>)
0,61 - 0,80	Substancial (<i>Substantial</i>)
0,81 - 1,00	Quase perfeita (<i>Almost perfect</i>)

Fonte: LANDIS; KOCH (1977).

Tabela 6 - Índices de concordância inter pares na avaliação dos registros da Avaliação de Enfermagem, da data de entrada no sistema, São Paulo, 2015

Itens		Kappa	IC95%		*
Códigos	Enunciados				
AE1	A avaliação de enfermagem é documentada	0,851	0,684	1,000	¹
AE2	O registro da AE integra o prontuário do paciente	1,000	1,000	1,000	¹
AE3	É possível identificar o tempo transcorrido entre a admissão do paciente no equipamento de saúde e o registro da AE	0,950	0,886	0,984	²
AE4	O registro da AE evidencia a consulta a fontes secundárias de dados (exames, relato de familiares)	0,789	0,699	0,879	¹
AE5	A entrevista de enfermagem compõe a AE	1,000	1,000	1,000	¹
AE6	O registro da Entrevista está datado	1,000	1,000	1,000	¹
AE7	O registro da entrevista é estruturado ou parcialmente estruturado	1,000	1,000	1,000	¹
AE8	O registro da entrevista apresenta dados que subsidiam a definição dos diagnósticos de enfermagem considerando o contexto do cuidado	0,863	0,791	0,935	¹
AE9	O exame físico de enfermagem compõe a AE	1,000	1,000	1,000	¹
AE10	O registro do Exame físico está datado	1,000	1,000	1,000	¹
AE11	O registro do exame físico é estruturado ou parcialmente estruturado	1,000	1,000	1,000	¹
AE12	O registro do exame físico apresenta dados que subsidiam a definição dos diagnósticos de enfermagem considerando o contexto do cuidado	0,774	0,683	0,865	¹
AE13	A AE inclui resultados a serem alcançados pelo paciente	0,932	0,867	0,998	¹
AE14	Os registros da AE são acompanhados da assinatura do enfermeiro	0,968	0,932	1,000	¹
AE15	Os registros da AE apresentam a categoria profissional de quem os realizou	0,979	0,950	1,000	¹
AE16	Os registros da AE apresentam o número do registro profissional de quem os realizou	0,944	0,896	0,993	¹
AE17	Os registros da AE apresentam o carimbo ou o nome por extenso de quem os realizou	0,956	0,913	0,999	¹

*Estatística calculada: ¹ Kappa; ² Pabak.

A rigor, a enfermagem registra a avaliação inicial do paciente (composta pela entrevista e exame físico) uma vez, devendo este registro ser realizado nas primeiras 24 horas, consideradas a partir do seu ingresso no sistema de cuidados. Essa condição determinou uma única averiguação desse tópico dentro das primeiras 24 horas após a entrada do paciente no sistema de cuidados.

Na Tabela 6, os valores de **k** indicam concordâncias interpares quase perfeitas em 15 (88,24%) dos 17 itens da Avaliação de Enfermagem e substancial nos demais (2/11,8%); os intervalos de confiança de 95% (IC 95%) situam os valores reais de **k** entre substancial e quase perfeito (0,683 a 1,000) indicando que, no geral, a concordância interpares foi adequada. Três itens (AE1, AE8 e AE12) têm limites inferiores dos IC95% menores que valores aceitos como “quase perfeito” conforme a interpretação adotada.

A partir da Tabela 7 são apresentados dados coletados tanto na data de entrada quanto no meio e na saída do paciente do sistema de cuidados. A saída incluiu situações de alta, transferência ou óbito. As informações pertinentes ao registro de cada momento estão identificadas na coluna correspondente (Momento = **Mto**) e nas letras “**e**”, correspondendo à entrada; “**m**” à data central ou meio do período, e “**s**” à de saída.

Tabela 7 - Índices de concordância interpares na avaliação dos registros de Identificação do Paciente em três momentos distintos do período de internação, São Paulo, 2015

Itens		Mto	Kappa	IC95%		*
Códigos	Enunciados					
IP1	A documentação de enfermagem informa o nome completo do paciente	e	0,990	0,931	1,000	²
		m	0,745	0,406	1,000	¹
		s	0,788	0,608	0,968	¹
IP2	A documentação de enfermagem informa a data de nascimento ou a idade do paciente	e	0,837	0,748	0,926	¹
		m	0,754	0,564	0,943	¹
		s	0,789	0,647	0,930	¹
IP3	A documentação de enfermagem informa o sexo do paciente	e	0,833	0,741	0,925	¹
		m	0,828	0,737	0,918	¹
		s	0,874	0,788	0,959	¹
IP4	A documentação de enfermagem informa o número de registro único do paciente para o sistema de cuidado	e	0,980	0,930	0,998	²
		m	0,745	0,406	1,000	¹
		s	0,837	0,679	0,994	¹

* Estatística calculada: ¹ Kappa; ² Pabak.

Mto: momento do registro avaliado em relação ao período de permanência no sistema de cuidados: e = entrada, m = meio, s = saída.

A concordância interpares quanto ao registro dos dados de identificação do paciente (Tabela 7) foi quase perfeita ou substancial nos documentos analisados em todos os momentos considerados (entrada, meio, saída) sendo mais forte nos registros de entrada e de saída do que nos do meio do período de permanência. O intervalo de confiança ao nível de 95% estima os valores reais de concordância entre fraco (mínimo **k** = 0,406) e quase perfeito (máximo **k** = 1,000).

Tabela 8 - Índices de concordância inter pares na avaliação dos registros dos Diagnósticos de Enfermagem em três momentos distintos do período de internação, São Paulo, 2015

Itens		Mto	Kappa	IC95%		*
Códigos	Enunciados					
DE1	O registro dos DE compõe o prontuário do paciente	e	1,000	1,000	1,000	1
		m	1,000	1,000	1,000	1
		s	1,000	1,000	1,000	1
DE2	O registro dos DE se encontra datado	e	1,000	1,000	1,000	1
		m	1,000	1,000	1,000	1
		s	0,989	0,937	1,000	2
DE3	Os DE são enunciados segundo linguagem padronizada	e	0,968	0,906	1,000	1
		m	0,914	0,818	1,000	1
		s	0,968	0,906	1,000	1
DE4	Os enunciados dos DE descrevem condições de saúde, processos de vida ou uma vulnerabilidade a essa resposta.	e	1,000	1,000	1,000	1
		m	1,000	1,000	1,000	1
		s	1,000	1,000	1,000	1
DE5	Os enunciados dos DE contém os fatores relacionados ou fatores de risco à resposta humana descrita	e	0,899	0,835	0,963	1
		m	0,925	0,871	0,980	1
		s	0,899	0,834	0,963	1
DE6	Os enunciados dos DE contêm as características definidoras apresentadas pelo paciente	e	0,952	0,912	0,993	1
		m	0,946	0,903	0,988	1
		s	0,952	0,912	0,993	1
DE7	Os DE são consistentes com o conteúdo da avaliação inicial ou evolução	e	0,543	0,433	0,652	1
		m	0,649	0,529	0,770	1
		s	0,658	0,546	0,771	1
DE8	Os DE incluem os resultados alcançados pelo paciente	e	0,482	0,177	0,787	1
		m	0,848	0,777	0,919	1
		s	0,849	0,775	0,924	1
DE9	O registro dos DE apresentam a assinatura de quem os realizou	e	0,806	0,621	0,991	1
		m	0,894	0,777	1,000	1
		s	0,854	0,572	1,000	1
DE10	O registro dos DE apresentam a categoria profissional de quem os realizou	e	0,782	0,614	0,950	1
		m	0,939	0,854	1,000	1
		s	0,879	0,745	1,000	1
DE11	O registro dos DE apresentam o número do registro profissional de quem os realizou	e	0,656	0,343	0,970	1
		m	0,968	0,907	1,000	1
		s	0,917	0,803	1,000	1
DE12	O registro dos DE apresentam o carimbo ou o nome por extenso de quem os realizou	e	0,650	0,389	0,910	1
		m	0,939	0,854	1,000	1
		s	0,834	0,674	0,993	1

*Estatística calculada: ¹ Kappa; ² Pabak.

Mto: momento do registro avaliado conforme o ingresso no sistema de cuidados: e = entrada, m = meio, s = saída.

Na Tabela 8 o tópico do registro dos diagnósticos de enfermagem informa valores de **k** moderados para os itens DE7 (0,543) e DE8 (0,482) no momento de entrada do paciente na instituição, o que corresponde a dois (5,6%) dos 36 valores de **k** calculados. Para os demais itens (94,4%), os valores mostram concordância substancial a quase perfeita e limites inferiores do intervalo de confiança 95% entre 0,177 (fraca) que ocorreu em DE8 e 1,00 (quase perfeita) que ocorreu em DE1, D2 e D4.

Tabela 9 - Índices de concordância inter pares na avaliação dos registros das Prescrições de Enfermagem em três momentos distintos do período de internação, São Paulo, 2015

Ítems		Mto	Kappa	IC95%		*
Códigos	Enunciados					
PE1	A PE é documentada	e	1,000	1,000	1,000	¹
		m	1,000	1,000	1,000	¹
		s	0,954	0,892	1,000	¹
PE2	A PE é datada	e	1,000	1,000	1,000	¹
		m	1,000	1,000	1,000	¹
		s	1,000	1,000	1,000	¹
PE3	Os enunciados da PE iniciam com um verbo no infinitivo	e	0,606	0,418	0,794	¹
		m	0,607	0,455	0,758	¹
		s	0,506	0,328	0,685	¹
PE4	Os enunciados dos itens da prescrição são sucintos	e	0,742	0,625	0,833	²
		m	0,770	0,665	0,851	²
		s	0,730	0,612	0,823	²
PE5	A PE descreve com clareza o cuidado a ser prestado	e	0,888	0,798	0,945	²
		m	0,930	0,858	0,972	²
		s	0,910	0,827	0,961	²
PE6	Os itens da PE contêm o aprazamento	e	0,865	0,770	0,929	²
		m	0,870	0,783	0,930	²
		s	0,820	0,716	0,895	²
PE7	Os diagnósticos de enfermagem registrados têm pelo menos um item de prescrição de enfermagem correspondente	e	0,751	0,653	0,849	¹
		m	0,711	0,616	0,806	¹
		s	0,787	0,696	0,877	¹
PE8	A suspensão de algum item da PE é indicada no campo de aprazamento	e	0,920	0,843	0,997	¹
		m	0,695	0,551	0,838	¹
		s	0,893	0,822	0,965	¹
PE9	A suspensão de algum item da PE é justificada na evolução/anotação de enfermagem	e	0,923	0,850	0,996	¹
		m	0,668	0,520	0,817	¹
		s	0,947	0,896	0,998	¹
PE10	As PE são checadas	e	0,831	0,756	0,906	¹
		m	0,846	0,779	0,912	¹
		s	0,863	0,800	0,926	¹
PE11	Os registros da PE apresentam a assinatura de quem os realizou	e	0,392	-0,155	0,939	¹
		m	0,884	0,724	1,000	¹
		s	0,664	0,046	1,000	¹
PE12	Os registros da PE apresentam a categoria profissional de quem os realizou	e	0,568	0,282	0,855	¹
		m	0,790	0,589	0,990	¹
		s	0,815	0,610	1,000	¹
PE13	Os registros da PE apresentam o número do registro profissional de quem os realizou	e	0,955	0,887	0,988	²
		m	0,870	0,692	1,000	¹
		s	0,851	0,648	1,000	¹
PE14	Os registros da PE apresentam o carimbo ou o nome por extenso de quem os realizou	e	0,966	0,903	0,993	²
		m	0,805	0,604	1,000	¹
		s	0,930	0,795	1,000	¹

*Estatística calculada: ¹ Kappa; ² Pabak.

Mto: momento do registro avaliado conforme o ingresso no sistema de cuidados: e = entrada, m = meio, s = saída.

A literatura recomenda que as Prescrições de Enfermagem sigam uma estrutura redacional que garanta a presença de determinadas características para o registro das ações a serem executadas. Estas características são o fulcro de análise do registro neste indicador, cujos resultados estão descritos na Tabela 9.

A concordância interavaliadores calculada ao analisar a documentação dessa fase do PROEN (Tabela 9) mostrou-se substancial ou quase perfeita ($k \geq 0,61$) em 85,7% dos itens analisados. A concordância foi mediana ($k=0,392$) em relação à presença da assinatura do prescritor no momento da entrada (PE11e); e moderada em outros dois itens: iniciar com verbo no infinitivo (PE3 e, m, s), e descrição da categoria profissional do prescritor (PE12e). Pelos resultados obtidos, em dois (14,3%) dos 14 itens a concordância foi menor do que substancial sendo que no item PE3 o nível de concordância obtido foi moderado para os registros das três datas analisadas.

No Item PE11, “Os registros da PE apresentam a assinatura de quem os realizou” o coeficiente foi de 0,392 (razoável), com IC95% de -0,155 a 0,939. O limite inferior do intervalo de confiança (IC 95%) é negativo, o que indica risco elevado de casualidade na concordância obtida; a amplitude do IC95% indica baixa precisão no coeficiente calculado. Nos demais itens os valores do IC 95% indicam haver um grau de concordância interavaliadores maior que aquela devida ao acaso.

Tabela 10 - Índices de concordância inter pares na avaliação dos registros das Evoluções de Enfermagem em três momentos distintos do período de internação, São Paulo, 2015

Itens		Mto	Kappa	IC95%		*
Códigos	Enunciados					
EE1	A EE é documentada em impresso com espaço destinado a este fim	e	0,957	0,874	1,000	¹
		m	1,000	1,000	1,000	¹
		s	1,000	1,000	1,000	¹
EE2	O registro da EE é estruturado ou parcialmente estruturado	e	0,958	0,875	1,000	¹
		m	0,795	0,518	1,000	¹
		s	0,894	0,748	1,000	¹
EE3	O registro da EE contém a data em que foi realizada	e	0,957	0,874	1,000	¹
		m	1,000	1,000	1,000	¹
		s	0,988	0,936	1,000	²
EE4	O registro da EE contém o horário de realização	e	0,957	0,874	1,000	¹
		m	0,932	0,873	0,991	¹
		s	0,957	0,910	1,000	¹
EE5	O registro da EE é sucinto	e	0,957	0,874	1,000	¹
		m	0,937	0,865	0,977	²
		s	0,930	0,850	0,974	²
EE6	O registro da EE é claro	e	0,832	0,689	0,974	¹
		m	0,496	0,366	0,626	¹
		s	0,492	0,352	0,631	¹
EE7	O registro da EE inclui dados (objetivos, subjetivos e condutas) que apoiam o julgamento das mudanças ocorridas no paciente	e	0,915	0,803	1,000	¹
		m	0,704	0,592	0,815	¹
		s	0,731	0,618	0,844	¹
EE8	O registro da EE apresenta comparações entre as condições anteriores e atuais do paciente	e	0,956	0,873	1,000	¹
		m	0,817	0,743	0,891	¹
		s	0,781	0,700	0,863	¹
EE9	O registro da EE contém a avaliação dos resultados do paciente sensíveis à enfermagem	e	0,904	0,772	1,000	¹
		m	0,869	0,803	0,935	¹
		s	0,869	0,801	0,937	¹
EE10	O registro da EE apresenta a assinatura de quem os realizou	e	0,915	0,803	1,000	¹
		m	0,886	0,665	1,000	¹
		s	0,988	0,936	1,000	²
EE11	O registro da EE apresenta a categoria profissional de quem os realizou	e	0,957	0,874	1,000	¹
		m	0,872	0,728	1,000	¹
		s	0,848	0,679	1,000	¹
EE12	O registro da EE apresenta o número do registro profissional de quem os realizou	e	0,957	0,874	1,000	¹
		m	0,920	0,765	1,000	¹
		s	0,883	0,723	1,000	¹
EE13	O registro da EE apresenta o carimbo ou o nome por extenso de quem o realizou	e	0,918	0,805	1,000	¹
		m	0,935	0,816	1,000	¹
		s	1,000	1,000	1,000	¹

*Estatística calculada: ¹ Kappa; ² Pabak.

Mto: momento do registro avaliado conforme o ingresso no sistema de cuidados: e = entrada, m = meio, s = saída.

Dados sobre a documentação da evolução de enfermagem (EE), descritos na Tabela 10 mostram concordância quase perfeita para todas as avaliações da documentação de entrada do paciente no sistema; para os outros momentos (meio e saída) os valores de **k** para o item EE6 (O registro da EE é claro) a concordância foi moderada e os limites do IC95% são 0,366 - 0,626, para a avaliação do meio e 0,352 - 0,631 para a de saída. Para os demais itens (92,3%) **k** indica acordo substancial ou quase perfeito entre os avaliadores. Em todos os itens, o IC95% indica que os valores de **k** podem estar adequados aos propósitos deste estudo.

Tabela 11 - Índices de concordância interpares na avaliação das Características Gerais dos Registros de Enfermagem em três momentos distintos do período de internação, São Paulo, 2015

Itens		Mto	Kappa	IC95%	*	
Códigos	Enunciados					
CR1	A documentação de enfermagem é legível	e	0,951	0,909	0,993	1
		m	0,922	0,868	0,975	1
		s	0,892	0,830	0,954	1
CR2	O registro de enfermagem não contém rasuras	e	1,000	1,000	1,000	1
		m	0,971	0,915	0,994	2
		s	0,980	0,930	0,998	2
CR3	O registro de enfermagem é feito utilizando tinta indelével	e	1,000	1,000	1,000	1
		m	1,000	1,000	1,000	1
		s	1,000	1,000	1,000	1
CR4	O registro de enfermagem apresenta continuidade, sem espaços em branco	e	0,832	0,767	0,898	1
		m	0,873	0,815	0,931	1
		s	0,866	0,806	0,925	1
CR5	Os registros são feitos em ordem cronológica	e	0,389	0,002	0,776	1
		m	0,433	0,024	0,842	1
		s	0,493	0,066	0,919	1
CR6	Os registros de enfermagem realizados de forma incorreta são corrigidos sem ocultar a escrita original	e	0,747	0,409	1,000	1
		m	0,567	0,128	1,000	1
		s	0,663	0,226	1,000	1
CR7	A correção dos erros de registro de enfermagem é assinada por quem a efetuou	e	0,326	-0,166	0,818	1
		m	0,277	-0,162	0,715	1
		s	0,951	0,887	0,984	2
CR8	O registro de enfermagem não apresenta expressões preconceituosas ou juízos de valor	e	0,522	0,399	0,645	1
		m	0,545	0,430	0,660	1
		s	0,482	0,357	0,607	1
CR9	Os registros de enfermagem estão impressos, ou em prontuário eletrônico que possui certificação digital	e	0,885	0,820	0,950	1
		m	0,960	0,920	0,999	1
		s	0,891	0,826	0,956	1

*Estatística calculada: ¹ Kappa; ² Pabak.

Mto: momento do registro avaliado conforme o ingresso no sistema de cuidados: e = entrada, m = meio, s = saída.

Entre as Características Gerais do Registro (Tabela 11) foi verificado o mais baixo acordo entre os avaliadores na aplicação do IADOCE, sendo o item CR7 o que apresentou menor concordância entre os avaliadores ($k = 0,277$, entrada e $k = 0,326$, meio). Embora estes valores classifiquem a concordância pela proposta de Landis e Koch (1977) como mediana, o intervalo do IC95% ultrapassando o zero sugere que ela pode ter ocorrido por acaso. Nos prontuários analisados, apenas cinco vezes foi encontrado um registro julgado como contendo informação equivocada seguida de correção e em apenas um caso o parecer dos avaliadores foi coincidente. Nos outros 199 prontuários a ausência de registro com correções indicou assinalar o item como não aplicável.

No item CR5, que trata da cronologia dos registros os valores de k também foram baixos ($0,389 \geq k \leq 0,493$), o que indica concordância entre mediana e moderada. Os IC95% desse mesmo item na avaliação de entrada, do meio e da saída têm amplitudes maiores que as observadas nos demais itens (0,002-0,776 na entrada; 0,024 a 0,824 no meio; e 0,066 a 0,919 na saída). Nos demais itens os valores de k revelam maior acordo entre os avaliadores, indicando concordância entre moderada e quase perfeita.

Tabela 12 - Índices de concordância interpares na avaliação dos registros das Anotações de Enfermagem em três momentos distintos do período de internação, São Paulo, 2015

Itens		Mto	Kappa	IC95%	*
Códigos	Enunciados				
AT1	Consta no prontuário clínico o registro de admissão do paciente	e	0,745	0,406	1,000 ¹
AT2	O conteúdo das AT descreve as manifestações e eventos relacionados ao paciente	e	0,971	0,915	0,994 ¹
		m	0,665	0,048	1,000 ¹
		s	0,980	0,930	0,998 ¹
AT3	O conteúdo das AT descreve quando um registro é feito em horário que não corresponde ao da ocorrência do fato documentado (entrada tardia)	e	0,961	0,901	0,989 ²
		m	0,493	0,065	0,922 ¹
		s	0,990	0,946	1,000 ²
AT4	O registro das AT é inteligível	e	0,365	0,198	0,531 ¹
		m	0,427	0,274	0,581 ¹
		s	0,468	0,329	0,607 ¹
AT5	Consta no prontuário o registro de enfermagem da saída do paciente do sistema de cuidados	s	0,881	0,748	1,000 ¹

(continua)

(conclusão)

Itens		Mto	Kappa	IC95%	*
Códigos	Enunciados				
AT6	O registro de saída do sistema de cuidados apresenta uma súmula do cuidado de enfermagem realizado durante a permanência na unidade	s	1,000	1,000	1,000 ¹
AT7	O registro de saída do sistema de cuidados descreve as condições físicas do paciente	s	0,839	0,766	0,913 ¹
AT8	O registro de saída do sistema de cuidados descreve as condições emocionais do paciente	s	1,000	1,000	1,000 ¹
AT9	O registro de saída do sistema de cuidados descreve as orientações oferecidas	s	0,795	0,708	0,881 ¹
AT10	O registro de saída do sistema de cuidados descreve os DE não resolvidos na internação	s	0,965	0,897	1,000 ¹
AT11	O registro de saída do sistema de cuidados descreve os encaminhamentos feitos	s	0,786	0,698	0,874 ¹
AT12	Se saída por óbito, o registro relata as condições que levaram ao óbito	s	0,849	0,724	0,974 ¹
AT13	Se saída por óbito, o registro descreve o destino do corpo	s	1,000	1,000	1,000 ¹
AT14	O registro informa as orientações dadas aos familiares do óbito	s	1,000	1,000	1,000 ¹
AT15	O registro das AT apresenta apenas abreviaturas e símbolos cujo significado completo é descrito em lista padronizada aprovada pela instituição	e	0,456	0,327	0,586 ¹
		m	0,662	0,560	0,764 ¹
		s	0,634	0,525	0,744 ¹
AT16	O registro das AT apresenta a assinatura de quem os realizou	e	0,566	0,411	0,720 ¹
		m	0,535	0,328	0,742 ¹
		s	0,589	0,398	0,780 ¹
AT17	O registro das AT apresenta a categoria profissional de quem os realizou	e	0,676	0,560	0,792 ¹
		m	0,634	0,497	0,770 ¹
		s	0,658	0,533	0,784 ¹
AT18	O registro das AT apresenta o número do registro profissional de quem os realizou	e	0,632	0,448	0,816 ¹
		m	0,826	0,690	0,962 ¹
		s	0,686	0,493	0,879 ¹
AT19	O registro das AT apresenta o carimbo ou o nome por extenso de quem os realizou	e	0,715	0,556	0,874 ¹
		m	0,810	0,674	0,947 ¹
		s	0,631	0,455	0,808 ¹

*Estatística calculada: ¹ Kappa; ² Pabak.

Mto: momento do registro avaliado conforme o ingresso no sistema de cuidados: e = entrada, m = meio, s = saída.

O registro das anotações de enfermagem (AT) foi verificado em diferentes momentos, mas como é possível observar na Tabela 12, alguns itens são pertinentes apenas em uma das datas avaliadas. O item AT1 refere-se aos registros de admissão, verificáveis apenas na data de entrada no sistema de cuidados; os itens AT5 a AT14 são específicos dos registros de saída do sistema, seja por alta, transferência ou óbito, sendo verificados apenas na documentação da data de saída do paciente.

A inteligibilidade dos registros (AT4) foi o aspecto mais sensível, pois obteve menores concordâncias. Os valores de k situaram-se entre $k=0,365$ e $k=0,468$, representando, portanto, concordância de mediana a moderada. O uso de símbolos e abreviaturas nos registros (AT15) também alcançou concordância moderada nos documentos de entrada no sistema de cuidados. Contudo, em 77,1% dos 19 itens desse tópico, os resultados podem ser classificados como indicativos de concordância substancial e quase perfeita.

A Tabela 13 é uma síntese quantitativa dos graus de concordância interpares obtidos pela avaliação dos prontuários, considerando os itens do IADOCE.

Tabela 13 - Frequência de graus de concordância interpares segundo tópicos de conteúdos e o momento da avaliação da documentação clínica de enfermagem, São Paulo, 2015

Tópicos de Conteúdo	Mto*	Graus de concordância de Landis e Koch (1977)					Total
		Quase Perfeito (0,81-1,00)	Forte (0,61-0,80)	Moderado (0,41-0,60)	Mediano (0,21-0,40)	Insignificante (0,0-0,20)	
AE	e	15	2	-	-	-	17
IP	e	4	-	-	-	-	4
	m	1	3	-	-	-	4
	s	2	2	-	-	-	4
DE	e	7	3	2	-	-	12
	m	11	1	-	-	-	12
	s	11	1	-	-	-	12
PE	e	9	3	1	1	-	14
	m	7	7	-	-	-	14
	s	10	3	1	-	-	14
EE	e	13	-	-	-	-	13
	m	10	2	1	-	-	13
	s	10	2	1	-	-	13
CR	e	5	1	1	2	-	9
	m	5	-	3	1	-	9
	s	6	1	2	-	-	9
AT	e	2	4	2	1	-	9
	m	2	3	3	-	-	8
	s	10	6	2	-	-	18
Total	n	140	44	19	5	-	208
	%	67,3	21,2	9,1	2,4	-	100,0

*Mto.: momento em que os registros analisados foram feitos: e = entrada, m = meio e s = saída do sistema de cuidados.

AE = avaliação de enfermagem; IP = identificação do paciente; DE = diagnósticos de enfermagem; PE = prescrição de enfermagem; EE = evolução de enfermagem; CR = características gerais dos registros; AT = anotação de enfermagem.

Pela Tabela 13 verifica-se que a concordância entre os avaliadores variou de mediana a quase perfeita. O menor grau de acordo ocorreu no tópico Características Gerais do Registro (Tabela 11) com valor de $\kappa=0,277$; entretanto, em 88,5% dos itens a concordância obtida entre os avaliadores foi forte ou quase perfeita (valor de κ entre 0,61 e 1,00).

5.2 INDICADORES DE QUALIDADE DA DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA

Nesta seção é apresentada a proposta dos indicadores de qualidade da documentação clínica derivados dos escores no IADOCE e, para exemplificar, o seu comportamento nos dois locais do estudo. A utilização do IADOCE nesse momento visou testar sua aplicabilidade, e verificar quais seriam os resultados numa situação real de avaliação da documentação para a qual foi criado, especialmente a possibilidade de identificar semelhanças e diferenças nos registros de enfermagem em duas instituições com características diversas.

5.2.1 Proposta de indicadores de qualidade da documentação clínica de enfermagem

Cada tópico de conteúdo do IADOCE foi considerado um **indicador** composto pelos respectivos itens que passam a ser designados de **critérios**. Obtivemos, portanto, sete **indicadores parciais** de qualidade da documentação clínica, entre os quais se distribuem 88 **critérios**, a saber:

- 1) Indicador de qualidade da documentação da avaliação de enfermagem (IQDC - AE), com 17 critérios.
- 2) Indicador de qualidade da documentação da identificação do paciente (IQDC - IP), com quatro critérios.
- 3) Indicador de qualidade da documentação dos diagnósticos de enfermagem (IQDC - DE), com 12 critérios.
- 4) Indicador de qualidade da documentação das prescrições de enfermagem (IQDC - PE), com 14 critérios.
- 5) Indicador de qualidade da documentação de evolução de enfermagem (IQDC - EE), com 13 critérios.
- 6) Indicador de qualidade de características gerais da documentação clínica (IQDC - CR), com nove critérios; e,
- 7) Indicador de qualidade das anotações de enfermagem (IQDC - AT), com 19 critérios.

Um indicador de qualidade da documentação clínica expressa o grau de conformidade da documentação com os critérios a ele correspondentes. Para o cálculo dos indicadores é necessário considerar o número de dias em que cada critério

é pontuado no IADOCE. A pontuação máxima depende do número de dias em que os seus critérios podem ser avaliados.

A pontuação máxima estabelecida para cada critério foi dois e cada indicador deve ser aplicado entre um dia (AE) e até 3 dias (os demais indicadores). A possibilidade da ocorrência de critérios não aplicáveis (por exemplo, os relacionados às anotações (AT) de óbito nos casos de saída por alta hospitalar) tem implicação no cálculo dos indicadores. Havendo critérios 'não aplicáveis' as pontuações máximas serão afetadas. Para permitir comparações e facilitar as interpretações, o grau de conformidade do que é observado com o indicador correspondente deve ser calculado em termos de proporções, de forma que os critérios 'não aplicáveis', que porventura ocorram, não falseiem os valores. Diante disso, para calcular os indicadores de qualidade da documentação clínica, devem ser usadas as pontuações obtidas no IADOCE conforme o gabarito e fórmulas a seguir. As células sombreadas e sem um valor, representam ausência de pontuação a ser atribuída ou computada.

As apresentações feitas a seguir referem-se aos sete Indicadores da Qualidade da Documentação Clínica de Enfermagem, com os gabaritos para pontuação dos itens do IADOCE e as fórmulas para cálculo de cada indicador (do Quadro 8 ao Quadro 14).

Quadro 8 - Gabarito para Pontuação do IADOCE e Geração do IQDC-AE: Avaliação de Enfermagem na data de entrada no sistema de cuidados, São Paulo, 2019

Indicador de qualidade da documentação da Avaliação de Enfermagem (IQDC-AE)					
Critérios		Pontuação obtida			
AE1	A avaliação de enfermagem é documentada	0	1	2	N/A
AE2	O registro da AE integra o prontuário do paciente	0		2	
AE3	É possível identificar o <u>tempo transcorrido</u> entre a <u>admissão</u> do paciente no equipamento de saúde e o <u>registro da AE</u>	0		2	
AE4	O registro da AE evidencia a consulta a fontes secundárias de dados (exames, relato de familiares)	0		2	
AE5	A entrevista de enfermagem compõe a AE	0		2	
AE6	O registro da Entrevista está datado	0		2	N/A
AE7	O registro da entrevista é estruturado ou parcialmente estruturado	0		2	N/A
AE8	O registro da entrevista apresenta dados que subsidiam a definição dos diagnósticos de enfermagem considerando o contexto do cuidado	0		2	N/A
AE9	O exame físico de enfermagem compõe a AE	0		2	
AE10	O registro do Exame físico está datado	0		2	
AE11	O registro do exame físico é estruturado ou parcialmente estruturado	0		2	
AE12	O registro do exame físico apresenta dados que subsidiam a definição dos diagnósticos de enfermagem considerando o contexto do cuidado	0		2	N/A
AE13	A AE inclui resultados a serem alcançados pelo paciente	0		2	
AE14	Os registros da AE são acompanhados da assinatura do enfermeiro	0		2	
AE15	Os registros da AE apresentam a categoria profissional de quem os realizou	0		2	
AE16	Os registros da AE apresentam o número do registro profissional de quem os realizou	0		2	
AE17	Os registros da AE apresentam o carimbo ou o nome por extenso de quem os realizou	0		2	
Pontuação máxima		34			

Cálculo do IQDC-AE

Obtenha:

A - Número de critérios com avaliação N/A

B - Soma dos pontos obtidos nos critérios aplicáveis

C – Número de prontuários analisados

Calcule:
$$IQDC_{AE} = [B / ((34 \times C) - (A \times 2))] \times 100$$

Quadro 9 - Gabarito para Pontuação do IADOCE e Geração do IQDC-IP: Identificação do Paciente em três momentos distintos do período de internação, São Paulo, 2019

Indicador de qualidade da documentação da identificação do paciente (IQDC-IP)													
Critérios		Pontuação obtida											
		Entrada				Meio				Saída			
IP1	A documentação de enfermagem informa o nome completo do paciente	0	1	2		0	1	2		0	1	2	
IP2	A documentação de enfermagem informa a data de nascimento ou a idade do paciente	0	1	2		0	1	2		0	1	2	
IP3	A documentação de enfermagem informa o sexo do paciente	0	1	2		0	1	2		0	1	2	
IP4	A documentação de enfermagem informa o número de registro único do paciente para o sistema de cuidado.	0	1	2		0	1	2		0	1	2	
Pontuação máxima		24											

Cálculo do IQDC-IP

Obtenha:

A - Número de avaliações N/A

B - Soma dos pontos obtidos nos critérios aplicáveis

C - Número de prontuários analisados

Calcule: $\text{IQDC}_{\text{IP}} = [B / ((24 \times C) - (A \times 2))] \times 100$

Quadro 10 - Gabarito para Pontuação do IADOCE e Geração do IQDC-DE: Diagnósticos de Enfermagem em três momentos distintos do período de internação, São Paulo, 2019

Indicador de qualidade da documentação dos diagnósticos de enfermagem (IQDC-DE)												
Critérios		Pontuação obtida										
		Entrada				Meio				Saída		
DE1	O registro dos DE compõe o prontuário do paciente	0		2		0		2		0		2
DE2	O registro dos DE se encontra datado	0	1	2		0	1	2		0	1	2
DE3	Os DE são enunciados segundo linguagem padronizada	0	1	2		0	1	2		0	1	2
DE4	Os enunciados dos DE descrevem condições de saúde, processos de vida ou uma vulnerabilidade a essa resposta.	0		2	N/A	0		2	N/A	0		2
DE5	Os enunciados dos DE contêm os fatores relacionados ou fatores de risco à resposta humana descrita	0	1	2		0	1	2		0	1	2
DE6	Os enunciados dos DE contêm as características definidoras apresentadas pelo paciente	0	1	2	N/A	0	1	2	N/A	0	1	2
DE7	Os DE são consistentes com o conteúdo da avaliação inicial ou evolução	0	1	2	N/A	0	1	2	N/A	0	1	2
DE8	Os DE incluem os resultados alcançados pelo paciente	0	1	2	N/A	0	1	2	N/A	0	1	2
DE9	O registro dos DE apresenta a assinatura de quem os realizou	0		2		0		2		0		2
DE10	O registro dos DE apresenta a categoria profissional de quem os realizou	0	1	2		0	1	2		0	1	2
DE11	O registro dos DE apresenta o número do registro profissional de quem os realizou	0	1	2		0	1	2		0	1	2
DE12	O registro dos DE apresenta o carimbo ou o nome por extenso de quem os realizou	0	1	2		0	1	2		0	1	2
Pontuação máxima		72										

Cálculo do IQDC-DE

Obtenha:

A - Número de avaliações N/A

B - Soma dos pontos obtidos nos critérios aplicáveis

C - Número de prontuários analisados

Calcule: $IQDC_{DE} = [B / ((72 \times C) - (A \times 2))] \times 100$

Quadro 11 - Gabarito para Pontuação do IADOCE e Geração do IQDC-PE: Prescrição de Enfermagem em três momentos distintos do período de internação, São Paulo, 2019

Indicador de qualidade da documentação da prescrição de enfermagem (IQDC - PE)												
Critérios		Pontuação obtida										
		Entrada			Meio				Saída			
PE1	A PE é documentada	0		2		0		2		0		2
PE2	A PE é datada	0		2	N/A	0		2	N/A	0		2
PE3	Os enunciados da PE iniciam com um verbo no infinitivo	0	1	2	N/A	0	1	2	N/A	0	1	2
PE4	Os enunciados dos itens da prescrição são sucintos	0	1	2	N/A	0	1	2	N/A	0	1	2
PE5	A PE descreve com clareza o cuidado a ser prestado	0	1	2	N/A	0	1	2	N/A	0	1	2
PE6	Os itens da PE contêm o aprazamento	0	1	2	N/A	0	1	2	N/A	0	1	2
PE7	Os diagnósticos de enfermagem registrados têm pelo menos um item de prescrição de enfermagem correspondente	0	1	2	N/A	0	1	2	N/A	0	1	2
PE8	A suspensão de algum item da PE é indicada no campo de aprazamento	0	1	2	N/A	0	1	2	N/A	0	1	2
PE9	A suspensão de algum item da PE é justificada na evolução/anotação de enfermagem	0	1	2	N/A	0	1	2	N/A	0	1	2
PE10	As PE são checadas	0	1	2		0	1	2		0	1	2
PE11	Os registros da PE apresentam a assinatura de quem os realizou	0		2		0		2		0		2
PE12	Os registros da PE apresentam a categoria profissional de quem os realizou	0		2		0		2		0		2
PE13	Os registros da PE apresentam o número do registro profissional de quem os realizou	0		2		0		2		0		2
PE14	Os registros da PE apresentam o carimbo ou o nome por extenso de quem os realizou	0	1	2		0	1	2		0	1	2
Pontuação máxima		84										

Cálculo do IQDC-PE

Obtenha:

A - Número de avaliações N/A

B - Soma dos pontos obtidos nos critérios aplicáveis

C - Número de prontuários analisados

Calcule: $IQDC_{PE} = [B / ((84 \times C) - (A \times 2))] \times 100$

Quadro 12 - Gabarito para Pontuação do IADOCE e Geração do IQDC-EE: Evolução de Enfermagem em três momentos distintos do período de internação, São Paulo, 2019

Indicador de qualidade da documentação da evolução de enfermagem (IQDC-EE)													
Critérios		Pontuação obtida											
		Entrada				Meio				Saída			
EE1	A EE é documentada em impresso com espaço destinado a este fim	0		2	N/A	0		2	N/A	0		2	N/A
EE2	O registro da EE é estruturado ou parcialmente estruturado	0		2	N/A	0		2	N/A	0		2	N/A
EE3	O registro da EE contém a data em que foi realizado	0		2	N/A	0		2	N/A	0		2	N/A
EE4	O registro da EE contém o horário de realização	0		2	N/A	0		2	N/A	0		2	N/A
EE5	O registro da EE é sucinto	0	1	2	N/A	0	1	2	N/A	0	1	2	N/A
EE6	O registro da EE é claro	0	1	2	N/A	0	1	2	N/A	0	1	2	N/A
EE7	O registro da EE inclui dados objetivos, subjetivos e condutas que apoiam o julgamento das mudanças ocorridas no paciente	0		2	N/A	0		2	N/A	0		2	N/A
EE8	O registro da EE apresenta comparações entre as condições anteriores e atuais do paciente	0	1	2	N/A	0	1	2	N/A	0	1	2	N/A
EE9	O registro da EE contém a avaliação dos resultados do paciente sensíveis à enfermagem	0	1	2	N/A	0	1	2	N/A	0	1	2	N/A
EE10	O registro da EE apresenta a assinatura de quem os realizou	0		2	N/A	0		2	N/A	0		2	N/A
EE11	O registro da EE apresenta a categoria profissional de quem os realizou	0		2	N/A	0		2	N/A	0		2	N/A
EE12	O registro da EE apresenta o número do registro profissional de quem os realizou	0		2	N/A	0		2	N/A	0		2	N/A
EE13	O registro da EE apresenta o carimbo ou o nome por extenso de quem os realizou	0	1	2	N/A	0	1	2	N/A	0	1	2	N/A
Pontuação máxima		78											

Cálculo do IQDC-EE

Obtenha:

A - Número de avaliações N/A

B - Soma dos pontos obtidos nos critérios aplicáveis

C - Número de prontuários analisados

Calcule: $IQDC_{EE} = [B / ((78 \times C) - (A \times 2))] \times 100$

Quadro 13 - Gabarito para Pontuação do IADOCE e Geração do IQDC-AT: Anotação de Enfermagem em três momentos distintos do período de internação, São Paulo, 2019

Indicador de qualidade da documentação das anotações de enfermagem (IQDC-AT)													
Critérios		Pontuação obtida											
		Entrada			Meio				Saída				
AT1	Consta no prontuário clínico o registro de admissão do paciente	0		2									
AT2	O conteúdo das AT descreve as manifestações e eventos relacionados ao paciente	0	1	2		0	1	2		0	1	2	
AT3	O conteúdo das AT descreve quando um registro é feito em horário que não corresponde ao da ocorrência do fato documentado (entrada tardia)	0	1	2	N/A	0	1	2	N/A	0	1	2	N/A
AT4	O registro das AT é inteligível	0	1	2		0	1	2		0	1	2	
AT5	Consta no prontuário o registro de enfermagem da saída do paciente do sistema de cuidados									0		2	
AT6	O registro de saída do sistema de cuidados apresenta uma súmula do cuidado de enfermagem realizado durante a permanência na unidade									0		2	N/A
AT7	O registro de saída do sistema de cuidados descreve as condições físicas do paciente									0		2	N/A
AT8	O registro de saída do sistema de cuidados descreve as condições emocionais do paciente									0		2	N/A
AT9	O registro de saída do sistema de cuidados descreve as orientações oferecidas									0		2	N/A
AT10	O registro de saída do sistema de cuidados descreve os DE não resolvidos na internação									0		2	N/A
AT11	O registro de saída do sistema de cuidados descreve os encaminhamentos feitos									0		2	N/A
AT12	Se saída por óbito, o registro relata as condições que levaram ao óbito									0		2	N/A
AT13	Se saída por óbito, o registro descreve o destino do corpo									0		2	N/A
AT14	O registro informa as orientações dadas aos familiares do óbito									0		2	N/A
AT15	O registro das AT apresenta apenas abreviaturas e símbolos cujo significado completo é descrito em lista padronizada aprovada pela instituição	0	1	2	N/A	0	1	2	N/A	0	1	2	N/A

(continua)

(conclusão)

Indicador de qualidade da documentação das anotações de enfermagem (IQDC-AT)													
Critérios		Pontuação obtida											
		Entrada				Meio				Saída			
AT16	O registro das AT apresenta a assinatura de quem os realizou	0	1	2		0	1	2		0	1	2	
AT17	O registro das AT apresenta a categoria profissional de quem os realizou	0	1	2		0	1	2		0	1	2	
AT18	O registro das AT apresenta o número do registro profissional de quem os realizou	0	1	2		0	1	2		0	1	2	
AT19	O registro das AT apresenta o carimbo ou o nome por extenso de quem os realizou	0	1	2		0	1	2		0	1	2	
Pontuação máxima		70											

Cálculo do IQDC-AT

Obtenha:

A - Número de avaliações N/A

B - Soma dos pontos obtidos nos critérios aplicáveis

C - Número de prontuários analisados

Calcule:
$$IQDC_{AT} = [B / ((70 \times C) - (A \times 2))] \times 100$$

Quadro 14 - Gabarito para Pontuação do IADOCE e Geração do IQDC-CR: Características gerais do Registro em três momentos distintos do período de internação, São Paulo, 2019

Indicador de qualidade das características gerais da documentação (IQDC-CR)												
Critérios		Pontuação obtida										
		Entrada				Meio				Saída		
CR1	A documentação de enfermagem é legível	0	1	2		0	1	2		0	1	2
CR2	O registro de enfermagem não contém rasuras	0		2		0		2		0		2
CR3	O registro de enfermagem é feito utilizando tinta indelével	0		2		0		2		0		2
CR4	O registro de enfermagem apresenta continuidade, sem espaços em branco	0	1	2		0	1	2		0	1	2
CR5	Os registros são feitos em ordem cronológica	0	1	2		0	1	2		0	1	2
CR6	Os registros de enfermagem realizados de forma incorreta são corrigidos sem ocultar a escrita original	0	1	2	N/A	0	1	2	N/A	0	1	2
CR7	A correção dos erros de registro de enfermagem é assinada por quem a efetuou	0		2	N/A	0		2	N/A	0		2
CR8	O registro de enfermagem não apresenta expressões preconceituosas ou juízos de valor	0		2		0		2		0		2
CR9	Os registros de enfermagem estão impressos, ou em prontuário eletrônico que possui certificação digital (padrão ICP-Brasil)	0	1	2		0	1	2		0	1	2
Pontuação máxima		54										

Cálculo do IQDC-CR

Obtenha:

A - Número de avaliações N/A

B - Soma dos pontos obtidos nos critérios aplicáveis

C - Número de prontuários analisados

Calcule:
$$IQDC_{CR} = [B / ((54 \times C) - (A \times 2))] \times 100$$

Vale observar que, nos cálculos dos IQDC aqui propostos, foram consideradas a possibilidade de avaliação de mais de um prontuário e a variação do número de critérios 'não aplicáveis'. Por essa razão as fórmulas apresentadas preveem que seja multiplicado o número de pontos máximos atribuídos ao conjunto de critérios, pelo de prontuários analisados (a variável C das fórmulas), e o número de critérios avaliados como não aplicáveis (a variável A das fórmulas)

As definições relevantes para os indicadores de qualidade da documentação clínica de enfermagem são:

O indicador global de qualidade da documentação clínica de enfermagem (IQDC_{Global}) representa o grau da conformidade dos registros clínicos de enfermagem com critérios recomendados, por órgãos de regulação da prática e pela literatura especializada nacional e internacional, como boas práticas do registro clínico no prontuário do paciente. O IQDC_{Global} é expresso em porcentagem, correspondendo à média dos indicadores parciais de qualidade da documentação clínica de enfermagem.

A fórmula para calcular o indicador global de qualidade da documentação clínica de enfermagem (IQDC_{Global}) é:

$$\text{IQDC}_{\text{Global}} = [(\text{IQDC}_{\text{AE}} + \text{IQDC}_{\text{IP}} + \text{IQDC}_{\text{DE}} + \text{IQDC}_{\text{PE}} + \text{IQDC}_{\text{EE}} + \text{IQDC}_{\text{CR}} + \text{IQDC}_{\text{AT}})/7] \times 100$$

Onde: IQDC_{AE} - Indicador de qualidade da documentação da Avaliação de Enfermagem
 IQDC_{IP} - Indicador de qualidade da documentação da Identificação do Profissional
 IQDC_{DE} - Indicador de qualidade da documentação dos Diagnósticos de Enfermagem
 IQDC_{PE} - Indicador de qualidade da documentação da Prescrição de Enfermagem
 IQDC_{EE} - Indicador de qualidade da documentação da Evolução de Enfermagem
 IQDC_{CR} - Indicador de qualidade das Características Gerais do Registro de Enfermagem
 IQDC_{AT} - Indicador de qualidade das Anotações de Enfermagem
 7 - número de indicadores
 100 - condição para o resultado em porcentagem

Nos casos em que a unidade de análise é um conjunto de prontuários, o IQDC_{Global} também pode ser calculado somando-se os pontos totais atribuídos a cada critério, considerando todos os indicadores e o total de prontuários avaliados, usando a fórmula abreviada:

$$\text{IQDC}_{\text{Global}} = [B/(416 \times C) - (A \times 2)] \times 100$$

Onde: A - número de avaliações NA (não se aplica), considerando todos os critérios de todos os indicadores
 B - soma dos pontos obtidos em todos os critérios aplicáveis de todos os indicadores
 C - total de prontuários avaliados
 2 - valor constante do máximo de pontos atribuíveis a cada critério dos indicadores
 416 - valor constante referente ao máximo possível da soma dos pontos máximos possíveis de todos os critérios de todos os indicadores
 100 - condição para obter o resultado do cálculo em termos de porcentagem

Os indicadores parciais de qualidade da documentação clínica de enfermagem representam o grau de conformidade dos registros clínicos com critérios recomendados por órgãos de regulação da prática e pela literatura especializada nacional e internacional como boas práticas do registro clínico de enfermagem no

prontuário do paciente. Os indicadores parciais de qualidade da documentação clínica são sete: Indicador de qualidade da documentação da Avaliação de Enfermagem (IQDC_{AE}); Indicador de qualidade da documentação da Identificação do Paciente (IQDC_{IP}); Indicador de qualidade da documentação dos Diagnóstico de Enfermagem (IQDC_{DE}); Indicador de qualidade da documentação da Prescrição de Enfermagem (IQDC_{PE}); Indicador de qualidade da documentação da Evolução de Enfermagem (IQDC_{EE}); Indicador de qualidade das Características Gerais do Registro (de enfermagem) (IQDC_{CR}); Indicador de qualidade das Anotações de Enfermagem (IQDC_{AE}). Os indicadores parciais são expressos em porcentagens calculadas a partir dos escores obtidos nos critérios de conformidade. As fórmulas para os cálculos dos indicadores parciais são as apresentadas nos gabaritos de pontuação do IADOCE. A seguir é expressa a fórmula geral para cálculo dos indicadores parciais:

$$\text{IQDC}_{\text{Parcial}} = [B / ((D \times C) - (A \times 2))] \times 100$$

Onde: A - Número de critérios não aplicáveis
 B - Soma dos pontos atribuídos pelos avaliadores
 C - Número de prontuários avaliados
 D - Maior pontuação possível para o indicador considerado
 2 – constante (número máximo de pontos em cada critério)

Os critérios de conformidade dos IQDC correspondem aos itens do Instrumento para Avaliação da Documentação de Enfermagem (IADOCE); os critérios foram estabelecidos conforme requisitos formais de órgão fiscalizador da prática de enfermagem e as melhores práticas recomendadas para a documentação em enfermagem.

Para obter o IQDC de um critério de um ou mais prontuários, a partir da avaliação de um ou mais avaliadores a fórmula é:

$$\text{IQDC}_{\text{critério a, b, ...n}} = (Av_1 + Av_2 + \dots + Av_n) / C - (A \times 2)$$

Onde: Av₁ - total de pontos atribuídos pelo avaliador 1 no critério em questão
 Av₂ - total de pontos atribuídos pelo avaliador 2 no critério em questão
 Av_n - total de pontos atribuídos pelo enésimo avaliador no critério em questão
 C - total de prontuários avaliados
 A - total de avaliações NA (não se aplica) de todos os avaliadores

Os IQDC, assim obtidos poderão ser usados para permitir comparações espaciais e temporais.

Quanto mais elevados os valores obtidos, melhor a qualidade da documentação clínica. Para o detalhamento dos aspectos da documentação que precisam melhoria, o interessado deve realizar uma averiguação considerando cada indicador parcial ou cada critério separadamente.

5.2.2 Exemplo de aplicação dos indicadores de qualidade da documentação clínica

Nesta seção estão apresentados os resultados obtidos com a aplicação do IADOCE nas duas instituições e os IQDC deles derivados.

Considerando que nos dois hospitais a documentação clínica foi analisada por dois avaliadores e que houve discrepâncias entre eles, optou-se por adotar sempre as médias das pontuações atribuídas a cada critério. Por exemplo, se um avaliador atribuiu o escore '1' e o outro o escore '2' para um mesmo critério, numa mesma documentação, assumimos a média dos dois escores para o cálculo de conformidade com o indicador correspondente, que será 1,5. Se um avaliador indicou "não se aplica" e o outro atribuiu uma pontuação, assumimos a pontuação atribuída, e no cômputo dos NA (não se aplica) consideramos apenas um NA para o caso. Ao tomar essas decisões assume-se um risco de sub ou superestimação da conformidade, contudo, ainda se mantém a condição de identificação dos pontos fortes e fracos da documentação da assistência realizada pela equipe de enfermagem.

As tabelas a seguir apresentam as médias dos graus de conformidade dos registros de enfermagem encontrados no prontuário com os critérios dos IQDC conforme parecer emitido pelos dois avaliadores, obtidos nas duas instituições.

Tabela 14 - Médias dos graus de conformidade, em porcentagens, com os critérios do IQDC-AE (Avaliação de Enfermagem) e valor do IQDC-AE em duas instituições hospitalares, São Paulo, 2019

Critérios		Instituição	
		A	B
AE1	A avaliação de enfermagem é documentada	94,80	99,03
AE2	O registro da AE integra o prontuário do paciente	99,0	99,0
AE3	É possível identificar o tempo transcorrido entre a admissão do paciente no equipamento de saúde e o registro da AE	98,0	97,6
AE4	O registro da AE evidencia a consulta a fontes secundárias de dados (exames, relato de familiares)	19,3	46,6
AE5	A entrevista de enfermagem compõe a AE	92,1	99,0
AE6	O registro da Entrevista está datado	92,1	99,0
AE7	O registro da entrevista é estruturado ou parcialmente estruturado	92,1	98,5
AE8	O registro da entrevista apresenta dados que subsidiam a definição dos diagnósticos de enfermagem considerando o contexto do cuidado	72,1	70,4
AE9	O exame físico de enfermagem compõe a AE	97,0	99,0
AE10	O registro do Exame físico está datado	97,0	99,0
AE11	O registro do exame físico é estruturado ou parcialmente estruturado	92,1	99,0
AE12	O registro do exame físico apresenta dados que subsidiam a definição dos diagnósticos de enfermagem considerando o contexto do cuidado	84,7	69,2
AE13	A AE inclui resultados a serem alcançados pelo paciente	0,5	34,5
AE14	Os registros da AE são acompanhados da assinatura do enfermeiro	92,6	33,0
AE15	Os registros da AE apresentam a categoria profissional de quem os realizou	88,6	33,5
AE16	Os registros da AE apresentam o número do registro profissional de quem os realizou	93,6	38,8
AE17	Os registros da AE apresentam o carimbo ou o nome por extenso de quem os realizou	94,1	37,9
IQDC-AE		82,40	73,74

Observa-se na Tabela 14 que no critério AE4 (Os registros da AE evidencia a consulta a fontes secundárias de dados – A=19,3%; B=46,6%) e em AE13 (A AE inclui resultados a serem alcançados pelo paciente – A=0,5%; B=34,5%) os percentuais de concordância foram baixos diferindo amplamente de um campo de pesquisa para o outro. O grau de conformidade com o critério AE8 (O registro da entrevista apresenta dados que subsidiam a definição dos DE considerando o contexto do cuidado) foi mais baixo, em comparação com outros itens, mas semelhante entre as duas instituições (A=72,1%; B=70,4%).

A média de conformidade com o critério que trata da relação entre os registros do exame físico e os diagnósticos estabelecidos (AE12) foi de 69,2% na instituição B e 84,7% na A. Em AE13 (A AE inclui resultados a serem alcançados pelo paciente), a conformidade média com o critério proposto foi baixa, mostrando diferença considerável entre os dois locais (A=0,5% e B=34,5%).

Destaca-se também que as conformidades com os critérios AE14 a AE17, que tratam da identificação do profissional que faz o registro, foram inferiores a 40% numa das instituições nos quatro momentos avaliados. Aqui a diferença de conformidade com os critérios do IQDC_{AE} entre os dois locais excedeu 50%; em AE14 (assinatura) chegou a 59,6%, a maior diferença neste indicador, e em AE17 (carimbo) 56,2%. Outras diferenças ocorreram, mas em menor magnitude.

A documentação avaliada atendeu aos critérios do indicador em mais de 95% em ambas as instituições em: AE2 (A AE é documentada), AE3 (É possível identificar o tempo transcorrido entre a admissão do paciente [...] e o registro da AE), AE9 (O exame físico de enfermagem compõe a AE) e AE10 (O registro do Exame físico está datado).

Os IQDC-AE das duas instituições mostraram que numa delas houve 82,4% de conformidade com as boas práticas de documentação e na outra 73,74%.

Tabela 15 - Médias dos graus de conformidade, em porcentagens, com os critérios do IQDC-IP (Identificação do Profissional) e o IQDC-IP em duas instituições hospitalares, São Paulo, 2019

Critérios		Instituição					
		Entrada	A Meio	Saída	Entrada	B Meio	Saída
IP1	A documentação de enfermagem informa o nome completo do paciente	100,0	100,0	100,0	99,76	98,1	93,4
IP2	A documentação de enfermagem informa a data de nascimento ou a idade do paciente	100,0	100,0	100,0	76,7	93,7	89,3
IP3	A documentação de enfermagem informa o sexo do paciente	52,7	50,0	50,0	55,6	56,1	57,3
IP4	A documentação de enfermagem informa o número de registro único do paciente para o sistema de cuidado.	99,7	100,0	100,0	99,8	98,1	93,2
IQDC-IP			87,71			84,23	

Quanto aos dados de identificação do paciente (Tabela 15), a conformidade dos registros analisados com os critérios do IQDC-IP se mostrou sempre baixa para a informação sobre o sexo do paciente (IP3), e alcançou valores entre 50,0% e 56,1%, nos três momentos de avaliação (entrada, meio e saída); nos demais critérios a concordância foi maior que 90%. O IQDC-IP foi semelhante nas duas instituições (87,71% e 84,23%).

Tabela 16 - Médias dos graus de conformidade, em porcentagens, com critérios do IQDC-DE (Diagnóstico de Enfermagem) e o IQDC-DE em duas instituições hospitalares, São Paulo, 2019

Critérios		Instituição					
		Entrada	A Meio	Saída	Entrada	B Meio	Saída
DE1	O registro dos DE compõe o prontuário do paciente	79,2	86,1	87,1	93,2	97,1	83,5
DE2	O registro dos DE se encontra datado	79,2	86,1	87,1	92,2	97,1	83,0
DE3	Os DE são enunciados segundo linguagem padronizada	79,2	84,2	87,1	76,2	80,1	66,0
DE4	Os enunciados dos DE descrevem condições de saúde, processos de vida ou uma vulnerabilidade a essa resposta.	78,7	86,1	87,1	92,7	97,1	83,5
DE5	Os enunciados dos DE contém os fatores relacionados ou fatores de risco à resposta humana descrita	-	0,5	0,7	37,6	38,1	36,4
DE6	Os enunciados dos DE contém as características definidoras apresentadas pelo paciente	-	0,7	0,7	73,1	68,9	65,4
DE7	Os DE são consistentes com o conteúdo da avaliação inicial ou evolução	48,7	51,5	50,9	64,6	31,8	23,0
DE8	Os DE incluem os resultados alcançados pelo paciente	6,1	22,0	25,5	6,8	93,9	81,6
DE9	O registro dos DE apresenta a assinatura de quem os realizou	73,8	85,2	85,2	86,9	83,0	80,6
DE10	O registro dos DE apresenta a categoria profissional de quem os realizou	69,8	85,6	84,6	86,6	80,1	71,4
DE11	O registro dos DE apresenta o número do registro profissional de quem os realizou	78,7	86,1	87,1	88,1	80,1	70,9
DE12	O registro dos DE apresenta o carimbo ou o nome por extenso de quem os realizou	78,7	86,1	86,1	85,2	79,6	71,8
IQDC-DE			62,33			74,97	

Pode-se observar na Tabela 16 que, de forma geral, as conformidades com os critérios do IQDC-DE variaram consideravelmente entre as duas instituições. Destaca-se, no entanto, que resultados mais reservados ocorreram nos critérios que tratam do registro dos fatores relacionados ou fatores de risco à resposta humana no enunciado dos DE (DE5), com conformidades entre 0,5% e 0,7% na instituição A e entre 37,6 e 38,1% na instituição B. A descrição das características definidoras dos DE (DE6) também recebeu baixa pontuação numa das instituições, onde foi raro encontrar esses registros. Em DE8 (Os DE incluem os resultados alcançados pelo paciente) a conformidade também foi baixa nas duas instituições.

Os IQDC-EE das duas instituições tiveram valores aparentemente bem diferenciados (62,33% e 74,97%).

Tabela 17 - Médias dos graus de conformidade, em porcentagens, com os critérios do IQDC-PE (Prescrição de Enfermagem) e o IQDC-PE em duas instituições hospitalares, São Paulo, 2019

Critérios		Instituição					
		A			B		
		Entrada	Meio	Saída	Entrada	Meio	Saída
PE1	A PE é documentada	81,2	99,0	93,1	93,2	97,1	82,5
PE2	A PE é datada	81,2	99,0	93,1	93,2	97,1	81,6
PE3	Os enunciados da PE iniciam com um verbo no infinitivo	74,3	85,6	82,7	90,3	94,4	79,6
PE4	Os enunciados dos itens da prescrição são sucintos	77,7	94,8	89,4	87,1	93,7	78,9
PE5	A PE descreve com clareza o cuidado a ser prestado	79,5	96,8	91,3	92,0	96,1	81,8
PE6	Os itens da PE contêm o aprazamento	76,7	91,6	85,9	90,3	95,9	81,3
PE7	Os diagnósticos de enfermagem registrados têm pelo menos um item de prescrição de enfermagem correspondente	58,1	75,4	73,8	84,8	86,3	70,3
PE8	A suspensão de algum item da PE é indicada no campo de aprazamento	2,5	2,5	3,5	26,2	24,8	47,1
PE9	A suspensão de algum item da PE é justificada na evolução/anotação de enfermagem	-	-	15,8	14,5	8,8	7,6
PE10	As PE são checadas	37,6	40,3	12,9	81,6	87,9	60,9
PE11	Os registros da PE apresentam a assinatura de quem os realizou	80,2	95,5	92,6	91,7	91,3	81,6
PE12	Os registros da PE apresentam a categoria profissional de quem os realizou	75,2	95,5	92,1	90,8	90,3	75,2
PE13	Os registros da PE apresentam o número do registro profissional de quem os realizou	80,7	99,0	93,1	91,7	89,3	75,7
PE14	Os registros da PE apresentam o carimbo ou o nome por extenso de quem os realizou	81,2	99,0	93,1	90,8	89,6	75,2
IQDC-PE		75,31			80,10		

Na Tabela 17 observa-se que as conformidades com os critérios para documentação das prescrições de enfermagem apresentaram variações consideráveis, não só entre eles, mas também entre as duas instituições. Nota-se também três critérios com baixa conformidade com os critérios do IQDC-PE: indicação da suspensão de um item da prescrição (PE8), registro do motivo da suspensão (PE9)

e checagem da prescrição (PE10). Para os critérios PE8 e PE9 os valores variaram entre 2,5% e 26,2%.

No critério PE10 (As PE são checadas) verifica-se uma diferença acentuada entre os percentuais de conformidade da documentação avaliada com o indicador entre as duas instituições e nos três momentos de abordagem dos prontuários (média de 30,3% na instituição A e de 76,8% na instituição B). Podem ser observadas diferenças menos marcantes no grau de conformidade entre as duas instituições e entre outros critérios do IQDC-PE. Na data de entrada no sistema de cuidado, as diferenças foram superiores a 10%: em PE7 (26,7%), PE11 (11,5%) e PE12 (15,6%).

Os IQDC-PE das duas instituições foram diferentes em aproximadamente cinco pontos percentuais.

Tabela 18 - Médias dos graus de conformidade, em porcentagens, com critérios do IQDC-EE (Evolução de Enfermagem) e o IQDC-EE em duas instituições hospitalares, São Paulo, 2019

Critérios		Instituição					
		A			B		
		Entrada	Meio	Saída	Entrada	Meio	Saída
EE1	A EE é documentada em impresso com espaço destinado a este fim	100,0	96,0	81,2	100,0	91,3	87,4
EE2	O registro da EE é estruturado ou parcialmente estruturado	100,0	96,0	81,2	-	86,4	77,7
EE3	O registro da EE contém a data em que foi realizado	100,0	96,0	81,2	100,0	91,3	86,9
EE4	O registro da EE contém o horário de realização	100,0	96,0	81,2	100,0	43,2	39,3
EE5	O registro da EE é sucinto	100,0	95,0	81,2	100,0	90,3	85,4
EE6	O registro da EE é claro	85,4	80,2	69,6	100,0	76,9	74,5
EE7	O registro da EE inclui dados objetivos, subjetivos e condutas que apoiam o julgamento das mudanças ocorridas no paciente	97,9	87,6	74,0	100,0	48,1	46,1
EE8	O registro da EE apresenta comparações entre as condições anteriores e atuais do paciente	2,1	5,0	5,7	-	83,5	75,5
EE9	O registro da EE contém a avaliação dos resultados do paciente sensíveis à enfermagem	-	3,0	2,5	-	85,7	77,7
EE10	O registro da EE apresenta a assinatura de quem os realizou	95,8	93,1	80,7	100,0	89,8	87,4
EE11	O registro da EE apresenta a categoria profissional de quem os realizou	100,0	91,6	78,2	100,0	83,5	80,1
EE12	O registro da EE apresenta o número do registro profissional de quem os realizou	100,0	96,0	81,1	100,0	85,0	79,1
EE13	O registro da EE apresenta o <u>carimbo</u> ou o <u>nome por extenso</u> de quem os realizou	100,0	96,0	81,2	100,0	83,7	81,6
IQDC-EE		79,95			82,03		

Na Tabela 18, das 78 aplicações dos critérios do indicador Evolução de Enfermagem em 71,8% os registros avaliados nas duas instituições atenderam aos critérios do IQDC-EE com 80% a 100,0% de conformidade. Em EE4 (O registro da EE contém o horário de realização) nota-se uma diferença importante dos graus de

conformidade entre a entrada, o meio e a saída. As conformidades das datas de saída foram bastante inferiores às da entrada (entrada=100,0%; saída=39,5%).

Os menores graus de conformidade ocorreram nos critérios: EE8 – comparação entre as condições pregressas e atuais do paciente, que variaram de 2,1% a 5,7% em uma das instituições; EE9 – avaliação dos resultados sensíveis à enfermagem (nas duas instituições os resultados eram expressos nos termos: presente, mantido, melhorado, piorado, inalterado ou similar), variando de 2,5 a 3,0% numa das instituições; EE7 – presença de dados que apoiam o julgamento das mudanças ocorridas no paciente e EE6, clareza do registro.

A documentação de enfermagem nas duas instituições apresentou grau de concordância similar pelos critérios de avaliação propostos no IQDC-EE.

Tabela 19 - Médias dos graus de conformidade, em porcentagens, com os critérios do IQDC-CR (Características Gerais do Registro) e o IQDC-CR em duas instituições hospitalares, São Paulo, 2019

Critérios		Instituição					
		Entrada	A Meio	Saída	Entrada	B Meio	Saída
CR1	A documentação de enfermagem é legível	99,3	99,5	99,5	51,5	52,4	52,7
CR2	O registro de enfermagem não contém rasuras	99,0	98,5	99,5	98,1	100,0	98,5
CR3	O registro de enfermagem é feito utilizando tinta indelével	100,0	100,0	100,0	99,0	100,0	100,0
CR4	O registro de enfermagem apresenta continuidade, sem espaços em branco	100,0	100,0	100,0	21,4	20,1	25,0
CR5	Os registros são feitos em ordem cronológica	97,5	98,0	97,5	99,0	99,5	100,0
CR6	Os registros de enfermagem realizados de forma incorreta são corrigidos sem ocultar a escrita original	99,0	98,2	99,5	99,0	100,0	99,0
CR7	A correção dos erros de registro de enfermagem é assinada por quem a efetuou	66,7	85,7	100,0	-	-	100,0
CR8	O registro de enfermagem não apresenta expressões preconceituosas ou juízos de valor	68,3	59,9	70,3	61,2	50,0	54,8
CR9	Os registros de enfermagem estão impressos, ou em prontuário eletrônico que possui certificação digital (padrão ICP-Brasil)	85,9	91,6	83,7	50,5	50,0	50,2
IQDC-CR		93,48			72,18		

Na Tabela 19, verifica-se que a legibilidade dos registros (CR1) apresentou diferenças importantes de conformidade com o critério do indicador, que obteve 50% de conformidade em uma das instituições, e mais de 99% na outra; condição similar ocorreu em relação à ausência de espaços em branco entre os registros de enfermagem (CR4) e em relação ao registro impresso ou em prontuário eletrônico (CR9) onde a documentação analisada em uma das instituições parece ter correspondido melhor aos critérios do indicador.

No critério CR7 (A correção dos erros de registro de enfermagem é assinada por quem a efetuou) onde há campos em branco, o critério não foi atribuível à documentação analisada, gerando um resultado nulo. O uso de expressões preconceituosas ou juízos de valor (CR8) foi verificado nos documentos de modo geral o que influenciou a conformidade com o critério em ambas as instituições: escores entre 59,9% e 70,3% em uma, e entre 50,0% e 61,2% na outra. Esses resultados refletem nos escores finais do IQDC-CR que mostram uma diferença entre médias superior a 20% nas características dos registros das instituições do estudo, sugerindo que os indicadores têm variações entre instituições diferentes.

As médias de conformidade obtidas em quatro critérios foram superiores a 90%: ausência de rasuras, uso de tinta indelével, ordem cronológica dos registros e correção de erros sem obliterar a escrita original. Nos demais indicadores, as médias não atingiram 70% de conformidade, situando-se entre ausência de registro ou conformidade inexistente (CR7) e 61,2% (CR8) de conformidade.

Os IQDC-CR das duas instituições tiveram mais de 20% de diferença (93,48 e 72,18).

Tabela 20 - Médias dos graus de conformidade, em porcentagens, com os critérios do IQDC-AT (Anotações de Enfermagem) e o IQDC-AT em duas instituições hospitalares, São Paulo, 2019

Critérios		Instituição					
		A			B		
		Entrada	Meio	Saída	Entrada	Meio	Saída
AT1	Consta no prontuário clínico o registro de admissão do paciente	96,0			100,0		
AT2	O conteúdo das AT descreve as manifestações e eventos relacionados ao paciente	98,8	99,5	99,0	100,0	99,5	100,0
AT3	O conteúdo das AT descreve quando um registro é feito em horário que não corresponde ao da ocorrência do fato documentado (entrada tardia)	-	-	-	60,0	70,0	-
AT4	O registro das AT é inteligível	66,3	67,3	72,0	50,5	50,7	51,94
AT5	Consta no prontuário o registro de enfermagem da saída do paciente do sistema de cuidados			91,6			95,2
AT6	O registro de saída do sistema de cuidados apresenta uma súmula do cuidado de enfermagem realizado durante a permanência na unidade			-			-
AT7	O registro de saída do sistema de cuidados descreve as condições físicas do paciente			26,7			54,8
AT8	O registro de saída do sistema de cuidados descreve as condições emocionais do paciente			-			-
AT9	O registro de saída do sistema de cuidados descreve as orientações oferecidas			1,6			54,4
AT10	O registro de saída do sistema de cuidados descreve os DE não resolvidos na internação			-			-
AT11	O registro de saída do sistema de cuidados descreve os encaminhamentos feitos			12,2			46,2
AT12	Se saída por óbito, o registro relata as condições que levaram ao óbito			50,0			66,7
AT13	Se saída por óbito, o registro descreve o destino do corpo			33,3			66,7
AT14	O registro informa as orientações dadas aos familiares do óbito			-			-

(continua)

(conclusão)

Critérios	Instituição					
	A			B		
	Entrada	Meio	Saída	Entrada	Meio	Saída
AT15 O registro das AT apresenta apenas abreviaturas e símbolos cujo significado completo é descrito em lista padronizada aprovada pela instituição	68,1	79,7	79,2	60,9	61,2	58,5
AT16 O registro das AT apresenta a assinatura de quem os realizou	88,1	96,5	90,4	94,2	93,7	98,30
AT17 O registro das AT apresenta a categoria profissional de quem os realizou	80,9	88,6	83,2	92,0	90,8	91,99
AT18 O registro das AT apresenta o número do registro profissional de quem os realizou	99,5	99,5	99,3	91,0	90,8	92,72
AT19 O registro das AT apresenta o carimbo ou o nome por extenso de quem os realizou	99,3	99,3	97,0	90,0	90,3	91,50
IQDC-AT	76,99			76,09		

As anotações de enfermagem foram analisadas considerando o registro das 24 horas de cada data prevista. Registros da admissão (AT1) e a descrição das manifestações e eventos associados ao paciente (AT2) apresentaram conformidade elevada com os critérios do IQDC-AT (>95%). Outros componentes do registro (AT16 até AT19) foram avaliados com mais de 80% de conformidade com os critérios do indicador, nos dois locais da pesquisa. Resultados mais modestos ocorreram para os registros das condições do paciente à saída do sistema de cuidados: condições físicas do paciente (AT7); orientações oferecidas (AT9) e encaminhamentos feitos (AT11); nesses casos a conformidade foi inferior a 27,0% em A e a 55,0% em B.

Não foram identificadas nas duas instituições as informações: súmula dos cuidados realizados (AT6); condições emocionais do paciente (AT8) e os DE não resolvidos (AT10), o que significa conformidade nula nesses critérios.

Para o IQDC-AT os resultados obtidos com a avaliação da documentação clínica se mostraram muito semelhantes, sendo os mais próximos observados neste estudo: 76,99% e 76,09%.

Na Tabela 20, verifica-se que em 17 (48,6%) dos 35 critérios para ambas as instituições, as médias de conformidade dos registros com os critérios do IQDC-AT situaram-se acima de 80%.

Sumarizando, na Tabela 21 pode-se observar o IQDC-Global e os valores dos indicadores parciais nas duas instituições, conforme propostos neste estudo.

Tabela 21 - Escore IQDC-Global calculado para o conjunto de indicadores deste estudo, São Paulo, 2019

Indicador	Instituição A	Instituição B
Avaliação de enfermagem IQDC-AE	82,40	73,74
Identificação do paciente IQDC-IP	87,71	84,23
Diagnósticos de enfermagem IQDC-DE	62,33	74,97
Prescrição de enfermagem IQDC-PE	75,31	80,10
Evolução de enfermagem IQDC-EE	79,95	82,03
Características Gerais do registro IQDC-CR	93,48	72,18
Anotações de enfermagem IQDC-AT	76,99	76,09
IQDC-Global	79,74	77,62

Os resultados sintetizados na Tabela 21 mostram que os IQDC-Globais das duas instituições são muito próximos, apesar de os graus de conformidade em ambas terem variado substancialmente segundo os critérios específicos e segundo os IQDC parciais.

6 DISCUSSÃO

Este estudo foi conduzido com o intuito de desenvolver um indicador (uma medida) para avaliar a qualidade da documentação clínica de enfermagem arquivada em prontuários de pacientes, tendo como base os padrões de documentação disponibilizados em documentos produzidos por órgãos reguladores do exercício profissional (p.e.: ANA, 2010; BCCRN, 2019; COFEN, 2012; 2016; CRNNS, 2017) e pela literatura especializada (POTTER; PERRY, 2018; WHITE, 2003; CIANCIARULLO et al., 2012). Um indicador é “um aspecto quantificável específico de um processo ou resultado que pode ser expresso em termos de contagem, percentual, taxa, índice, escores [...], para capturar um conceito de interesse” (LLOYD, 2019); reflete uma situação dada (PAHO, 2018).

Indicadores são ferramentas amplamente utilizadas em esferas gerenciais públicas e privadas, e há vários anos também em instituições de saúde, como uma forma de obter informação que permita impulsionar os programas de qualidade, indicando fases ou etapas dos processos de trabalho com necessidade de melhoria (BITTAR, 2001). Na enfermagem os indicadores têm sido utilizados para monitorar a assistência, indicar falhas nos processos de trabalho, avaliação e melhoria da assistência (SILVEIRA et al., 2015) na descrição de um problema, avaliar mudanças e tendências (MACEDO; SANTANA; BOHOMOL, 2017) ou ainda, promover a segurança do paciente (CAVALCANTE et al., 2016).

O uso de indicadores no âmbito hospitalar é importante para identificar fragilidades e potencialidades do serviço e melhoria da assistência (CAVALCANTE et al., 2015). Quando adequadamente utilizados, os indicadores auxiliam a tomada de decisão, contribuem para o aprimoramento dos processos de trabalho e para a obtenção de melhores resultados (ROSSANEIS et al., 2014), e facilitam aos enfermeiros avaliar a eficácia de suas intervenções e ações podendo comparar os seus resultados com os obtidos em diferentes unidades ou mesmo instituições (KIEFT et al., 2018).

Para Azevedo et al. (2019) desenvolver indicadores da documentação compartilháveis entre setores e tipos de atendimento, facilita o monitoramento da conformidade dos serviços com as exigências formais de documentação do PROEN, sendo a documentação da assistência de enfermagem fundamental por facilitar a comunicação, promover bons cuidados de enfermagem e viabilizar o atendimento aos

padrões profissionais e legais da prática (BARBOSA; TRONCHIM, 2015; BCCRN, 2019; PERTILLE; ASCARI; OLIVEIRA, 2018;).

Kieft et al. (2018), estudando a qualidade metodológica dos indicadores utilizados em instituições hospitalares holandesas, chamam a atenção para a necessidade de propósitos claros no seu desenvolvimento, participação dos profissionais da área na sua criação e monitoramento constante do uso a fim de alcançar as finalidades de melhoria para as quais são propostos.

O desenvolvimento dos indicadores propostos neste estudo teve como finalidade disponibilizar um instrumento capaz de fornecer informação sobre a qualidade da documentação clínica de enfermagem. Todo o trabalho foi orientado pelas características intrínsecas das fases do PROEN, considerou os dispositivos formais de controle do exercício profissional da enfermagem, a literatura nacional e internacional sobre as melhores práticas em documentação clínica, e contou com a participação e estreita colaboração de profissionais envolvidos com a documentação de enfermagem.

A extração do material provido pela literatura e a reanálise do seu conteúdo resultou em 316 potenciais características ou componentes da documentação clínica de enfermagem. Esse resultado permite afirmar que há considerável diversidade de características a serem consideradas em termos de documentação clínica de enfermagem. Esse material 'bruto' foi analisado extensivamente, sob várias perspectivas e, no final acabou reduzido a 88 características que compuseram os itens do IADOCE e os critérios dos IQDC propostos.

O emprego dos instrumentos de medida e indicadores depende da facilidade de sua aplicação (LLOYD, 2019), a carga administrativa prevista e a facilidade de compreensão e interpretação por especialistas (HUIJBEN et al, 2019). Com 88 itens o IADOCE pode ser considerado um instrumento longo, mesmo estando dividido em sete tópicos. A sua aplicação demorou em média 16 minutos. É, portanto, um desafio que outros estudos busquem reduzir o número de itens do IADOCE, refinando-o e permitindo que seja aplicado em menor tempo.

Neste estudo, depois da aplicação do método nas duas instituições, foram identificadas possibilidades de redução dos itens a serem consideradas em estudos futuros. As informações avaliadas nos itens da Tabela 6, AE1 e AE2, podem ser atendidas em AE5, AE6, AE9 e AE10. Outra possibilidade é a alteração dos itens de identificação profissional. Os quatro itens existentes nos tópicos de conteúdo do

IADOCE, AE, DE, PE, EE e AT (Tabelas 7, 9, 10, 11 e 13) – podem ser reduzidos a dois para a realidade brasileira, sendo um sobre a assinatura e outro sobre o carimbo do profissional, uma vez que a Resolução COFEN 0545/2017 (COFEN, 2017) estabelece uso obrigatório do carimbo, que deve conter nome completo, categoria profissional, e número do registro profissional. Portanto, a aposição do carimbo garante o cumprimento de todos os critérios previstos. Com esta alteração 12 itens seriam removidos, restando 76 (redução de 13,6%), facilitando a aplicação, sem reduzir a qualidade da análise documental. Com esta modificação o impacto da extensão do instrumento, que é uma barreira importante na implantação de indicadores, seria menor, sem modificar a abrangência dos conteúdos aprovados no trabalho com os especialistas.

A avaliação da concordância inter pares ao aplicar o IADOCE procurou averiguar os níveis de semelhança de respostas entre dois avaliadores, fornecendo evidências sobre a confiabilidade da medida (POLIT; BECK, 2011). A verificação da confiabilidade por meio do *kappa* de Cohen estima a concordância que ultrapassa os limites do acaso (MIOT, 2016). Na síntese das avaliações apresentada na Tabela 13 observa-se que das 208 averiguações realizadas, compreendendo as datas de entrada, meio e saída do sistema, em 88,5% os valores de *k* mostraram concordância entre forte e quase perfeita (0,61 a 1,00). Nas demais, a concordância foi classificada como moderada ou mediana, não havendo itens com resultados abaixo de 0,40 (insignificante). Apesar disso alguns itens se comportaram de forma anômala, com valores de *k* se apresentando instáveis, baixos em um momento e elevados no outro (entrada, meio ou saída). Este fenômeno pode ter ocorrido pelo efeito do paradoxo *kappa*, no qual um item tende a ser classificado como um dos possíveis resultados, ou seja, uma tendência a classificar aquele fato observado com o mesmo escore. Este paradoxo leva a atribuir baixos valores de *k* mesmo na presença de níveis elevados de concordância entre dois avaliadores (ZEC et al., 2017).

No tópico **Avaliação de Enfermagem** (Tabela 6), os limites relativamente mais amplos para o intervalo de confiança (IC95%: 0,684 a 1,000), em AE1 – A avaliação de enfermagem é documentada – indicam que a amostra pode ter sido pequena (LAING; RANKIN, 2011) o que representa incerteza no tamanho do efeito para a população de origem dos dados (PATINO; FERREIRA, 2015). A facilidade de constatação da informação deveria resultar em um IC mais estreito. Ainda no mesmo tópico, os itens AE4 e AE12, cuja avaliação se reveste de maior subjetividade, os

valores de **k** se apresentaram mais baixos, indicando menor concordância interavaliadores, embora a concordância seja classificada como forte, acima daquela encontrada por acaso (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Após análise dos resultados para averiguar a concordância interavaliadores decorrente da aplicação do IADOCE foi realizada uma segunda análise dos resultados visando a proposição dos indicadores. As respostas obtidas no IADOCE foram analisadas a partir dos percentuais de acordo entre os critérios de cada indicador e as respostas atribuídas pelos avaliadores para a documentação analisada.

Alguns critérios obtiveram percentuais baixos de conformidade. Estes resultados podem ter ocorrido devido aos termos utilizados, à descrição do critério ou à abordagem dos registros. Também deve-se considerar a possibilidade de haver erros de medição decorrentes de: contaminantes situacionais como horário do dia, temperatura e iluminação; fatores pessoais como fome, cansaço, interesse; questões administrativas; decisões precipitadas, emoções, crenças pessoais, antecipação das respostas sem julgamento de todo o conjunto de informações (POLIT; BECK, 2011), e ainda, subjetividade das informações a serem avaliadas, efeito de acomodação aos fatos observados alterando o julgamento, conforme afirmam Souza, Alexandre e Guirardello (2017).

Uma qualidade necessária a um indicador é identificar diferenças onde elas existem. Os indicadores propostos pelo estudo aparentam possuir esta qualidade. Valores de conformidade variaram na documentação avaliada nos dois campos de estudo. As diferenças podem ser observadas nas Tabelas 15 a 21 observando os valores de conformidade para cada critério dos sete indicadores propostos. Um conjunto de indicadores permite traduzir uma visão mais ampla da realidade (LLOYD, 2019).

Verifica-se que a documentação avaliada apresentou baixa conformidade com alguns dos critérios propostos nos indicadores. O indicador que mais se destaca pelos baixos percentuais de conformidade com os critérios do IQDC foi o das Anotações de Enfermagem. Em AT3, AT4 e nos critérios de análise dos registros associados à saída do paciente do sistema (AT6 ao AT14) foram obtidos os menores índices de conformidade com os critérios do indicador. Este resultado pode estar relacionado ao instrumento proposto ou ao indicador, bem como à baixa qualidade dos registros, que devem ser monitorados para que descrevam com propriedade as ações executadas e as mudanças apresentadas pelo paciente (CAVALCANTE et al., 2016; MELO et al., 2019). Outros indicadores apresentam o mesmo problema, isto é, baixos percentuais

de conformidade. Nestes casos a conformidade pode ser baixa devido às falhas do registro, ou à necessidade de aprimoramento dos indicadores. Sugere-se aplicá-los em novos estudos usando outra abordagem como a avaliação por especialistas pelo método Delphi como o desenvolvido por Huijben et al. (2019) na Europa, em que 50 especialistas analisaram um conjunto de indicadores de qualidade com alto nível de consenso sobre validade, viabilidade, discriminação para pacientes com traumatismo cranioencefálico na Unidade de Terapia Intensiva.

Os percentuais de conformidade encontrados em diferentes critérios dos indicadores, como se verifica na Tabela 13 em AE4 (Os registros da AE evidencia a consulta a fontes secundárias de dados) e AE13 (A AE inclui resultados a serem alcançados pelo paciente) foram baixos (A=19,3%; B=46,6%) parecendo indicar uma diferença relevante entre a documentação de enfermagem dos dois campos de pesquisa.

Algumas questões merecem atenção: quais normas recomendadas na literatura representam critérios irrelevantes ou dispensáveis no registro? As orientações e preparo dos avaliadores foram adequadas? Um treinamento maior modificaria os resultados em termos de concordância? Nenhuma ferramenta é de uso abrangente e serve para qualquer lugar, a aplicação do IADOCE e dos indicadores poderia ser aplicada a outros espaços da prática? Com que resultados? Estas questões merecem atenção e quando respondidas podem trazer elucidação adicional.

O estudo apresenta algumas limitações:

- São necessários três dias para uma utilização completa do IADOCE e dos IQDC. Esta condição foi definida para que se pudesse contar com um maior número de registros, cobrindo os eventos mais críticos da documentação, incluindo o ingresso e a saída do sistema de cuidados, contudo, os tópicos do IADOCE e os indicadores podem ser utilizados individualmente, avaliando apenas a evolução de enfermagem de um dia, ou para todos os registros de um dos dias do período de permanência no sistema de cuidados; neste estudo são apresentadas as fórmulas para cálculo de cada um deles separadamente;

- São propostas avaliações por blocos de conteúdo contemplando as fases do PROEN e outros conjuntos de características documentais, contudo o valor do indicador não informa sobre o local exato onde as falhas documentais ocorrem. Para corrigir esta distorção a abordagem por item permite a atenção aos pontos destacados em cada critério do indicador, favorecendo o detalhamento;

- A aplicação do IADOCE e dos IQDC foi realizada apenas em registros hospitalares dado o fato de que nestes espaços é mais fácil encontrar todas as fases do PROEN documentadas (AZEVEDO et al., 2019). Contudo a análise feita pelos especialistas considerou a abrangência dos itens para aplicação em qualquer espaço de atuação da enfermagem. Mas a aplicação em ambulatorios, instituições de longa permanência e atenção básica ainda precisa ser testada. Outros serviços poderão usar a proposta como referência e preparar seus próprios instrumentos de avaliação documental atendendo características singulares de documentação.

Também deve ser considerado o preparo dos avaliadores. O treinamento da equipe de avaliadores permite familiarização com os instrumentos e a redução de erros na coleta de dados o que não era previsto inicialmente (CRUZ et al., 2016).

Outro aspecto a observar é a possibilidade de relevância variada entre os critérios e entre os indicadores, o que precisará ainda ser considerado em novos estudos. Exemplificando: os critérios AT6, AT8 e AT10 e AT14 obtiveram frequência nula; por esta razão merecem uma atenção especial quanto a necessidade de sua manutenção ou retirada, posto parecer não serem aspectos documentados na realidade dos serviços onde as avaliações foram conduzidas, a despeito da indicação da literatura como boas práticas de registro.

Condições que podem ter interferido nos resultados: a pouca experiência dos avaliadores: dois anos de prática profissional (SOUSA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017); ser a primeira utilização do instrumento de avaliação da documentação de enfermagem e das Diretrizes do IADOCE; a condição dos registros encontrados: parte impresso e parte manuscrito (BARBOSA; TRONCHIM, 2015); ausência de registro por extravio de documentos a serem avaliados; subjetividade de alguns itens; necessidade de consulta aos manuais da NANDA-I para avaliar alguns itens; necessidade de desenvolvimento do raciocínio clínico para uma avaliação mais acurada dos registros que oferecem resposta a alguns itens; baixa ocorrência de registros previstos no IADOCE; cansaço do avaliador quando exposto a procedimento de longa duração; acomodação que ocorre com a exposição frequente a um registro inadequado, reduzindo a percepção de sua importância; tempo de experiência dos avaliadores com análise documental; pressa dos avaliadores para concluir a tarefa; necessidade de estabelecer relações entre os relatos de mais de um documento.

Todas estas condições podem ter estado presentes em algum grau durante a coleta de dados, o que pode ter influenciado a percepção e o julgamento dos avaliadores, apesar dos cuidados para evitá-las.

Por outro lado várias condições facilitaram o trabalho e permitiram que o IADOCE fosse aplicado e os resultados apresentados e discutidos fossem obtidos: disponibilidade dos profissionais do campo, administradores e operacionais, em atender às solicitações; a definição de um lugar onde os prontuários solicitados eram armazenados, até a avaliação; interesse dos avaliadores em fazer a coleta dos dados respeitando as regras; uso de linguagem padronizada em ambas as instituições para a definição dos diagnósticos de enfermagem e para os resultados do paciente; estruturação dos registros para a avaliação de enfermagem e exame físico; existência de lista de abreviaturas padronizadas para consulta durante a análise dos prontuários; registros informatizados; remuneração dos avaliadores pelo trabalho realizado.

7 CONCLUSÃO

O estudo, de cunho metodológico, possibilitou o desenvolvimento e validação de sete indicadores parciais da qualidade da documentação clínica de enfermagem (IQDC), cinco deles destinados a avaliar os registros das etapas do processo de enfermagem e outros dois para avaliar conjuntos de características do registro que são documentadas no prontuário clínico, em diferentes momentos da internação. Sua utilização foi testada a partir da avaliação de prontuários clínicos conduzida mediante estimativa dos percentuais de conformidade entre os registros avaliados com o IADOCE, onde foram constatados mais de 70% de conformidade entre os registros documentais e os critérios dos indicadores propostos.

Os indicadores gerados foram denominados: Indicador parcial de qualidade da documentação da Avaliação de Enfermagem (IQDC_{AE}); Indicador parcial de qualidade da documentação dos Diagnósticos de Enfermagem (IQDC_{DE}); Indicador parcial de qualidade da documentação da Prescrição de Enfermagem (IQDC_{PE}); Indicador parcial de qualidade da documentação da Evolução de Enfermagem (IQDC_{EE}); indicador parcial de qualidade das Anotações de Enfermagem (IQDC_{AT}); Indicador parcial de qualidade das Características Gerais do Registro de Enfermagem (IQDC_{CR}); Indicador parcial de qualidade da documentação da Identificação do Profissional (IQDC_{IP}).

Também foi desenvolvido um indicador geral cujo valor calculado representa a média das pontuações de conformidade obtidas nos sete indicadores parciais, denominado Indicador global de Qualidade da Documentação Clínica de enfermagem (IQDC_{Global}).

Os indicadores foram propostos a partir de um Instrumento de Avaliação da Documentação Clínica de Enfermagem, IADOCE, validado por especialistas mediante consenso, cuja confiabilidade foi estabelecida pelos valores de concordância interavaliadores estimada pelo *Kappa* de Cohen ou Pabak com 88,5% dos valores obtidos entre $k = 0,61$ e $1,00$, e demais valores entre $k = 0,277$ e $0,60$, o que permite afirmar que se trata de instrumento confiável.

Estes instrumentos e métodos testados em prontuários hospitalares podem ser refinados em novos testes e orientar o desenvolvimento de indicadores para avaliar a documentação clínica de enfermagem em outros ambientes de cuidado.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ADAMI N. P.; MARANHÃO, A. M. S. A. Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. **Acta. Paul. Enferm.**, v. 8, n. 4, p. 47-55, 1995.

AMERICAN NURSES ASSOCIATION (ANA). **Principles for nursing documentation**: guidance for registered nurses. New York: Silver Spring, 2010.

_____. **Sensitive indicators**. 2009. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/PatientSafetyQuality/Research-Measurement/The-National-Database/Nursing-Sensitive-Indicators_1.aspx>. Acesso em: 20 dez. 2019.

AZEVEDO, O. A. et al. Documentation of the nursing process in public health institutions. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 53, 2019. No prelo.

BARBOSA, S. F.; TRONCHIN, D. M. R. Manual for monitoring the quality of nursing home care records. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 68, n. 2, p. 253-260, 2015.

BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde – Parte I. **RAS.**, v. 3, n. 12, p. 21-28, 2001.

_____. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde – Parte II. **RAS.**, v. 6, n. 22, p. 15-18, 2004.

BJÖRVELL, C.; THORELL-EKSTRAND, I.; WREDLING, R. Development of an instrument for nursing care plans in the patient record. **Qual. Health. Care.**, v. 9, n. 1, p.6-13, 2000.

BORK, A. M. T. **Enfermagem baseada em evidências**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2013.

BRITISH COLUMBIA COLLEGE OF NURSING PROFESSIONALS (BCCRN). **Nursing documentation**. 2019. Disponível em: <https://www.bccnp.ca/Standards/RN_NP/PracticeStandards/Pages/documentation.aspx>. Acesso em: 20 dez. 2019.

BROKEL, J.; HEATH, C. O valor dos diagnósticos de enfermagem nos registros eletrônicos de saúde. In: NANDA-I. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 341-347.

BULECHECK, G. M. et al. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

CARVALHO, E. C.; CRUZ, D. A. L. M.; HERDMAN, T. H. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. esp, p. 134-141, 2013.

CAVALCANTE, M. L. S. N. et al. Indicators of health and safety among institutionalized older adults. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 50, n. 4, p. 600-606, 2016.

CAVALCANTE, P. S. et al. Indicadores de qualidade utilizados no gerenciamento da assistência de enfermagem hospitalar. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 23, n. 6, p. 787-793, 2015.

CIANCIARULLO, T. I. et al. **Sistema de assistência de enfermagem**: evolução e tendências. 5ª ed. São Paulo: Ícone, 2012.

CINTRA E. A. et al. Utilização de indicadores de qualidade para avaliação da assistência de enfermagem: opinião dos enfermeiros. **J. Health. Sci. Inst.**, v. 28, n.1, p. 29-34, 2010.

COBRA, M. H. N.; ZWARG, F.A. **Marketing de serviços**: conceitos e estratégias. São Paulo: McGraw-Hill, 1987.

COLLEGE OF REGISTERED NURSES OF NOVA SCOTIA (CRNNS); COLLEGE OF LICENSED PRACTICAL NURSES OF NOVA SCOTIA. **Documentation Guidelines for nurses**. Canada: Halifax, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 0514/2016**. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html>. Acesso em: 20 dez. 2019.

_____. **Resolução COFEN nº 0545/2017**. Atualiza a norma que dispõe sobre a forma de anotação e o uso do número de inscrição pelos profissionais de enfermagem. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05452017_52030.html>. Acesso em: 12 dez. 2019.

_____. **Resolução COFEN nº 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem. Brasília, 2012. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resolucofen-n-4292012_9263.html>. Acesso em: 22 jan. 2013.

_____. **Resolução COFEN nº358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resolucofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 22 jan. 2013.

_____. **Resolução nº 272 de 27/08/2002**. Ao Enfermeiro incumbe, Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucofen-2722002-revogada-pela-resoluao-cofen-n-3582009_4309.html>. Acesso em: 12 jan. 2019.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Parecer COREN-SP nº 026/2010**. Indicadores de Qualidade. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/026_2010_indicadores_de_qualidade.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2011.

CRUZ, D. A. L. M. et al. Nursing process documentation: rationale and methods of analytical study. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 1, p. 183-189, 2016.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

EHNFOR, M.; SMEDBY, B. Nursing care as documented in patient records. **Scan. J. Caring. Science.**, v. 7, n. 4, p. 209-220, 1993.

FELIPE, H. H. et al. Enfermagem forense e os sistemas de linguagens padronizadas de enfermagem. In: NANDA Internacional et al. (org.). **PRONANDA - Programa de atualização em diagnósticos de enfermagem: ciclo 6**. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2018. p. 45-81. (Sistema de educação continuada a distância, v. 4).

FONSECA, A. S. et al. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. **Mundo da Saúde.**, v. 29, n. 2, p. 160-170, 2005.

FONSECA, R.; SILVA, P.; SILVA, R. Acordo inter-juízes: o caso do coeficiente kappa. **Laboratório de Psicologia.**, v. 5, n. 1, p. 81-90, 2007.

GARCIA, T. R. Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional. **Esc. Anna Nery.**, v. 20, n. 1, p. 5-6, 2016.

GUTIÉRREZ, M. G. R.; MORAIS, S. C. R. V. Sistematização da assistência de enfermagem e a formação da identidade profissional. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 70, n. 2, p. 455-460, 2017.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020**. 11ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

HEATHER, H. T.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2015-2017**. 10ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

HINRICHSSEN, S. L. et al. Seleção de indicadores assistenciais para o monitoramento da qualidade em saúde. **RAS.**, v. 13, n. 53, p. 199-206, 2011.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

HUIJBEN, J. A. et al. Development of a quality indicator set to measure and improve quality of ICU care for patients with traumatic brain injury. **Crit. Care**. v. 23, n. 1, p. 95, 2019.

IDVALL, E. et al. A tentative model for developing strategic and clinical nursing quality indicators: postoperative pain management. **Int. J. Nurs. Pract.**, v. 5, n. 4, p. 216-226, 1999.

IDVALL, E.; ROOKE, L. Important aspects of nursing care in surgical wards as expressed by nurses. **J. Clin. Nurs.**, v. 7, n. 6, p. 512-520, 1998.

JANSSON, I.; PILHAMAR-ANDERSSON, E.; FORSBERG, A. Evaluation of documented nursing care plans by the use of nursing-sensitive outcome indicators. **J. Eval. Clin. Pract.**, v. 16, n. 3, p. 611-618, 2010.

JEFFERIES, D. et al. A ward-based writing coach program to improve the quality of nursing documentation. **Nurse Educ Today**. v. 32, n. 6, p. 647-651, 2012.

JEFFERIES, D.; JOHNSON, M.; GRIFFITHS, R. A meta study of quality nursing documentation. **Int. J. Nurs. Pract.**, v. 16, n. 2, p. 112-124, 2010.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Accreditation standards for hospitals**. 6th ed. 1 jul. 2017. Disponível em: <https://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/JCI_Standards_Only_6th_Ed_Hospital.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2019.

_____. **Padrões de acreditação da Joint Commission International para Hospitais**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde, 2010.

KIEFT, R. A. M. M. et al. The methodological quality of nurse-sensitive indicators in Dutch hospitals: A descriptive exploratory research study R.A.M.M. Health Policy. v. 122, p. 755-764, 2018.

KUNAVIKTIKUL, W. et al. Development of indicators to assess the quality of nursing care in Thailand. **Nurs. Health. Sci.**, v. 7, n. 4, p. 273-280, 2005.

KURCGANT, P. et al. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

KURCGANT, P.; MELLEIRO, M. M.; TRONCHIM, D. M. R. Indicadores para avaliação de qualidade do gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, n. 5, p. 539-544, 2008.

KURCGANT, P.; TRONCHIM, D. M. R.; MELLEIRO, M. M. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. **Acta Paul. Enferm.** v. 19, n. 1, suppl. 1, p. 88-91, 2006.

LAING, C. M.; RANKIN, J. A. Odds ratios and confidence intervals: a review for the pediatric oncology clinician. **J. Ped. Oncol. Nurs.**, v. 28, n. 6, p. 363-367, 2011.

LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The Measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v. 33, n. 1, p. 159-174, mar. 1977.

LARA, G. B.; LASMAR, S. C. G.; XAVIER, G. Aprimoramento do programa IHMG: novo rol de indicadores gerenciais. **Rev. Adm. Hosp. Inov. Saúde.**, jan./jun., 2009.

LINCH, G. F. C. **Validação do Quality of Diagnoses, Intervention and Outcomes (Q-DIO) para uso no Brasil e nos Estados Unidos da América**. 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

LINCH, G. F. C.; MÜLLER-STAU, M.; RABELO, E. R. Qualidade dos registros de enfermagem e linguagem padronizada: revisão de literatura. **Online Braz. J. Nurs.**, v. 9, n. 2, 2010.

LINCH, G.F.C. et al. Validation of the quality of diagnoses, interventions, and outcomes (Q-DIO) instrument for use in Brazil and the United States. **Int. J. Nurs. Know.**, v. 26, n. 1, 2015.

LLOYD, R. C. **Quality health care: a guide to developing and using indicators**. Boston: Jones and Bartlet, 2004.

_____. **Quality health care: a guide to developing and using indicators**. 2nd ed. Boston: Jones and Bartlet, 2019.

LUNNEY, M. **Pensamento crítico para o alcance de resultados positivos em saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2011. 353 p.

MACEDO, R. S.; SANTANA, L. M.; BOHOMOL, E. Utilização dos indicadores de qualidade da assistência de enfermagem: opinião dos enfermeiros. **Rev. Enferm. UFPE**, v. 11, Supl. 9, p. 3617-3622, 2017.

MAINZ, J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. **Int. J. Qual. Health Care**, v. 15, n. 6, p. 523-530, 2003.

MANDÚ, E. N. T. Critérios e indicadores de qualidade da atenção à saúde da mulher. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 11-19, 2005.

MARTINS, G. A. Sobre validade e confiabilidade. **RBGN**, v. 8, n. 20, p. 1-12, 2006.

MELO, L. S. et al. Efeito do programa educativo na qualidade do registro do processo de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v. 32, n. 3, p. 246-253, 2019.

MICHAELIS. **Dicionário prático da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2016.

MIOT, H. A. Análise de concordância em estudos clínicos e experimentais. **J. Vasc. Bras.**, v. 15, n. 2, p. 89-92, 2016.

MOORHEAD, S. et al. **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

MOURA, G. M. S. S. et al. Construção e implantação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 136-140, 2009.

MÜLLER-STAU, M. et al. Development of an instrument to measure the quality of documented nursing diagnosis, intervention and outcomes: the Q-DIO. **J. Clin. Nurs.**, v. 18, p. 1027-1037, 2009.

_____. et al. Testing the Q-DIO as an instrument to measure the documented quality of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. **Int. J. Nurs. Terminol. Classif.**, v. 19, n. 1, p. 20-27, 2008.

_____. **Evaluation of the implementation of nursing diagnostics**. Bern: Ponsen & Looijen. 2006.

NANDA-I. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

_____. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

_____. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2001-2002**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

NEVES, R. S.; SHIMIZU, H. E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Rev. Bras. Enf.**, v. 63, n. 2, p. 222-229, 2010.

NICOLE, A. G.; TRONCHIM, D. M. R. Indicadores para avaliação do acesso vascular de usuários em hemodiálise. **Rev. Esc.Enferm. USP**. v. 45, n. 1, p. 206-214, 2011.

NILSSON, U-B.; WILLMAN, A. Evaluation of nursing documentation: a comparative study using the instruments No-Ga and Cat-ch-ing after an educational intervention. **Scand. J. Caring. Sci.**, v. 14, p. 199-206, 2000.

NORDSTRÖM, G; GARDULF, A. Nursing documentation in patient records. **Scand. J. Caring. Sci.**, v. 10, p. 27-33, 1996.

NMC. Nursing and Midwifery Council. **Record keeping: Guidance for nurses and midwives**. London, 2010.

O'DANIEL, M.; ROSENSTEIN, A. H. Professional Communication and Team Collaboration. In: HUGHES, R. G. (editor). **Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2008. p. 271-284.

PAANS, W. et al. D-Cath instrument: development and psychometric testing of a measurement instrument for nursing documentation in hospitals. **J. Adv. Nurs.**, v. 66, n. 6, p. 1388-1400, 2010a.

_____. Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. **J. Adv. Nurs.**, v. 66, n. 11, p. 2481-2489, 2010b.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Health Indicators. Conceptual and operational considerations**. Washington: PAHO, 2018.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A; BERRY, L. L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. **J. Marketing**, v. 49, p. 41-50, 1985.

PASQUALI, L. (org.) **Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento**. Brasília: UnB/INEP, 1996.

_____. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev. Psiq. Clin.**, v. 25, n. 5, p.206-223, 1998.

_____. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis: Vozes, 2011.

PATINO, C. M.; FERREIRA, J. C. Intervalos de confiança: uma ferramenta útil para estimar o tamanho do efeito no mundo real. **J Bras Pneumol.**, v. 41, n. 6, p. 565-566, 2015.

PERES DA MOTA, N. V. V. P. (Coord.). **Manual de indicadores de enfermagem – NAGEH. Programa de qualidade hospitalar (CQH)**. São Paulo: APM/CREMESP, 2006.

PERES DA MOTA, N. V. V.; MELLEIRO, M. M.; TRONCHIM, D. M. R. A construção de indicadores de qualidade de enfermagem: relato da experiência do Programa de Qualidade Hospitalar. **Rev. Adm. Saúde**, v. 9, n. 34, p. 9-15, 2007.

PERTILLE, F.; ASCARI, R. A.; OLIVEIRA, M. C. B. A importância dos registros de enfermagem no faturamento hospitalar. **Rev. Enferm. UFPE**, v. 12, n. 6, p. 1717-1726, 2018.

PESUT, D. J.; HERMAN, J. **Clinical reasoning: the art and science of clinical ad creative thinking**. Boston: Cengage Learning, 1999.

POLIT, D. F.; BRECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PONTES A. T. et al. A utilização de indicadores de desempenho no setor de suprimentos hospitalares: uma revisão de literatura. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, XXVIII, 2008. **Anais**. Rio de Janeiro: Enegep, 2008. Disponível em: <<http://www.ceatenf.ufc.br/Artigos/16.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2013.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. P. **Fundamentos de enfermagem**. 9 ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2018.

_____. **Fundamentos de enfermagem**. 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

ROSSANEIS, M. A. et al. Indicadores de qualidade utilizados nos serviços de enfermagem de hospitais de ensino. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 16, n. 4, p. 769-776, 2014.

SARANTO, K; KINNUNEN, U-M. Evaluating nursing documentation – research designs and methods: systematic review. **J. Adv. Nurs.**, v. 65, n. 3, p. 464-476, 2008.

SCHOUT, D.; NOVAES, H. M. D. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Cien. Saúde Col.**, v.12 n.4, p. 935-944, 2007.

SILVEIRA, T. V. L. et al. Opinião dos enfermeiros sobre a utilização dos indicadores de qualidade na assistência de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 36, n. 2, p. 82-88, 2015.

SOUZA, A. C.; ALEXANDRE, N. M. C.; GIRARDELLO, E. B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 26, n. 3, p. 649-659, 2017.

SPERANDIO, D. J.; ÉVORA, Y. D. M. Planejamento da assistência de enfermagem: proposta de um software-protótipo. **Rev. Latino-Am. Enf.**, v. 13, n. 6, p. 937-943, 2005.

TEIXEIRA, J. D. R. et al. A elaboração de indicadores de qualidade da assistência de enfermagem nos períodos puerperal e neonatal. **Rev. Enf. UERJ**, v. 14, n. 2, p. 271-278, 2006.

TERWEE, C. B. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **J. Clin. Epidemiol.**, v. 60, p. 34-42, 2007.

THOMAS, J. Medical records and issues in negligence. **Indian J. Urol.**, v. 25, n. 3, p. 384-388, 2009.

TRONCHIM, D. M. R. et al. Subsídios teóricos para a construção e implantação de indicadores de qualidade em saúde. **Rev. Gaúcha Enf.**, v. 30, n. 3, p. 542-546, 2009.

TRONCHIM, D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; TAKAHASHI, R. T. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: KURCGANT, P. et al. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

TRONCHIM, D. M. R; MELLEIRO, M. M.; PERES DA MOTA, N. V. V. Indicadores de qualidade de enfermagem: uma experiência compartilhada entre instituições participantes de um programa de qualidade hospitalar. **O mundo da saúde**, v. 30, n. 2, p. 300-05, 2006.

VITURI, D.W.; MATSUDA, L. M. Os registros de enfermagem como indicadores da qualidade do cuidado: um estudo documental, descritivo-exploratório e retrospectivo. **Online Braz. J. Nurs.**, v. 7, n. 1, 2008.

_____. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 43, n. 2, p. 429-437, 2009.

WALTER, S. D.; ELIASZIW, M.; DONNER, A. Sample size and optimal designs for reliability studies. **Statist. Med.**, v. 17, n. 1, p. 101-110, 1998.

WALTZ, C.F.; STRICKLAND, O.L.; LENZ, E.R. **Measurement in nursing health research**. 3rd ed. New York: Springer Publishing Co. 2005.

_____. **Measurement in nursing health research.** 4th ed. New York: Springer Publishing Co. 2010.

WANG, N.; HAILEY, D.; YU, P. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *J. Adv. Nurs.*, v. 67, n. 9, p. 1858-1875, 2011.

WHITE, Lois. **Documentation & the nursing process.** Delmar: Cengage learning. 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **2018 Global Reference List of 100 Core Health Indicators (plus health-related SDGs).** Geneva: World Health Organization, 2018.

_____. **Documentation of the nursing process.** Berne: World Health Organization, 1980.

ZEC, S. et al. High agreement and high prevalence: the paradox of Cohen's Kappa. **Open Nurs.J.**, v. 11, supl. 1, p. 2111-218, 2017.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar do estudo “**Documentação do Processo de Enfermagem na prática clínica: construção de um indicador**”, elaborado como proposta de tese doutoral por Oswalcir Almeida de Azevedo para o Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem na Saúde do Adulto – PROESA, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob orientação da Profa. Dra. Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz.

Este estudo tem como objetivo principal desenvolver indicadores para avaliar os registros do processo de enfermagem em unidades de internação hospitalar. Os registros realizados pelos profissionais de enfermagem referentes às condições do paciente e ao cuidado oferecido são uma necessidade não apenas do ponto de vista legal, mas também para assegurar a continuidade e avaliar a assistência oferecida. A construção de um indicador que facilite a análise desta documentação possibilitará identificar o conteúdo do registro no prontuário do paciente e se esse atende as recomendações dos órgãos normatizadores da profissão e de especialistas que atuam nesta área, buscando contribuir para a melhoria das práticas documentais da enfermagem.

O motivo deste convite é sua experiência na utilização do Processo de Enfermagem e sua participação consistirá em analisar as variáveis selecionadas para construção do indicador e emitir parecer abalizado sobre sua validade e definição dos aspectos a compor cada indicador, opinando sobre os itens descritos nos instrumentos apresentados. Sua participação não resultará em benefício direto a você, mas contribuirá para o desenvolvimento do indicador a ser construído.

Este estudo foi submetido a avaliação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e aprovado mediante Parecer 843.991 antes de lhe fazermos este convite.

O pesquisador assume o compromisso de respeitar as normas da Resolução 466/2012 mantendo o sigilo relativo aos nomes dos profissionais que participarem desta etapa de emissão de opinião especializada, reponsabilizando-se em não provocar danos morais, psicológicos ou de qualquer outra natureza aos colaboradores, permitindo sua desistência a qualquer momento respeitando a decisão de cada participante. Fica sob a responsabilidade do pesquisador divulgar os dados e esclarecer quaisquer dúvidas que venham a surgir relativas à proposta deste estudo. Os resultados serão publicados em periódicos científicos e/ou disponibilizados através dos recursos midiáticos da Universidade de São Paulo.

Dúvidas referentes aos aspectos éticos poderão ser esclarecidas mediante contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo pelo telefone (11) 3061-7548, localizada à Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - ou pelo e-mail: edipesq@usp.br.

Oswalcir Almeida de Azevedo
e-mail: oswalcir@terra.com.br
Cel: (11) 98661-6968
Pesquisador responsável

Consentimento pós-esclarecimento

Eu, _____ após ter sido convidado a colaborar na pesquisa sob título “Documentação do Processo de Enfermagem na prática clínica: construção de um indicador” e recebido todas as explicações referentes a forma de minha participação, objetivos, uso sigiloso da minha identidade bem como da forma de divulgação dos resultados da pesquisa, **concordo** em participar emitindo meu parecer a respeito dos aspectos relevantes a serem avaliados na documentação do processo de enfermagem. Outrossim, **declaro** que: fui convenientemente esclarecido pelo pesquisador; entendi o que me foi explicado e aceito participar do presente Projeto de Pesquisa. Recebi uma via deste Termo de Consentimento devidamente assinada pelo pesquisador responsável.

São Paulo, ____ / ____ / ____.

Assinatura: _____ RG: _____

APÊNDICE B - SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA A PESQUISA EM PRONTUÁRIO

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA EM PRONTUÁRIO CLÍNICO

Eu, **Oswalcir Almeida de Azevedo**, enfermeiro, responsável pelo projeto “Documentação do processo de enfermagem na prática clínica: construção de um indicador”, vinculado ao programa *Stricto sensu* de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto (PROESA), nível de doutorado, oferecido pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, venho pela presente, solicitar autorização do hospital _____(Nome da Instituição)_____ para a coleta de dados registrados em prontuários clínicos, arquivados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística, de pacientes internados em unidades médico-cirúrgicas de adultos, por período não inferior a quatro dias, no ano de 2013. O objetivo do estudo é verificar os registros relativos às etapas do Processo de Enfermagem e anotações realizadas pela equipe de enfermagem. Esta pesquisa está sob orientação da Prof.a Dr.a Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz, docente da EE-USP.

Contando com a valiosa autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento: Fone (11) 98661-6968, e E-mail: oswalcir@terra.com.br

Oswalcir Almeida de Azevedo
RG 9469427-8 COREN-SP 27137
Pesquisador responsável

APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO PARA A UTILIZAÇÃO DE DADOS

Título do Projeto: **DOCUMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PRÁTICA CLÍNICA: CONSTRUÇÃO DE UM INDICADOR**

Os pesquisadores vinculados ao presente projeto se comprometem a garantir a privacidade dos pacientes cujo prontuário clínico for manuseado para obtenção das informações necessárias à sua prossecução no Hospital [nome da instituição]. Informam que serão analisados unicamente os registros relacionados ao Processo de Enfermagem e aos procedimentos de enfermagem documentados no prontuário e que esses serão usados unicamente no presente estudo. Informações pessoais do paciente não serão registradas para fins da pesquisa, sendo considerada apenas a presença ou ausência de identificação nos impressos/arquivos. As informações obtidas serão divulgadas exclusivamente de forma anônima.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Nome dos pesquisadores
Oswalcir Almeida de Azevedo
Outros

Assinatura

APÊNDICE D - DEFINIÇÕES CONCEITUAIS, OPERACIONAIS E ITENS - INSTRUÇÕES AOS ESPECIALISTAS

Este material apresenta um conjunto de tópicos considerados necessários à documentação do processo de enfermagem. A cada tópico correspondem itens que pretendem orientar a avaliação da documentação do processo de enfermagem, por meio da análise dos registros clínicos da assistência de enfermagem a usuários dos serviços de saúde.

A finalidade do trabalho a ser realizado na reunião de especialistas é dispor de uma coleção de itens que comporão um instrumento para avaliar a conformidade da documentação do processo de enfermagem em serviços de saúde.

Nas orientações a seguir, os termos Tópicos e Itens têm o seguinte significado:

- **Tópico:** um tópico é um elemento do processo de enfermagem; ou uma recomendação, regra ou exigência geral para os registros clínicos em saúde e enfermagem.
- **Item:** unidade correspondente a um aspecto do registro possível de ser analisado por um avaliador.

Como estratégia de trabalho na reunião de especialistas solicitamos que você realize as ações a seguir.

1. Para cada tópico, pontue a sua **Pertinência** (S=Sim / N=Não).
- Pergunta-chave: em sua opinião é importante que o tópico constitua pelo menos um item para avaliar a qualidade da documentação do Processo de Enfermagem?

2. Se a resposta à questão acima for **Sim**:

2.1. Aprecie a *definição conceitual* do tópico e pontue a definição conceitual quanto à **(P) Pertinência** (S = Sim / N = Não), **(C) Clareza** (S = Sim / N = Não). Faça suas observações e sugestões e participe das discussões até o alcance do consenso do grupo.

- Pergunta-chave para **Pertinência da definição conceitual**: em sua opinião a definição conceitual apresentada está de acordo com os princípios teóricos do processo de enfermagem?
- Pergunta-chave para **Clareza da definição conceitual**: em sua opinião a definição conceitual apresentada permite a compreensão inequívoca da natureza do tópico?

2.2. Aprecie a *definição operacional* do tópico e pontue a definição operacional quanto à **(P) Pertinência** (S=Sim / N=Não), **(C) Clareza** (S=Sim / N=Não). Faça suas observações e sugestões e participe das discussões até o alcance do consenso do grupo.

- Pergunta-chave para **Pertinência da definição operacional**: em sua opinião a definição operacional apresentada está de acordo com a definição conceitual?
- Pergunta-chave para **Clareza da definição operacional**: em sua opinião a definição operacional apresentada permite que um avaliador, ao analisar os registros de enfermagem, julgue se os registros de enfermagem de um paciente/usuário contêm o tópico em questão?

2.3. Analise os itens propostos para cada tópico quanto à **(P) Pertinência** (S=Sim / N=Não), **(C) Clareza** (S=Sim / N=Não) e **(A) Abrangência** (CP = internado curta permanência / LP = internado longa permanência / EM = atendimento em situações de emergência / UB = atendimento em unidades básicas de saúde / AM= atendimento em ambulatórios

especializados). Faça suas observações e sugestões e participe das discussões até o alcance do consenso do grupo.

- Pergunta-chave para **Pertinência do Item**: em sua opinião o item apresentado é consistente com o tópico a que corresponde?
- Pergunta-chave para **Clareza do Item**: em sua opinião o item apresentado permite que um avaliador, ao analisar os registros de enfermagem, julgue se os registros de enfermagem de um paciente/usuário quanto ao item em questão?
- Pergunta-chave para **Abrangência do Item**: o enunciado do item permite aplicá-lo à documentação de enfermagem de cuidados a usuário do sistema de saúde em qualquer situação de cuidado profissional de enfermagem? Assinale “**S**” para sim e “**N**” para não. Considere:
CP: usuário internado em curta permanência;
LP: usuário internado em longa permanência;
EM: usuário de unidade de emergência;
UB: usuário de unidade básica de saúde;
AM: usuário de ambulatório especializado.

2.4. Discuta com o grupo para definir o enunciado do item em consenso.

Se adequado, sugira outros itens necessários para avaliar o tópico em questão.

3. Se a resposta à questão proposta no item um for **Não**, por gentileza elabore uma proposta de definição a ser discutida em conjunto na reunião de especialistas.

Planilha enviada aos especialistas para análise das definições e itens.

Tópico: Identificação do Paciente				Pertinência do tópico		Sim	Não				
Definição conceitual	Critérios		Definição operacional					Critérios			
	P	C						P	C		
Descrição dos dados de identificação do paciente nos impressos ou nos registros informatizados.					Todos os impressos ou arquivos informatizados referentes ao paciente contêm seu nome, idade, procedência, diagnóstico médico e número do registro hospitalar.						
Comentários e sugestões					Comentários e sugestões						
Tópico: Identificação do Paciente					Critérios						
					P	C	A				
Itens propostos							CP	LP	EM	UB	AM
Em todos os impressos constam os dados de identificação do paciente											
Data de nascimento do paciente localizada no topo da página											
Dados demográficos do paciente: país de residência											
Dados demográficos do paciente: gênero											
Itens a serem adicionados											

APÊNDICE E - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA DE ENFERMAGEM (IADOCE)

Unidade: _____ N° do prontuário: _____ Data coleta: __/__/__

Tempo de internação: _____ dias Datas avaliadas: (1)_____ (2)_____ (3)_____

Paciente: Sexo: (M) (F) Idade: _____ Tratamento: () Clínico () Cirúrgico

Analise os registros efetuados pela enfermagem no prontuário do paciente e assinale “X”, para cada item deste instrumento, sem omissões.

Tópico de conteúdo: Avaliação de Enfermagem (AE) na admissão do paciente		Entrada			Observações (NA)
Itens de análise		0	1	2	
AE1	A avaliação de enfermagem é documentada				
Para os próximos itens, marque um X em “Sim” se o critério estiver presente; em “Não” se não estiver presente, ou em NA se o critério, por alguma razão, não se aplicar. Registre as observações que considerar relevantes.					
Itens de análise		0	2	Observações (NA – motivo)	
AE2	O registro da AE integra o prontuário do paciente				
AE3	É possível identificar o tempo transcorrido entre a admissão do paciente no equipamento de saúde e o registro da AE				
AE4	O registro da AE evidencia a consulta a fontes secundárias de dados (exames, relato de familiares)				
AE5	A entrevista de enfermagem compõe a AE				
AE6	O registro da Entrevista está datado				
AE7	O registro da entrevista é estruturado				
AE8	O registro da entrevista apresenta dados que subsidiam a definição dos diagnósticos de enfermagem considerando o contexto do cuidado				
AE9	O exame físico de enfermagem compõe a AE				
AE10	O registro do Exame físico está datado				
AE11	O registro do exame físico é estruturado ou parcialmente estruturado				
AE12	O registro do exame físico apresenta dados que subsidiam a definição dos diagnósticos de enfermagem considerando o contexto do cuidado				
AE13	A AE inclui resultados a serem alcançados pelo paciente				
AE14	Os registros da AE são acompanhados da assinatura do enfermeiro				
AE15	Os registros da AE apresentam a categoria profissional de quem os realizou				
AE16	Os registros da AE apresentam o número do registro profissional de quem os realizou				
AE17	Os registros da AE apresentam o carimbo ou o nome por extenso de quem os realizou				

Análise os registros efetuados pela enfermagem no prontuário do paciente e assinale “X”, para cada item a seguir, **sem omissões**, atribuindo os valores: **dois**, se o critério estiver presente em todos os registros avaliados; **um**, se o critério estiver presente, mas nem sempre; **zero**, quando o critério não estiver presente; e **NA**, quando, por alguma razão, o critério não se aplicar. Registre as observações que considerar pertinentes.

Nos casos em que a **coluna de valor 1** estiver em **cor cinza**, atribuir o **valor 0** (zero) na ausência do critério; e o **valor 2** na presença do critério. A coluna “**Entrada**” refere-se aos registros das primeiras 24 horas depois da entrada no sistema de cuidados; a coluna “**Meio**” refere-se às 24 horas da metade do período no sistema de cuidados; e a coluna “**Saída**” refere-se às últimas 24 no sistema de cuidados.

[illegible][illegible]

[illegible][illegible]

Tópico de conteúdo: Anotações de enfermagem (AT)		Entrada			Meio			Saída			Observações
Itens de avaliação		0	1	2	0	1	2	0	1	2	
AT1	Consta no prontuário clínico o registro de admissão do paciente										
AT2	O conteúdo das AT descreve as manifestações e eventos relacionados ao paciente										
AT3	O conteúdo das AT descreve quando um registro é feito em horário que não corresponde ao da ocorrência do fato documentado (entrada tardia)										
AT4	O registro das AT é inteligível										
AT5	Consta no prontuário o registro de enfermagem da saída do paciente do sistema de cuidados										
AT6	O registro de saída do sistema de cuidados apresenta uma súmula do cuidado de enfermagem realizado durante a permanência na unidade										
AT7	O registro de saída do sistema de cuidados descreve as condições físicas do paciente										
AT8	O registro de saída do sistema de cuidados descreve as condições emocionais do paciente										
AT9	O registro de saída do sistema de cuidados descreve as orientações oferecidas										
AT10	O registro de saída do sistema de cuidados descreve os DE não resolvidos na internação										
AT11	O registro de saída do sistema de cuidados descreve os encaminhamentos feitos										
AT12	Se saída por óbito, o registro relata as condições que levaram ao óbito										
AT13	Se saída por óbito, o registro descreve o destino do corpo										
AT14	O registro informa as orientações dadas aos familiares do óbito										
AT15	O registro das AT apresenta apenas abreviaturas e símbolos cujo significado completo é descrito em lista padronizada aprovada pela instituição										
AT16	O registro das AT apresenta a assinatura de quem os realizou										
AT17	O registro das AT apresenta a categoria profissional de quem os realizou										
AT18	O registro das AT apresenta o número do registro profissional de quem os realizou										
AT19	O registro das AT apresenta o carimbo ou o nome por extenso de quem os realizou										

Comentários: _____

Tempo de análise: _____ Assinatura do avaliador: _____

APÊNDICE F - DIRETRIZES PARA O USO DO IADOCE

APRESENTAÇÃO

Estas diretrizes orientam a análise das características da documentação do processo de enfermagem em unidades de internação. Para usá-lo é necessário acesso ao prontuário do paciente, preferencialmente de um período completo de internação, de forma que seja possível observar os registros de três segmentos de uma internação, a saber: das primeiras 24 horas a partir da internação (entrada); de 24 horas durante a internação (meio); e das últimas 24 horas antes da saída do sistema de cuidados (saída).

O IADOCE abrange dados de caracterização do prontuário e do avaliador seguidos dos critérios, propriamente ditos, para avaliar a documentação do processo de enfermagem.

A parte inicial do IADOCE é para coletar os dados de caracterização do prontuário observado e do avaliador. O espaço “Avaliador” é para indicar a identificação da pessoa que faz a observação da documentação; em “Unidade” informa-se a unidade em que o paciente cujo prontuário está em avaliação foi internado; em “Nº do prontuário” informa-se o número do registro do paciente na instituição; em “Data da coleta”, a data em que foi feita a observação da documentação; em “Tempo de internação”, o número total de dias da internação do paciente cujos registros estão sendo avaliados; em “Datas avaliadas”, os dias correspondentes à data de entrada (1), a data central da internação (2) e a data de saída do sistema de cuidados (3); do paciente cujo prontuário está sendo avaliado, informa-se o sexo, a idade, e o tipo de tratamento a que foi submetido na internação.

A documentação do processo de enfermagem de cada segmento (entrada, meio, saída) deve ser observada e contrastada com critérios apresentados nos itens do IADOCE que estão agrupados em sete **Tópicos de Conteúdo**: Avaliação de Enfermagem (AE); Identificação do Paciente (IP); Diagnóstico de Enfermagem (DE); Prescrição de Enfermagem (PE); Evolução de Enfermagem (EE), Anotação de Enfermagem (AT), Características Gerais (CR). Com exceção da Avaliação de Enfermagem (AE), que só se aplica à documentação de entrada do paciente no sistema de cuidados, os outros seis Tópicos de Conteúdos aplicam-se aos três segmentos da documentação de uma internação (entrada, meio e saída).

Os critérios são aplicados a partir do julgamento do avaliador do grau com que a documentação observada atende a cada critério. A seguir, nestas “**Diretrizes**”, são apresentados os detalhes sobre como aplicar cada um dos itens do IADOCE.

Analise os registros efetuados pela enfermagem no prontuário do paciente e assinale “X” no espaço cuja pontuação ou parecer corresponda a sua avaliação. Assinale um parecer para cada item deste instrumento, sem omissões. Caso não se aplique, escreva NA no campo de pontuação.

DIRETRIZES PARA PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO (IADOCE)

Avaliador:

Nº do prontuário: _____ Unidade: _____ Data coleta: __/__/__

Tempo de internação: _____ dias Datas avaliadas: (1)_____ (2)_____ (3)_____

Paciente: _____ Sexo: (M) (F) Idade: _____ Tratamento: () Clínico () Cirúrgico

Analise os registros efetuados pela enfermagem no prontuário do paciente e assinale "X", para cada item deste instrumento, sem omissões.

Tópico de conteúdo: Avaliação de Enfermagem (AE) na admissão do paciente		
Itens de análise		Orientações aos avaliadores
AE1	A avaliação de enfermagem é documentada no prazo adequado	0 = não há registro de avaliação de enfermagem; 1 = o registro da avaliação foi feito depois das primeiras 24 horas da entrada no sistema de cuidados, ou não é possível identificar quando foi feito; 2 = o registro da avaliação foi feito dentro das primeiras 24 horas da entrada no sistema de cuidados.
Para os próximos itens, marque um X em "2" se o critério estiver presente; em "0" se estiver ausente, ou em NA se o critério, por alguma razão, não se aplicar. Registre as observações que considerar relevantes.		
Itens de análise		Orientações aos avaliadores
AE2	O registro da AE integra o prontuário do paciente	0 = a AE não consta no prontuário clínico. 2 = a AE está constando no prontuário clínico;
AE3	É possível identificar o tempo transcorrido entre a admissão do paciente no equipamento de saúde e o registro da AE	0 = não é possível saber o tempo entre a entrada do paciente no equipamento de saúde e a realização da AE pelas informações disponíveis no prontuário. 2 = as informações disponíveis no prontuário permitem identificar o tempo entre a entrada do paciente no equipamento de saúde e o registro da AE;
AE4	O registro da AE evidencia a consulta a fontes secundárias de dados (exames, relato de familiares)	0 = os registros da AE não evidenciam a consulta a diferentes fontes de informação. 2 = os registros da AE evidenciam a consulta a diferentes fontes de informação: resultados de exames, familiares ou outra pessoa;
AE5	A entrevista de enfermagem compõe a AE	0 = não consta no prontuário o registro da Entrevista ou Histórico de enfermagem. 2 = consta o registro da Entrevista ou Histórico de enfermagem no prontuário;
AE6	O registro da entrevista está datado	0 = não consta na Entrevista ou histórico de enfermagem a data de sua realização. 2 = consta a data de realização da Entrevista ou Histórico de enfermagem no respectivo impresso NA = ausência de registro da entrevista ou histórico.

(continua)

(continuação)

Tópico de conteúdo: Avaliação de Enfermagem (AE) na admissão do paciente		
Itens de análise		Orientações aos avaliadores
AE7	O registro da entrevista é estruturado ou parcialmente estruturado	<p>0 = o registro da Entrevista é de redação livre, sem estruturação.</p> <p>2 = o registro da Entrevista segue modelo impresso pré-definido (com campos para assinalar) ou parcialmente definido (espaços a preencher).</p> <p>NA = ausência de registro da entrevista</p>
AE8	O registro da entrevista apresenta dados que subsidiam a definição dos diagnósticos de enfermagem (DE) considerando o contexto do cuidado	<p>0 = os DE estabelecidos na data de entrada não estão relacionados com os dados da Entrevista.</p> <p>2 = os dados da Entrevista claramente orientam a definição de <u>um ou mais DE</u> da data de entrada.</p> <p>NA = registro da entrevista não encontrado no prontuário ou ausência de registro de DE na data.</p> <p><i>Compare os dados da entrevista com os DE de entrada do paciente no sistema de cuidados</i></p>
AE9	O exame físico de enfermagem compõe a AE	<p>0 = o registro do Exame Físico não está anexado ao prontuário do cliente.</p> <p>2 = o registro do Exame Físico está anexado ao prontuário do cliente;</p>
AE10	O registro do exame físico está datado	<p>0 = não consta a data de realização do exame físico no impresso onde está registrado.</p> <p>2 = consta a data de realização do exame físico no impresso onde está registrado</p>
AE11	O registro do exame físico é estruturado ou parcialmente estruturado	<p>0 = o registro do Exame Físico é livre, sem estruturação</p> <p>2 = o registro do Exame Físico segue modelo estruturado ou parcialmente estruturado</p>
AE12	O registro do exame físico apresenta dados que subsidiam a definição dos diagnósticos de enfermagem considerando o contexto do cuidado	<p>0 = os DE estabelecidos não estão relacionados aos dados do Exame Físico do cliente.</p> <p>2 = dados do Exame Físico claramente orientam a definição de <u>um ou mais DE</u> da data de entrada.</p> <p>NA = Ausência de DE na data correspondente.</p>
AE13	A AE inclui resultados a serem alcançados pelo paciente	<p>0 = a AE não apresenta proposta de resultados a serem alcançados pelo cliente durante sua permanência no sistema de cuidados.</p> <p>2 = a AE apresenta proposta de resultados a serem alcançados pelo cliente durante sua permanência no sistema de cuidados.</p> <p>Resultados – <i>previsão de melhora das alterações apresentadas pelo paciente ao ingressar no sistema de cuidados.</i></p>
AE14	Os registros da AE são acompanhados da assinatura do enfermeiro	<p>0 = o registro da AE não está assinado OU é assinado por profissional de outra categoria</p> <p>2 = a assinatura do enfermeiro executante consta no registro da AE</p>
AE15	Os registros da AE apresentam a categoria profissional de quem os realizou	<p>0 = a categoria profissional da pessoa que realizou o registro não está descrita</p> <p>2 = consta nos registros a categoria profissional da pessoa que realizou o registro</p>
AE16	Os registros da AE apresentam o número do registro profissional de quem os realizou	<p>0 = não consta o número do registro profissional de quem registrou a AE</p> <p>2 = o número do COREN está descrito junto ao nome do profissional que registrou a AE</p>

(continua)

(conclusão)

Tópico de conteúdo: Avaliação de Enfermagem (AE) na admissão do paciente		
Itens de análise		Orientações aos avaliadores
AE17	Os registros da AE apresentam o carimbo ou o nome por extenso de quem os realizou	0 = não foi constatado aposição do carimbo ou nome por extenso junto à assinatura do profissional que realizou o registro da AE; carimbo ilegível. 2 = junto à assinatura do profissional que realizou o registro da AE constatou-se a utilização do respectivo carimbo ou nome por extenso

Análise os registros efetuados pela enfermagem no prontuário do paciente e assinale “X”, para cada item a seguir, sem omissões, atribuindo os valores: **dois**, se o critério estiver presente em todos os registros avaliados; **um**, se o critério estiver presente, mas nem sempre; **zero**, quando o critério não estiver presente. Use **NA**, quando, por alguma razão, o critério não se aplicar, assinalando o espaço do dia correspondente com esta notação. Registre as observações que considerar pertinentes.

Nos casos em que a **coluna de valor 1** estiver em **cor cinza**, atribuir o **valor 0** (zero) na ausência do critério; e o **valor 2** na presença do critério. A coluna “**Entrada**” refere-se aos registros das primeiras 24 horas depois da entrada no sistema de cuidados; a coluna “**Meio**” refere-se às 24 horas da metade do período no sistema de cuidados; e a coluna “**Saída**” refere-se às últimas 24 no sistema de cuidados.

Tópico de conteúdo: Identificação do Paciente (IP)		
Itens de avaliação		Orientações aos avaliadores
IP1	A documentação de enfermagem informa o nome completo do paciente	0 = nenhum documento analisado contém a descrição do nome completo do cliente; 1 = nem todos os documentos analisados contém a descrição do nome completo do cliente 2 = todos os documentos analisados contém a descrição do nome completo do cliente
IP2	A documentação de enfermagem informa a data de nascimento ou a idade do paciente	0 = nenhum dos documentos analisados contém a data de nascimento ou a idade do cliente; 1 = nem todos os documentos analisados contém a data de nascimento E/OU a idade do cliente; 2 = todos os documentos analisados contém a data de nascimento E/OU a idade do cliente.
IP3	A documentação de enfermagem informa o sexo do paciente	0 = nenhum dos documentos analisados apresentam o gênero do cliente; 1 = nem todos os documentos analisados apresentam o gênero do cliente; 2 = todos os documentos analisados apresentam o gênero do cliente.
IP4	A documentação de enfermagem informa o número de registro único do paciente para o sistema de cuidado	0 = nenhum dos documentos analisados informam o número de registro único do paciente para o sistema de cuidado; 1 = nem todos os documentos analisados informam o número de registro único do paciente para o sistema de cuidado; 2 = todos os documentos analisados informam o número de registro único do paciente para o sistema de cuidado.

Tópico de conteúdo: Diagnósticos de Enfermagem (DE)		
Itens de avaliação		Orientações aos avaliadores
DE1	O registro dos DE compõe o prontuário do paciente	0 = não há registro de DE nas datas selecionadas para análise da documentação (do prontuário); 2 = todas as datas selecionadas apresentam registro dos DE documentado no prontuário do cliente.
DE2	O registro dos DE se encontra datado	0 = não há data no registro de DE analisado; 2 = todos os registros de DE analisados se encontram datados.
DE3	Os DE são enunciados segundo linguagem padronizada	0 = nenhum DE é descrito em linguagem padronizada; 1 = nem todos os DE são descritos em linguagem padronizada; 2 = todos os DE são descritos em linguagem padronizada.
DE4	Os enunciados dos DE descrevem condições de saúde, processos de vida ou uma vulnerabilidade a essa resposta.	0 = os DE não descrevem respostas humanas ou processos de vida em saúde 2 = os DE descrevem respostas humanas em saúde. Respostas humanas: <i>experiências subjetivas (sintomas) compartilhadas com os profissionais de saúde pelo cliente.</i> Processos de vida: <i>alterações detectadas pelo profissional (sinais);</i> Vulnerabilidades: <i>riscos decorrentes do processo saúde-doença.</i>
DE5	Os enunciados dos DE contém os fatores relacionados ou fatores de risco à resposta humana descrita	0 = nenhum dos DE descritos apresenta descrição dos fatores relacionados ou de risco; 1 = nem todos os DE descritos apresentam descrição dos fatores relacionados ou de risco; 2 = Todos os DE descritos apresentam descrição dos fatores relacionados ou de risco
DE6	Os enunciados dos DE contém as características definidoras apresentadas pelo cliente	0 = nenhum dos DE analisados contém a descrição das características definidoras; 1 = nem todos os DE analisados contém a descrição das características definidoras; 2 = Todos os DE analisados contém a descrição das características definidoras. NA = Quando estabelecidos apenas DE de risco.
DE7	Os DE são consistentes com o conteúdo da avaliação inicial ou evolução	0 = nenhum dos DE analisados está relacionado aos achados da avaliação inicial ou da evolução do paciente; 1 = nem todos os DE analisados estão relacionados aos achados da avaliação inicial ou evolução; 2 = Todos os DE analisados estão relacionados aos achados da avaliação inicial ou evolução. NA = Ausência de registro da AE ou EE para análise deste item.
DE8	Os DE incluem os resultados alcançados pelo paciente	0 = não há junto aos DE a descrição de resultados alcançados pelo paciente; 1 = pelo menos um resultado do paciente está descrito junto aos DE; 2 = todos os DE são acompanhados dos resultados do paciente. NA = na data de entrada no sistema de cuidado, e.g.

(continua)

(conclusão)

Tópico de conteúdo: Diagnósticos de Enfermagem (DE)		
Itens de avaliação		Orientações aos avaliadores
DE9	O registro dos DE é acompanhado da assinatura do profissional que o descreveu	0 = o registro da AE não está assinado; 2 = a assinatura do profissional acompanha o registro da AE.
DE10	O registro dos DE apresenta a categoria profissional de quem os descreveu.	0 = não está descrita a categoria profissional de quem estabeleceu os DE nesta data <u>OU</u> os DE foram estabelecidos por profissional que não o enfermeiro; 2 = nesta data os DE foram estabelecidos pelo enfermeiro.
DE11	O registro dos DE apresenta o número do registro profissional de quem o descreveu	0 = não consta o número do registro profissional de quem descreveu os DE nesta data; 2 = consta o número do registro profissional de quem descreveu os DE nesta data.
DE12	O registro dos DE apresenta o carimbo ou o nome por extenso de quem o descreveu	0 = não consta o carimbo ou nome por extenso do profissional que descreveu os DE nesta data; 2 = consta o carimbo ou nome por extenso do profissional que descreveu os DE nesta data.

Tópico de conteúdo: Prescrição de Enfermagem (PE)		
Itens de avaliação		Orientações aos avaliadores
PE1	A PE é documentada	0 = não há registro da PE nesta data; 2 = as PE desta data constam no prontuário
PE2	A PE se encontra datada	0 = a PE não está datada; 2 = a PE está datada. NA = não há registro de PE na data analisada.
PE3	Os enunciados da PE iniciam com um verbo no infinitivo	0 = nenhum item da PE inicia com um verbo no infinitivo; 1 = nem todos os itens da PE iniciam com um verbo no infinitivo; 2 = todos os itens da PE iniciam com um verbo no infinitivo. NA = não há registro de PE na data analisada.
PE4	Os enunciados dos itens da prescrição são sucintos	0 = os enunciados da PE apresentam detalhamentos dispensáveis, descrição extensa; 1 = nem todos os enunciados da PE são sucintos, objetivos; 2 = todos os enunciados da PE são sucintos, objetivos. NA = não há registro de EE na data analisada.
PE5	A PE descreve com clareza o cuidado a ser prestado	0 = nenhum dos itens prescritos está descrito de modo claro 1 = nem todos os itens da PE descrevem a ação a ser executada de forma clara e inequívoca 2 = todos os itens da PE descrevem de forma inequívoca a ação a ser executada NA = não há registro de PE na data analisada.
PE6	Os itens da PE contêm o aprazamento	0 = não há aprazamento para os itens prescritos; 1 = nem todos os itens da PE contêm aprazamento; 2 = todos os itens da PE contêm aprazamento. NA = não há registro de PE na data analisada.
PE7	Os diagnósticos de enfermagem registrados têm pelo menos um item de prescrição de enfermagem correspondente	0 = nenhum dos DE registrados possui PE correspondente; 1 = nem todos os DE registrados possuem PE correspondente 2 = todos os DE registrados possuem ao menos um item de PE correspondente NA = não há registro de PE ou de DE na data analisada. Analisar e comparar a PE com os DE.
PE8	A suspensão de algum item da PE é indicada no campo de aprazamento	0 = não consta indicação de suspensão de PE nesta data; 2 = a suspensão de itens da PE está indicada no aprazamento NA = não há registro de PE na data analisada.
PE9	A suspensão de algum item da PE é justificada na evolução/anotação de enfermagem	0 = não há na anotação/evolução justificativa para a suspensão de item da PE 1 = nem todos os itens da PE suspensos estão justificados na anotação/evolução de enfermagem; 2 = todos os itens da PE suspensos estão justificados na anotação/evolução de enfermagem NA = não houve itens da PE suspensos nesta data

(continua)

(conclusão)

Tópico de conteúdo: Prescrição de Enfermagem (PE)		
Itens de avaliação		Orientações aos avaliadores
PE10	As PE estão checadas	0 = nenhuma PE foi checada nesta data; 1 = nem todas as PE desta data foram checadas; 2 = todas as PE desta data foram checadas.
PE11	O registro das PE contém a assinatura do profissional que o elaborou	0 = o registro da PE não está assinado; 2 = o registro da PE contém a assinatura do profissional que o elaborou
PE12	O registro da PE apresenta a categoria profissional de quem o elaborou.	0 = o registro da PE não contém a categoria profissional OU não foi realizado pelo enfermeiro; 2 = a PE está assinada pelo enfermeiro
PE13	O registro da PE apresenta o número do registro profissional de quem o elaborou	0 = não consta o número do registro profissional de quem descreveu a PE nesta data; 2 = consta o número do registro profissional de quem descreveu a PE nesta data.
PE14	O registro da PE apresenta o carimbo ou o nome por extenso de quem o elaborou	0 = não consta o carimbo ou nome por extenso do profissional que descreveu a PE nesta data; 2 = consta o carimbo ou nome por extenso do profissional que descreveu a PE nesta data.

Tópico de conteúdo: Evolução de enfermagem (EE)		
Itens de avaliação		Orientações aos avaliadores
EE1	A EE é documentada em impresso com espaço destinado a este fim	<p>0 = não há registro da EE nesta data; 2 = as EE desta data estão registradas no prontuário NA = na data de entrada no sistema de cuidado.</p> <p><i>Na data de entrada considerar caso haja uma EE dentro de 24 horas após a internação.</i></p>
EE2	O registro da EE é estruturado ou parcialmente estruturado	<p>0 = o registro da EE não segue um modelo estruturado ou parcialmente estruturado. 2 = o registro da EE segue modelo estruturado ou parcialmente estruturado. NA = na ausência do registro da EE na data de entrada, anotar NA para todos os itens da primeira coluna.</p>
EE3	O registro da EE contém a data em que foi realizado	<p>0 = a EE não está datada; 2 = a EE está datada.</p>
EE4	O registro da EE contém o horário de realização	<p>0 = não há registro do horário de realização da EE 2 = o registro da EE contém o horário de sua realização</p>
EE5	O registro da EE é sucinto	<p>0 = os registros da EE são prolixos, extensos; 1 = nem todos os registros da EE são sucintos, objetivos; 2 = todos os registros da EE são sucintos, objetivos.</p>
EE6	O registro da EE é claro	<p>0 = a EE é descrita com uso de expressões do jargão profissional e suposições 1 = nem toda a descrição da EE está expressa de forma clara e inequívoca 2 = toda a descrição da EE está expressa de forma clara e inequívoca</p> <p>Expressões do Jargão: <i>Ex. dormiu bem à noite, bem sem queixas, sem intercorrências, aparentemente bem, siglas não autorizadas e similares.</i></p> <p>Suposições: <i>Ex. aparenta melhora do curativo, calmo, triste.</i></p>
EE7	O registro da EE inclui dados objetivos, subjetivos e condutas que apoiam o julgamento das mudanças ocorridas no paciente	<p>0 = os dados da EE não oferecem subsídio para a avaliação dos resultados alcançados pelo paciente; 2 = a EE fornece informações que apoiam a avaliação dos resultados alcançados pelo paciente</p> <p>Objetivos: <i>alterações verificadas no paciente</i> Subjetivos: <i>informações obtidas com o paciente</i> Condutas: <i>procedimentos realizados</i></p>
EE8	O registro da EE apresenta comparações entre as condições anteriores e atuais do paciente	<p>0 = o registro da EE não estabelece comparação dos parâmetros de resposta apresentados pelo cliente no período (24h). 1 = nem todas as respostas apresentadas na EE são descritas em termos comparativos; 2 = todas as respostas apresentadas na EE são descritas em termos comparativos. NA = registro da data de entrada</p>

(continua)

(conclusão)

Tópico de conteúdo: Evolução de enfermagem (EE)		
Itens de avaliação		Orientações aos avaliadores
EE9	O registro da EE contém a avaliação dos resultados do paciente sensíveis à enfermagem	<p>0 = não há descrição na EE da avaliação dos resultados do paciente sensíveis à enfermagem</p> <p>1 = o registro da EE não permite determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado;</p> <p>2 = o registro da EE declara se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado (piorado, melhorado, mantido, resolvido)</p> <p>Resultados sensíveis à enfermagem: estado, comportamento ou percepção mensurável do cliente ou da família influenciado e sensível às intervenções de enfermagem. Exemplos: incidência de úlceras por pressão, redução da dor, incidência de quedas e outros.</p>
EE10	O registro da EE contém a assinatura do profissional que o realizou	<p>0 = o registro da EE não está assinado;</p> <p>2 = o registro da EE contém a assinatura do profissional que o realizou</p>
EE11	O registro da EE apresenta a categoria profissional de quem o realizou.	<p>0 = o registro da EE não contém a categoria profissional OU não foi realizado pelo enfermeiro;</p> <p>2 = a EE está assinada pelo enfermeiro.</p>
EE12	O registro da EE apresenta o número do registro profissional de quem o realizou	<p>0 = não consta o número do registro profissional de quem descreveu a EE nesta data;</p> <p>2 = consta o número do registro profissional de quem descreveu a EE nesta data.</p>
EE13	O registro da EE apresenta o carimbo ou o nome por extenso de quem o realizou	<p>0 = não consta o carimbo ou nome por extenso do profissional que descreveu a EE nesta data;</p> <p>2 = consta o carimbo ou nome por extenso do profissional que descreveu a EE nesta data.</p>

Tópico de conteúdo: Anotações de enfermagem (AT)		
Itens de avaliação		Orientações aos avaliadores
AT1	Consta no prontuário clínico o registro de admissão do paciente	<p>0 = não há registro de entrada do paciente no sistema de cuidados nas anotações de enfermagem;</p> <p>2 = a entrada do paciente no sistema de cuidados está registrada nas anotações de enfermagem.</p>
AT2	O conteúdo das anotações de enfermagem descreve as manifestações e eventos relacionados ao paciente	<p>0 = não há anotações de enfermagem sobre as manifestações apresentadas pelo paciente nesta data</p> <p>1 = as anotações descrevem apenas a condição geral do paciente em termos de estado geral: bom, regular ou mau;</p> <p>2 = as manifestações apresentadas pelo paciente e os eventos a ele relacionados estão registrados: sinais, sintomas, procedimentos e resultados.</p>
AT3	O conteúdo das anotações descreve quando um registro é feito em horário que não corresponde ao da ocorrência do fato documentado (entrada tardia)	<p>0 = as anotações não relatam o horário do cuidado prestado</p> <p>1 = registros feitos tardiamente não explicitam o motivo</p> <p>2 = o registro com entrada tardia contém o motivo da quebra de sequência nos fatos descritos</p> <p>NA = ausência de registro de entrada tardia na documentação da AT.</p>
AT4	O registro das anotações de enfermagem é inteligível	<p>0 = o registro das AT é de difícil compreensão por letra ilegível ou erros que comprometem a leitura ou uso de linguagem fragmentada;</p> <p>1 = nem todo o conteúdo da AT é legível, compreensível; uso de linguagem fragmentada.</p> <p>2 = todo o registro das AT é de fácil leitura e compreensão.</p> <p><i>Linguagem fragmentada: que utiliza frases e abreviaturas específicas da área mas não de domínio de pessoas alheias ao serviço.</i></p>
AT5	Consta no prontuário o registro de enfermagem da saída do paciente do sistema de cuidados	<p>0 = a saída do paciente do sistema de cuidados (alta, transferência, óbito) não está registrada no prontuário;</p> <p>2 = a saída do paciente do sistema de cuidados está documentada no prontuário.</p>
AT6	O registro de saída do sistema de cuidados apresenta uma súmula do cuidado de enfermagem realizado durante a permanência na unidade	<p>0 = não há no registro de saída uma descrição resumida dos cuidados de enfermagem oferecidos ao cliente durante sua permanência no sistema de cuidados.</p> <p>2 = consta no registro de saída uma descrição resumida dos cuidados de enfermagem oferecidos ao cliente durante sua permanência no sistema de cuidados.</p> <p>NA = se o paciente saiu por óbito.</p>

(continua)

(continuação)

Tópico de conteúdo: Anotações de enfermagem (AT)		
Itens de avaliação		Orientações aos avaliadores
AT7	O registro de saída do sistema de cuidados descreve as condições físicas do paciente	<p>0 = não há registro das condições físicas do cliente nas anotações de saída do sistema de cuidados.</p> <p>2 = as condições físicas do cliente estão registradas nas anotações de saída do sistema de cuidados.</p> <p>Condições físicas: sinais e sintomas, nível de consciência, integridade da pele, drenos, sondas e cateteres, óbito.</p>
AT8	O registro de saída do sistema de cuidados descreve as condições emocionais do paciente	<p>0 = não há registro das condições emocionais do paciente nas anotações de saída do sistema de cuidados;</p> <p>2 = as condições emocionais do paciente estão registradas nas anotações de saída do sistema de cuidados.</p> <p>NA = se a saída do sistema de cuidados por óbito.</p> <p>Condições emocionais: choroso, ansioso com os cuidados após a alta.</p>
AT9	O registro de saída do sistema de cuidados descreve as orientações oferecidas ao paciente	<p>0 = não há registro das orientações dadas ao paciente nas anotações de saída do sistema de cuidados;</p> <p>2 = as orientações oferecidas ao paciente estão registradas nas anotações de saída do sistema de cuidados.</p> <p>NA = se o paciente deu óbito.</p> <p>Orientações: medicamentos, retorno, cuidados com curativos e cateteres, óbito entre outros.</p>
AT10	O registro de saída do sistema de cuidados descreve os DE não resolvidos na internação	<p>0 = não há descrição dos DE não resolvidos no registro de saída do sistema de cuidados;</p> <p>2 = os DE não resolvidos durante a internação são descritos no registro de saída do sistema de cuidados.</p> <p>NA = se o paciente deu óbito.</p>
AT11	O registro de saída do sistema de cuidados descreve os encaminhamentos feitos	<p>0 = não há descrição dos encaminhamentos feitos no registro de saída do sistema de cuidados;</p> <p>2 = os encaminhamentos feitos estão descritos no registro de saída do sistema de cuidados.</p> <p>NA = se o paciente deu óbito.</p> <p>Encaminhamentos: recursos da comunidade, tratamentos a realizar, busca por outro profissional de saúde.</p>
AT12	Se saída por óbito, o registro relata as condições que levaram ao óbito	<p>0 = não há descrição das condições que levaram ao óbito nas anotações de saída do sistema de cuidados;</p> <p>2 = as condições que levaram ao óbito são relatadas na descrição de saída do sistema de cuidados.</p>
AT13	Se saída por óbito, o registro descreve o destino do corpo	<p>0 = não há descrição do destino do corpo nas anotações de saída do sistema de cuidados;</p> <p>2 = o destino do corpo é relatado na descrição de saída do sistema de cuidados relatam.</p>

(continua)

(conclusão)

Tópico de conteúdo: **Anotações de enfermagem (AT)**

Itens de avaliação		Orientações aos avaliadores
AT14	O registro informa as orientações dadas aos familiares do óbito	0 = não há registro na anotação de enfermagem sobre orientações oferecidas aos familiares; 2 = as orientações oferecidas aos familiares estão registradas na anotação de enfermagem.
AT15	O registro apresenta apenas abreviaturas e símbolos cujo significado completo é descrito em lista padronizada aprovada pela instituição	0 = não há uma lista de abreviaturas publicada para orientar o registro de enfermagem na instituição; 1 = parte das abreviaturas utilizadas nas anotações de enfermagem segue uma fonte de referência publicada; 2 = todas as abreviaturas utilizadas seguem uma fonte de referência publicada autorizada pela instituição.
AT16	O registro da anotação de enfermagem apresenta a assinatura de quem o realizou	0 = nenhuma anotação está assinada; 1 = nem toda AT é acompanhada de assinatura; 2 = todo registro de AT está assinado por um profissional.
AT17	O registro da anotação de enfermagem apresenta a categoria profissional de quem o realizou	0 = o registro da AT não contém a descrição da categoria profissional do executante; 1 = nem todo registro de AT está assinado; 2 = a AT contém a descrição da categoria profissional do executante.
AT18	O registro da anotação de enfermagem apresenta o número do registro profissional de quem o realizou	0 = não consta o número do registro profissional de quem descreveu a AT; 2 = consta o número do registro profissional de quem descreveu a AT.
AT19	O registro da anotação de enfermagem apresenta o carimbo ou o nome por extenso de quem o realizou	0 = não consta o carimbo ou nome por extenso do profissional que descreveu a AT nesta data; 2 = consta o carimbo ou nome por extenso do profissional que descreveu a AT nesta data.

Tópico de conteúdo: Características gerais do registro (Aplicáveis aos demais Tópicos de Conteúdo)		
Itens de avaliação		Orientações aos avaliadores
CR1	A documentação de enfermagem é legível	<p>0 = não é possível compreender o que está escrito;</p> <p>1 = há trechos do registro de difícil leitura ou há erros de ortografia que comprometem sua compreensão;</p> <p>2 = todo o registro é compreensível, está grafado corretamente ou os erros não comprometem a compreensão do texto.</p>
CR2	O registro de enfermagem não contém rasuras	<p>0 = há rasuras nos registros de enfermagem analisados;</p> <p>2 = não há rasuras nos registros de enfermagem analisados.</p>
CR3	O registro de enfermagem é feito utilizando tinta indelével	<p>0 = o registro ou parte dele foi feito com tinta que pode ser apagada ou borrar com a umidade</p> <p>2 = o registro é digitado e impresso ou realizado com tinta, que não pode ser apagada (esferográfica).</p>
CR4	O registro de enfermagem apresenta continuidade, sem espaços em branco	<p>0 = Há espaços em branco entre um registro e outro, onde podem ser acrescentado texto;</p> <p>1 = os registros apresentam continuidade; os trechos das linhas sem escrita são inutilizados com um traço.</p> <p>2 = os registros são digitados e impressos, não oferecendo margem para espaços a serem completados</p>
CR5	Os registros são feitos em ordem cronológica	<p>0 = os registros não são descritos seguindo a cronologia dos fatos; não há indicação do horário de ocorrência dos fatos</p> <p>1 = os registros são ordenados quase sempre de acordo com a sucessão cronológica dos fatos em sequência única, com indicação do horário;</p> <p>2 = os registros são sempre ordenados segundo a sucessão cronológica dos fatos em sequência única, sem quebras, com indicação do horário.</p>
CR6	Os registros de enfermagem realizados de forma incorreta são corrigidos sem ocultar a escrita original	<p>0 = registros realizados de forma incorreta contêm rasuras que ocultam o texto originalmente escrito;</p> <p>1 = há rasuras, que foram corrigidas mantendo a legibilidade do texto original;</p> <p>2 = não há rasuras nos registros de enfermagem avaliados.</p>
CR7	A correção dos erros de registro de enfermagem é assinada por quem a efetuou	<p>0 = a correção de erros de registro não está assinada pelo profissional;</p> <p>2 = a correção de erros de registro está assinada pelo profissional que a realizou</p> <p>NA = não houve erros a corrigir no registro</p>

(continua)

(conclusão)

Tópico de conteúdo: Características gerais do registro (Aplicáveis aos demais Tópicos de Conteúdo)		
Itens de avaliação		Orientações aos avaliadores
CR8	O registro de enfermagem não apresenta expressões preconceituosas ou juízos de valor	<p>0 = o registro analisado utiliza frases e expressões preconceituosas ou opiniões pessoais valorativas;</p> <p>2 = não foram identificadas expressões que indiquem preconceito ou parecer valorativo do profissional</p> <p>Expressões preconceituosas: críticas, ou comentários retaliativos direcionados aos profissionais ou ao cliente</p> <p>Juízos de valor: opiniões pessoais sobre correção ou incorreção de algo relacionado ao cuidado: aparentemente bem; certo ou errado, bom aspecto, estável, bom estado, boa perfusão.</p>
CR9	Os registros de enfermagem estão impressos, ou em prontuário eletrônico que possui certificação digital (padrão ICP-Brasil)	<p>0 = todo registro de enfermagem nas datas avaliadas encontra-se manuscrito;</p> <p>1 = parte do registro se encontra manuscrito ou faltou o registro de uma ou mais etapas do Processo de Enfermagem nas datas avaliadas;</p> <p>2 = todos os registros de enfermagem estão impressos.</p>

Assinatura do avaliador: _____

DEFINIÇÕES IMPORTANTES

Resultado esperado: um desfecho final mensurável, observável, desejável e que se traduz em comportamento observável do cliente (POTTER; PERRY, 2013 p. 279).

Resultados sensíveis à enfermagem: estado, comportamento ou percepção mensurável do cliente ou da família influenciado e sensível às intervenções de enfermagem. Exemplos: incidência de úlceras por pressão, redução da dor, incidência de quedas (POTTER; PERRY, 2013, p. 279).

Linguagem fragmentada: definida como aquela que utiliza frases e abreviaturas nos registros do cuidado em enfermagem que são compreendidas na área clínica a nível local, por um grupo específico de enfermeiros, mas que não possuem significado para outros leitores. São exemplos de linguagem fragmentada expressões de uso corrente na enfermagem, mas que podem não ser bem compreendidas por outras pessoas como: sem queixas, inalterado, boa aparência, bem, regular, sem intercorrências, em bom estado geral, nada a referir, sem alterações e similares. Abreviaturas não autorizadas também são assim consideradas por dificultarem a compreensão dos registros (JEFFERIES et al., 2012).

Respostas humanas: experiências subjetivas que devem ser compartilhadas com os profissionais de saúde pelas pessoas que buscam atendimento (LUNNEY, 2011).

APÊNDICE I - SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DA ASSINATURA DO TCLE

Ao Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Sr(a) Coordenador(a),

O projeto intitulado **DOCUMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PRÁTICA CLÍNICA: CONSTRUÇÃO DE UM INDICADOR** é uma proposta de estudo metodológico que trata da construção e validação de um instrumento de análise dos registros de enfermagem em prontuários clínicos de pacientes. O estudo utilizará a observação retrospectiva dos registros e não requererá intervenção, dispensando a coleta de informação direta de sujeitos de pesquisa.

As demais razões para solicitação da isenção do TCLE estão enumeradas a seguir:

1. Levantamento retrospectivo de dados em prontuários, o que não interfere no cuidado recebido pelo paciente;
2. Não haverá riscos físicos, emocionais e/ou biológicos para o paciente uma vez que o estudo será documental;
3. População de estudo (pacientes internados em 2013) não estará em atendimento na instituição no momento da tomada de dados;
4. Os registros realizados pela equipe de enfermagem no prontuário serão o objeto de estudo, sem necessidade de informações pessoais do sujeito propriamente dito;
5. A confidencialidade da identificação pessoal dos pacientes será garantida pelo pesquisador principal e pelas técnicas de levantamento e guarda dos dados:
 - Os dados serão identificados somente através dos números de registro que servirão apenas para validar a individualidade da informação.
 - Dados de identificação dos pacientes serão objeto de análise apenas quanto a sua presença/ausência nos registros diários do cuidado prestado pela enfermagem.
 - Pelo tempo transcorrido após a alta a mudança de endereço e telefone dificultará a localização dos sujeitos; alguns pacientes podem ter ido a óbito e a localização dos familiares pode não constar nos registros institucionais; fatores que dificultariam a assinatura do TCLE e a condução do estudo.

Apoiado por estes motivos, e como o uso e destinação dos dados coletados durante o projeto servirão apenas aos propósitos da pesquisa descrita, **solicitamos a dispensa de assinatura do TCLE pelos pacientes** cujos prontuários fornecerão dados para este estudo.

Respeitosamente,

Pesquisador Responsável:

Oswalcir Almeida de Azevedo

ANEXO

ANEXO 1 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DOCUMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PRÁTICA CLÍNICA

Pesquisador: Oswaldir Almeida de Azevedo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 37101314.0.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 843.991

Data da Relatoria: 20/10/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo metodológico a ser desenvolvido em 3 etapas: revisão da literatura, revisão de tópicos e itens para a construção do instrumento, validação de instrumento. A terceira etapa envolverá a opinião de juizes e uma vez acordados os itens o pesquisador solicitará a enfermeiros que testem o instrumento na análise de prontuários

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo é desenvolver instrumento para monitorar os registros do processo de enfermagem em unidades de internação

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não foram identificados riscos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é clinicamente relevante e está adequadamente escrito.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão adequados. No entanto, ressalta-se que para juizes uma carta convite é suficiente, não é necessário o TCLE.

Recomendações:

Apresentar o termo ao juiz em forma de convite.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 843.991

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta óbices éticos.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da instituição co-participante para o início da pesquisa.

O CEP EEUSP informa que há necessidade de registro dos relatórios: parcial e final da pesquisa, na Plataforma Brasil.

SAO PAULO, 23 de Outubro de 2014

Assinado por:
Ruth Natalia Teresa Turrini
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br