UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

ARIANE SILVA PAULINO PIMENTA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS REGITROS DE ENFERMAGEM NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO

SÃO PAULO

2016

ARIANE SILVA PAULINO PIMENTA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS REGITROS DE ENFERMAGEM NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

Orientadora: Profª. Dr.ª Daisy Maria Rizatto Tronchin

SÃO PAULO

2016

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:___/____/___

Catalogação na Publicação (CIP)

Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Pimenta, Ariane Silva Paulino

Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário eletrônico em um hospital oncológico / Ariane Silva Paulino Pimenta. São Paulo, 2016.

128 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Daisy Maria Rizatto Tronchin

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

1. Assistência à saúde – qualidade. 2. Avaliação de serviços. 3. Serviços de saúde. 4. Registros de enfermagem. 5. Enfermagem. I. Título.

Ariane Silva Paulino Pimenta

Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário eletrônico em um hospital oncológico

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestra em Ciências.

Orientador: Profª. Dr.ª Daisy M. Rizatto Tronchin _____

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Instituição:_____

Julgamento: _____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____ Instituição:_____

Julgamento: _____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____ Instituição:_____

Julgamento: _____ Assinatura:_____

Dedicatória

Aos meus pais, Lourdes e Gilberto, meus alicerces, que me transmitiram valores e crenças indispensáveis para a minha formação pessoal e profissional.

Ao meu esposo Fabrício, companheiro de todos os momentos, pelo carinho, compreensão, parceria e incentivo no decorrer da elaboração deste trabalho.

Ao meu filho Miguel, presente de Deus, ainda no meu ventre, que representa amor incondicional e motivação.

Meu Carinho

AGRADECIMENTOS

A Deus, por iluminar o meu caminho, me dando fé, sabedoria e força para superar obstáculos e alcançar meus objetivos.

A minha amada família e meus amigos queridos, sem os quais não haveria descanso seguro e possível.

À minha querida orientadora Professora Doutora Daisy Maria Rizatto Tronchin, meu exemplo e referência desde a graduação, por compartilhar sua sabedoria, pela disponibilidade e parceria durante o desenvolvimento deste estudo, tornando-o possível, minha gratidão!

À Professora Doutora Marta Maria Melleiro, pelo incentivo e oportunidade no Grupo de Pesquisa e pela valiosa contribuição no Exame de Qualificação.

À Professora Doutora Heloisa Helena Ciqueto Peres pelo apoio na busca pelo conhecimento científico e pelas valiosas sugestões por ocasião do Exame de Qualificação.

À Doutora Wania Regina Mollo Baía, pela confiança e oportunidade profissional, pelo apoio e disponibilidade na realização deste mestrado.

À Daniela Vivas exemplo de liderança e profissional dedicada, agradeço por acreditar no meu trabalho, contribuir para meu crescimento profissional e acadêmico, pelo apoio e incentivo durante este projeto.

Ao Instituto do Câncer do Estado de São Paulo da FMUSP, do qual tenho muito orgulho e gratidão, que me acolheu e permitiu meu crescimento como profissional e pessoa.

À Escola de Enfermagem da USP e a todos os seus trabalhadores pela receptividade e pela oportunidade de construção do conhecimento durante toda minha trajetória acadêmica.

Aos colegas da Diretoria Geral da Assistência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo sempre presentes nesta fase.

Aos meus parceiros da equipe de enfermagem e a minha querida equipe do ambulatório do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, pela parceria e compreensão que sempre tiveram.

Aos pacientes oncológicos e seus familiares que são a minha inspiração para me aprimorar no cuidado e no gerenciamento baseado na qualidade e segurança ao paciente com câncer.

Pimenta ASP. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário eletrônico em um hospital oncológico. [dissertação] São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução: A qualidade dos registros de enfermagem é imprescindível para documentar as necessidades dos pacientes/usuários no processo saúde-doença nas diferentes dimensões do cuidado. **Objetivo geral:** Avaliar a qualidade dos registros do processo de enfermagem (PE) no prontuário eletrônico de pacientes admitidos nas unidades de internação (clínica e cirúrgica), em um hospital oncológico e de ensino, no Município de São Paulo. **Método:** Estudo quantitativo, exploratório, descritivo e documental. A casuística compôs-se de 246 prontuários eletrônicos, selecionados por amostragem probabilística, aleatória simples e proporcional. Os dados foram coletados entre outubro e dezembro de 2015, mediante um formulário, contendo os registros relativos ao PE no prontuário eletrônico: avaliação inicial, exame físico, diagnóstico, evolução, prescrição e anotação de enfermagem. Os atributos preenchimento, representado pela presença ou ausência dos registros e a completude por completo, parcialmente completo e incompleto foram avaliados. A análise dos dados foi realizada, empregando-se a estatística descritiva e inferencial, com significância de 5%. **Resultados:** A conformidade geral quanto ao preenchimento dos registros correspondeu a 85% e a completude, 15,4%. Na avaliação da conformidade relativa aos seis itens, a maior conformidade de preenchimento envolveu a evolução e a anotação de enfermagem (100%), e a de completude foi a prescrição de enfermagem (82,5%). Os piores índices de conformidade relativos ao preenchimento ocorreram na avaliação inicial (86,2%) e de completude, no exame físico (48,8%). Nas unidades da oncoclínica e oncocirúrgica, a maior conformidade de preenchimento foi na evolução e na anotação de enfermagem (100%), e de completude, a prescrição de enfermagem (84,7% na oncoclínica e 80,5% na oncocirúrgica). Os piores percentuais, quanto ao preenchimento nas unidades, foram na avaliação inicial (83,9% na oncoclínica e 88,3% na oncocirúrgica), e de completude ocorreram no exame físico (54,2% na oncoclínica e 43,8% na oncocirúrgica). Na comparação entre as unidades, os itens da avaliação inicial, envolvendo os registros de queda e cuidador, e o registro de dor na evolução de enfermagem apresentaram baixos índices de conformidade, com diferença estatisticamente significativa, valor de $p<0,001$. **Conclusão:** Os achados evidenciaram elevados índices de conformidade na presença dos registros de enfermagem, porém, uma certa fragilidade na dimensão qualitativa desses documentos, frente aos percentuais encontrados na completude. Outrossim, ratificaram a importância do monitoramento e da avaliação desses registros, para implementar ações de aprimoramento, visando maiores índices de conformidade no prontuário eletrônico.

Palavras-chave: Qualidade da assistência à saúde. Avaliação de serviços de saúde. Registros de enfermagem. Informação. Enfermagem.

Pimenta ASP. Evaluation of the quality of the nursing records in electronic patient medical records in a cancer hospital. [dissertation] São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2016.

ABSTRACT

Introduction: The quality of nursing records is essential to document the needs of patients/users in the health-disease process in different dimensions of care. **General Objective:** To evaluate the quality of the records of the nursing process (NP) in electronic medical records of patients admitted to inpatient units (clinical and surgical), in an oncological and teaching hospital in São Paulo. **Method:** Quantitative, exploratory, descriptive, and documentary study. The casuistry consisted of 246 electronic medical records, selected by probabilistic sampling, simple random and proportional. Data were collected between October and December 2015, using a form containing records relating to the NP in the electronic medical record: initial assessment, physical examination, diagnosis, evolution, prescription and nursing records. The filling attributes, represented by the presence or absence of records and the absolute completeness, partially complete and incomplete were evaluated. The data analysis was performed, using descriptive and inferential statistics, with 5% significance. **Results:** The overall compliance as the fulfillment of the records corresponded to 85% and completeness to 15.4%. In conformity assessment on the six items, most fillings involved the evolution and nursing records (100%), and the completion was the nursing prescription (82.5%). The worst compliance rates were for the filling occurred at baseline (86.2%) and completeness, physical examination (48.8%). In units of oncologic clinics and oncologic surgeries, the highest compliance was filling in the evolution and nursing records (100%), and completeness, the nursing prescription (84.7% in oncologic clinics and 80.5% in oncologic surgeries). The worst percentage, as to whether the units were at baseline (83.9% in oncologic clinics and 88.3% in oncologic surgeries), and completion took place on physical examination (54.2% in oncologic clinics and 43.8% in oncologic surgeries). Comparing the units, the items of the initial evaluation, involving the loss of records and caregiver, and the pain in nursing evolution showed low levels of compliance with a statistically significant difference, $p < 0.001$. **Conclusion:** The results show high levels of compliance in the presence of nursing records, however, a certain fragility in the qualitative dimension of these documents, compared to the percentage of completion. Furthermore, ratified the importance of monitoring and evaluation of these records, to implement improvement actions aimed at increased compliance rates of electronic medical records.

Keywords: Quality of health care. Health services evaluation. Nursing records. Information. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Distribuição da conformidade e da não conformidade geral dos registros de enfermagem referente ao preenchimento, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015 48

Gráfico 2 - Distribuição da conformidade quanto ao preenchimento dos itens da avaliação inicial, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015 50

Gráfico 3 - Distribuição da conformidade relativa ao preenchimento dos registros do exame físico, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015 51

Gráfico 4 - Distribuição da conformidade quanto ao preenchimento dos registros do diagnóstico de enfermagem, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015..... 52

Gráfico 5 - Distribuição da conformidade referente ao preenchimento dos registros da prescrição de enfermagem, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015 53

Gráfico 6 - Distribuição das conformidades quanto ao preenchimento dos registros da anotação de enfermagem, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015 53

Gráfico 7 - Distribuição da conformidade e da não conformidade geral dos registros de enfermagem segundo à completude, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015 55

Gráfico 8 - Distribuição da conformidade referente à completude dos itens da avaliação inicial, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015 56

Gráfico 9 - Distribuição da conformidade, de acordo com a completude dos registros do exame físico, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015 57

Gráfico 10 - Distribuição da conformidade quanto à completude dos itens da evolução de enfermagem, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015..... 57

Gráfico 11 - Distribuição da conformidade referente à completude dos registros do diagnóstico de enfermagem, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015..... 58

Gráfico 12 - Distribuição da conformidade em relação à completude dos registros da prescrição de enfermagem, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015 59

Gráfico 13 - Distribuição da conformidade segundo a completude dos registros na anotação de enfermagem, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015 60

Gráfico 14 - Distribuição da conformidade e da não conformidade geral relativas ao preenchimento dos registros de enfermagem, nas unidades da oncoclínica e da oncocirúrgica, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015..... 61

Gráfico 15 - Distribuição da conformidade relativa à completude dos registros no PE, na oncoclínica e na oncocirúrgica, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015 63

Gráfico 16 - Distribuição da conformidade, de acordo com o preenchimento dos itens da avaliação inicial na oncoclínica e na oncocirúrgica, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015 64

Gráfico 17 - Distribuição da conformidade segundo a completude dos itens da avaliação inicial na oncoclínica e na oncocirúrgica, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015..... 65

Gráfico 18 - Distribuição da conformidade relativa ao preenchimento do exame físico na oncoclínica e na oncocirúrgica, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015 66

Gráfico 19 - Distribuição da conformidade, de acordo com o preenchimento dos registros da etapa evolução de enfermagem na oncoclínica e na oncocirúrgica, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015..... 68

Gráfico 20 - Distribuição da conformidade relativa à completude dos registros nos itens da evolução de enfermagem na oncoclínica e na oncocirúrgica, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015 69

Gráfico 21 - Distribuição da conformidade referente ao preenchimento dos registros nos diagnósticos de enfermagem na oncoclínica e na oncocirúrgica, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015 70

Gráfico 22 - Distribuição da conformidade relativa à completude dos registros dos diagnósticos de enfermagem na oncoclínica e na oncocirúrgica, ICESP -FMUSP, São Paulo – 2015 71

Gráfico 23 - Distribuição da conformidade, de acordo com o preenchimento dos registros da prescrição de enfermagem na oncoclínica e na oncocirúrgica, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015.....72

Gráfico 24 - Distribuição da conformidade, de acordo com o preenchimento dos itens da anotação de enfermagem na oncoclínica e na oncocirúrgica, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015 73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da conformidade e da não conformidade relativas ao preenchimento dos registros no PE, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015 49

Tabela 2 - Distribuição da conformidade e da não conformidade segundo o preenchimento dos itens da etapa evolução de enfermagem, ICESP -FMUSP, São Paulo – 2015 51

Tabela 3 - Distribuição da conformidade, de acordo com a completude dos registros no Processo de Enfermagem, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015 55

Tabela 4 - Distribuição da conformidade geral relativa à completude dos registros na oncoclínica e na oncocirúrgica, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015 62

Tabela 5 - Distribuição da conformidade, de acordo com o preenchimento dos registros nas etapas do PE na oncoclínica e na oncocirúrgica, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015 62

Tabela 6 - Distribuição da conformidade segundo a completude dos registros do exame físico na oncoclínica e na oncocirúrgica, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015..... 67

Tabela 7 - Distribuição da conformidade relativa à completude da prescrição de enfermagem na oncoclínica e oncocirúrgica, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015 72

Tabela 8 - Distribuição da conformidade relativa à completude dos itens na anotação de enfermagem na oncoclínica e na oncocirúrgica, ICESP -FMUSP, São Paulo – 2015..... 74

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Formulário “Qualidade dos Registros de Enfermagem no Prontuário Eletrônico do Paciente”.....105

APÊNDICE 2 - Manual Operacional dos Registros de Enfermagem.....112

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).....121

ANEXO 2 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).....124

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
CETO	Centro de Educação e Treinamento em Oncologia
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONDIR	Conselho Diretor
COREN-SP	Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
DGA	Diretoria Geral da Assistência
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
GIIEnf	Grupo de Interesse de Informática em Enfermagem da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde
ICESP	Instituto do Câncer do Estado de São Paulo
IOM	*Institute of Medicine do Committe on Quality of Health Care in America*
ITI	Instituto Nacional de Tecnologia da Informação
JCAHO	*Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization*
JCI	*Joint Commission International*
NANDA	*North American Nursing Diagnosis Association*
NIC	*Nursing Interventions Classification*
NOC	*Nursing Outcomes Classification*
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PE	Processo de Enfermagem
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
RES	Registro Eletrônico de Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SBIS	Sociedade Brasileira de Informática em Saúde
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TEV	Tromboembolismo Venoso
TI	Tecnologia da Informação

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 18

1.1 JUSTIFICATIVA 19

1.2 A QUALIDADE NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE 21

1.3 O PRONTUÁRIO DO PACIENTE E A INTERFACE COM A QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM 24

2 OBJETIVOS 35

2.1 OBJETIVO GERAL 36

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 36

3 MÉTODO 37

3.1 TIPO DE ESTUDO 38

3.2 LOCAL DO ESTUDO 38

3.3 CASUÍSTICA 41

3.4 COLETA DE DADOS 42

3.4.1 O Instrumento de coleta de dados 42

3.4.2 A operacionalização da coleta de dados 43

3.5 ORGANIZAÇÃO, APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS 43

3.6 ASPECTOS ÉTICOS 44

4 RESULTADOS 46

4.1 ANÁLISE DAS CONFORMIDADES DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM: preenchimento 48

4.2 ANÁLISE DAS CONFORMIDADES DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM: completude 54

4.3 COMPARAÇÃO DAS CONFORMIDADES RELATIVAS AO PREENCHIMENTO E À COMPLETUDE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM ENTRE AS UNIDADES DE ONCOCLÍNICA E ONCOCIRÚRGICA 61

5 DISCUSSÃO 75

6 CONCLUSÃO 88

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 92

REFERÊNCIAS 96

APÊNDICES 104

ANEXOS 120

1 INTRODUÇÃO

1. 1 JUSTIFICATIVA

Meu interesse pela temática qualidade na assistência à saúde vem me acompanhado desde o Bacharelado em Enfermagem, concluído em 2008, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Na época, fui descobrindo a complexidade e os diversos elementos constituintes dos processos de trabalho, dentre eles, o assistir e gerenciar, pautados no atributo da qualidade envolvendo os profissionais, os usuários e os gestores dos serviços de saúde.

Em 2009, ao iniciar minha trajetória profissional, como enfermeira assistencial, em um hospital oncológico, o Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), percebi diferentes questionamentos frente à qualidade dos cuidados prestados e sua avaliação, especialmente, no que tange o assistir de modo eficiente e eficaz e inserir a equipe de enfermagem, no intuito de obter resultados condizentes a uma prática profissional segura e de qualidade.

Com o propósito de ampliar meu campo de estudo e apropriar-me de referenciais teórico-metodológicos destinados à oncologia e à qualidade nos serviços de saúde, busquei a pós-graduação lato sensu em Oncologia, da Fundação Antônio Prudente, vinculada ao A.C. Camargo Cancer Center.

Em 2012, assumi a Coordenação de Enfermagem do setor de pronto-atendimento do ICESP e, atualmente, coordeno um dos setores ambulatoriais do Instituto.

Essas vivências possibilitaram-me uma maior aproximação e participação no desenvolvimento de protocolos e políticas, destinados à melhoria da qualidade e avaliação do serviço, articulados a programas de acreditação hospitalar nacional, Organização Nacional de Acreditação – ONA e internacional, *Joint Commission International – JCI*, a implementação do prontuário eletrônico, e o incremento do Processo de Enfermagem (PE) por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Para verticalizar meus conhecimentos no processo de trabalho gerencial, com ênfase na qualidade e na avaliação dos serviços de saúde, ingressei no Grupo de Pesquisa de Qualidade e Avaliação de Serviços de Saúde e de Enfermagem, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), cadastrado no

Conselho Nacional de Pesquisa – CNPq, que me permitiu discutir questões envolvendo a qualidade dos processos assistenciais e gerenciais e compartilhar de opiniões e experiências com os integrantes do grupo.

No referido Grupo de Pesquisa, a participação aliada às mudanças institucionais ocorridas nos sistemas e nas tecnologias para registrar os dados nos prontuários dos pacientes, despertou-me o interesse em investigar a qualidade dos registros de enfermagem no ICESP, e buscar o Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem - nível mestrado na EEUSP, tendo como objeto de estudo a avaliação da qualidade desses registros em prontuários eletrônicos.

Outro aspecto a ser pontuado é que, como Enfermeira e Coordenadora de Enfermagem, acompanhei as mudanças institucionais e a introdução do prontuário eletrônico, contendo as etapas de inserção da evolução, diagnóstico, prescrição e anotação de enfermagem, substituindo o prontuário físico e correlacionando os aspectos operacionais e conceituais das informações em saúde.

Nessa concepção, corroboro a assertiva de que os registros de enfermagem são fontes de informação do processo saúde-doença do paciente, que permitem a comunicação entre os profissionais e embasam as tomadas de decisão para o delineamento de um plano de cuidado específico (Matsuda, Carvalho, Évora, 2007).

Cabe pontuar que, na instituição cenário deste estudo, ocorreu uma transição do prontuário físico para o prontuário eletrônico. Após um ano de inauguração do Instituto, um programa informatizado foi implementado e, gradativamente, a partir de 2009 todas as informações de saúde relativas aos pacientes passaram a ser inseridas em um sistema eletrônico, o Sistema de Gestão em Saúde, *Philips Tasy®.*

O processo ocasionou uma mudança no modo empregado pela equipe de enfermagem para a operacionalização da SAE, resultando na reestruturação e reorganização do processo de transição do prontuário do paciente, desdobrando-se em capacitação para os aspectos técnicos do sistema, bem como a incorporação de tecnologias na prática dos profissionais.

Ao vivenciar essa realidade, surgiram os seguintes questionamentos: Qual a qualidade dos registros de enfermagem? Quais os índices de conformidade dos registros de enfermagem no prontuário eletrônico? Em qual registro e etapa do

Processo de Enfermagem há maior fragilidade? Como estabelecer padrões de conformidade para os registros de enfermagem?

Assim, diante dos apontamentos descritos e por reconhecer que os registros de enfermagem são determinantes, subsidiam e oportunizam uma assistência de enfermagem contínua, compartilhada e norteadora da avaliação da qualidade, dispus-me a realizar esta investigação.

1. 2 A QUALIDADE NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O interesse e a relevância atribuídos pelas instituições de saúde a respeito da qualidade são progressivos e vêm ocorrendo, concomitantemente, ao crescimento dos aparatos tecnológicos, às oportunidades de acesso aos meios de comunicação, à competitividade das organizações, às exigências advindas das legislações governamentais e do respeito aos direitos dos cidadãos. Nesse cenário, observa-se também a preocupação com a produtividade, o equilíbrio financeiro das instituições, a satisfação e a segurança dos pacientes dos serviços de saúde.

Tronchin, Melleiro e Takahashi (2010) apontam transformações no conceito de qualidade e nas estratégias para obtê-la, ressaltando que a busca pela qualidade tornou-se uma constante nas diferentes formas de produzir bens e serviços nas organizações.

Ao tratarmos da qualidade em saúde, não se pode deixar de mencionar a atuação da enfermeira inglesa Florence Nightingale (1820-1910), que implantou o primeiro modelo de melhoria contínua da qualidade em saúde, em 1854, durante a Guerra da Criméia, baseando-se em dados estatísticos (Nogueira, 1996).

Na atenção à saúde, o conceito de qualidade vem sendo incorporado, sobretudo, a partir da década de 1980, combinando determinados constructos, representados por legislações governamentais, representação de entidades de classes, gestão em saúde, valores culturais e sociais, respeito aos direitos dos pacientes e sua participação na atenção à saúde, competividade no mercado, comunicação e segurança.

A *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO)* conceituou qualidade como o grau, conforme os cuidados com a saúde do paciente aumentam sua possibilidade de desejada recuperação e reduzem a probabilidade do aparecimento de eventos indesejados (JCAHO, 1989).

Para Avedis Donabedian, o primeiro a estudar de modo sistemático, a temática de qualidade nos serviços de saúde, a qualidade da assistência à saúde pode ser definida como a obtenção de maiores benefícios em detrimento de menores riscos para o paciente/cliente, benefícios esses que, por sua vez, definem-se em função do alcançável, de acordo com os recursos disponíveis. Ainda nesse aspecto, o autor ressalta que o cuidado deve ser fundamentado nos princípios éticos, nos valores sociais, nas expectativas e necessidades legítimas do paciente (Donabedian, 1988, 1990, 1992a).

Donabedian (1992b) também propôs um modelo da avaliação em serviços de saúde pautado em três componentes: o de estrutura, de processo e de resultado, que vem sendo empregado, amplamente, por gestores e pesquisadores interessados nas temáticas qualidade e avaliação dos serviços de saúde nas diferentes modalidades de atenção.

A dimensão estrutura compreende as características relativamente estáveis das instituições, como a área física, recursos humanos, materiais, financeiros e modelo organizacional. O processo envolve o conjunto de atividades desenvolvidas na produção em geral, na relação estabelecida entre os profissionais e usuários, desde a busca pela assistência até o diagnóstico e tratamento, cuja análise pode ser vista sob a dimensão técnica e/ou administrativa. O resultado consiste na obtenção das características desejáveis dos produtos ou serviços, retratando os efeitos da assistência na saúde do cliente (Donabedian, 1992b).

Serapione (2009) evidencia que, até a metade de 1980, o debate sobre a qualidade da atenção à saúde referia-se, somente, à qualidade na dimensão técnica, tornando-a reducionista à medida que contemplava a condição técnico-profissional.

Vale lembrar que o mesmo autor afirma que a qualidade implica a presença de culturas, competências e métodos de avaliação que se desenvolveram nos últimos 40 anos, em consonância com o reconhecimento dos direitos do cidadão, os que foram incorporados nas organizações e nos sistemas de saúde. Na atualidade,

aliado a isso, encontramos a competitividade de mercado e as exigências legais advindas da Constituição Federal de 1988, Estatuto da Criança e do Adolescente – 1990, Lei dos Direitos dos Usuários dos Serviços de Saúde - 1999, Estatuto do Idoso – 2003, Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde – 2011, que normatizam o atendimento aos pacientes dos serviços de saúde.

Em 2001, o *Institute of Medicine (IOM) do Committe on Quality of Health Care in America,* definiu a qualidade da assistência à saúde como “o grau com que os serviços de saúde aumentam a chance de se atingir desfechos desejados, tanto de indivíduos como de populações e que são consistentes com o conhecimento profissional vigente” (Wachter, 2010).

Esse Instituto propôs seis dimensões para a qualidade em saúde: segurança do paciente, objetivos centrados no paciente, efetividade, eficiência, oportunidade e equidade.

Maciel-Lima (2004) ressalta outros fatores que concorrem para atingir a qualidade nas organizações de saúde, como: a aceitabilidade, a adequação dos processos de diagnóstico e de terapêutica, a rapidez na resposta ao tratamento e o comprometimento dos profissionais de saúde com o trabalho, pois estar comprometido significa mover-se pelo desejo de ver o trabalho concluído e o objetivo atingido de modo eficiente, eficaz e efetivo.

Nesse contexto e corroborando Tronchin (2011), há elementos marcantes referentes à qualidade no contexto da saúde, como o grau de atendimento de padrões estabelecidos, os benefícios advindos da terapêutica proposta, o desenvolvimento e a capacitação dos profissionais, a implementação de programas e protocolos que norteiam as atividades do processo de trabalho, bem como a satisfação do usuário com o serviço prestado.

Para atingir a excelência na qualidade dos serviços, é imprescindível que as organizações elaborem e adotem políticas embasadas em seu contínuo monitoramento, viabilizando produtos e serviços com maior uniformidade, com redução de não conformidades, menores custos e retrabalho (Miguel, 2001).

A qualidade em saúde é um atributo inquestionável, assumindo um caráter político, técnico, ético e social que empreende esforços coletivos, ações sistematizadas pautadas no conhecimento técnico-científico e no estabelecimento

de métodos capazes de avaliá-la e monitorá-la nas organizações de saúde (Tronchin, 2011).

Sob essa ótica, acredito que a qualidade dos serviços de enfermagem deve evidenciar o resultado do cuidar na atenção à saúde do indivíduo, dentre os diversos instrumentos e métodos para avaliá-la, encontram-se a qualidade da documentação e dos registros de enfermagem, integrantes do prontuário do paciente/usuário dos sistemas de saúde.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da resolução da diretoria colegiada, RDC, nº 63 de 25 de novembro de 2011, dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os Serviços de Saúde, inclui no artigo 26 a responsabilidade das instituições quanto a garantir que o prontuário contenha registros completos e confiáveis relativos à identificação e a toda assistência prestada ao paciente (Brasil, 2011).

Em tal contexto, a qualidade dos registros também reflete a qualidade da assistência e a produtividade do trabalho. Assim, com base nesses registros, podem ser construídas melhores práticas e ações que visem a melhorias nos resultados (Fonseca et al., 2005).

Nesse cenário e frente aos diferentes instrumentos e métodos de monitoramento da qualidade nos serviços de saúde, acredito que a avaliação dos registros de enfermagem no prontuário eletrônico seja relevante, pois retratará as conformidades nos processos de trabalho, contribuindo para a implementação de medidas que garantam a veracidade na documentação dos pacientes/usuários e para legitimar a prática profissional.

1.3 O PRONTUÁRIO DO PACIENTE E A INTERFACE COM A QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM

O prontuário do paciente é essencial no atendimento à saúde dos indivíduos, devendo reunir informações necessárias para garantir a qualidade e a continuidade do tratamento prestado. Outro fator a ser destacado é que o os registros asseguram aspectos éticos e legais da prática profissional.

Em retrospectiva histórica, relatos revelaram que, desde o século V a.C, Hipócrates incentivava os médicos a realizarem seus registros escritos, argumentando que, por meio destes conseguiriam refletir de forma precisa o curso da doença e identificar suas possíveis causas (Bemmel, Van Bemmel, Musen, 1997).

Outro dado histórico descreve que Florence Nightingale, precursora da Enfermagem Moderna, ao tratar dos feridos na Guerra da Criméia referia que as documentações das informações eram de fundamental importância para a continuidade do cuidado. O fato pode ser evidenciado em uma de suas frases abordando os registros de saúde: “Na tentativa de chegar à verdade, eu tenho buscado, em todos os locais, informações, mas, em raras ocasiões eu tenho obtido os registros hospitalares possíveis de serem usados para comparações” (Nightingale, 1989).

Em 1880, William Mayo observou que os médicos registravam as consultas em um documento único, seguindo a cronologia dos fatos. Contudo, o conjunto de anotações dificultava a localização específica de um determinado paciente. Mas, só em 1907, a Clínica de Mayo, nos Estados Unidos da América adotou o registro individual das informações, passando a ser arquivado separado. Posteriormente, em 1920, na tentativa de sistematizar a apresentação dessas informações, um conjunto mínimo de dados foi definido como sendo obrigatório para os registros médicos (Marin, Massad, Azevedo Neto, 2003).

O Conselho Federal de Medicina – CFM (2002), pela Resolução nº 1.638/02, define prontuário como: documentos únicos, constituídos de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, que são gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações no que diz respeito à saúde do paciente e à assistência prestada. Acrescenta o caráter legal, sigiloso e científico que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e viabiliza a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Nessa linha de pensamento, Possari (2005) aponta o prontuário como um documento valioso ao paciente, à equipe de saúde que o assiste e às instituições de saúde, bem como ao ensino, à pesquisa, além de ser instrumento de defesa legal.

Para o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – COREN-SP (2009), o prontuário do paciente consiste no acervo documental, padronizado,

organizado e conciso, referente ao registro dos cuidados prestados ao paciente por todos os profissionais envolvidos na assistência.

O COREN-SP acrescenta também que, para assistir com qualidade, é imprescindível que o profissional de saúde acesse informações corretas, organizadas, seguras, completas e disponíveis, visando ao objetivo de atender à legislação vigente, garantir a continuidade da assistência, a segurança do paciente e dos profissionais.

Potter e Perry (2013) descrevem que o prontuário é valiosa fonte de dados a todos os membros da equipe de saúde, e apontam como objetivos: a comunicação, a documentação legal, o faturamento de custos, a educação, a pesquisa e a auditoria.

Essas premissas embasam e enfatizam a necessidade em se realizar registros completos, fidedignos, adequados e coerentes no prontuário do paciente, visto a importância desse documento na prática assistencial, na garantia da continuidade do cuidado e dos aspectos éticos e legais.

Assim, padronizar e identificar um conjunto de dados que forneça informação suficiente e necessária ao atendimento à saúde é um grande desafio, a fim de facilitar as ações, a tomada de decisão e a pesquisa, no Processo de Enfermagem.

Werley e Lang (1988) propõem um conjunto mínimo de informações, categorias e definições uniformes, relativas à dimensão específica da profissão de enfermagem e que atende às necessidades de informação de múltiplos usuários no sistema de saúde.

O profissional de enfermagem precisa de dados para a tomada de decisão clínica, para o gerenciamento da qualidade e para determinar o cuidado adequado. Mas, a falta de dados específicos presentes na enfermagem pode estar relacionada com a falha dos profissionais em acordar sobre um conjunto de dados claros, definidos, confiáveis, padronizados e validados.

Nessa perspectiva, foram propostos 16 elementos do Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem que são divididos em três categorias: itens demográficos (identificação pessoal, data de nascimento, sexo, raça e etnia, residência), itens do cuidado de enfermagem (diagnóstico, intervenção, resultados e intensidade do

cuidado de enfermagem) e itens do serviço (itens que relacionam o profissional do cuidado e o local do serviço de saúde) (Werley, Lang, 1988).

Vale ressaltar que determinar um conjunto de dados essenciais é imprescindível para que os registros sejam documentados e estruturados em um sistema de informação. Permitindo que os dados sejam adequadamente explorados pela enfermagem, para produzir informações corretas e necessárias para o desempenho da prática profissional (Silveira, Marin, 2006).

Nesse contexto, Massad et al. (2003) referem, como principais características do prontuário a sustentação no processo de atenção à saúde, fontes de informação clínica e administrativa para tomada de decisão e meio de comunicação compartilhado entre todos os profissionais, registro legal das ações realizadas pela equipe de saúde, apoio à pesquisa (estudos clínicos, epidemiológicos e avaliação da qualidade). Complementam, ainda, que esse documento promove atividades de ensino e gerenciamento nos serviços à medida, que os dados sejam analisados em função de estudos clínicos ou de aferição dos custos.

Acompanhando a evolução nos sistemas de saúde, o prontuário vem assumindo novos modelos de registros do paciente, tanto destinados aos aspectos do cuidado como aos gerenciais, envolvendo recursos físicos, materiais, humanos e financeiros.

A Tecnologia da Informação (TI) refere-se à gestão e ao processamento de informações, geralmente, com a ajuda de computadores, e um Sistema de Informação em Saúde (SIS) é um grupo de sistemas utilizados dentro de uma organização de saúde para apoiar e melhorar os cuidados de saúde (Hebda et al., 2009).

Sistemas adequados de informação devem incorporar princípios de informática em enfermagem e oferecer suporte ao trabalho assistencial a ser realizado. Hebda et al. (2009) descrevem algumas vantagens específicas na prática de enfermagem, como: maior tempo dispensado aos pacientes, melhor acesso à informação, melhoria da qualidade da documentação, redução de erros e omissões, redução dos custos hospitalares, aumento da satisfação no trabalho de enfermagem, conformidade com os requisitos de agências de acreditação e desenvolvimento de um banco de dados clínicos único.

Para Peres et al. (2011), esses sistemas necessitam integrar os dados clínicos e administrativos do paciente, para subsidiarem o gerenciamento do cuidado e dos custos.

Nessa direção, o prontuário físico, em muitos serviços de saúde, vem sendo substituído pelo prontuário eletrônico, envolvendo profissionais de diferentes áreas de conhecimento.

A pesquisa TIC Saúde (2015) identificou que 92% dos serviços de saúde utilizavam computador e 85%, internet. Das instituições que usavam internet, 52% possuíam algum tipo de registro eletrônico das informações presentes nos prontuários dos pacientes, e em 29% desses estabelecimentos, o registro das informações dos pacientes estava parte em papel e parte em formulário eletrônico e em 23%, totalmente eletrônica.

O *Institute of Medicine* (*IOM*, 1997) define que:

> O prontuário eletrônico do paciente (PEP) é um registro eletrônico que reside em um sistema especificamente projetado para apoiar os pacientes/usuários fornecendo acesso a um completo conjunto de dados corretos, alertas, sistema de apoio à decisão e outros recursos, como *links* para bases de conhecimento médico.

De acordo com Massad et al. (2003) esse modelo de prontuário consiste em um meio, um repositório onde todas as informações de saúde, clínicas ou administrativas, ao longo da trajetória no serviço de saúde de um indivíduo encontram-se armazenadas. Essa estrutura foi concebida para agrupar os diferentes tipos de dados produzidos em variados formatos, em épocas diferentes, realizados por distintos profissionais da equipe de saúde em vários locais. Reiteram que no âmbito da estrutura computacional, o PEP surge como proposta para solucionar determinados problemas no modelo de atenção à saúde, o que tem buscado, como elemento primordial, integrar, empregar e sistematizar a informação, adequadamente, na organização.

Dentre as vantagens obtidas pelo emprego do prontuário eletrônico, Blumenthal et al. (2011) e Peres et al. (2011) mencionam o acesso rápido e simultâneo da equipe multiprofissional, a legibilidade, a segurança e confidencialidade dos dados, a integração entre o PEP e outros sistemas de informação e a atualização dos dados.

No entanto, autores relatam determinados aspectos dificultadores no emprego do PEP, perpassando pela necessidade de investimentos *em hardware, software* e capacitação dos trabalhadores, a não adaptação dos pacientes/usuários com os procedimentos informatizados, os resultados do investimento a longo prazo, sistemas inoperantes por minutos, horas ou dias, impedindo a obtenção das informações indisponíveis (Blumenthal et al., 2011; Massad et al., 2003; McDonald, Barnett, 1990).

Diante dessas mudanças tecnológicas, outros aspectos a serem considerados são os dilemas éticos relacionados, sobretudo, ao acesso, segurança, validade dos registros e responsabilidade pela guarda por necessitarem de reflexão e discussão ética que permitam tomadas de decisão fundamentadas e com a participação de todos os profissionais envolvidos. Assim, o modo como as informações são geradas e serão integradas deverão ser bem definidas pelas organizações (Cruz, Peres, Lima, 2012).

Desse modo, a implementação do PEP detém especificidades e níveis de complexidade de recursos, visando a garantir a usabilidade do sistema, a legalidade e o engajamento dos trabalhadores da organização.

Mediante as evoluções tecnológicas, pautadas pelo avanço da internet e a possibilidade de compartilhamento das informações de saúde, naturalmente, o PEP, antes de uso exclusivo e interno da instituição de saúde, evoluiu para o conceito de um Registro Eletrônico de Saúde (RES).

Na tentativa de estabelecer normas, padrões e regulamentos para o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e o Registro Eletrônico de Saúde no Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) determinaram conceitos técnico-científicos presentes desde 2002 (Costa, 2012).

Essa parceria viabilizou a criação da Certificação de Sistemas de Registro Eletrônico de Saúde. Nessa perspectiva, foram estabelecidos requisitos obrigatórios, acompanhando a legislação federal para documentos eletrônicos e reforçados pela obrigatoriedade do uso da certificação digital (assinatura eletrônica) para a validade ética e jurídica de um PEP/RES, pautado na Resolução CFM N° 1.821/2007.

No contexto dos sistemas informatizados que armazenam informações em saúde, determinou-se a certificação de *softwares*. Nessa certificação uma auditoria é realizada para verificar se os sistemas atendem todos os requisitos estabelecidos e obrigatórios, incluindo o uso da assinatura eletrônica com certificação digital.

Para aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde no Brasil, a certificação de *softwares* foi criada pela SBIS em parceria com CFM, e tem por objetivos: aumentar a segurança da informação armazenada em sistemas PEP/RES, criar regulamentos e normativas para o suporte legal para substituição do prontuário físico.

O certificado digital consiste em um arquivo de computador que identifica uma pessoa física ou jurídica no mundo digital. De acordo com o Instituto Nacional de Tecnologia da Informação (ITI), o certificado digital é um documento eletrônico que contém o nome, um número público exclusivo denominado chave-pública. A chave-pública tem função de validar a assinatura realizada em documentos eletrônicos (Costa, 2012).

Na enfermagem, não há uma legislação específica e determinada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), quanto à normatização e validação da certificação eletrônica. Peres (2009) aponta que o grupo de Interesse de Informática em Enfermagem (GIIEnf) da SBIS vem trabalhando e discutindo sobre essas questões e os padrões de vocabulário para a documentação do Processo de Enfermagem em conjunto com outros órgãos de classe como a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e o COFEN.

Na realidade brasileira observam-se que os diversos estabelecimentos de saúde vêm implementando os prontuários eletrônicos e muitos ainda vivenciam a transição dos registros físicos para esse novo modelo.

Nesse cenário, encontra-se a documentação clínica da Enfermagem, no Processo de Enfermagem, considerada como um dos alicerces da assistência e do cuidado ao paciente nas instituições de saúde, também reconhecida em grande parte dos serviços por Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Cruz (2008) define o processo de enfermagem, como um instrumento que direciona um estilo de pensamento, envolvendo um contínuo entre perguntas – respostas – perguntas em contextos dinâmicos, a fim de tomar decisões pertinentes

a respeito das necessidades de cuidados dos pacientes e quais os melhores cuidados para atender àquelas necessidades, considerando esses resultados. A autora acrescenta que o processo de enfermagem, por si só, não é capaz de garantir a qualidade de cuidados e aponta três elementos cruciais: o conteúdo processado nesse contínuo de perguntas e respostas, a interação enfermeiro-paciente e os elementos contextuais do ambiente de cuidado.

A SAE é desenvolvida por meio de etapas e no modelo proposto por Horta (1979) contempla seis fases: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem. A maior parte das instituições tem adaptado o modelo proposto por Horta para suas realidades, consolidando e empregando a SAE nas fases: histórico, diagnóstico, evolução e prescrição de enfermagem.

Melleiro et al. (2012) afirmam que a SAE é um processo que possibilita integrar as ações docentes-assistenciais e, portanto, uma estratégia de aprendizado para os discentes de graduação e pós-graduação e os profissionais de enfermagem da instituição. Acrescentam que o emprego da SAE é uma iniciativa destinada a garantir um atendimento de qualidade e seguro na medida que sistematiza e individualiza a assistência prestada.

Em termos de legislação a Resolução COFEN 358/2009 considera que a SAE organiza o trabalho profissional quanto ao método, recursos humanos e instrumentos, possibilitando o desenvolvimento do PE. Este, por sua vez, é compreendido como um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional (Barros et al., 2015).

Os registros de enfermagem contidos na SAE e nos demais documentos de enfermagem, como anotação de enfermagem, devem retratar os cuidados prestados de forma contínua e assertiva, realizados durante a assistência de enfermagem prestada. Esses registros devem permitir uma avaliação dos procedimentos e processos de saúde durante a assistência ao paciente. Essa avaliação é fundamental, pois, possibilita a mensuração da qualidade assistencial e viabiliza o planejamento e a coordenação do cuidado.

A Resolução COFEN 429/2012 dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente/usuário, e em outros documentos próprios da Enfermagem, independente do meio de suporte - Tradicional ou Eletrônico. O artigo 1° da Resolução determina que:

> É responsabilidade e dever dos profissionais de enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento de processos de trabalho, necessários para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência.

De acordo com Santos, Paula e Lima (2003), as anotações de enfermagem são consideradas de fundamental importância, pois, compreendem 50% das informações relacionadas ao cuidado do paciente, o que torna indiscutível a necessidade desses registros adequados e frequentes no prontuário.

Mas, mesmo os registros constituindo uma das principais evidências a respeito da atuação profissional e da qualidade do cuidado prestado, a documentação das intervenções de enfermagem é um dos processos mais deficientes da prática, e inúmeros fatores contribuem para gerar as dificuldades de um registro adequado: sobrecarga de trabalho, cultura organizacional que não valoriza o registro como parte importante do processo assistencial e escassez de educação continuada (Matsuda, Carvalho, Évora, 2007).

Setz e Innocenzo (2009) ressaltam que, quando escassos e inadequados, os registros de enfermagem comprometem a assistência prestada, bem como a instituição e a equipe de enfermagem, ocasionando impactos negativos na segurança do cuidado.

Assim, a inexistência de registros ou sua inadequação poderá favorecer a ocorrência de erros ou eventos adversos no processo assistencial ocasionando danos e, até mesmo, a morte do paciente.

Nesse aspecto, pesquisa realizada por Setz e Innocenzo (2009) mostrou a importância da padronização dos registros de enfermagem (anotações e evoluções), visto que existem falhas no que se refere a adequações gramaticais da linguagem formal, exatidão, brevidade, legibilidade, identificação e terminologia técnica.

Estudo realizado por Françolin et al. (2012) avaliou a qualidade dos registros de enfermagem em prontuários físicos de pacientes hospitalizados, empregando como referencial, o manual de anotações de enfermagem do COREN-SP. A pesquisa considerou como ótimo resultados com incidência acima de 90%, bom de 80% a 89%, regular de 70% a 79% e ruim abaixo de 70%, e constatou que a maior parte dos prontuários apresentou conformidade de níveis ótimos e bons de registros de enfermagem. Entretanto, indicaram melhorias nos registros referentes à

avaliação e ao monitoramento da dor, ao acesso venoso e aos antecedentes alérgicos.

Ao avaliarem a qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários físicos no Programa de Assistência Domiciliar do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, Barbosa et al. (2011) verificaram que embora as anotações estivessem adequadas quanto ao preenchimento, mostraram-se incompletas, na maior parte dos itens avaliados. Este estudo também demonstrou que apenas 50% dos prontuários analisados possuíam letra legível, podendo conduzir a interpretação errônea das informações contidas no registro do usuário, comprometendo a qualidade da assistência prestada.

A complexidade da prática profissional de enfermagem, a elevada quantidade de informações clínicas, as constantes mudanças na situação clínica dos pacientes, somadas pela evolução tecnológica, tornaram a informática uma ferramenta importante para melhoria da documentação de enfermagem e ao desenvolvimento dos processos (Dal Sasso, Peres, Silveira, 2006; Westra et al., 2008).

Kuchler, Alvarez e Haertel (2006) concluíram que nomenclaturas inseridas no prontuário eletrônico do paciente são recursos viáveis para aumentar a eficiência no emprego das terminologias, como a *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, a *Nursing Interventions Classification (NIC)* e a *Nursing Outcomes Classification (NOC)* na estrutura de domínios e classes, tendo o potencial de monitorar e garantir a qualidade da documentação de enfermagem, contribuir para a pesquisa e educação, bem como reduzir o estresse dos profissionais no trabalho.

Nessa direção, a implementação de um sistema de informação que realce os resultados e a prática de enfermagem tornam-se desafios (Massad et al., 2003).

Tendo em vista as mudanças ocorridas nos registros em saúde descritas e por acreditar que os registros de enfermagem são essenciais para uma assistência segura e de qualidade, que abrange as dimensões assistenciais, gerenciais, éticas e legais dos profissionais de saúde e dos gestores, esta investigação apresenta as seguintes hipóteses:

- A conformidade geral e nas etapas dos registros de enfermagem quanto ao preenchimento e à completude no prontuário eletrônico dos pacientes, nas unidades de internação correspondem a 80%; e

- Os índices de conformidade de cada item que compõe os registros de enfermagem em relação ao preenchimento e a completude no prontuário eletrônico, nas unidades de internação são de 80%.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade dos registros no processo de enfermagem do prontuário eletrônico de pacientes admitidos nas unidades de internação, em um hospital oncológico e de ensino no Município de São Paulo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar os índices de conformidade a respeito do preenchimento dos registros no processo de enfermagem do prontuário eletrônico de pacientes admitidos nas unidades de internação;
- Mensurar os índices de completude dos registros no processo de enfermagem do prontuário eletrônico de pacientes admitidos nas unidades de internação; e
- Comparar os índices de conformidade relativos ao preenchimento e à completude dos registros no processo de enfermagem do prontuário eletrônico de pacientes entre as unidades de internação clínica e cirúrgica.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, exploratória, descritiva, documental e retrospectiva.

A pesquisa quantitativa, exploratória e descritiva tem como característica a coleta sistemática de dados numéricos em condição de controle, empregando-se métodos estatísticos para analisar os resultados. A finalidade desse tipo de estudo é observar, descrever e documentar aspectos de uma situação ou realidade, assim como pesquisar fatores relacionados ao fenômeno em questão (Polit, Beck, 2011).

3. 2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado nas unidades de internação clínicas e cirúrgicas do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), hospital de atenção terciária e integrante do Sistema Único de Saúde (SUS).

O ICESP iniciou suas atividades em 2008, é uma autarquia especial vinculada à Secretaria de Estado da Saúde para fins administrativos, e à Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para fins de ensino, pesquisa e prestação de serviços de saúde à sociedade. No período de 2010 a 2011, foi acreditado pela Organização Nacional de Acreditação – ONA, nível 1 e 2. E, desde 2014, é acreditado pela *Joint Commission International - JCI* (ICESP, 2014).

O Instituto concebeu como missão ser um centro de excelência, promovendo o ensino, a pesquisa e a assistência médico-hospitalar na área do câncer, de acordo com os princípios definidos pelo SUS, visando a contribuir com a saúde e a qualidade de vida da sociedade. Delineou como visão tornar-se um Centro de Excelência, internacionalmente, reconhecido na área do Câncer, estabelecendo como valores: a qualidade, a competência, a ética, o dinamismo, o humanismo, a criatividade, a confiabilidade e a segurança (ICESP, 2014).

O hospital possui 458 leitos ativos, sendo 388 distribuídos em unidades clínicas, cirúrgicas e hematológicas e 70 leitos de terapia intensiva. Dispõe de um centro de atendimento a intercorrências oncológicas, um centro cirúrgico,

ambulatórios destinados a consultas, quimioterapia e radioterapia, um centro de reabilitação e serviços de apoio diagnóstico (Baia, 2014).

No presente estudo, foram incluídas 12 unidades de internação, das alas norte (N) e sul (S): sete unidades (oncoclínicas), localizadas nos 22º (N), 21º (N e S), 20º (N e S), 19º (N) e 18º (N) e cinco unidades cirúrgicas (oncocirúrgicas), distribuídas nos 18º (S), 17º (N e S), 16º (N e S). Cada unidade dispõe de 30 leitos; exceto uma das oncoclínicas que possui 15 leitos.

No organograma institucional, o Conselho Diretor (CONDIR) é o órgão máximo. Diretamente ligado ao CONDIR, encontram-se a Diretoria Executiva e a Diretoria Clínica.

A Diretoria Executiva é composta pela Diretoria Administrativa, Diretoria de Engenharia Clínica e Infraestrutura, Diretoria de Operações e Tecnologia da Informação, Diretoria Financeira, Planejamento e Controle e a Diretoria Geral da Assistência.

A Diretoria Geral da Assistência (DGA) responde pela assistência multiprofissional aos pacientes, sendo constituída pelos seguintes profissionais: enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e educadores físicos e também pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos e atendentes de nutrição, e tecnólogos de imagem. A DGA agrega o Centro de Educação e Treinamento em Oncologia (CETO), responsável pela capacitação e desenvolvimento dos profissionais de saúde (ICESP, 2014).

A operacionalização da assistência de enfermagem ocorre por meio da SAE, empregando-se as etapas do PE, baseada em uma assistência integral, considerando as necessidades de saúde do indivíduo/família. Esse método de trabalho permite à equipe de enfermagem planejar, propor intervenções, acompanhar e avaliar o plano assistencial.

Assim na instituição, são empregadas as seguintes etapas do PE: levantamento de dados (avaliação inicial, avaliação de risco e exame físico),

diagnósticos (baseados nos referenciais *NANDA, NIC* e *NOC*), prescrição e evolução de enfermagem.

As necessidades e os problemas dos pacientes são identificados, delineando-se os diagnósticos de enfermagem, os quais resultarão na prescrição e intervenções de enfermagem. Nessa oportunidade, caso sejam evidenciadas necessidades de saúde envolvendo outras áreas do cuidado, estas demandas são encaminhadas à equipe multidisciplinar.

Cabe esclarecer que, entre 2008 e 2009, os registros da SAE eram efetuados nos prontuários físicos, contemplando os impressos: Avaliação Inicial, Controles de Enfermagem, Anotação, Evolução e Prescrição de Enfermagem. No período, não havia a fase do diagnóstico de enfermagem.

Em 2009, com a informatização dos registros e a implantação do PEP estabeleceu-se um plano de trabalho entre a Diretoria de Tecnologia de Informação e a Diretoria Geral da Assistência e, gradativamente, os impressos físicos foram adaptados e incorporados ao sistema eletrônico, sendo incluída a etapa do diagnóstico de enfermagem.

Esta implementação ocorreu associada ao processo de cadastro dos profissionais quanto à certificação digital, para assinatura eletrônica nas unidades de internação e centro-cirúrgico e, posteriormente, foi expandida ao pronto-atendimento, ambulatórios e as unidades de terapia intensiva.

A jornada dos trabalhadores de enfermagem nas unidades de internação varia, de acordo com seu contrato de trabalho de 30 a 36 horas semanais em turnos de trabalho, predominantemente, de 12/36 horas diurno e noturno.

De acordo com os dados fornecidos pela Instituição, em 2015, a média de permanência nas unidades de internação clínica correspondeu 8,36 dias e a taxa de ocupação foi de 94,2%, nas unidades cirúrgicas, a média de permanência foi 5,3 dias e a taxa de ocupação foi de 83,5%.

A equipe de enfermagem é constituída por enfermeiros e técnicos de enfermagem, sob a chefia imediata do Coordenador. Nas unidades de oncoclínica e

oncocirúrgica, atuam, em média, dois a três enfermeiros e de quatro a cinco técnicos de enfermagem por turno de trabalho.

3. 3 CASUÍSTICA

A casuística deste estudo foi baseada nos prontuários eletrônicos dos pacientes internados.

Como critérios de inclusão, foram estabelecidos: prontuários eletrônicos de pacientes internados, entre julho e dezembro de 2014, com, no mínimo, 4 dias de internação.

A amostra foi calculada por meio da seguinte equação:

$$n = \frac{p(1-p)z^2_{\alpha/2}}{\varepsilon^2}$$

p – proporção esperada de conformidade
ε – margem de erro
z α/2 - quantil da norma-padrão para nível de confiança α

Desse modo, o tamanho amostral correspondeu a 246 prontuários, considerando a significância de 5%, z=1,96, p=0,8 e ε =5%.

Para a seleção dos prontuários, foram emitidos relatórios disponibilizados pelo sistema informatizado da instituição, o *Tasy*®.

O processo de seleção dos prontuários ocorreu por amostragem probabilística aleatória sistemática simples, respeitando-se a alocação estratificada proporcional, conforme o número de leitos total de cada unidade e sua taxa de ocupação.

Assim, o total de prontuários em cada unidade correspondeu: **58** (16º N e S), **49** (17º N e S), **21** (18º N), **21** (18º S), **9** (19º N e S), **40** (20º N e S), **38** (21º N e S) e **10** (22º S).

Cabe esclarecer que os dados coletados foram referentes ao segundo dia de internação, e nos casos de pacientes que apresentaram mais de uma internação no ano, a coleta dos dados foi baseada na primeira internação.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada entre outubro e dezembro de 2015.

3.4.1 O Instrumento de coleta de dados

Para coletar os dados, foi elaborado um formulário intitulado “Qualidade dos Registros de Enfermagem no Prontuário Eletrônico do Paciente”, baseado no estudo de Barbosa et al. (2011) e nos documentos institucionais, que normatizam os registros de enfermagem na Instituição (Apêndice 1).

O formulário é constituído por duas partes. A primeira, com os itens: data da coleta e identificação da unidade, e a segunda, com as etapas dos registros, do Processo de Enfermagem, e os respectivos itens analisando-se os atributos preenchimento/presença (sim ou não), completude (completo, parcialmente completo e incompleto), e a opção não se aplica.

Os escores de completude estabelecidos corresponderam a: completo (100% do registro efetuado), parcialmente completos (de 50% a 99,9% do registro efetuado), incompletos (menos que 50% do registro efetuado).

Assim, os registros de enfermagem analisados foram:

- Avaliação inicial – contendo 21 itens;
- Exame físico – contendo dois itens;
- Evolução de enfermagem – contendo sete itens;
- Diagnóstico de enfermagem - contendo dois itens;
- Prescrição de enfermagem – contendo dois itens; e
- Anotação de enfermagem – contendo três itens.

Para uniformizar a coleta de dados, foi construído e validado, em parceria com os enfermeiros do Centro de Educação e Treinamento em Oncologia (CETO), um Manual Operacional com as descrições e normas estabelecidas pela instituição, seguindo também as exigências adotadas pelos Conselhos de Enfermagem para os registros de enfermagem (Apêndice 2).

A seguir, o formulário foi submetido a um pré-teste, que demonstrou não haver necessidades de alterações ou reajustes.

3.4.2 A operacionalização da coleta de dados

De posse da relação dos prontuários selecionados, a pesquisadora preencheu os formulários. É importante ressaltar que a coleta dos dados ocorreu em ambiente privativo, assegurando o sigilo das informações contidas nos prontuários avaliados.

3.5 ORGANIZAÇÃO, APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram organizados em uma planilha eletrônica e, posteriormente, analisados, conforme estatística descritiva e inferencial, empregando-se os testes do Qui-Quadrado e o exato de Fisher, para a comparação dos índices de conformidade entre as unidades. Todos os testes foram realizados com nível de significância de 5%.

A conformidade geral e de cada etapa/item do Processo de Enfermagem foram calculadas por meio de equações específicas, conforme apresentado abaixo:

$$\text{Índice de conformidade geral (ICG)} = \frac{\text{n° de prontuários eletrônicos com todos os itens em conformidade}}{\text{Total de prontuários eletrônicos avaliados}} \times 100$$

$$\text{Índice de conformidade por etapa/item} = \frac{\text{n° de prontuários eletrônicos com cada etapa/item em conformidade}}{\text{Total de prontuários eletrônicos avaliados}} \times 100$$

A conformidade foi definida, como o afastamento ou a ausência de um ou mais elementos de um dado sistema de qualidade, em relação aos requisitos especificados (Brasil, 2002). Nesta pesquisa, a conformidade foi determinada, considerando-se os requisitos determinados nos documentos Institucionais e nas legislações referentes aos registros de enfermagem preconizados pelo COREN-SP, em função dos itens avaliados e a não conformidade, seu oposto.

Os resultados foram apresentados na forma de gráficos e tabelas, e as variáveis foram expressas em frequências absoluta e relativa.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil sob o número CAAE: 45413115.8.0000.5392 (Anexo 1), e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Parecer 1.122.813 e pelo Comitê de Ética da instituição coparticipante, o Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, vinculado à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Parecer: 1.151.860 (Anexo 2), atendendo aos trâmites legais requeridos pelos órgãos institucionais e às normas da Resolução nº 466/2012 (Brasil, 2012).

O estudo foi dispensado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma vez que, na presente investigação, não houve participação direta do sujeito, sendo os dados coletados por meio de um formulário, objetivando avaliar a qualidade dos registros de enfermagem.

4 RESULTADOS

De acordo com o exposto no Método, a casuística deste estudo correspondeu a 246 prontuários, sendo 118 relativos à oncoclínica e 128 à oncocirúrgica.

Os resultados serão apresentados na seguinte ordem:

4.1 ANÁLISE DAS CONFORMIDADES DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM: preenchimento

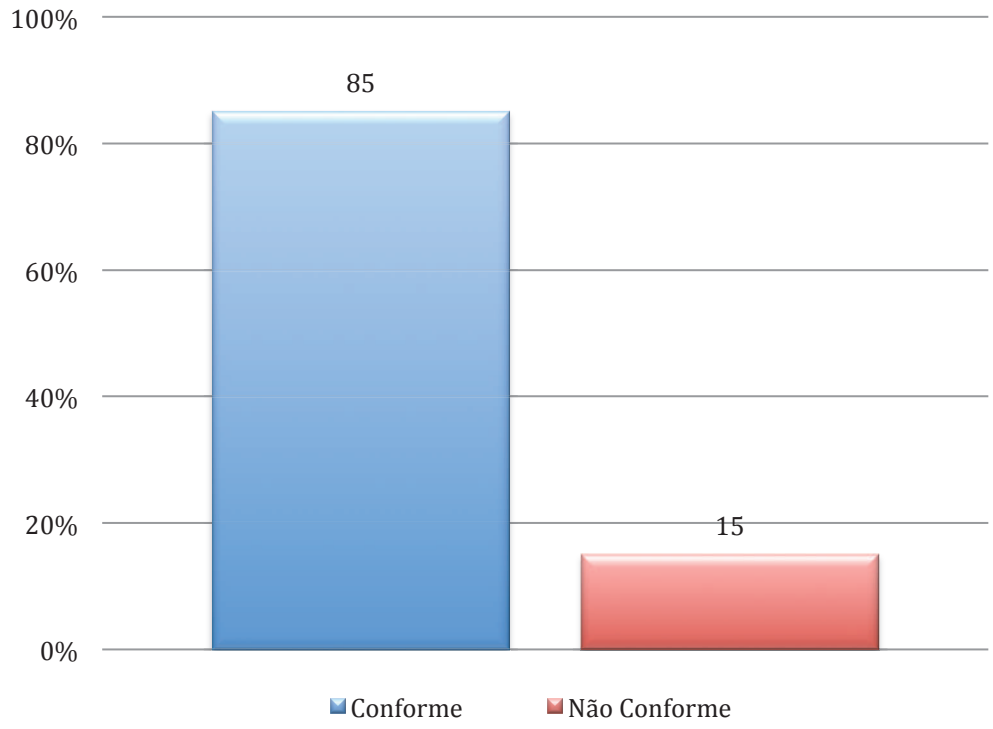
4.2 ANÁLISE DAS CONFORMIDADES DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM: completude

4.3 COMPARAÇÃO DAS CONFORMIDADES RELATIVAS AO PREENCHIMENTO E À COMPLETUDE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM ENTRE AS UNIDADES DE ONCOCLÍNICA E ONCOCIRÚRGICA

4.1 ANÁLISE DAS CONFORMIDADES DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM: preenchimento

Os dados do gráfico a seguir representam a conformidade geral, referente ao preenchimento dos registros nos prontuários eletrônicos, analisados nas unidades de internação.

Gráfico 1 - Distribuição da conformidade e da não conformidade geral dos registros de enfermagem referente ao preenchimento, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015



Os resultados do Gráfico 1 apontam que o índice da conformidade geral foi superior ao da não conformidade. Assim, 85% dos prontuários eletrônicos encontravam-se preenchidos, no que se refere aos registros de enfermagem integrantes no PE.

Os dados da Tabela 1 demonstram a conformidade e a não conformidade, em relação ao preenchimento, de acordo com o Processo de Enfermagem dos registros eletrônicos nos prontuários dos pacientes internados.

Tabela 1 - Distribuição da conformidade e da não conformidade relativas ao preenchimento dos registros no PE, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015

N=246

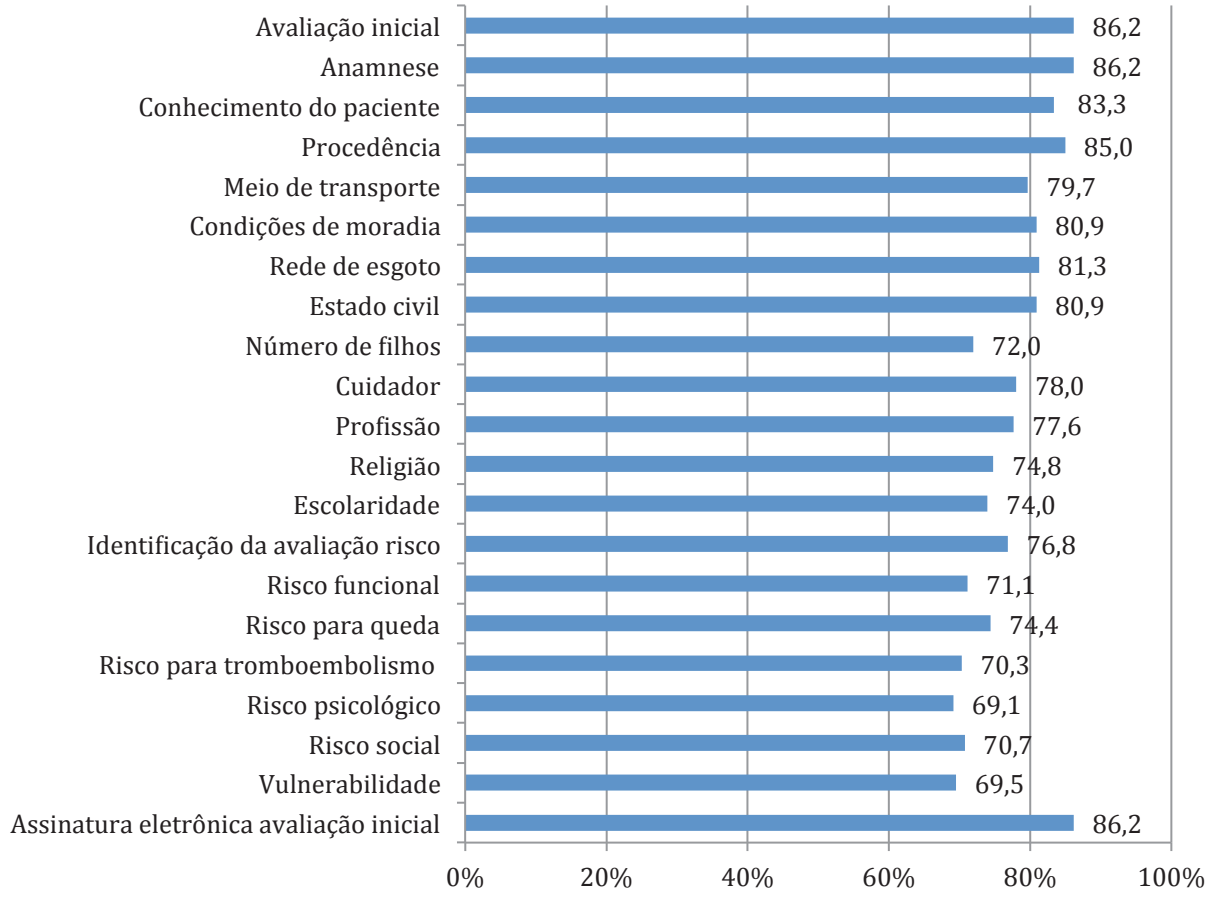
Etapas	Conformidade		Não Conformidade		Total	
	N	%	N	%	N	%
Avaliação Inicial	212	86,2	34	13,8	246	100,0
Exame Físico	243	98,8	3	1,2	246	100,0
Evolução de Enfermagem	246	100,0	0	0,0	246	100,0
Diagnósticos de Enfermagem	243	98,8	3	1,2	246	100,0
Prescrição de Enfermagem	243	98,8	3	1,2	246	100,0
Anotação de Enfermagem	246	100,0	0	0,0	246	100,0

De acordo com a Tabela 1, nota-se que a evolução e anotação de enfermagem estavam preenchidas em 246 (100%) dos prontuários. A etapa com o menor índice da conformidade foi a avaliação inicial 212 (86,2%).

Ao compararmos os resultados da tabela acima e os do Gráfico 1 constatamos que os índices de conformidade quanto ao preenchimento dos registros foram superiores aos estimados na primeira hipótese desta investigação.

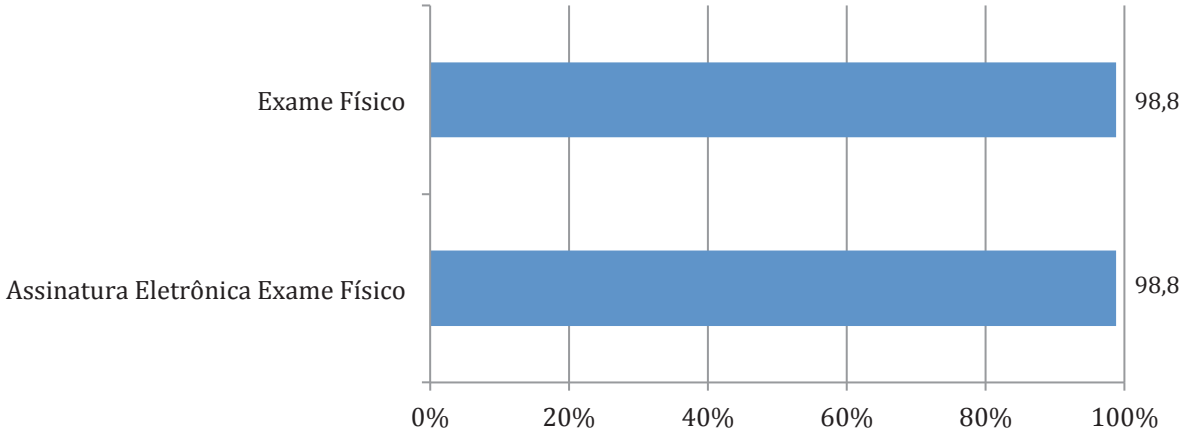
Os resultados do Gráfico 2 indicam a distribuição da conformidade relativa ao preenchimento na avaliação inicial, que contempla os 21 itens referentes aos registros contidos no levantamento de dados do paciente.

Gráfico 2- Distribuição da conformidade quanto ao preenchimento dos itens da avaliação inicial, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015



Os achados do Gráfico 2 demonstram que a presença da avaliação inicial, anamnese e a assinatura eletrônica obtiveram os maiores índices de conformidade 86,2%. Por outro lado, os menores percentuais envolveram o preenchimento do risco psicológico (69,1%), de vulnerabilidade (69,5%) e de tromboembolismo (70,3%).

Gráfico 3 - Distribuição da conformidade relativa ao preenchimento dos registros do exame físico, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015



Os dados obtidos no Gráfico 3 mostram que, os registros envolvendo a presença do exame físico e assinatura eletrônica, atingiram quase 100% de conformidade.

Na Tabela 2, agrupamos os resultados das conformidades e não conformidades, referentes ao preenchimento dos registros, dos sete itens da etapa da evolução de enfermagem.

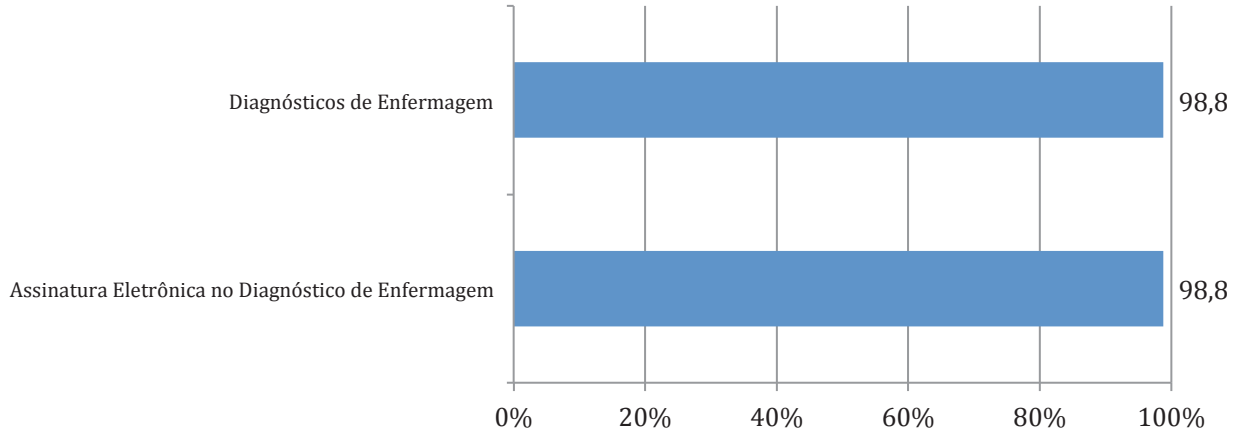
Tabela 2 - Distribuição da conformidade e da não conformidade segundo o preenchimento dos itens da etapa evolução de enfermagem, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015

N=246

Itens	Conformidade		Não Conformidade		Total	
	N	%	N	%	N	%
Evolução de Enfermagem	246	100,0	0	0	246	100,0
Motivo de Internação	246	100,0	0	0	246	100,0
Alergia	243	98,8	3	1,2	246	100,0
Problema Ativo	242	98,4	4	1,6	246	100,0
Antecedentes Pessoais	232	94,3	14	5,7	246	100,0
Dor	151	61,4	95	38,6	246	100,0
Assinatura Eletrônica	246	100,0	0	0	246	100,0

Com base na Tabela 2 é possível verificar 100% da conformidade no que tange à presença da evolução de enfermagem, motivo de internação e assinatura eletrônica. O menor percentual, 61,4%, referiu-se à presença da avaliação da dor, similar aos piores índices de conformidade na avaliação inicial: risco psicológico. vulnerabilidade e risco para tromboembolismo.

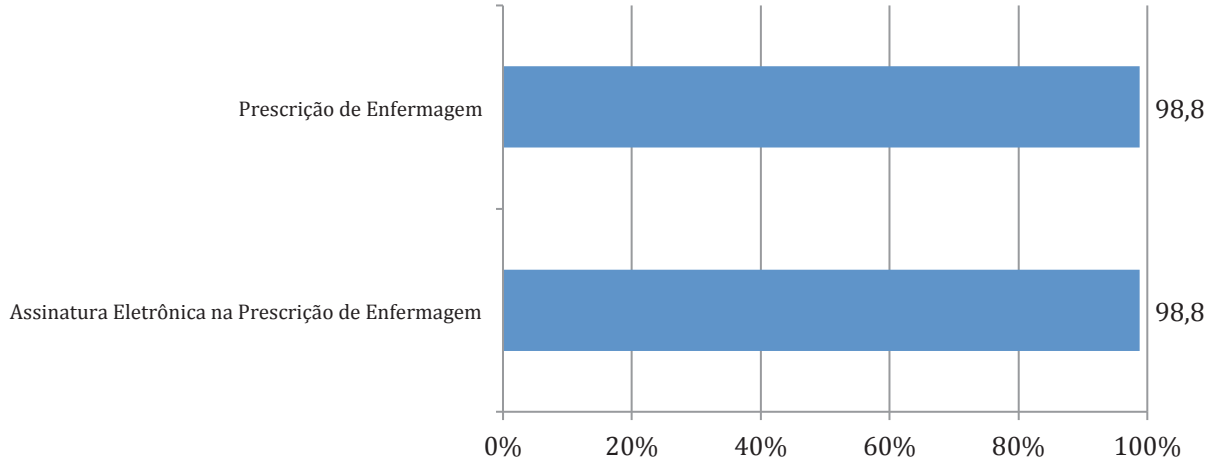
Gráfico 4 - Distribuição da conformidade quanto ao preenchimento dos registros do diagnóstico de enfermagem, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015



Assim como os achados do Gráfico 3, os resultados do gráfico acima evidenciam que 98,8% dos registros apresentavam o preenchimento dos diagnósticos de enfermagem e da assinatura eletrônica.

A seguir, nos resultados do Gráfico 5 são listados os dados da conformidade referentes ao preenchimento dos registros na prescrição de enfermagem.

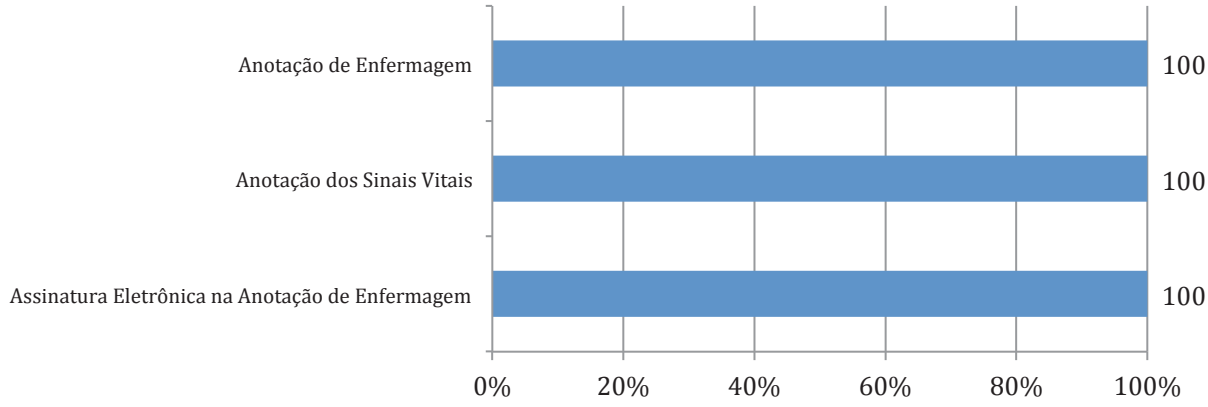
Gráfico 5 - Distribuição da conformidade referente ao preenchimento dos registros da prescrição de enfermagem, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015



Conforme explicitado no Gráfico 5, a conformidade relativa ao preenchimento, da prescrição de enfermagem e da assinatura eletrônica corresponderam a 98,8% dos prontuários analisados.

Os achados do Gráfico 6 evidenciam a distribuição da conformidade, em relação ao preenchimento dos itens contidos na anotação de enfermagem.

Gráfico 6 - Distribuição das conformidades quanto ao preenchimento dos registros da anotação de enfermagem, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015



Os dados obtidos na avaliação da conformidade, relativos ao preenchimento dos itens na anotação de enfermagem, apontaram que, em 100% dos prontuários houve a presença da anotação de enfermagem, anotação dos sinais vitais e assinatura eletrônica. Esta foi a etapa que atingiu nível de excelência em relação a conformidade quanto ao preenchimento em todos os itens.

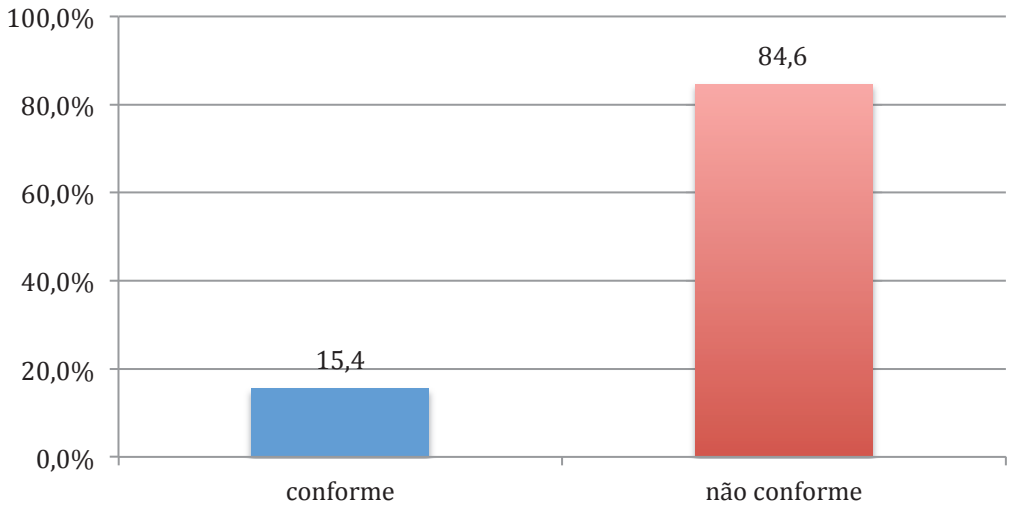
4.2 ANÁLISE DAS CONFORMIDADES DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM: completude

A completude, conforme mencionada no Método, foi avaliada em função dos atributos: completo (100% do registro efetuado), parcialmente completo (de 50% a 99,9% do registro efetuado), incompleto (menos que 50% do registro efetuado).

Registros completos denotam uma combinação de elementos da prática profissional, como a cientificidade, a responsabilidade, o compromisso ético-legal, além de subsidiarem a avaliação dos cuidados.

Os dados do Gráfico 7 apresentam os resultados da conformidade geral, referentes à completude dos prontuários.

Gráfico 7 - Distribuição da conformidade e da não conformidade geral dos registros de enfermagem segundo à completude, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015



No Gráfico 7, observamos que 84,6% dos registros estavam não conformes. Ao compararmos esses achados aos do Gráfico 1, verificamos que embora presentes (85,0%), a maior parte estava parcialmente completo ou incompleto, O elevado percentual de não conformidade refuta a primeira hipótese em relação a conformidade geral de completude, estabelecida em 80%.

A Tabela 3 revela a conformidade e a não conformidade frente á completude dos registros de enfermagem nas seis etapas analisadas.

Tabela 3- Distribuição da conformidade, de acordo com a completude dos registros no Processo de Enfermagem, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015

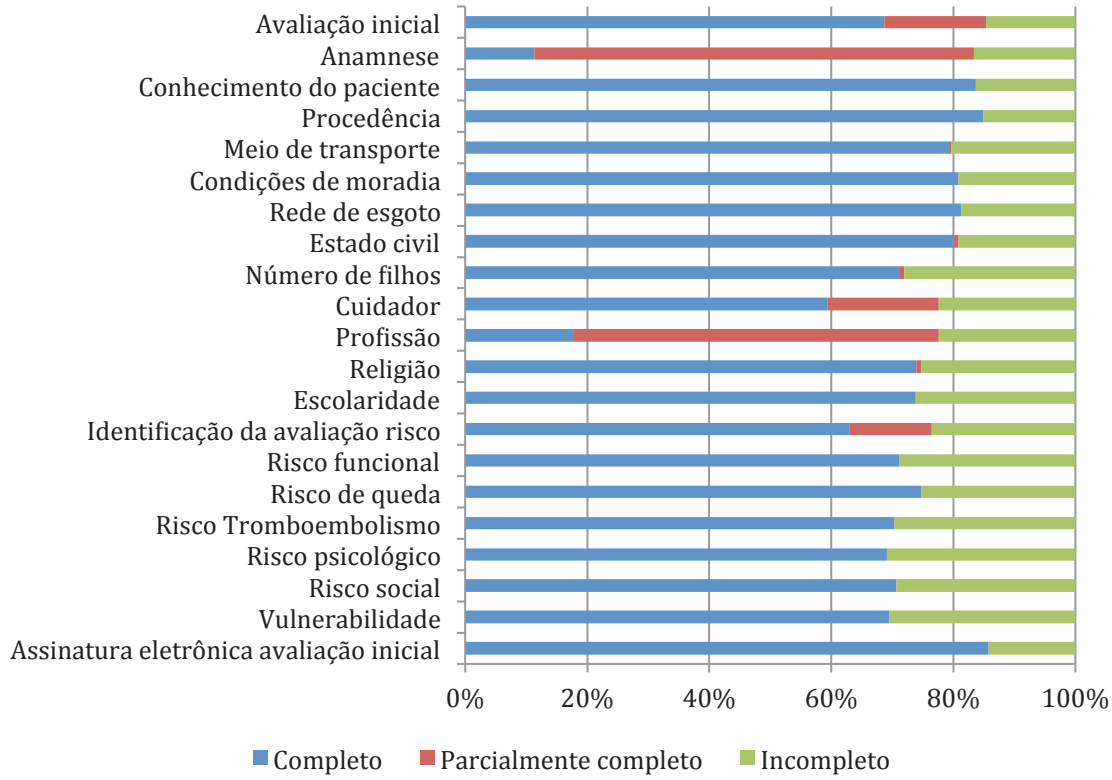
N=246

	Conformidade		Não Conformidade		Total	
Etapas	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Avaliação Inicial	169	68,7	77	31,3	246	100,0
Exame Físico	120	48,8	126	51,2	246	100,0
Evolução de Enfermagem	129	52,4	117	47,6	246	100,0
Diagnósticos de Enfermagem	161	65,4	85	34,6	246	100,0
Prescrição de Enfermagem	203	82,5	43	17,5	246	100,0
Anotação de Enfermagem	197	80,1	49	19,9	246	100,0

Os resultados da Tabela 3 expressam que, no PE, os maiores percentuais da conformidade relativos à completude foram a prescrição de enfermagem (82,5%) e a anotação de enfermagem (80,1%). O diagnóstico, a evolução de enfermagem e o exame físico representaram os menores percentuais de conformidade, 65,4%, 52,4% e 48,8%, respectivamente, distanciando-se dos 80% estimados na primeira hipótese desta investigação.

Os achados do Gráfico 8 exprimem a conformidade relativa à completude dos itens analisados na avaliação inicial.

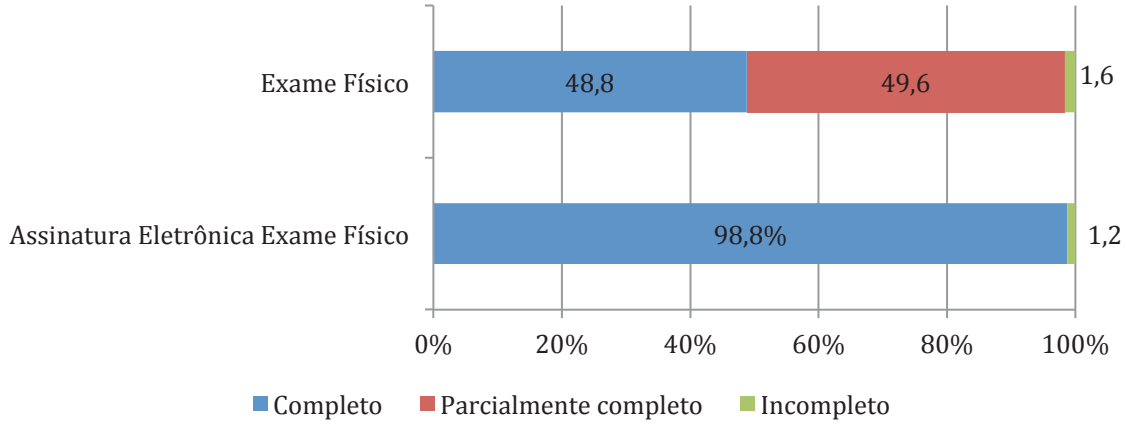
Gráfico 8 - Distribuição da conformidade referente à completude dos itens da avaliação inicial, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015



De acordo com o Gráfico 8, na avaliação inicial, os itens com maiores percentuais de completude de informações foram: procedência (85%), conhecimento do paciente sobre o diagnóstico e o tratamento (83,7%) e rede de esgoto (81,3%). Os dados mostram que os índices mais elevados de registros incompletos foram o risco psicológico (30,9%), a vulnerabilidade (30,5%) e o risco de tromboembolismo (29,7%).

Os resultados do Gráfico 9 apontam a distribuição da conformidade em relação à completude do exame físico.

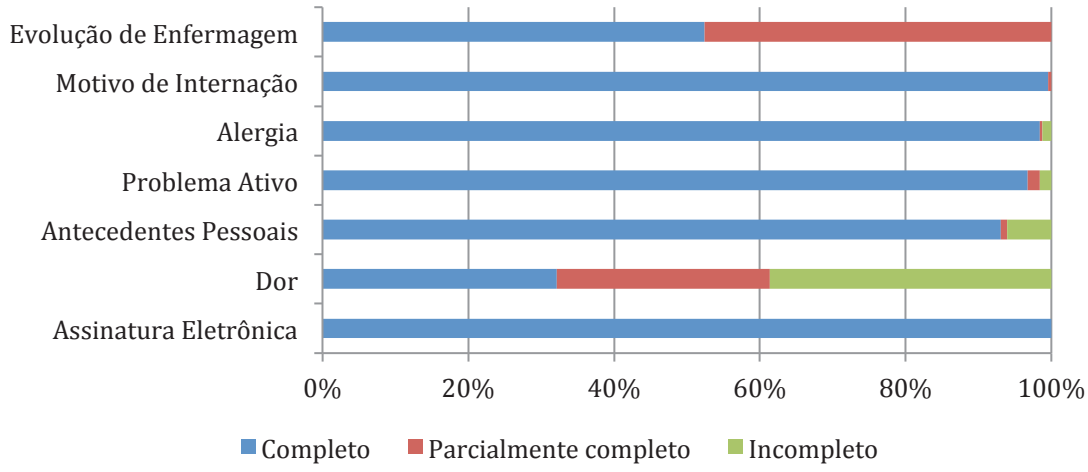
Gráfico 9 - Distribuição da conformidade, de acordo com a completude dos registros no exame físico, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015



No que tange à completude dos registros no exame físico, houve proximidade entre completo (48,8%) e parcialmente completo (49,6%). Quanto à assinatura eletrônica, apenas 1,2% dos prontuários analisados mostraram-se incompletos.

As conformidades, de acordo com a completude dos sete itens contemplados no registro da evolução de enfermagem são retratadas nos dados do Gráfico 10.

Gráfico 10 - Distribuição da conformidade quanto à completude dos itens da evolução de enfermagem, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015

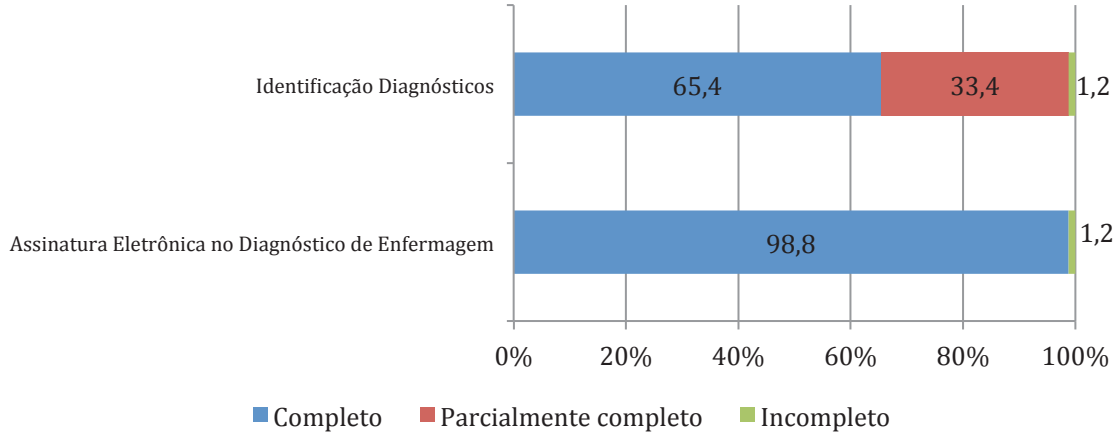


Pelos dados reportados no Gráfico 10, observa-se que os maiores índices se relacionaram à completude no que tange ao motivo de internação (99,6%), alergia (98,4%) e problema ativo (96,7%). Os percentuais de completude para a evolução de enfermagem variaram de 47,6% de parcialmente completo a 52,4% de completos. O maior percentual de registros incompletos (38,6%) correspondeu ao item dor.

Na análise desses achados e os encontrados na Tabela 2, nota-se a dor como sendo o item com menor percentual das conformidades, tanto no preenchimento/presença como na completude.

Os achados do Gráfico 11 representam os resultados da conformidade, quanto à completude dos diagnósticos de enfermagem.

Gráfico 11 - Distribuição da conformidade referente à completude dos registros do diagnóstico de enfermagem, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015



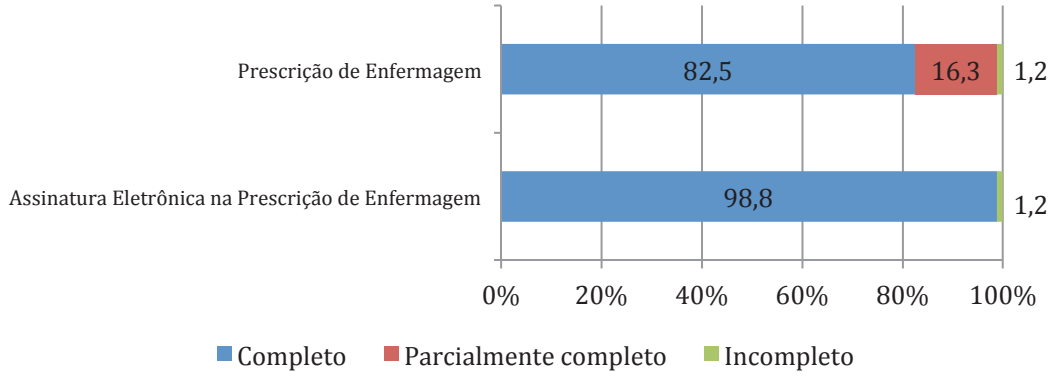
Os dados averiguados na Gráfico 11 mostraram que 65,4% dos registros quanto aos diagnósticos de enfermagem estavam completos, e que a completude do item assinatura eletrônica correspondeu a 98,8%.

Desse modo, ao realizarmos uma análise desses dados com o Gráfico 4, nota-se que embora identificado um elevado percentual da conformidade relativa ao preenchimento (98,8%), o diagnóstico de enfermagem apresenta índice insatisfatório

no aspecto qualitativo, visto o percentual de 33,4% de registros parcialmente completos.

A conformidade de acordo com a completude em relação aos registros das prescrições de enfermagem está disposta nos resultados do Gráfico 12.

Gráfico 12 - Distribuição da conformidade em relação à completude dos registros da prescrição de enfermagem, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015

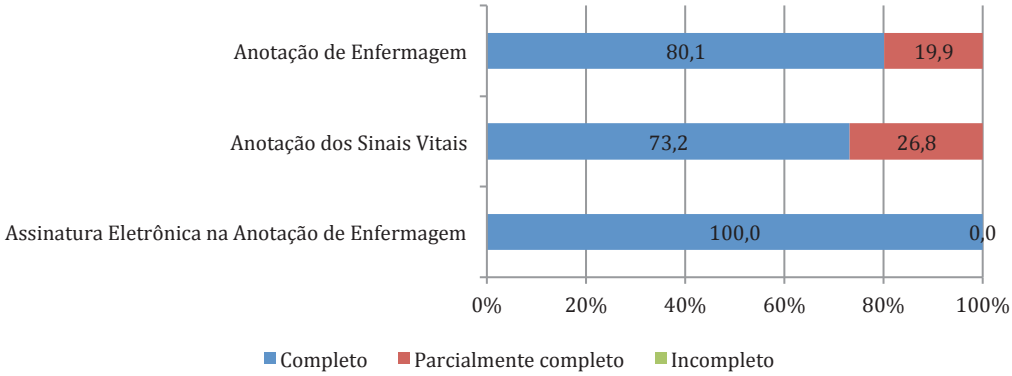


Quando analisada o Gráfico 12, nota-se que a conformidade quanto à completude da prescrição de enfermagem atingiu 82,5%, e, novamente, a completude da assinatura eletrônica foi 98,8%, quando comparada ao diagnóstico de enfermagem, demonstrando que o registro eletrônico mantém ótimos parâmetros em relação à certificação digital.

Pelos resultados demonstrados nos Gráficos 5 e 12, evidencia-se que 98,8% dos prontuários avaliados contemplavam a presença da prescrição de enfermagem e 82,5% desses registros estavam completos. Contudo, merecem uma atenção quanto à completude, visto que 16,3% dos registros mostraram-se parcialmente completos e 1,2% incompletos.

A seguir, nos dados do Gráfico 13 são demonstrados os resultados da conformidade relativa à completude na anotação de enfermagem

Gráfico 13 - Distribuição da conformidade segundo a completude dos registros na anotação de enfermagem, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015



De acordo com o Gráfico 13, nota-se que a assinatura eletrônica evidenciou 100% de completude. As anotações dos sinais vitais e a identificação da anotação de enfermagem apresentaram 26,8% e 19,9%, respectivamente, de seus registros como parcialmente completos.

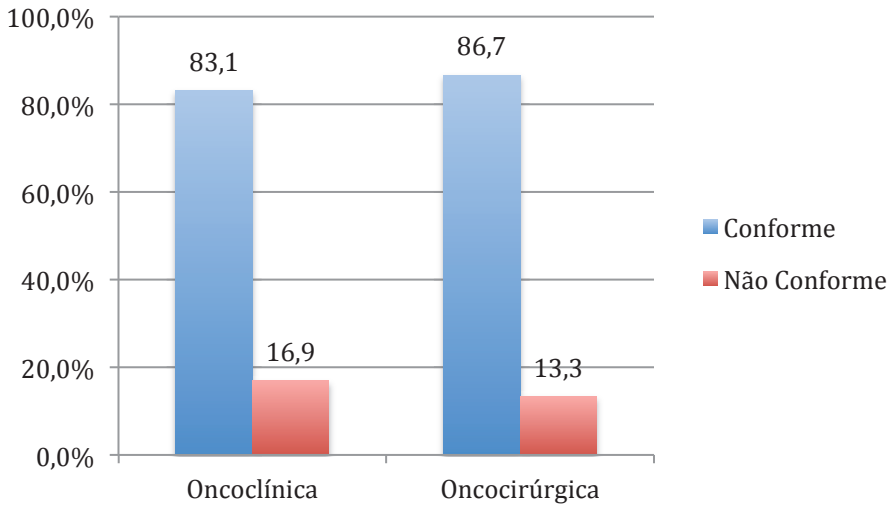
Os dados do Gráfico 6 demonstram um percentual de 100,0% das anotações de enfermagem preenchidas, apontam um índice excelente da conformidade da presença do registro, porém, a menor completude, considerando 19,9% de registros parcialmente completos (Gráfico 13).

Ao analisarmos os 37 itens, 13 (35,1%) quanto ao preenchimento/presença e 21 (56,7%) em relação à completude não alcançaram o índice de conformidade de 80%, estimado na segunda hipótese.

4.3 COMPARAÇÃO DAS CONFORMIDADES RELATIVAS AO PREENCHIMENTO E À COMPLETUDE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM ENTRE AS UNIDADES DE ONCOCLÍNICA E ONCOCIRÚRGICA

A seguir, os achados do gráfico destacam a conformidade geral relacionada ao preenchimento dos registros nas unidades oncoclínica e oncocirúrgica.

Gráfico 14 - Distribuição da conformidade e da não conformidade geral relativas ao preenchimento dos registros de enfermagem, nas unidades da oncoclínica e da oncocirúrgica, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015



Pelos resultados do Gráfico 14 verifica-se que o melhor índice de conformidade (86,7%) foi na oncocirúrgica.

Os achados da Tabela 4 retratam a conformidade, em função da completude dos registros, comparando as unidades da oncoclínica com a oncocirúrgica.

Tabela 4 - Distribuição da conformidade geral relativa à completude dos registros na oncoclínica e na oncocirúrgica, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015

Completude	Unidades				Total	
	Oncoclínica		Oncocirúrgica			
	N	%	N	%	N	%
Completo	26	22,0	12	9,4	38	15,4
Parcialmente completo	92	78,0	116	90,6	208	84,6
Incompleto	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	108	100,0	128	100,0	246	100,0

De acordo com a Tabela 4, os piores percentuais de completude foram evidenciados nos registros parcialmente completos 208 (84,6%), sendo 116 (90,6%) na oncocirúrgica e 92 (78,0%) na oncoclínica. Por outro lado, a oncoclínica apresentou melhor percentual de registros completos 26 (22,0%).

Nessa perspectiva, os achados do Gráfico 14 e da Tabela 4 asseveram que a conformidade de preenchimento foi acima de 80%, porém no atributo completude os maiores percentuais foram de registros parcialmente completos em ambas as unidades.

Os resultados da Tabela 5 demonstram a conformidade dos registros de enfermagem no PE, referente ao preenchimento entre as unidades da oncoclínica e da oncocirúrgica.

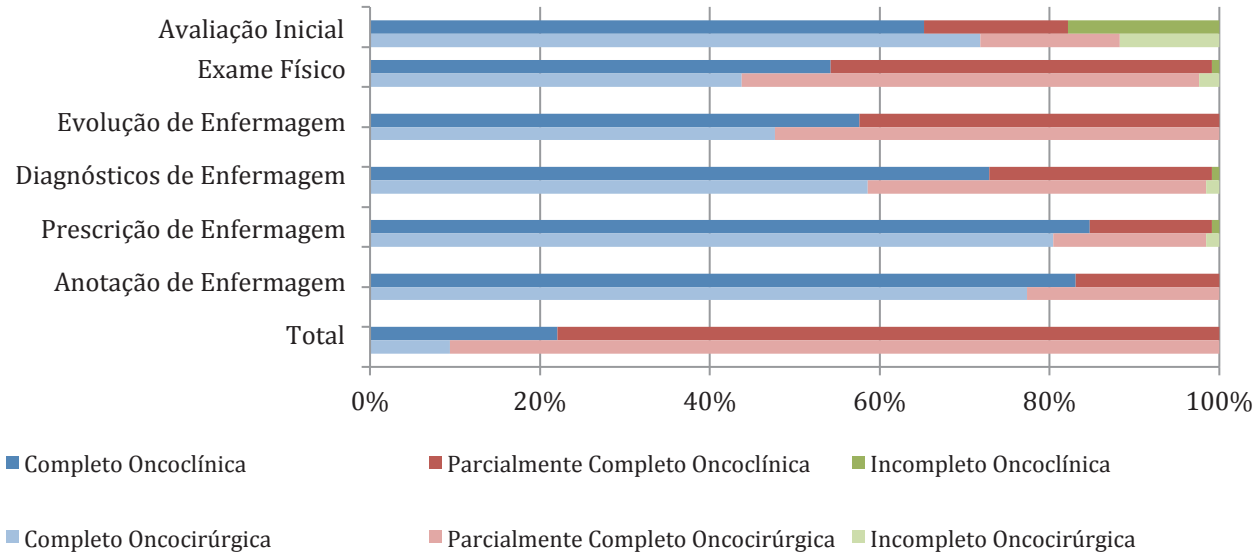
Tabela 5 - Distribuição da conformidade, de acordo com o preenchimento dos registros, nas etapas do PE na oncoclínica e na oncocirúrgica, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015

Itens	Unidades				Total	
	Oncoclínica		Oncocirúrgica			
	N	%	N	%	N	%
Avaliação Inicial	99	83,9	113	88,3	212	86,2
Exame Físico	117	99,2	126	98,4	243	98,8
Evolução de Enfermagem	118	100,0	128	100,0	246	100,0
Diagnósticos de Enfermagem	117	99,2	126	98,4	243	98,8
Prescrição de Enfermagem	117	99,2	126	98,4	243	98,8
Anotação de Enfermagem	118	100,0	128	100,0	246	100,0

A Tabela 5 mostra que os registros frente à anotação e evolução de enfermagem atingiram padrões de excelência na conformidade relativa ao preenchimento, ou seja, em todos os prontuários estiveram presentes nas duas unidades. Os menores índices da conformidade ocorreram na avaliação inicial 212 (86,2%), sendo 99 (83,9%) na oncoclínica e 113 (88,3%) na oncocirúrgica.

O Gráfico 15 mostra a conformidade, segundo a completude dos registros no Processo de Enfermagem na oncoclínica e na oncocirúrgica.

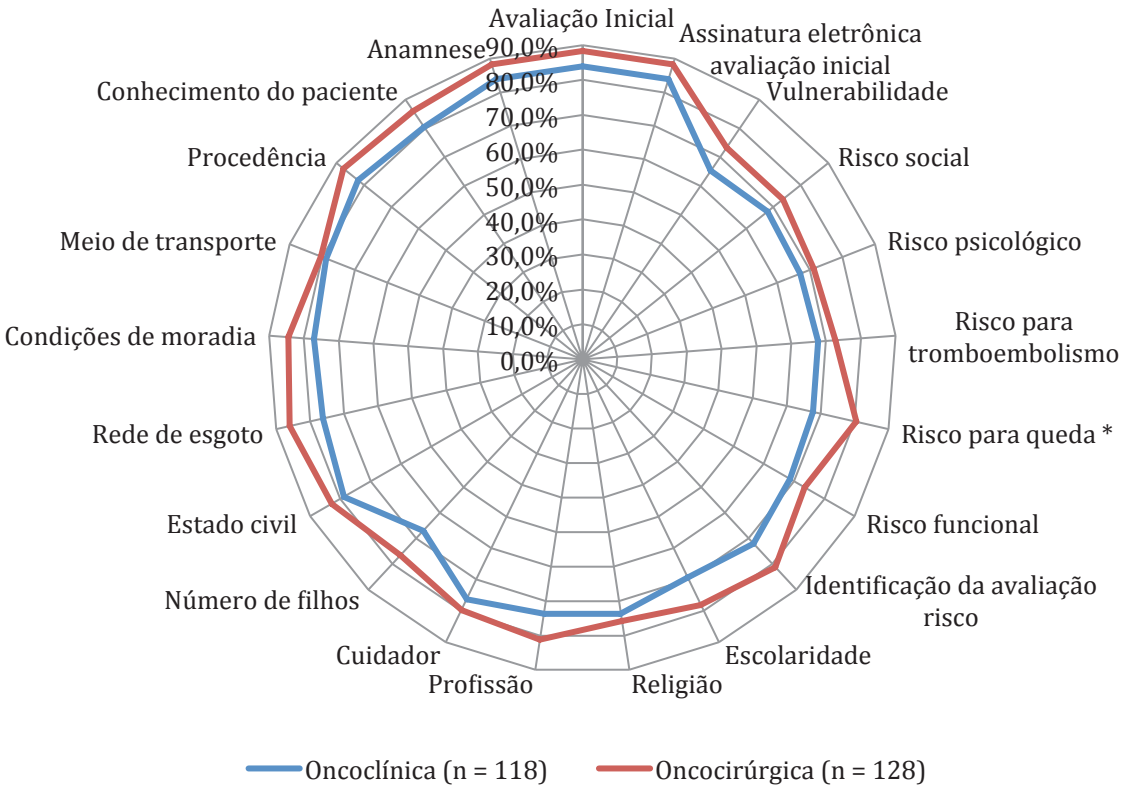
Gráfico 15 - Distribuição da conformidade relativa à completude dos registros no PE, na oncoclínica e na oncocirúrgica, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015



A partir do Gráfico 15, observamos que, nos registros do PE, a maior conformidade relacionou-se à prescrição e à anotação de enfermagem, em ambas as unidades, sendo na oncoclínica, 84,7% e 83,1%, e na oncocirúrgica, 80,5% e 77,3%, respectivamente. Em comparação aos achados descritos na Tabela 3, novamente a conformidade na avaliação inicial mostra-se com piores índices, neste caso, compreendeu aos percentuais mais elevados de registros incompletos 17,8% na oncoclínica e 11,7% na oncocirúrgica.

Os resultados do Gráfico 16 retratam a distribuição das conformidades dos 21 itens da avaliação inicial, conforme o preenchimento na oncoclínica e na oncocirúrgica.

Gráfico 16 - Distribuição da conformidade, de acordo com o preenchimento dos itens da avaliação inicial na oncoclínica e na oncocirúrgica, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015



*Teste Qui-quadrado, p=0,023

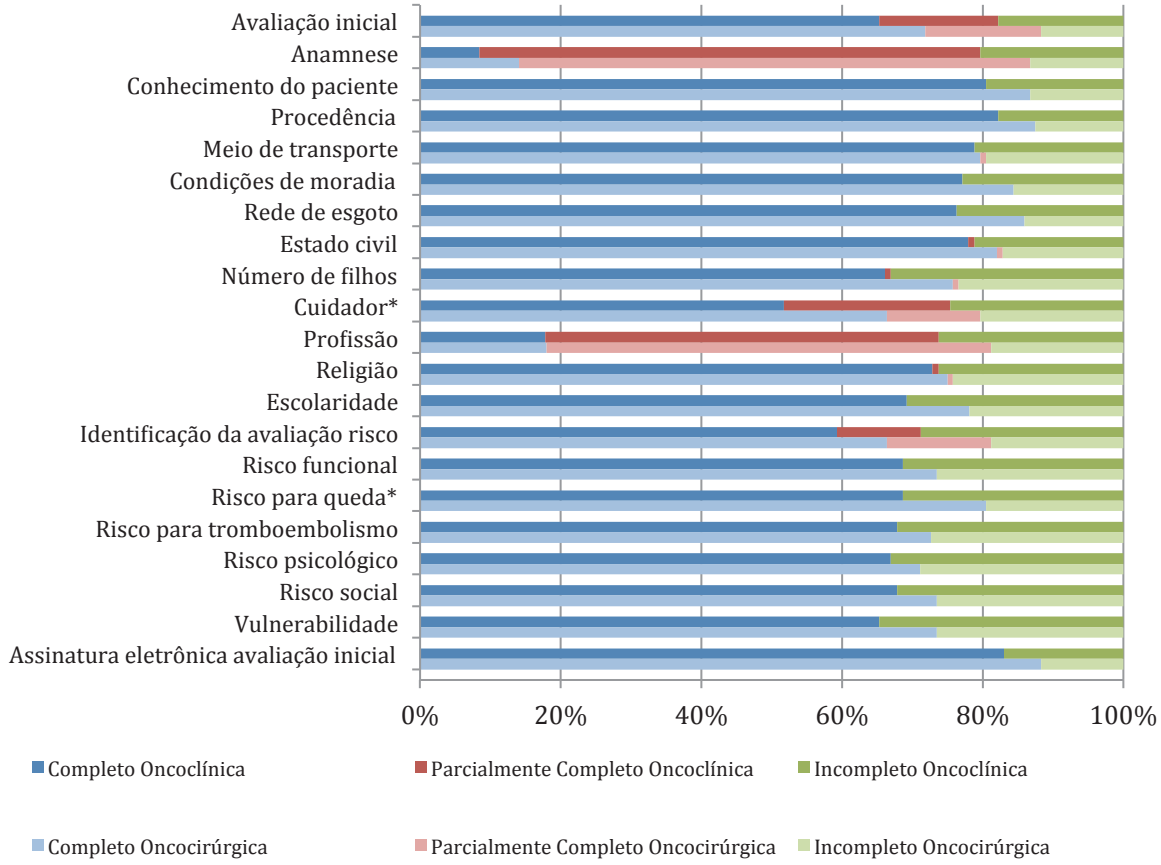
Os dados obtidos no Gráfico 16 mostraram que, na avaliação inicial, ambas as unidades obtiveram maiores índices da conformidade, em relação aos itens presença da avaliação inicial, anamnese e assinatura eletrônica. Correspondendo a 83,9% na oncoclínica e 88,3% na oncocirúrgica.

Os piores índices de conformidade na oncoclínica foram relativos à vulnerabilidade (65,3%), ao risco psicológico (66,9%) e ao número de filhos (66,9%). Na oncocirúrgica, os menores percentuais evidenciados relacionaram-se ao risco psicológico (71,1%), ao risco para tromboembolismo (72,7%), e ao risco social e de vulnerabilidade (73,4%).

Na comparação entre os itens da avaliação inicial, por unidades, a avaliação de queda na oncoclínica obteve 67,8% de conformidade, de acordo com o preenchimento e a oncocirúrgica 80,5%, com diferença estatisticamente significante (p=0,023).

Os dados do Gráfico 17 evidenciam a conformidade relativa à completude dos 21 itens que compõem a avaliação inicial.

Gráfico 17 - Distribuição da conformidade segundo a completude dos itens da avaliação inicial na oncoclínica e na oncocirúrgica, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015



*Teste Qui-quadrado; Teste exato de Fisher; p cuidador = 0,041; p queda = 0,033;

Pela análise do Gráfico 17, observou-se que os itens com maiores percentuais de conformidade corresponderam à assinatura eletrônica, 83,1% na oncoclínica e 88,3% na oncocirúrgica, seguida da procedência, com 82,2% na oncoclínica e 87,5% na oncocírurgica.

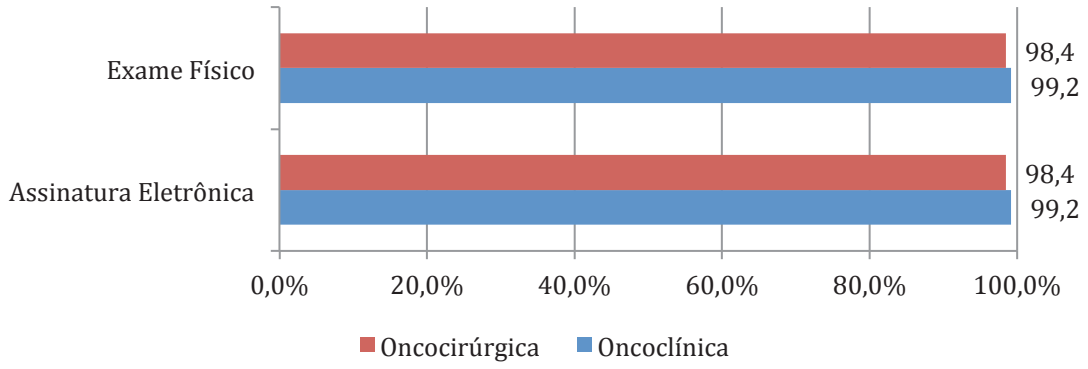
Os itens da avaliação inicial com índices mais elevados de registros incompletos na oncoclínica foram: vulnerabilidade (34,7%), risco psicológico (33,1%) e número de filhos (33,1%). Por outro lado, os maiores percentuais incompletos na oncocirúrgica foram risco psicológico (28,9%), risco para tromboembolismo (27,3%) e risco funcional, social e vulnerabilidade (26,6%).

O item cuidador na oncoclínica apresentou 51,7% de registros completos, 23,7% de registros parcialmente incompletos e 24,6% incompletos, a oncocirúrgica obteve 66,4% desses registros completos, 13,3% parcialmente completos e 20,3% incompletos, apresentando diferença estatisticamente significativa (p=0,041).

O risco para queda apresentou 68,6% de registros completos e 31,4% incompletos, quando comparado com a oncocirúrgica, que obteve 80,5% desse registro completo e 19,5% incompleto, houve diferença estatisticamente significante (p=0,033).

Os dados do Gráfico 18 indicam a distribuição da conformidade, em relação ao preenchimento do exame físico.

Gráfico 18 - Distribuição da conformidade relativa ao preenchimento do exame físico na oncoclínica e na oncocirúrgica, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015



Teste exato de Fisher

No Gráfico 18, os dados revelaram que os dois itens, presença do exame físico e presença da assinatura eletrônica, apresentaram na oncoclínica 99,2% de conformidade, e na oncocirúrgica 98,4%, não foi evidenciada diferença estatisticamente significante (p=1,000).

A seguir, são listados os resultados da distribuição da conformidade relativa à completude do exame físico, na oncoclínica e na oncocirúrgica.

Tabela 6 - Distribuição da conformidade segundo a completude dos registros do exame físico na oncoclínica e na oncocirúrgica, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015

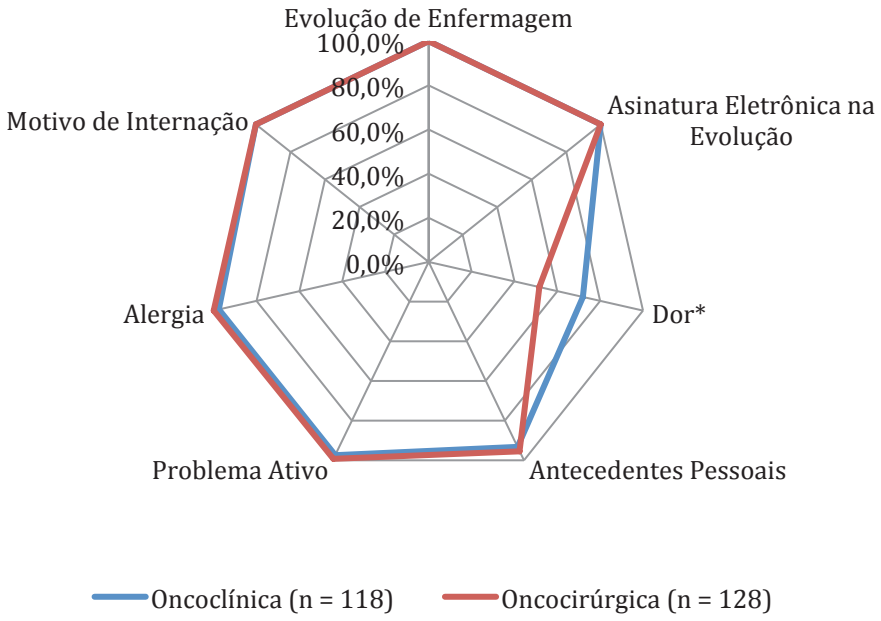
Itens	Unidades						
	Oncoclínica		Oncocirúrgica		Total		
	N	%	N	%	N	%	Valor-p[1]
Exame Físico							0,258
Completo	64	54,2	56	43,8	120	48,8	
Parcialmente completo	53	44,9	69	53,9	122	49,6	
Incompleto	1	0,8	3	2,3	4	1,6	
Assinatura Eletrônica							1,000
Completo	117	99,2	126	98,4	243	98,8	
Parcialmente completo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Incompleto	1	0,8	2	1,6	3	1,2	

[1]Teste exato de Fisher

De acordo com os achados da Tabela 6, a assinatura eletrônica no exame físico foi o item com percentual mais completo nas duas unidades, 99,2% na oncoclínica e 98,4% na oncocirúrgica. O registro do exame físico estava 54,2% completo e 44,9% parcialmente completo na oncoclínica, o mesmo item na oncocirúrgica apresentou 43,8% dos registros completos e 53,9% parcialmente incompletos, não houve diferença estatisticamente significante.

Os resultados do Gráfico 19 demonstram a distribuição da conformidade na evolução de enfermagem, conforme o preenchimento, comparando as unidades da oncoclínica com oncocirúrgica.

Gráfico 19 - Distribuição da conformidade, de acordo com o preenchimento dos registros da etapa evolução de enfermagem na oncoclínica e na oncocirúrgica, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015



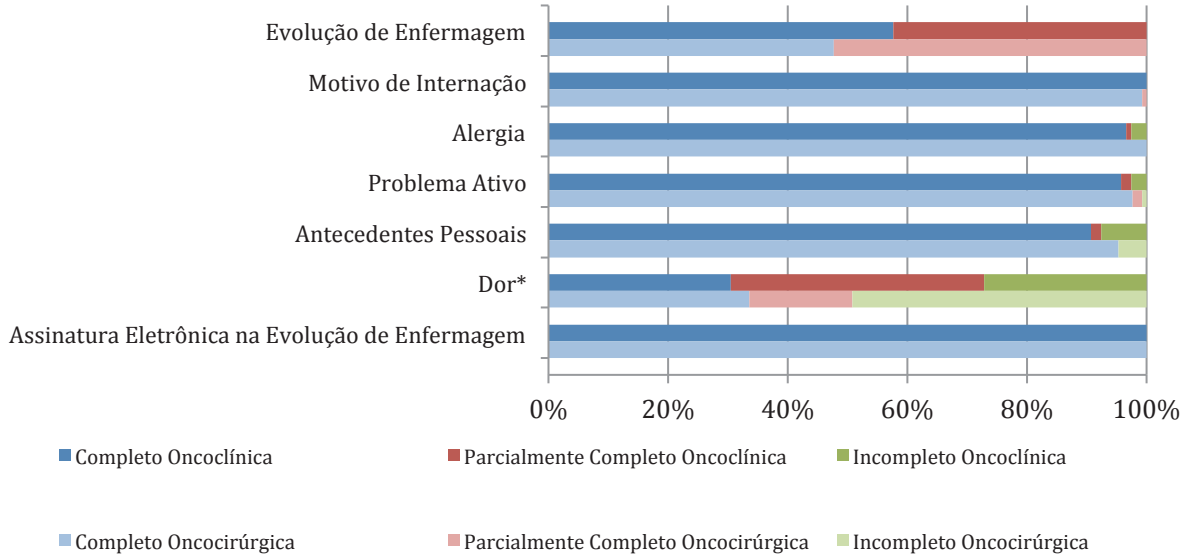
*Teste Qui-quadrado; Teste exato de Fisher; p=0,001

Os resultados da Gráfico 19 evidenciam que os itens presença da evolução de enfermagem, motivo de internação e assinatura eletrônica apresentaram maiores índices de conformidade na oncoclínica (100,0%). Na oncocirúrgica, os mesmos itens acrescidos do item alergia representaram os percentuais da maior conformidade, com 100,0% dos registros preenchidos.

O menor percentual da conformidade relativo ao preenchimento foi quanto à avaliação da dor, 72,0% na oncoclínica e 51,6% na oncocirúrgica, com diferença estatisticamente significante ($p<0,001$).

A seguir, nos dados do Gráfico 20 são descritos os resultados quanto à conformidade, de acordo com a completude nos itens da evolução de enfermagem na oncoclínica e na oncocirúrgica.

Gráfico 20 -Distribuição da conformidade relativa à completude dos registros nos itens da evolução de enfermagem na oncoclínica e na oncocirúrgica, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015



*Teste Qui-quadrado; Teste exato de Fisher; p<0,001

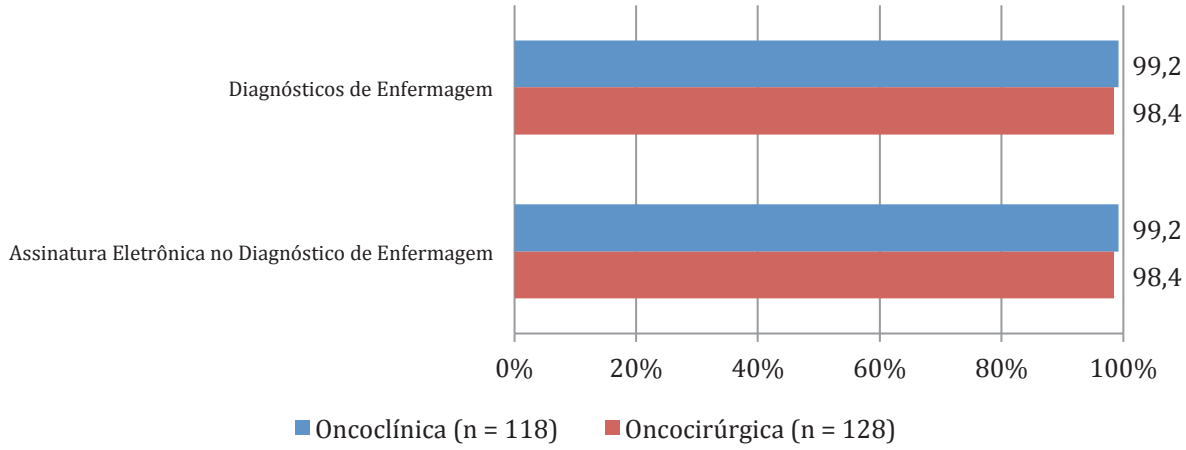
Conforme explicitado na figura acima, nota-se que a assinatura eletrônica foi o item com maior índice da conformidade no que tange à completude em ambas as unidades, com 100% dos registros completos. Este item foi seguido do motivo de internação e alergia, os que apresentaram percentuais elevados de completude na oncoclínica com 100% e 96,6%, e na oncocirúrgica com 99,2% e 100,0%, respectivamente.

A avaliação da dor obteve os piores escores, uma vez que apresentou o maior percentual de registros incompletos, 49,2% na oncocirúrgica e 27,1% na oncoclínica, com diferença estatisticamente significante (p<0,001).

Nessa perspectiva, a fragilidade dos registros da dor relativos ao preenchimento e à completude (Gráfico 19 e 20), em ambas as unidades norteiam um ponto de melhoria relacionado à qualidade assistencial prestada a esses pacientes.

Os resultados que se seguem demonstram a distribuição da conformidade no que tange ao preenchimento dos registros relativos ao diagnóstico de enfermagem nas unidades.

Gráfico 21 - Distribuição da conformidade referente ao preenchimento dos registros nos diagnósticos de enfermagem na oncoclínica e na oncocirúrgica, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015

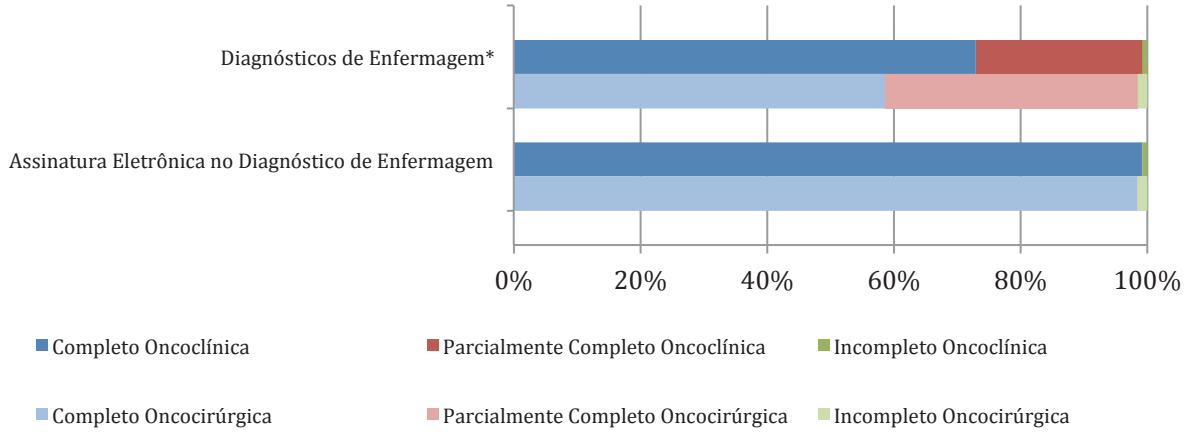


Teste exato de Fisher, p=1,000

Os dados obtidos no Gráfico 21 demonstram, quanto aos diagnósticos de enfermagem, que os itens presença do diagnóstico de enfermagem e assinatura eletrônica obtiveram 99,2% da conformidade na oncoclínica. Esses mesmos itens na oncocirúrgica apresentaram percentual de 98,4%, e não houve diferença estatisticamente significante (p=1,000).

A seguir, nos achados do Gráfico 22, são expostos os resultados referentes à conformidade, de acordo com a completude dos diagnósticos de enfermagem na oncoclínica e na oncocirúrgica.

Gráfico 22 - Distribuição da conformidade relativa à completude dos registros dos diagnósticos de enfermagem na oncoclínica e na oncocirúrgica, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015



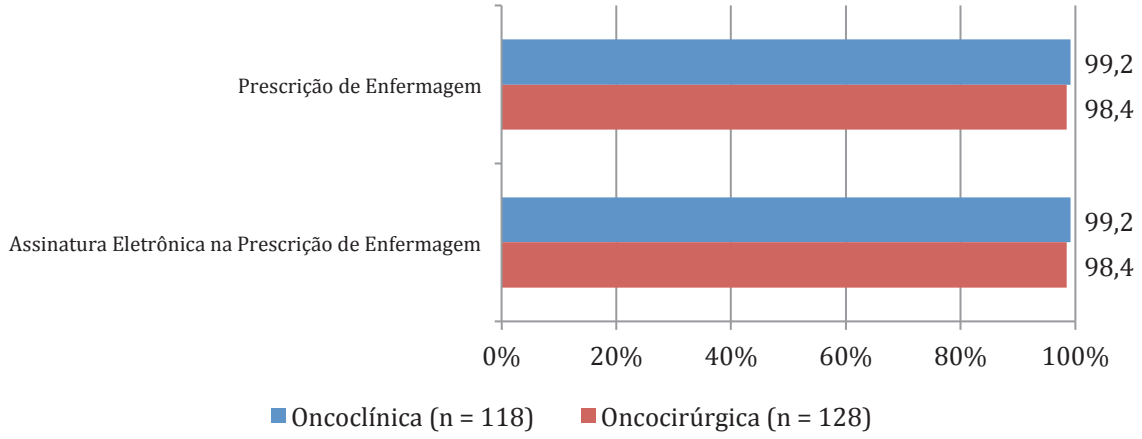
*Teste exato de Fisher; p=0,041

Os dados obtidos do Gráfico 22 mostram que o item assinatura eletrônica obteve maior percentual de completude, 99,2% na oncoclínica e 98,4% na oncocirúrgica.

O diagnóstico de enfermagem apresentou percentuais de registros completos de 72,9% na oncoclínica e de 58,6% na oncocirúrgica, os índices referentes aos registros parcialmente completos foram de 26,3% e 39,8%, respectivamente, com diferença estatisticamente significante (p=0,041).

Os dados do Gráfico 23 apresentam os resultados da conformidade relativos ao preenchimento quanto à prescrição de enfermagem.

Gráfico 23 - Distribuição da conformidade, de acordo com o preenchimento dos registros da prescrição de enfermagem na oncoclínica e na oncocirúrgica, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015



Teste exato de Fisher

De acordo com os achados do Gráfico 23, na etapa prescrição de enfermagem, os itens presença da prescrição de enfermagem e assinatura eletrônica apresentaram 99,2% da conformidade na oncoclínica, de acordo com o preenchimento, e 98,4% na oncocirúrgica, não foi evidenciada diferença estatisticamente significante.

Tabela 7 - Distribuição da conformidade relativa à completude da prescrição de enfermagem na oncoclínica e oncocirúrgica, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015

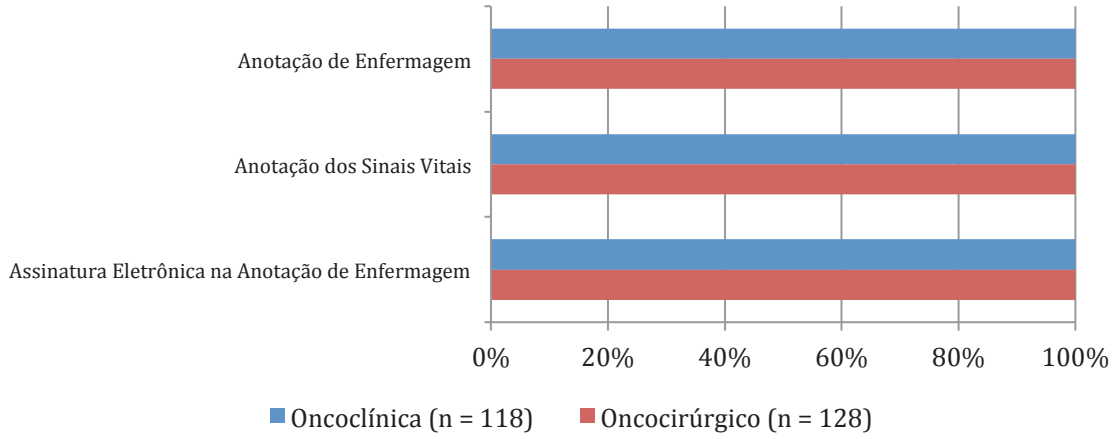
Itens	Unidades						
	Oncoclínica		Oncocirúrgica		Total		
	N	%	N	%	N	%	Valor-p[1]
Prescrição de Enfermagem							0,658
Completo	100	84,7	103	80,5	203	82,5	
Parcialmente completo	17	14,4	23	18,0	40	16,3	
Incompleto	1	0,8	2	1,6	3	1,2	
Assinatura Eletrônica							1,000
Completo	117	99,2	126	98,4	243	98,8	
Parcialmente completo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Incompleto	1	0,8	2	1,6	3	1,2	

[1]Teste exato de Fisher

Os resultados da Tabela 7 demonstram que a assinatura eletrônica obteve 99,2% de registros completos na oncoclínica e 98,4% na oncocirúrgica. A prescrição de enfermagem na oncoclínica apresentou 84,7% de registros completos e 14,4% de registros parcialmente incompletos, na oncocirúrgica esses percentuais foram de 80,5% e 18,0%, respectivamente. Nessa etapa do Processo de Enfermagem, não houve diferença estatística significativa (p=1,000).

Os dados que se seguem apresentam os resultados referentes à conformidade, relativos ao preenchimento, dos itens da anotação de enfermagem na oncoclínica e na oncocirúrgica.

Gráfico 24 - Distribuição da conformidade, de acordo com o preenchimento dos itens da anotação de enfermagem na oncoclínica e na oncocirúrgica, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015



Teste Qui-quadrado

Os dados do Gráfico 24 destacam que, quanto ao preenchimento na anotação de enfermagem, todos os itens: identificação da anotação de enfermagem, anotação dos sinais vitais e assinatura eletrônica em ambas as unidades estavam 100,0% presentes e preenchidos.

Tabela 8 - Distribuição da conformidade relativa à completude dos itens na anotação de enfermagem na oncoclínica e na oncocirúrgica, ICESP-FMUSP, São Paulo – 2015

Itens	Unidades						
	Oncoclínica		Oncocirúrgica		Total		
	N	%	N	%	N	%	Valor-p[1]
Anotação de Enfermagem							0,263
Completo	98	83,1	99	77,3	197	80,1	
Parcialmente completo	20	16,9	29	22,7	49	19,9	
Incompleto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Anotação dos Sinais Vitais							0,336
Completo	83	70,3	97	75,8	180	73,2	
Parcialmente completo	35	29,7	31	24,2	66	26,8	
Incompleto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Assinatura Eletrônica							1,000
Completo	118	100,0	128	100,0	246	100,0	
Parcialmente completo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Incompleto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	

[1]Teste Qui-quadrado

De acordo com os resultados da Tabela 8 nota-se que os registros referentes à assinatura eletrônica estavam completos em 100,0% dos prontuários avaliados. A anotação de enfermagem foi o segundo item identificado com maior percentual de completude, 83,1% na oncoclínica e 77,3% na oncocirúrgica. Na comparação entre as unidades, os piores índices de conformidade foram os considerados como parcialmente completos e envolveram o item anotação dos sinais vitais, uma vez que na oncoclínica este índice foi 29,7% e na oncocirúrgica, 24,2% dos registros. Não houve diferença estatística significativa.

5 DISCUSSÃO

Este estudo permitiu realizar o diagnóstico situacional, acerca da qualidade dos registros de enfermagem de pacientes internados em um hospital oncológico após a implementação do PEP.

Os registros de enfermagem são indispensáveis no prontuário do paciente, uma vez que integram a documentação do processo saúde/doença, garantem a qualidade e a fidedignidade do Processo de Enfermagem, em relação aos aspectos legais e assistenciais (Françolin et al., 2012).

Nessa ótica, o emprego do PE pelos enfermeiros possibilita a mensuração da qualidade da assistência prestada, assim como detém subsídios para propor mudanças que sejam centradas no cuidado individualizado, integral e resolutivo.

Tendo em vista a aplicação do PE no âmbito do ensino e na assistência, nas organizações de saúde no Brasil, este passou a ser denominado e reconhecido pelo título de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), embora não se identifique claramente o motivo dessa designação (Peres et al., 2009).

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem n° 358/2009 preconiza que a SAE organiza o trabalho quanto ao método, pessoal e instrumentos, viabilizando a operacionalização do PE.

Costa, Paz e Souza (2010) mencionam que esse processo é um instrumento metodológico que direciona o cuidado a ser prestado pelo profissional de enfermagem, assim como possibilita o registro da prática assistencial sob a forma de documentação.

Considerando os percentuais de conformidade geral, no que tange ao preenchimento, verificamos que o de conformidade 85% foi superior ao de não conformidade. Por outro lado, a conformidade quanto à completude correspondeu a 15,4%, índice muito aquém do estimado na primeira hipótese da presente investigação (80%), indicando certa fragilidade nos registros desse atributo.

Pesquisas nosocomiais vêm sendo conduzidas no intuito de averiguar índices de conformidade geral de protocolos ou de práticas assistenciais e propor ações de melhoria da qualidade, a exemplo: 82,2% na identificação de recém-nascidos em cuidados críticos, 51,5% relativos à adesão dos cuidados e manutenção do curativo do cateter venoso central de curta permanência, 65,8% na

avaliação das conformidades da prática de manutenção de cateter temporário de duplo lúmen para hemodiálise, 58,5% quanto à identificação por meio de pulseiras de mulheres em uma clínica obstétrica e 22,3% dos neonatos no centro obstétrico (Jardim et al., 2013; Quadrado, Tronchin, 2012; Rosseti, Tronchin, 2014; Tase, Tronchin, 2015).

Tais resultados demonstram elevada variabilidade entre os índices de conformidade, de 22,3% a 82,2%, fato este preocupante em função das práticas assistenciais e das consequências advindas das não conformidades na segurança e na qualidade da assistência.

Os achados deste estudo frente à conformidade dos registros de enfermagem no PE sinalizam para dois elementos essenciais da avaliação, o quantitativo e o qualitativo. A situação foi ratificada pelos índices de conformidade geral elevados em relação ao preenchimento/presença, e com os baixos índices de completude, uma vez que a maior parte de registros foi de parcialmente completos ou incompletos, mostrando inconsistência no aspecto qualitativo do dado.

A avaliação da assinatura eletrônica apresentou elevados percentuais de conformidade em todos os registros, tanto em relação à análise do preenchimento como da completude, variando de 86,2% a 100% de conformidade.

No que tange à análise da conformidade do preenchimento/presença dos registros de enfermagem nas seis etapas integrantes do PEP nas unidades de internação, todos obtiveram percentuais superiores a 80%. O pior índice de conformidade foi encontrado nos registros referentes à avaliação inicial (86,2%), duas etapas atingiram 100% de conformidade, a anotação e evolução de enfermagem, e três (exame físico, diagnóstico e prescrição de enfermagem) quase a totalidade, 98,8%. Todavia, a conformidade destas etapas relativas à completude dos registros, no presente estudo, variou entre 48,8% e 82,5%.

Ao avaliarem a qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários físicos de pacientes atendidos em unidades de internação de um hospital universitário do Município de São Paulo, Setz e Innocenzo (2009) evidenciaram que 45,8% possuíam a evolução de enfermagem, em 99,5% as anotações de

enfermagem estavam presentes nos prontuários, os diagnósticos em 41,0% e a prescrição de enfermagem em 75,2%.

No ICESP a avaliação inicial, composta pela anamnese e avaliação de risco, em conjunto com o exame físico compõem os registros de enfermagem da etapa intitulada levantamento de dados, para a operacionalização da SAE.

Em algumas instituições, esta etapa é denominada de histórico de enfermagem, o que prevê o levantamento de dados, empregando-se a entrevista e o exame físico, a fim de possibilitar uma visão do paciente no contexto biopsicossocioespiritual, identificando as necessidades e adotando condutas direcionadas e sistematizadas, de acordo com as manifestações do paciente (Gutierrez et al., 2012).

Nesta investigação, a presença da avaliação inicial e da anamnese obtiveram os melhores percentuais de conformidade relativos ao preenchimento (86,2%). Em relação à completude, os itens com maior conformidade foram a procedência (85%), o conhecimento do paciente sobre o diagnóstico e o tratamento (83,7%) e a rede de esgoto (81,3%). Ainda, nesta etapa observamos os piores índices de conformidade tanto de preenchimento como de completude nos itens relativos ao risco psicológico a vulnerabilidade, e ao de tromboembolismo (TEV).

Reconhecidamente, o indivíduo portador de uma dada enfermidade necessita *a priori* de acolhimento, respeito e suporte psicológico, uma vez que a doença desencadeia impactos nos âmbitos físico, psicoespiritual e social.

Em se tratando de pacientes oncológicos, este estado é intensificado pelo fato do câncer ser uma doença grave, sendo muitas vezes, acompanhada de comorbidades e da morte. Não é incomum, o familiar tomar a iniciativa de procurar atenção especializada em lugar do paciente, caracterizando-se como uma primeira barreira dos pacientes com câncer (Campos, 2010).

Nesse sentido, o autor supracitado considera o acolhimento como o primeiro passo capaz de gerar vínculo entre o paciente e a equipe multiprofissional, e que após os primeiros contatos, pacientes e familiares percebem os benefícios do trabalho da equipe, na qual a presença do psico-oncologista é fundamental para a avaliação psicológica, para a identificação de problemas, das capacidades de

enfrentamento, bem como a realização de diagnósticos psicológicos e o estabelecimento de condutas.

Serafim, Souza e Santos (2014) mencionam que o resultado da avaliação psicológica deve ser registrado em prontuário, cujas informações traduzam o estado cognitivo e atual do indivíduo de forma a subsidiar o planejamento da reabilitação neuropsicológica e das intervenções terapêuticas da equipe, os autores frisam que o conteúdo exposto deve respeitar o sigilo e a ética profissional.

A Instituição, cenário deste estudo, possuí uma política destinada a pacientes vulneráveis e/ou pertencentes a grupos especiais, incluindo os idosos com idade superior a 80 anos e crianças menores de 14 anos, gestantes, pacientes cujo idioma não é português, portadores de necessidades especiais, e aqueles com distúrbios emocionais ou psiquiátricos em situação agudizada ou ainda com risco para suicídio. Essa política visa a garantir a segurança dos pacientes em situação de vitimização e o cumprimento da legislação vigente preconizada nos Estatutos do Idoso e da Criança e do Adolescente e do Código Penal, por meio de identificação e atendimento planejado dessa população pela equipe multidisciplinar.[1]

O tromboembolismo venoso (TEV) é uma complicação do câncer e ocorre entre 10% e 20% dos casos; o paciente oncológico tem aumentada em quatro vezes as chances de desenvolver episódios de TEV, sendo que aqueles em quimioterapia possuem riscos seis vezes maiores. Assim, é essencial conhecer os fatores de risco e aplicar medidas eficazes para minimizar essas ocorrências (Lyman, Akhorana, Falanga, 2007; Vardi, Haran, 2012; William, David, Graham, 2008).

Desse modo, o Protocolo Institucional para TEV preconiza a identificação e a classificação dos riscos para todos os pacientes, objetivando minimizar a ocorrência dessa complicação, com isso, suas morbidades e comorbidades. Essa abordagem e os registros referentes à profilaxia devem ser realizados no prontuário eletrônico, na avaliação inicial, por ocasião da admissão.[2]

[1] Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. PO.046, 2014 – Política Institucional Pacientes Vulneráveis [s.d.]
[2] Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. PC.004, 2014 – Protocolo Institucional de Profilaxia de Tromboembolismo Venoso [s.d.]

Assim, essas avaliações e o exato registro são indispensáveis, uma vez que nortearão o plano de cuidado assistencial e permitirão o envolvimento da equipe multidisciplinar. Portanto, é imprescindível e necessária a implementação de ações para elevar os índices de conformidade dos registros frente aos riscos ora expostos.

Seguindo essa linha de pensamento, quanto à importância do levantamento de dados, como a primeira etapa do PE/SAE, cabe nessa ordem, a descrição da análise dos achados referentes ao exame físico que compôs a avaliação inicial.

Barbosa et al. (2011) analisaram a qualidade dos registros de enfermagem, integrantes da SAE, em prontuários físicos de usuários do Programa de Assistência Domiciliária em um hospital universitário, verificaram que 87,5% dos registros foram preenchidos e 70,3% estavam completos, quanto ao exame físico.

Estudo conduzido por Costa, Paz e Souza (2010) tendo como objetivo avaliar os registros realizados pelos enfermeiros quanto ao exame físico em unidade de tratamento intensivo (UTI) e na unidade de internação clínica (UIC), evidenciou um deficit nessas informações, sobretudo em relação à ausculta dos sistemas cardiovascular e respiratório e a inexistência, nas evoluções, de dados obtidos por meio da percussão. Outros itens com registros incompletos referiram-se a presença de cateteres, drenos/sondas e a infusão de drogas. Na análise dos prontuários da UTI foram constatados registros com maior frequência e melhor qualidade acerca do exame físico quando comparado à UIC.

Na presente investigação, os percentuais de conformidade, de acordo com o preenchimento da etapa exame físico, que compõe o levantamento de dados no PE, foram mais elevados (98,8%); no entanto, o mesmo item foi considerado com menor índice de conformidade relativo à completude, com menos da metade (48,8%) dos registros completos.

Dessa maneira, ao comparar esses resultados com a literatura supracitada verificamos um índice menor de conformidade referente à completude no exame físico nos prontuários eletrônicos dos pacientes desta pesquisa.

Na comparação entre as unidades, a avaliação inicial foi a etapa com os piores índices de conformidade geral no que tange ao preenchimento no PE

(86,2%), na oncoclínica (83,9%) e na oncocirúrgica (88,3%). Mas, quando avaliamos o atributo completude houve maior percentual de registros incompletos na oncoclínica (17,8%) e na oncocirúrgica (11,7%).

O item avaliação de queda da etapa avaliação inicial, na comparação entre as unidades, obteve índices de conformidade relativos ao preenchimento de 67,8% na oncoclínica e 80,5% na oncocirúrgica. A completude mostrou-se insatisfatória, uma vez que houve 31,4% de registros incompletos na oncoclínica e 19,5% na oncocirúrgica, com diferença estatisticamente significativa (p<0,001), denotando mais uma vez um deficit qualitativo frente aos registros.

A queda de paciente pode ser estudada sob diferentes perspectivas, envolvendo a qualidade da assistência, a avaliação e sinalização de risco, assim como as medidas preventivas e educativas destinadas à redução dos índices. Contudo, o evento persiste diante da pluralidade de variáveis conconcorrentes, a exemplo: recursos físicos, materiais e humanos da organização, protocolos de prevenção e avaliação de risco, dados sociodemográficos e condições clínicas e emocionais dos pacientes, terapêutica medicamentosa, dentre outros (Melleiro et al., 2015).

O ICESP implementou um Protocolo de Queda que objetiva promover a segurança do paciente, identificar a população de risco, prevenir e reduzir a ocorrência de queda aos pacientes internados e ambulatoriais. Nessa perspectiva, a instituição determina que a avaliação e as ações referentes ao protocolo de queda devem ser registradas no prontuário eletrônico do paciente.[3]

Pesquisa conduzida por Melleiro et al. (2015) realizada em três hospitais de ensino do Município de São Paulo, verificou que a incidência de queda foi de 4,6/mil pacientes-dia a 13,8/mil pacientes-dia.

O item cuidador, analisado na avaliação inicial, na oncoclínica apresentou 51,7% de registros completos, 23,7% de registros parcialmente incompletos e 24,6%, incompletos; na oncocirúrgica obteve 66,4% desses registros completos, 13,3%, parcialmente completos e 20,3%, incompletos, apresentando diferença estatisticamente significativa (p=0,041).

[3] Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. PC.003, 2014 – Protocolo Institucional de Queda [s.d.]

Identificar a presença do cuidador e da rede de apoio familiar do paciente é essencial para que a assistência seja efetiva durante a internação, e contínua durante o plano de alta e, posteriormente, nos cuidados necessários na residência após a alta hospitalar.

Horta (1979) refere que a evolução de enfermagem é o relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano, enquanto estiver sob os cuidados da equipe de enfermagem. A autora complementa que a evolução é, em resumo, uma avaliação global da prescrição de enfermagem implementada.

A evolução de enfermagem é o registro realizado após a avaliação do estado geral do paciente, contribui para a posterior identificação dos diagnósticos e das intervenções de enfermagem, orientando, assim, o planejamento da assistência e o resultado das intervenções implementadas (Baptista et al., 2012).

Estudo realizado por Setz e Innocenzo (2009) avaliou por meio de auditoria a qualidade dos registros físicos de enfermagem nos prontuários de pacientes atendidos em unidades de um hospital universitário do Município de São Paulo e indicou que, dos 424 prontuários, 45,8% traziam a evolução de enfermagem, e somente 2,6% estavam completas.

Na atual investigação, a evolução de enfermagem esteve presente na totalidade dos prontuários e completa em 52,4% desses registros, demonstrando percentuais mais elevados, contudo, com deficiência em relação ao conteúdo.

Na etapa evolução de enfermagem, a avaliação da dor foi o item que obteve menor percentual de conformidade referente ao preenchimento (61,4%) e maior índice de registros incompletos (38,6%).

O mesmo item na comparação entre as unidades também apresentou menor índice de conformidade relativo ao preenchimento 72,0% na oncoclínica e 51,6% na oncocirúrgica, e os maiores percentuais de registros incompletos 49,2% na oncocirúrgica e 27,1% na oncoclínica, com diferença estatisticamente significante ($p<0,001$).

Em virtude dos baixos índices de conformidade da avaliação da dor nas unidades de oncocirúrgicas quando comparados aos das oncoclínicas denotam uma

fragilidade ainda maior, especialmente, pelo fato do quadro agudo da dor, geralmente, acometer o paciente no período pós-operatório.

Silva e Pimenta (2003) analisaram os registros de enfermagem quanto à dor e à analgesia em pacientes internados em hospital oncológico e identificaram que 94,8% dos prontuários traziam informações quanto à presença ou ausência da dor nas últimas 24 horas. Contudo, os registros de enfermagem sobre as características da dor restringiram-se à descrição do local (71,1%) e à intensidade (44,7%).

Davis e Walsh (2004) evidenciaram, pela análise dos prontuários de pacientes hospitalizados com diagnóstico de câncer, que apenas 25% dos prontuários contemplavam a presença de anotações referentes à dor.

A dor no paciente oncológico relaciona-se a diversos fatores, que incluem desde o tipo de câncer, o estágio da doença, bem como o tratamento. Em aproximadamente 80% dos casos, a dor provocada pelo câncer está associada diretamente ao tumor. Embora haja avanços na compreensão da dor, e esta sendo considerada como o quinto sinal vital, 50% dos pacientes com câncer em tratamento ativo vivenciam a dor.

Nessa linha de pensamento, a proposta de atuação multidisciplinar no controle da dor, um programa de atenção abrangente, envolvendo a família e o desenvolvimento de pesquisas para melhor compreender os aspectos inter-relacionados na dor do paciente oncológico, é cada vez mais necessário (Brandão, 2010).

Pesquisa conduzida por Françolin et al. (2012) assevera que deve ser dada atenção especial à necessidade de melhoria dos registros referentes à dor, em razão dessa informação ser extremamente relevante no gerenciamento da assistência de enfermagem. Achados desse estudo mostraram que os profissionais da saúde realizam o registro da dor de forma insuficiente, que 54% dos prontuários apresentavam a localização e as características da dor e 36%, a intensidade desse sinal vital.

Na instituição cenário deste estudo, o Protocolo da dor tem o propósito de resolver ou minimizar a dor do paciente por meio de avaliação correta, assim como aplicar medidas com qualidade e segurança, a padronizar as prescrições de

analgésicos com base na intensidade da dor, assim como empregar medidas não farmacológicas para o tratamento, devendo esse processo ser registrado com clareza no PEP.[4]

O diagnóstico de enfermagem consiste em um processo, empregando a realização de referências sobre os dados objetivos e subjetivos do paciente, oriundos do histórico de enfermagem. Abrange a identificação de situações clínicas, que são compreendidas como respostas que o paciente apresenta a problemas de saúde ou a processos de vida, mediante ao julgamento clínico de enfermagem. Estas situações clínicas identificadas são descritas com base nos sistemas de classificação, a exemplo da *NANDA* (Lima et al., 2008).

De acordo com Chanes e Kusahara (2009), a etapa do diagnóstico de enfermagem é vista como a mais complexa e demorada na implementação do PE, uma vez que não cabe ao enfermeiro apenas identificar os diagnósticos, mas também realizar a descrição de suas características definidoras, exigindo o desenvolvimento de competência intelectual, interpessoal e técnica.

O índice de conformidade de preenchimento dos diagnósticos de enfermagem atingiu um percentual significativo, 98,8%. Porém, obteve baixa conformidade em relação à completude, 34,6%.

Setz e Innocenzo (2009) observaram que a presença do diagnóstico de enfermagem foi 41,0%, e a completude desses registros no PE, correspondeu a 5,2% em investigação realizada em prontuários físicos.

A prescrição de enfermagem é a etapa do Processo de Enfermagem na qual são determinadas, após o julgamento clínico, as condutas a serem implementadas, objetivando uma assistência individualizada, diante das necessidades apresentadas pelo paciente. Esta etapa também é conceituada como sendo de ação e de intervenção de enfermagem (Souza et al., 2012).

Barbosa et al. (2011) evidenciaram que, em 20,3% dos prontuários físicos, houve o preenchimento da prescrição de enfermagem, porém, em apenas 14,1% dos registros essa informação estava completa.

[4] Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. PC.001, 2013 – Protocolo Institucional da dor [s.d.]

Os achados de Setz e Innocenzo (2009) mostraram que 75,2% dos prontuários possuíam a prescrição de enfermagem e, destes, 3,5% estavam completos.

Outro estudo, também, aponta a fragilidade dos registros em relação à prescrição de enfermagem. Essa investigação foi realizada por meio de auditoria retrospectiva de prontuários envolvendo 16 pacientes, que estavam, em média, internados por 8 dias. Na análise dos prontuários, a prescrição de enfermagem obteve 39,3% de registros preenchidos completamente e 44,3% de não preenchidos, valores muito abaixo do esperado. Em relação à assinatura do enfermeiro na prescrição de enfermagem, o percentual identificado de preenchimento incompleto foi 37,0% e 18,0% de não preenchidos (Silva et al., 2012).

O presente estudo evidenciou uma conformidade de 98,8% de registros presentes em relação à prescrição de enfermagem, e esta etapa foi a de maior percentual de conformidade relativa à completude (82,5%). Estes achados encontram-se superiores aos da literatura supracitadas e ao da hipótese delineada nesta investigação.

A anotação de enfermagem tem como finalidade fornecer informações a respeito da assistência prestada, assegurando a comunicação entre os membros da equipe de saúde e, assim, garantir a continuidade da assistência durante todo o plano de cuidado (Mira et al., 2012).

As anotações de enfermagem, indubitavelmente, são essenciais para fornecer informação sobre a assistência prestada, retratar a comunicação entre a equipe multidisciplinar e subsidiar tomadas de decisão.

No entender de Mira et al. (2012), as anotações assumem papel fundamental no desenvolvimento da SAE, dado que são fontes de informação para a elaboração da evolução de enfermagem e contribuir na identificação das mudanças de estado e condição do paciente, propiciando a detecção de novas necessidades e a avaliação contínua dos cuidados. Acrescentam que os dados contidos na anotação subsidiam o enfermeiro no processo de tomada de decisão das condutas a serem implementadas e, portanto, necessitam ser fidedignas e legítimas para permitirem a análise e a avaliação da assistência prestada.

Nessa linha de pensamento, Matsuda et al. (2006) afirmam que os registros/anotações de enfermagem constituem-se na forma de comunicação escrita de informações relativas ao paciente a seus cuidados. Asseveram que os registros são elementos imprescindíveis no processo de cuidado humano, visto que, quando redigidos de modo que retratem a realidade a ser documentada, favorecem à comunicação permanente, destinando-se a pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamento e tomada de decisão, dentre outros.

A adequação dos registros não é algo simples de ser definida, contudo, pode ser compreendida, como o registro exato ou aquele que mais se aproxima da realidade em que o fato ocorreu e/ou foi percebido.

A anotação de enfermagem e a anotação dos sinais vitais estavam preenchidas em 246 (100%) dos prontuários avaliados nesta investigação, mas, obtiveram 19,9% e 26,8%, respectivamente, de seus registros considerados, como parcialmente completos.

No estudo de Setz e Innocenzo (2009), a anotação de enfermagem estava presente em 99,5% dos registros avaliados e 2,4% estavam completas.

Em pesquisa descritiva, Borsato et al. (2011) avaliaram a qualidade das anotações de enfermagem no prontuário físico de pacientes de um hospital universitário. O estudo mostrou que, nas unidades de internação, 82,2% das anotações de enfermagem estavam completas

Em estudo da literatura nacional, Françolin et al. (2012) mensuraram a conformidade dos registros físicos de enfermagem e constataram a presença dos sinais vitais em 89,0% dos prontuários analisados.

Ao compararmos os estudos supracitados com a presente investigação, observamos que os índices de preenchimento no prontuário eletrônico estão mais elevados quanto a anotação de enfermagem, porém os deficits em relação à completude foram mantidos.

Nessa perspectiva, informação não registrada é informação perdida, e a escassa documentação sugere má prática assistencial da enfermagem (Ochoa-Vigo, 2001).

Os registros informatizados, com um conjunto mínimo de dados estruturados, costumam ser preenchidos por completo, conferindo maior qualidade ao PE. Por outro lado, outro aspecto que merece destaque é que o registro informatizado apresenta uma necessidade de maior tempo para sua execução, sobretudo no período de implementação do sistema, quando a equipe está em fase de adaptação (Ammenwerth et al., 2001; Daly, Buckwalter, Maas, 2002).

De acordo com Peres et al. (2009), os sistemas informatizados devem ultrapassar a simples transferência da documentação do prontuário físico para o eletrônico, assim como a reprodução de diagnósticos e prescrições de enfermagem sem a avaliação. Destacam que a documentação eletrônica deve propiciar tomada de decisão e o julgamento clínico de enfermagem na assistência, visando ampliar e sustentar a decisão clínica dos enfermeiros.

Nesse contexto, como parte da melhoria de desempenho, as instituições devem avaliar e revisar regularmente o conteúdo e a completude do prontuário do paciente. Essa revisão deve ser realizada por toda equipe multidisciplinar autorizada a fazer registros nos prontuários ou a gerenciar estes documentos. Os resultados do processo de revisão devem ser incorporados ao mecanismo da instituição para supervisão da qualidade (Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde, 2010).

Estas considerações suscitam reflexões como o prontuário eletrônico do paciente deve ser uma ferramenta que facilita o acesso, a legibilidade, o compartilhamento dos registros e viabiliza por meio de seus programas específicos o preenchimento das informações.

Entretanto, demonstram que a adequação dos processos, o estabelecimento de uma cultura organizacional, a criação e manutenção de protocolos institucionais, além da capacitação profissional tornam-se requisitos contínuos e fundamentais, na atualização dessa ferramenta tecnológica, para se garantir a eficiência e eficácia do que é registrado e de seu conteúdo, a favor da qualidade e da segurança assistencial prestada ao paciente.

6 CONCLUSÃO

A análise dos dados deste estudo, com a amostra de 246 prontuários eletrônicos de pacientes internados em um hospital oncológico, possibilitou as seguintes conclusões:

Conformidade Geral

- A conformidade geral, relativa ao preenchimento foi 85% e da completude correspondeu a 15,4%. Assim, o resultado do preenchimento confirma a hipótese desta investigação, e refuta-a no que tange à completude.

Conformidade dos registros no Processo de Enfermagem

- Tendo em vista as seis etapas dos registros analisados no Processo de Enfermagem, todas obtiveram percentuais superiores a 80%; em relação ao preenchimento, a maior conformidade referiu-se à evolução e à anotação de enfermagem, e o pior índice envolveu a avaliação inicial com 86,2% de conformidade. Todavia, superior ao estimado em 80%;

- No quesito completude, a etapa com percentual mais elevado de conformidade foi a prescrição de enfermagem (82,5%); e a menor conformidade relacionou-se ao exame físico (48,8%);

- Na avaliação inicial, a anamnese foi o registro de maior conformidade relativa ao preenchimento (86,2%), e os índices com percentuais inferiores foram o risco psicológico (69,1%), de vulnerabilidade (69,5%) e de tromboembolismo (70,3%). A completude nos itens da avaliação inicial apresentou a melhor conformidade quanto à procedência (85%), e a pior conformidade de registros incompletos para o risco de tromboembolismo (29,7%);

- O exame físico apresentou 98,8% dos registros preenchidos, e na completude obteve o pior índice de não conformidade (51,2%);

- Na etapa evolução de enfermagem, os itens presença da evolução de enfermagem e motivo de internação destacaram-se com percentuais de excelência na conformidade relativos ao preenchimento (100%), e a melhor completude foi em relação ao motivo de internação (99,6%), alergia (98,4%) e problema ativo (96,7%). O item dor obteve pior índice de conformidade relativo à presença 61,4% e, aproximadamente, metade em relação à completude (32,1%);

- A fase de diagnósticos de enfermagem apresentou percentual de preenchimento de 98,8% e completude de 65,4%;

- A etapa da prescrição de enfermagem obteve índices de conformidade em relação à presença de 98,8% e sua completude correspondeu a 82,9%;

- As anotações de enfermagem estavam presentes em todos os prontuários, contudo, os itens desse registro relativos à completude estavam 80,1% completos para as anotações de enfermagem e 73,2% completos para a anotação dos sinais vitais;

- A avaliação da assinatura eletrônica apresentou escores satisfatórios em todos os registros, tanto em relação à análise de preenchimento como da completude, estando acima de 86%; e

- Ao analisarmos as conformidades dos 37 itens avaliados, 13 (35,1%) quanto ao preenchimento e 21 (56,7%) em relação à completude não alcançaram o índice de conformidade de 80%, estimado na segunda hipótese.

Comparação das conformidades relativas ao preenchimento e à completude dos registros de enfermagem entre as unidades de oncoclínica e oncocirúrgica

- Em relação às conformidades gerais, a oncocirúrgica apresentou melhor percentual de conformidade relativo ao preenchimento 86,7%, ao ser

comparada com a oncoclínica que obteve 83,1% de registros conformes. Quanto à completude foram evidenciados elevados índices de não conformidade: 90,6% na oncocirúrgica e 78,0% na oncoclínica;

- Os registros de anotação e evolução de enfermagem atingiram índices mais elevados de conformidade relativa ao preenchimento, uma vez que estiveram presentes em 100% dos prontuários nas duas unidades. Os menores índices de conformidade ocorreram na avaliação inicial, sendo 83,9% na oncoclínica e 88,3% na oncocirúrgica;

- A maior completude relacionou-se à prescrição e à anotação de enfermagem, em ambas as unidades, sendo na oncoclínica, 84,7% e 83,1%, e na oncocirúrgica, 80,5% e 77,3%, respectivamente. A completude na avaliação inicial obteve piores índices de registros incompletos 17,8% na oncoclínica e 11,7% na oncocirúrgica;

- O item avaliação de queda da avaliação inicial, na comparação entre as unidades, obteve índices de conformidade relativos ao preenchimento de 67,8% na oncoclínica e 80,5% na oncocirúrgica. A completude mostrou-se insatisfatória, 31,4% de registros incompletos na oncoclínica e 19,5% na oncocirúrgica, com diferença estatística significativa ($p<0,001$);

- O item cuidador, também analisado na avaliação inicial, na oncoclínica apresentou 51,7% de registros completos e 24,6% incompletos; na oncocirúrgica, obteve 66,4% desses registros completos e 20,3% incompletos, apresentando diferença estatistísca significativa ($p=0,041$); e

- Na evolução de enfermagem, o item de menor percentual de conformidade relativo ao preenchimento foi quanto à avaliação da dor, 72,0% na oncoclínica e 51,6% na oncocirúrgica, com diferença estatisticamente significante ($p<0,001$). A avaliação da dor também obteve os piores escores relativos à completude referente aos registros incompletos, 49,2% na oncocirúrgica e 27,1% na oncoclínica, com diferença estatística significativa ($p<0,001$).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação permitiu conhecer a qualidade dos registros de enfermagem no prontuário eletrônico de pacientes internados em um hospital oncológico, por meio da análise das conformidades relativas ao preenchimento e à completude, reafirmando o quão complexo é o PE relacionado ao registro dos cuidados prestados operacionalizado pela SAE, visto as diversas variáveis que o envolvem, sobretudo os aspectos qualitativos desses registros.

Os achados possibilitaram uma reflexão a respeito da importância da realização dos registros de enfermagem, ressaltando que os registros dos cuidados prestados devem estar presentes, ser claros, com conteúdo abrangente que viabilize a compreensão das necessidades de saúde, para que uma assistência contínua e integral seja implementada.

Nessa direção, tão importante quanto à assistência de enfermagem é o registro do cuidado realizado pela equipe de enfermagem, sobre as informações que oportunizam cuidados durante o processo saúde-doença do paciente e o acesso dos profissionais de saúde ou gestores dos dados contidos nos prontuários.

Assim, a qualidade dos registros abrange diversos atributos que são determinados por órgãos reguladores da profissão, por protocolos e políticas institucionais e pelo comprometimento da equipe de enfermagem no exercício profissional. No entanto, é imprescindível a capacitação dos profissionais e a responsabilização quanto ao quesito qualitativo da informação e a consciência sobre a usabilidade.

A incorporação de ferramentas tecnológicas, como o prontuário eletrônico do paciente, é facilitadora no processo de enfermagem e estão associadas a diversas vantagens. Mas, não podem ser pensadas, incorporadas e utilizadas como solução única para todos os obstáculos que envolvem os deficits de registros referentes à informação e documentação do prontuário do paciente.

Dessa maneira, cabe às instituições de saúde um olhar minucioso quanto ao planejamento, implementação e avaliação constante de estratégias, capazes de articular os recursos físicos, materiais e humanos às diversas áreas de saberes, incluindo, todos os profissionais da equipe multidisciplinar, para que os resultados sejam eficientes e efetivos.

Os resultados evidenciaram elevados índices de presença dos registros de enfermagem, porém, uma fragilidade na dimensão qualitativa desses documentos frente à completude. Os achados também permitiram a constatação de quais etapas e itens do processo de enfermagem institucional estão mais vulneráveis em relação à conformidade da completude, distinguindo também esses aspectos entre as unidades avaliadas.

Diante desse diagnóstico situacional, acredito na construção coletiva envolvendo gestores e profissionais, para discutirem e implantarem medidas de melhoria quanto à revisão das variáveis intervenientes para a documentação eletrônica e as especificidades dos registros de enfermagem, como tentativa de aprimorar e facilitar a execução do PE pelos profissionais, sobretudo quanto ao preenchimento e completude, assegurando a não mecanização dessa atividade.

Aliada a essa perspectiva, é imprescindível envolver e capacitar a equipe de enfermagem, e engajá-la em todo processo que permeia o sistema informatizado e para que reconheça o quão necessário é o documentar, e que o cuidar sem registrar é tido como cuidado não realizado e impacta diretamente na qualidade e segurança do paciente, além de dificultar o próprio trabalho da equipe de enfermagem e ocasionar, muitas vezes, retrabalho.

Outro ponto a destacar refere-se à escassez de investigações delineadas para avaliar a qualidade dos registros de enfermagem, especificamente no prontuário eletrônico, e que determinem índices de conformidade de excelência. Nesse sentido, acredito ser necessário o desenvolvimento de estudos complementares destinados a mensurar e comparar fatores que influenciam a qualidade dos registros e, por conseguinte, a qualidade assistencial, avançando na construção do conhecimento dos processos de trabalho assistencial, empregando o modelo teórico e o raciocínio clínico e no gerencial, com indicadores de conformidade e seus desdobramentos.

Ao encerrar esta investigação ressalto que os achados possibilitaram retratar que há necessidade de melhoria nos registros de enfermagem, no prontuário eletrônico, bem como ratifico a importância do monitoramento e avaliação dos protocolos institucionais, para subsidiar ações de aprimoramento, visando a maiores índices de conformidade nos processos de enfermagem, centrados no cuidado individualizado, integral e resolutivo nos serviços de saúde.

Por se tratar de um hospital de ensino e pesquisa, há que se pensar nestas dimensões, como balizadoras da formação de futuros profissionais de saúde e dos pesquisadores que se apropriam dos registros como fontes para a coleta de dados e produção de saberes.

REFERÊNCIAS

Ammenwerth E, Eichstadter HR, Pohl U, Rebel S, Ziegler S. A randomized evaluation of a computer-based nursing documentation system. Methods Inf Med. 2001; 40 (2): 61-8.

Barbosa SF, Sportello EF, Mira VL, Melleiro MM, Tronchin DMR. Qualidade de enfermagem: análise dos prontuários de usuários do Programa de Assistência Domiciliar de um hospital universitário. O Mundo da Saúde 2011; 35 (4): 394-400.

Baia, WRM. Rotatividade dos profissionais de enfermagem durante a fase de implementação de uma Instituição de Saúde de alta complexidade [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

Baptista CMC, Coan TCM, Santos NC, Nori A. Evolução de Enfermagem. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadoras. Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE): evolução e tendências. 5° edição revista, atualizada e ampliada. São Paulo: Ícone, 2012; p. 173-190.

Barros ALBL, Sanchez CG, Lopes JL, Lopes MHBM, Silva RCG. Processo de Enfermagem. In: Barros; p. 36- 62; cap. 3. Processo de Enfermagem: guia para a prática. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. São Paulo: COREN-SP; 2015. [citado 2016 fev. 20]. Disponível em: www.coren-sp.gov/sites/default/files/SAE.pdf

Bemmel J, Van Bemmel V, Musen MA. Handbook of Medical Informatics. 1 st edition. Springer Veriag; 1997.

Blumenthal D. Hoaglin MC, Burke MF, Buntin MB. The benefits of health information technology: a review of the recent literature shows predominantly positive results. Health Aff (Millwood) 2011; 30(3): 464-71.

Borsato FG, Rossaneis MA, Haddad MCFL, Vannuchi MTO, Vituri DW. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em um Hospital Universitário. Acta Paul Enfem 2011; 24 (4): 527-33.

Brandão CO. Dor e depressão. In: Fernandes Junior HJ, Bifuco VA, Barboza AB. Coord. Câncer uma visão multiprofissional. Barueri (SP): Minha Editora. 2010; p.217-28.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Vocabulário da Saúde em Qualidade e melhoria da Gestão. Brasília; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n° 63 de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os Serviços de Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília. 25 nov. 2011. Seção 1:227.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 2012. p.59.

Campos MEP. A Psico-Oncologia: uma nova visão do câncer – uma trajetória. [tese livre-docência]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2010.

Chanes DC, Kusahara DM. Sistematização da Assistência de Enfermagem: ferramentas para segurança do paciente. In: Pedreira MLG, Harada MJCS organizadores. Enfermagem dia a dia: segurança do paciente. Yendis: São Caetano do Sul; 2009. p 45-66.

Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução n° 1638/2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da comissão de prontuário nas instituições de saúde. [citado em 10 dez 2014] CFN; 2002. Disponível em: http://wwwportalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm.

Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução nº 1.821, de julho de 2007: Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. [citado em 23 de nov 2014]; 2002. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/1821_2007.htm

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n° 358, de 15 de outubro de 2009: dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília (DF); 2009.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n° 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da Enfermagem, independente do meio de suporte - Tradicional ou Eletrônico. 2012. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html

Conselho Regional de Enfermagem (SP). Anotações de enfermagem. Jun 2009. [citado em 10 dez 2014] Disponível em http:// inter.corensp.gov.br/sites/default/files/anotações_enfermagem.pdf.

Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde - CBA, editor. Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. Rio de Janeiro; 2010.

Costa CGA, editor. Cartilha sobre prontuário eletrônico: a certificação de sistemas de registro eletrônico de saúde: segurança e confidencialidade para informação do paciente [Internet]. Brasília: CFM/SBIS; 2012. [citado 2016 fev 27]. Disponível em: https://correio.usp.br/service/home/~/?id=71260&part=3&auth=co&disp=i

Costa SP, Paz AA, Souza EN. Avaliação dos registros de enfermagem quanto ao exame físico. Rev Gaúcha Enfern., Porto Alegre (RS) 2010; 31 (1):62-9.

Cruz DALM. Processo de enfermagem e classificação. In: Gaidzinski R et al. Diagnóstico de Enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed. 2008.

Cruz DALM, Peres HHC, Lima AFC. A inserção do diagnóstico de enfermagem no processo assistencial. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadoras. Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE): evolução e tendências. 5° edição revista, atualizada e ampliada. São Paulo: Ícone, 2012; p. 145-172.

Dal Sasso GT, Peres HC, Silveira DT. Computerized nursing process in critical care using the ICNP - Beta 2. Stud Health Technol Inform. 2006; 122:1021-3.

Daly JM, Buckwalter K, Maas M. Written and computerized care plans: organizational processes and effect on patient outcomes. J Gerontol Nurs. 2002; 28 (9): 14-23.

Davis MP, Walsh D. Cancer pain: how to measure the fifth vital sign. Cleve Clin J Med 2004; 71:625-32**.**

Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA. 1988; 260(12): 1743-8.

Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med. 1990; 114(11): 1115-8.

Donabedian A. Evalución de la calidad de la atención médica. In: White KL, Frank J, organizadores. Investigaciones sobre serviços de salud: uma antologia. Washington (DC): OPAS; 1992a; p.382-404.

Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. QRB Qual Rev Bull. 1992b;18 (11): 356-60.

Fonseca AS, Yamanaka NMA, Barison THAS, Luz SF. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. Mundo Saúde 2005; 29 (2): 161-9.

Françolin L, Brito MFP, Gabriel CS, Monteiro TM, Bernardes A. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. Rev. Enferm. UERJ 2012; 20 (1): 79-83.

Gutierrez BAO, Soares AVN, Anabuki MH, Nomura FH. Histórico de Enfermagem. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadoras. Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE): evolução e tendências. 5° edição revista, atualizada e ampliada. São Paulo: Ícone, 2012; p. 103-144.

Hebda T, et al: Handbook of informatics for nurses and health care professional, ed 4, Upper Saddle River, NJ, 2009, Pearson Prentice Hall.

Horta WA. O processo de enfermagem. São Paulo: EPU/EDUSP; 1979.

Institute of Medicine. The Computer-based patient record: an essencial technology for health care, revised edition, Division of Health Care Services, Institute of Medicine, National Academy of Science, Washington, D.C.,USA, 1997.

Instituto do Câncer do Estado de São Paulo [Internet]. São Paulo; ICESP, 2014. [citado 2016 jan. 10]. Disponível em: http://www.icesp.org.br/

Jardim JM, Lacerda RA, Soares NJD, Nunes BK. Avaliação das práticas de prevenção e controle de infecção de corrente sanguínea em um hospital governamental. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(1): 38-45.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. Characteristics of clinical indicators. QRB Qual Rev Bull. 1989; 15(11): 330-9.

Kuchler FF, Alvarez AG, Haertel LA. Elaboração de ferramenta informatizada que viabiliza a prática da sistematização da assistência de enfermagem. In: Anais do X Congresso Brasileiro de Informática em Saúde; 2006 out. 14-18; Florianópolis (SC), Brasil. Florianópolis: SBIS; 2006. p. 264-8.

Lima AFC, Gaidzinski RR, Ferrari CRS, Bálsamo AC, Lopes CLB, Shimoda GT et al. Diretrizes para o sistema de assistência de enfermagem no hospital universitário da USP. In: Gaidzinski RR et al. Diagnóstico de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2008. p 74-84.

Lyman GH, Akhorana AA, Falanga A. American Society of Clinical Oncoly Guideline. Jornal of Clinical Oncology 2007; 25: 5490-5505.

Maciel-Lima SM. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. Cad Saúde Pública. 2004; 20(2):502-11.

Marin HF, Massad E, Azevedo Neto RS. Prontuário Eletrônico do Paciente: Definições e Conceitos; In: H de F. Marin, organizador. O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. São Paulo; 2003. p. 1-20.

Massad E, Marin HF, Azevedo Neto RS, Lira ACO, editores. O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. São Paulo: H de F. Marin; 2003.

Matsuda LM, Silva DMP, Évora YDM, Coimbra JAH. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? Rev. Eletr. Enf. 2006;8(3):415-21.

Matsuda LM, Carvalho ARS, Évora YDM. Anotações/registros de enfermagem em um hospital-escola. Cienc Cuid Saúde 2007; 6 (Suplem. 2):337-46.

McDonald CJ, Barnett GO. Medical-Records Systems. In: Shortliffe EH, Perreault LE. (eds). Medical Informatics: Computer Aplications in Health Care. New York: Addison-Wesley Publishing; 1990. p.181-218.

Melleiro MM, Fugulin FMT, Rogenski NMB, Gonçalves VLM, Tronchin DMR. A evolução do sistema de assistência de enfermagem no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo: uma história de 30 anos. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadoras. Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE): evolução e tendências. 5° edição. São Paulo: Ícone; 2012. p. 85-102.

Melleiro MM, Tronchin DMR, Baptista CMC, Paulino A, Kurcgant P. Indicadores de prevalência de úlcera por pressão e incidência de queda de paciente em hospitais de ensino do munícipio de São Paulo. Rev Esc Enferm USP. 2015; 49 (Esp2):54-58.

Miguel PAC. Qualidade: enfoques e ferramentas. São Paulo: Artliber; 2001.

Mira VL, Oliveira LFMNO, Ferrari CRS, Ortiz DCF, Follador NN. Anotação de Enfermagem. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadoras. Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE): evolução e tendências. 5° edição. São Paulo: Ícone; 2012. p. 259-272.

Nightingale F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez;1989.

Nogueira LCL. Gerenciando pela qualidade total na saúde. Belo Horizonte, QFCO, 1996.

Ochoa-Vigo K, Pace AE, Rossi LA, Hayashida M. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2001; 35 (4): 390-8.

Peres HHC. Sistema de documentação eletrônica do Processo de Enfermagem: desenvolvimento, avaliação e implementação no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo [livre docência]. São Paulo. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

Peres HHC, Cruz DAM, Lima AFC, Gaidzinski RR, Franco Ortiz DF, Trindade MM et al. Desenvolvimento de sistema eletrônico de documentação clínica de enfermagem estruturado em diagnósticos, resultados e intervenções. Rev Esc Enferm USP 2009;43 (Esp 2): 1149-55.

Peres HHC, Lima AFC, Oliveira NB, Castilho V, Tsukamoto R, Leite MMJ. A tecnologia da informação como ferramenta de gestão em enfermagem – PROENF: gestão. In: Vale EG, Peruzzo AS, Felli VEA. Programa de atualização em enfermagem: gestão. Porto Alegre: Artmed/Panamericana. 2011; 95-122.

Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 7ªed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

Possari J. Prontuário do paciente e os registros de enfermagem. São Paulo: Iátria; 2005.

Potter PA, Perry AG. Fundamentos de Enfermagem. Editores das seções May Hall, Patricia A. Stockert; [tradução de Maysa Ritomy Ide... et al.]. – 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

Quadrado, ERS, Tronchin DMR. Avaliação do protocolo de identificação do neonato de um hospital privado. Rev Latino-Am Enferm. 2012; 20(4):659-67.

Rosseti KAG, Tronchin DMR. Avaliação da conformidade da prática assistencial de manutenção do cateter temporário duplo lúmen para hemodiálise. Rev Latino-Am Enferm. 2014; 22(1):1-7.

Santos SR, Paula AFA, Lima JP. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. Rev Latino-Am Enfermagem 2003; 11(1) 80-7

Serafim ACE, Souza LPM, Santos PC. Avaliação psicológica dos pacientes em reabilitação In: Brito CMM, Bazan M, Pinto CA, Baia WRM, Battistella LR. Editores. Manual de reabilitação em oncologia do ICESP. Barueri, São Paulo: Manole; 2014. p.106-16.

Serapioni M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. Revista Crítica de Ciências Sociais 2009; 85: 65-82.

Setz VG, D´Innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. Acta Paul Enferm, 2009; 22 (3): 313-7.

Silva JA, Grossi ACM, Haddad MCL, Marcon SS. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em unidade semi-intensiva. Esc. Anna Nery 2012; 16 (3):576-81.

Silva YB, Pimenta CAM. Análise dos registros de enfermagem sobre dor e analgesia em doentes hospitalizados. Rev Esc Enfer USP 2003; 37(2): 109-18.

Silveira DT, Marin HF. Conjunto de Dados Mínimos em Enfermagem: identificação de categorias e itens para a prática de enfermagem em saúde ocupacional ambulatorial. Rev Bras Enferm 2006 mar-abr; 59(2): 142-7.

Souza TM, Spir EG, Nomura FH, Queiroz GA, Hashimoto MRK, Sportello EF, Silva LCFP, Tronchin DMR. Prescrição de Enfermagem. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadoras. Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE): evolução e tendências. 5° edição revista, atualizada e ampliada. São Paulo: Ícone, 2012; p. 191-206.

Tase T, Tronchin DMR. Sistemas de identificação de pacientes em unidades obstétricas e a conformidade das pulseiras. Acta Paul Enferm. 2015; 28(4):374-80.

TIC Saúde, 2014 [livro eletrônico]: pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros = ICT in health 2014: survey on the use of information and communication Technologies in brazilian health care facilities/ coordenador/coordinator Alexandre F. Barbosa. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2015.

Tronchin DMR, Melleiro MM, Takahashi RT. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem; In: Kurcgant P, organizadora. Coordenadora. Gerenciamento em Enfermagem. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010; p. 71-84.

Tronchin DMR. Indicadores de enfermagem no âmbito hospitalar: revisão integrativa de literatura. [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Vardi M, Haran M. Venous Thromboembolism prophylaxis of acutely III hospitalized medical patients. Are we over-treating our patients? European Journal of Internal Medicine 2012; 23:231-235.

Wachter, RM. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Werley HH, Lang NM (editors). Identification of the Nursing Minimum Data Set. New York (USA):Springer Publishing Company, 1988.

Westra BL, Delaney CW, Konicek D, Keenan G. Nursing Standards to support the eletronic health record. Nurs Outlook. 2008; 56 (5): 258-66.

William GH, David B, Graham PF. Prevention of venous Thromboembolism: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th edition). Chest 2008:133; 3815-4535.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Formulário “Qualidade dos Registros de Enfermagem no Prontuário Eletrônico do Paciente”

Parte I – Identificação do Prontuário

Data da coleta: ____/____/____ Unidade de Internação Oncológica: ( ) Oncoclínica ( ) Oncocirúrgica

Parte II – Análise das variáveis dos registros de enfermagem realizados no prontuário eletrônico

a) AVALIAÇÃO INICIAL

VÁRIAVEIS DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM	PREENCHIMENTO		COMPLETUDE			NÃO SE APLICA
	NÃO	SIM	COMPLETO	PARCIALMENTE COMPLETO	INCOMPLETO	
Registro da avaliação inicial						
Anamnese						
Conhecimento do paciente sobre o diagnóstico e o tratamento						

VÁRIAVEIS DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM	PREENCHIMENTO		COMPLETUDE			NÃO SE APLICA
	NÃO	SIM	COMPLETO	PARCIALMENTE COMPLETO	INCOMPLETO	
Procedência						
Meio de transporte						
Condições de moradia						
Rede de esgoto						
Estado civil						
Número de filhos						
Cuidador						
Profissão/Renda						

VÁRIAVEIS DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM	PREENCHIMENTO		COMPLETUDE			NÃO SE APLICA
	NÃO	SIM	COMPLETO	PARCIALMENTE COMPLETO	INCOMPLETO	
Religião						
Escolaridade						
Registro da avaliação de risco						
Risco funcional						
Risco para queda						
Risco para tromboembolismo (TEV)						
Risco psicológico						
Risco social						
Vulnerabilidade						
Assinatura eletrônica na avaliação inicial						

b) EXAME FÍSICO

VÁRIAVEIS DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM	PREENCHIMENTO		COMPLETUDE			NÃO SE APLICA
	NÃO	SIM	COMPLETO	PARCIALMENTE COMPLETO	INCOMPLETO	
Registro do exame físico						
Assinatura eletrônica exame físico						

c) EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

VÁRIÁVEIS DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM	PREENCHIMENTO		COMPLETUDE			NÃO SE APLICA
	NÃO	SIM	COMPLETO	PARCIALMENTE COMPLETO	INCOMPLETO	
Registro da evolução de enfermagem						
Motivo de internação						
Alergia						
Problema ativo						
Antecedentes pessoais						
Dor						
Assinatura eletrônica na evolução de enfermagem						

d) DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

VÁRIAVEIS DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM	PREENCHIMENTO		COMPLETUDE			NÃO SE APLICA
	NÃO	SIM	COMPLETO	PARCIALMENTE COMPLETO	INCOMPLETO	
Registro dos diagnósticos de enfermagem						
Assinatura eletrônica no diagnóstico de enfermagem						

e) PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

VARIÀVEIS DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM	PREENCHIMENTO		COMPLETUDE			NÃO SE APLICA
	NÃO	SIM	COMPLETO	PARCIALMENTE COMPLETO	INCOMPLETO	
Registro da prescrição de enfermagem						
Assinatura eletrônica na prescrição de enfermagem						

f) ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

VÁRIAVEIS DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM	PREENCHIMENTO		COMPLETUDE			NÃO SE APLICA
	NÃO	SIM	COMPLETO	PARCIALMENTE COMPLETO	INCOMPLETO	
Registro da anotação de enfermagem						
Anotação dos sinais vitais						
Assinatura eletrônica na anotação de enfermagem						

APÊNDICE 2

Manual Operacional dos Registros de Enfermagem

Este manual foi elaborado visando assegurar a coleta fidedigna dos registros de enfermagem com base nos conceitos/definições preconizados pelo Instituto do Câncer de São Paulo.

A análise de cada item ocorreu por meio da identificação dos atributos preenchimento/presença (sim ou não) e completude (completo, parcialmente completo e incompleto), e a opção não se aplica.

Os escores de completude estabelecidos corresponderam a: completo (100% do registro efetuado), parcialmente completos (de 50% a 99,9% do registro efetuado), incompletos (menos que 50% do registro efetuado). Na ausência da informação o registro foi considerado como incompleto.

ANÁLISE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM		
Etapa do Processo de Enfermagem	**Itens**	**Descrição**
a) Avaliação inicial	Registro da Avaliação Inicial	A avaliação inicial corresponde a anamnese e a avaliação de risco.
	Anamnese	Informações sobre o modo de vida, o histórico de saúde e os antecedentes (composta por 11 itens)

ANÁLISE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM		
Etapa do Processo de Enfermagem	**Itens**	**Descrição**
a) <u>Avaliação inicial</u>	Conhecimento do paciente sobre o diagnóstico e o tratamento	Informação quanto ao grau de conhecimento que o paciente detém sobre a doença e o tratamento oncológico.
	Procedência	Local de origem do paciente, de onde o mesmo provém
	Meio de transporte	Tipo de transporte que o paciente utiliza para chegar à instituição.
	Condições de moradia	Caracterização do estilo e das condições de moradia.
	Rede de esgoto	Condições da rede de esgoto.
	Estado civil	Identificar se o paciente é casado, solteiro, viúvo ou divorciado.
	Número de filhos	Identificar se o paciente possui filhos.
	Cuidador	Identificar se o paciente possui cuidador, se positivo, deve constar o nome e grau de parentesco.

ANÁLISE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM		
Etapa do Processo de Enfermagem	**Itens**	**Descrição**
a) Avaliação inicial	Profissão/Renda	Identificar a profissão do paciente e verificar se o paciente possui renda, a/ou auxílio financeiro.
	Religião	Verificar se o paciente possui religião, crença.
	Escolaridade	Formação/ nível escolar, grau de escolaridade.
	Registro da avaliação de risco	Verificar os seis itens que compõem a avaliação de risco.
	Risco funcional	Identificar os riscos funcionais do pacientes.
	Risco para queda	Verificar se o paciente possui risco para queda de acordo com escala utilizada na instituição.
	Risco para tromboembolismo (TEV)	Analisar classificação do paciente quanto risco para tromboembolismo.

ANÁLISE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM		
Etapa do Processo de Enfermagem	**Itens**	**Descrição**
a) Avaliação inicial	Risco psicológico	Identificar se paciente possui riscos relacionados ao estado psicológico.
	Risco social	Verificar se paciente possui riscos sociais.
	Vulnerabilidade	Analisar se paciente possui alguma condição que o classifique como vulnerável.
	Assinatura eletrônica na avaliação Inicial	Identificar a assinatura eletrônica na avaliação inicial, a validade dos certificados digitais, assim como a liberação do registro.
b) Exame físico	Registro do exame físico	Exame cefalopodal para avaliar as alterações de cada sistema (composto por 27 itens).
	Assinatura eletrônica no exame físico	Identificar a assinatura eletrônica no exame físico, e certificados digitais vencidos, com pendência de liberação.

ANÁLISE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM		
Etapa do Processo de Enfermagem	**Itens**	**Descrição**
c) Evolução de enfermagem	Registro da evolução de enfermagem	Evolução do paciente nas últimas 24 horas, identificando elementos de todos os sistemas: neurológico, respiratório, cardíaco, geniturinário, digestivo, músculo esquelético, assim como informações do estado emocional e das formas de comunicação do paciente. A evolução deve conter registros e descrições sobre o manejo e intervenções aplicadas diante do motivo de internação do paciente, e seu problema ativo.
	Motivo de internação	Razão pela qual o paciente foi internado.
	Alergia	Reações alérgicas anteriores.
	Problema ativo	Problema clínico atual do paciente, que pode ser diferente do motivo de internação.
	Antecedentes pessoais	Comorbidades, e outras patologias.

ANÁLISE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM		
Etapa do Processo de Enfermagem	**Itens**	**Descrição**
c) Evolução de enfermagem	Dor	Identificar na evolução de enfermagem o registro descritivo de presença e/ou ausência de dor nas últimas 24 horas. Na presença de dor serão avaliados o local (topografia) e manejo dos sintoma. A reavaliação da dor será analisada quando dor ≥4 registrada nos sinais vitais.
	Assinatura eletrônica na evolução de enfermagem	Identificar a assinatura eletrônica na evolução de enfermagem, a validade dos certificados digitais, assim como a liberação do registro.
d) Diagnóstico de enfermagem	Registro dos diagnósticos de enfermagem	Os diagnósticos de enfermagem correspondem às interpretações das queixas e dos achados da avaliação inicial, exame físico, motivo de internação e problema ativo. Avaliado se os diagnósticos identificados correspondem aos problemas e necessidades do paciente.
	Assinatura eletrônica no diagnóstico de enfermagem	Identificar a assinatura eletrônica no diagnóstico de enfermagem, a validade dos certificados digitais, assim como a liberação do registro.

ANÁLISE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM		
Etapa do Processo de Enfermagem	**Itens**	**Descrição**
e) Prescrição de enfermagem	Registro da prescrição de enfermagem	Cuidados de enfermagem levantados a partir dos diagnósticos de enfermagem, para cada diagnóstico de enfermagem identificado deverá haver ao menos uma prescrição de enfermagem.
	Assinatura eletrônica na prescrição de enfermagem	Identificar a assinatura eletrônica na prescrição de enfermagem, a validade dos certificados digitais, assim como a liberação do registro.
f) Anotação de enfermagem	Registro da anotação de enfermagem	As anotações de enfermagem correspondem as informações sobre o estado do paciente, descrição dos dispositivos e procedimentos realizados referentes aos cuidados de saúde, higiene e conforto. E devem ser identificadas em todos os turnos: manhã, tarde e noite.

ANÁLISE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM		
Fase do Processo de Enfermagem	**Itens**	**Descrição**
f) Anotação de enfermagem	Anotação dos sinais vitais	Registro dos sinais vitais: pressão arterial, pulso, respiração, temperatura e dor. Avaliada a presença ou ausência dos sinais vitais a cada seis horas. Na identificação de dor ≥4, será avaliado a presença da reavaliação da dor, conforme protocolo institucional da dor. Obs: pacientes identificados como fase final de vida, em cuidados paliativos exclusivos, com prescrição médica e de enfermagem que suspendam a verificação de sinais vitais, serão excluídos dos critérios acima.
	Assinatura eletrônica na anotação de enfermagem	Identificar a assinatura eletrônica na anotação de enfermagem, a validade dos certificados digitais, assim como a liberação do registro.

ANEXOS

ANEXO 1

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP)

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Registros de enfermagem de pacientes em um hospital oncológico: avaliação da qualidade em prontuários eletrônicos

Pesquisador: Ariane Silva Paulino Pimenta

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 45413115.8.0000.5392

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.122.813

Data da Relatoria: 23/06/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um quantitativo, exploratório-descritivo, documental, com coleta retrospectiva dos dados. A amostra da pesquisa será constituída de 246 prontuários eletrônicos dos pacientes admitidos nas unidades oncológicas de internação clínica e cirúrgica, durante o período de julho a dezembro de 2014 e a seleção ocorrerá por meio da amostragem sistemática aleatória.

A coleta de dados ocorrerá no período de agosto a outubro de 2015, através de um instrumento específico. Para coletar os dados foi elaborado o formulário intitulado "Qualidade dos Registros de Enfermagem no Prontuário do Paciente", baseado no estudo de Barbosa et al. (2011) e nos documentos e protocolos institucionais.

A análise ocorrerá mediante estatística descritiva e inferencial, com nível de significância de 5% e um intervalo de confiança de 95%.

Objetivo da Pesquisa:

- avaliar a qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de pacientes assistidos em um hospital oncológico e de ensino no Município de São Paulo;

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: 1.122.813

- determinar os índices de conformidade quanto à adequação e completude dos registros de enfermagem contidos na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nos prontuários eletrônicos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisadora refere que a pesquisa não apresenta riscos.

Benefícios:

Espera-se que os achados deste estudo contribuam para retratar a qualidade dos registros de enfermagem no prontuário eletrônico do paciente hospitalizado e verificar as etapas com maior vulnerabilidade do SAE, a fim de subsidiar a implementação de ações preventivas e corretivas visando garantir a fidedignidade e a completude da documentação eletrônica, na instituição cenário deste estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa pode aprimorar os registros de enfermagem realizados no prontuário eletrônico, subsidiar a capacitação da equipe de enfermagem no que tange a
fidedignidade e à relevância das informações no prontuário e implementar protocolos destinados ao registro da SAE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Solicita dispensa do TCLE, pois, a pesquisa não envolverá direta ou indiretamente a abordagem aos pacientes, mas sim a verificação dos registros de enfermagem dos prontuários, conforme protocolo institucional.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

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: 1.122.813

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil.

Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

SAO PAULO, 24 de Junho de 2015

Assinado por:
Marcelo José dos Santos
(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

ANEXO 2

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Registros de enfermagem de pacientes em um hospital oncológico: avaliação da qualidade em prontuários eletrônicos

Pesquisador: Ariane Silva Paulino Pimenta

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 45413115.8.3001.0065

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.151.860

Data da Relatoria: 15/07/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa apresentado à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) para obtenção do título de mestre.

Estudo quantitativo,exploratório-descritivo, documental, com coleta retrospectiva dos dados. A amostra da pesquisa será constituída de 246 prontuários eletrônicos dos pacientes admitidos nas unidades oncológicas de internação clínica e cirúrgica, durante o período de julho a dezembro de 2014 e a seleção ocorrerá por meio da amostragem sistemática aleatória. Os objetivos desta pesquisa são: avaliar a qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de pacientes assistidos em um hospital oncológico e de ensino no Município de São Paulo e determinar os índices de

conformidade quanto à adequação e completude dos registros de enfermagem contidos na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nos prontuários eletrônicos. A coleta de dados ocorrerá no período de agosto a outubro de 2015, através de um instrumento específico. Para coletar os dados foi elaborado o formulário intitulado "Qualidade dos Registros de Enfermagem no Prontuário do Paciente", baseado no estudo de Barbosa et al. (2011) e nos documentos e protocolos institucionais. A análise ocorrerá mediante estatística descritiva e inferencial, com nível de significância

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU **CEP:** 01.246-903
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 **E-mail:** cep.fm@usp.br

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP

de 5% e um intervalo de confiança de 95%. Dessa forma, espera-se que os achados deste estudo contribuam para retratar a qualidade dos registros de enfermagem no prontuário eletrônico do paciente hospitalizado e verificar as etapas com maior vulnerabilidade do SAE, a fim de subsidiar a implementação de ações preventivas e corretivas visando garantir a fidedignidade e a completude da documentação eletrônica, na instituição
cenário deste estudo.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário: Avaliar a qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de pacientes assistidos em um hospital oncológico e de ensino no Município de São Paulo.
Objetivo Secundário: Determinar os índices de conformidade quanto à adequação e completude dos registros de enfermagem contidos na SAE nos prontuários eletrônicos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos: Não há. Trata-se de coleta de dados retrospectivos em prontuário.
Benefícios: Avaliar a qualidade dos registros de enfermagem na instituição campo de pesquisa, conhecer os índices de conformidade em todas as etapas do processo de enfermagem. Garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente no decorrer de sua internação e da terapêutica. Contribuir para melhoria dos processos institucionais por meio da implementação de ações corretivas e preventivas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Projeto bem escrito.
Pesquisa relevante.
Serão avaliados 246 prontuários de acordo com índice estatístico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Projeto retrospectivo (revisão de prontuários) com dispensa de TCLE.
A pesquisa não envolverá direta ou indiretamente a abordagem aos pacientes, mas sim a verificação dos registros de enfermagem dos prontuários, conforme protocolo institucional.

Recomendações:
Não há.

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU **CEP:** 01.246-903
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 **E-mail:** cep.fm@usp.br

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto será realizado pela Escola de Enfermagem da USP, sendo que a pesquisa já foi autorizada pelo Comitê de Ética desta instituição, porém é necessário a autorização do local onde os dados serão coletados (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo - ICESP).

Solicitamos que seja encaminhado documento de autorização para nossa ciência.

O início da coleta é condicionado ao envio do documento de autorização da Instituição onde os dados serão coletados.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 16 de Julho de 2015

Assinado por:
Roger Chammas
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU **CEP:** 01.246-903
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 **E-mail:** cep.fm@usp.br

INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO
OCTAVIO FRIAS DE OLIVEIRA

FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA

São Paulo, 30 de junho de 2015

Registro: NP 583/2015

Ref. Solicitação de execução de estudo: **Registros de enfermagem de pacientes em um hospital oncológico: avaliação da qualidade em prontuários eletrônicos.**

Pesquisador Responsável: Dra. Daisy Maria Rizatto Tronchin
Pesquisador Executante: Dra. Ariane Silva Paulino Pimenta

CONSIDERAÇÕES

Trata-se de um estudo retrospectivo com a finalidade de obtenção de título.

O estudo visa avaliar a qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de pacientes assistidos em um hospital oncológico e de ensino no Município de São Paulo.

Haverá coleta sistemática de dados numéricos em condição de controle, empregando-se métodos estatísticos para analisar os resultados.

RESPONSABILIDADES DO PESQUISADOR
Antes do início dos procedimentos relacionados ao estudo:

- Iniciar as atividades do estudo somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FMUSP para execução no ICESP segundo a Res. 466/12;
- Fornecer cópia da Carta de Aprovação e Relatório Final com ciência do CEP ao NP- ICESP;
- Enviar Publicação dos resultados do estudo;

Informamos que sua solicitação foi DEFERIDA.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Paulo M. Hoff
Diretor Geral

Prof. Dr. Paulo M. Hoff
Diretor Geral
ICESP

Versão 20 de maio de 2015

INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO
OCTAVIO FRIAS DE OLIVEIRA

FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA

Memo ICESP – Pesquisa 763/15

São Paulo, 08 de julho de 2015

Para: DGA
Depto: DGA

Registro: NP 583/15

Ref. Solicitação de execução de estudo: "Registros de enfermagem de pacientes em um hospital oncológico: avaliação da qualidade em prontuários eletrônicos".

Pesquisador responsável: Dra. Daisy Maria Rizatto Tronchin / Dra. Ariane Silva Paulino Pimenta

Encaminhamos Parecer do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo referente à solicitação de execução do projeto supracitado no ICESP para que seja encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Por gentileza, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, solicitamos que nos envie os documentos citados abaixo:

- Envio da carta de aprovação do CEP-FMUSP referente à participação do ICESP;
- Cópia do Relatório Final e publicação;

Por gentileza, protocolar esta carta confirmando o recebimento e enviar por fax 55 (11) 3893-3504.

Agradecemos à colaboração e estamos disponíveis para maiores esclarecimentos.

Roberto Jun Arai
Gerente de Pesquisa
Instituto do Câncer do Estado de São Paulo- ICESP
"Octávio Frias de Oliveira"

Bárbara Penna Santos
Assistente de Gerência – Núcleo de Pesquisa
Instituto do Câncer do Estado de São Paulo- ICESP
"Octávio Frias de Oliveira"