

ORGANIZAÇÃO DE PROCESSOS NA MELHORIA DA QUALIDADE DE REGISTROS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM

PROCESS ORGANIZATION IN IMPROVEMENT OF HEALTH RECORDS
QUALITY NURSING CARE

Antonio Pires Barbosa

Médico. Mestre e Doutor em Administração. Professor Titular na UNINOVE SP. E-mail: rbe.pires@gmail.com

Flavia Coccuza Das Eiras

Enfermeira. Mestrado Profissional em Gestão de Sistemas de Saúde - Uninove-SP
ICHC –FMUSP. E-mail: daseiras@ig.com.br

Eliseth Carneiro Leão

Professora Permanente do Mestrado Profissional em Enfermagem do IEP Albert Einstein – SP.
E-mail: eliseth.leao@einstein.br

Anderson Sena Barnabé

Doutorado em Saúde Pública. Professor na Universitário da Universidade Nove de Julho. E-mail: anderson@uninove.br

Envio em: Maio de 2015

Aceite em: Julho de 2015

RESUMO

A incorporação tecnológica e de sistemas de informações em saúde trouxe acentuada preocupação com a qualidade assistencial por parte de profissionais de saúde. Até 2010 inexistia no Hospital estudado a Sistematização da Assistência de Enfermagem, instrumentalizada pelo Processo de Enfermagem, que subsidia o raciocínio do enfermeiro na individualização e melhoria da assistência e permite melhor qualidade e adequação à Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem(COFEN). O propósito do presente trabalho foi o de avaliar a melhoria na qualidade de registros de Enfermagem após a implantação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE). O estudo de caso realizado em um hospital de ensino, com base teórico-empírica, compôs-se de duas fases: pré-implantação (fevereiro/2009 a julho/2010) e pós-implantação (novembro/ 2011 a abril/2012). A avaliação de conformidade de registros foi realizada por meio de auditorias de prontuários. Foram revistas 11 questões sobre qualidade de registros com respostas dicotômicas. Demonstrou-se que, apesar de alterações de impressos e prévio treinamento das equipes de enfermagem atuantes no complexo hospitalar, não houve melhora significativa na adesão ao preenchimento. Em função das constatações a instituição reforçou a revisão dos programas de educação continuada, com oficinas de treinamento e implementação de novas formas de registro e sensibilização quanto à importância de aspectos assistenciais e jurídicos.

Palavras Chave: Gestão em Saúde. Enfermagem. Auditoria. Prontuário. Diagnóstico de Enfermagem.

ABSTRACT

The importance of technological updating and incorporating new ways of using information acquired causes there is a constant concern in healthcare quality. In 2010 this hospital study there was no Care System Nursing is a methodology, manipulated through the Nursing Process , which provides subsidy for the reasoning of nurses to provide individualized care , improve care and , consequently , better quality and appropriateness of the

requirement from Federal Nursing Council (COFEN) , Resolution 358/2009. The study was divided into two phases: pre - deployment (February 2009 to July 2010) and post-deployment (November 2011 to April 2012). Conformity assessment of the records is accomplished through audits of medical records by 11 questions relating to the quality of records with dichotomous responses are evaluated. Demonstrated that despite the changes made in the preparation of new printed and prior team training there was no significant improvement in adherence to filling in the forms. Reinforced the need for revision of continuing education programs in service with the creation of training workshops and implementing new ways of recording / technology teams and awareness about the importance of adherence in relation to assistance and legal aspects.

Keywords: Health management. Nursing. Audit. Medical records. Nursing Diagnosis

1 INTRODUÇÃO

A evolução tecnológica e a incorporação de novas formas de utilização das informações apreendidas nas diversas áreas da assistência tem propiciado a emergência de novas abordagens na técnica de enfermagem. Questões relacionadas aos impactos das ações aos custos envolvidos com a assistência e aos processos de educação continuada têm propiciado aos profissionais do setor um crescente desenvolvimento de suas qualificações e da consciência acerca da importância profissional de uma prática centrada no paciente, custo-efetiva e que incorpore em sua dinâmica princípios de humanização e acolhimento. Em consequência, a enfermagem necessita de uma metodologia que tenha a capacidade de apresentar todo dinamismo característico da profissão. Esta, quando aplicada ao processo de enfermagem (PE) deve ter como uma das características, a facilitação da troca de informações entre enfermeiros, profissionais de saúde de outras funções assistenciais, entre instituições diversas e até entre países e culturas distintos daqueles em que ocorre o ato profissional. Além disto, é essencial que a abordagem das situações de atuação técnica contribua com a melhoria no cuidado prestado de um modo individualizado, personalizado e consequente com a qualidade dos registros de enfermagem.

A preocupação com a qualidade da assistência tem bases históricas no campo da assistência à saúde. De acordo com D’Innocenzo, Adami e Cunha (2006) no século XIX, Florence Nightingale foi precursora das bases na enfermagem moderna, desenvolvendo a organização dos hospitais de campanha com intuito de melhoria na qualidade do atendimento conseguindo diminuir significativamente o número de infecções e a mortalidade dos soldados ingleses feridos na guerra da Criméia, e várias foram as contribuições incorporadas pelo corpo funcional com o estudo crítico e com a instituição de procedimentos de treinamento e educação continuada em enfermagem.

A partir de 1951 ocorre nos Estados Unidos da América (EUA) a criação da Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais cujos propósitos essenciais foram relacionados diretamente à revisão da assistência em termos de eficácia e eficiência como posto por Malik e Schiesari (2011). Naquele País, a dinâmica de remuneração dos hospitais por meio de terceiros pagadores (TANAKA; TAMAKI, 2012) e a preocupação com a evolução dos custos e riscos associados à assistência acabam por consolidar um sistema de

garantia da qualidade cuja base é a acreditação das organizações com base em padrões de conformidade e modelos de contratação. Com isto, consolida-se em 1988 a *Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) que tinha como finalidade principal a de monitorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população por meio da acreditação. Este trabalho teve que introduzir crescentemente a colaboração de outras instituições e outros profissionais (odontologistas e enfermeiros) e de representantes de consumidores.

Nesse cenário, a enfermagem percebe a necessidade de evoluir os conhecimentos de uma forma organizada e ordenada, trazendo como princípio a adequação dos registros de suas atividades e procedimentos técnicos e trazendo a necessidade da criação das classificações. Em 1973 ocorre nos EUA, uma das primeiras iniciativas para a criação de sistemas de classificação para a prática de enfermagem, com o intuito principal de identificar e classificar as condições diagnosticadas e tratadas pelas enfermeiras, através da realização da I Conferência do Grupo Norte Americano para a Classificação de Diagnósticos de Enfermagem. Destas discussões cria-se em 1982 a *American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) cujo propósito foi o de desenvolver e elaborar a taxonomia de terminologia diagnóstica para uso das enfermeiras e consolidar o uso de evidências na base da produção da assistência médico-hospitalar em enfermagem (LUCENA, 2013; LAIBHEN-PARKES, 2014).

A padronização da linguagem de enfermagem recebeu também contribuições de outras instituições e organizações com a criação de sistemas de classificações para intervenções e resultados, que apesar de pouco conhecidos, trazem os benefícios do uso de terminologia comum, da facilitação da comunicação, da colaboração na qualidade da assistência de enfermagem, e com o aumento da visibilidade e domínios da profissão (LUCENA, 2013; MEDEIROS; SANTOS; CABRAL, 2013).

Tais movimentos levaram à sistematização da assistência de enfermagem (SAE) que vem sendo utilizada em algumas instituições de saúde como uma metodologia instrumentalizada do processo de enfermagem (PE) entendido como a aplicação prática de uma teoria de enfermagem na assistência aos pacientes.

O PE compreende cinco etapas: coleta de dados / histórico de enfermagem (entrevista e exame físico), diagnóstico de enfermagem, intervenções de enfermagem, prescrição de enfermagem e plano de alta. Este processo é um instrumento que auxilia o enfer-

meiro a conduzir uma forma de pensar nas necessidades do indivíduo e decidir quais intervenções será as mais adequadas durante o cuidado num determinado contexto, além de ser uma exigência do Conselho Federal de Enfermagem por meio da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 358/2009.

No hospital público de ensino e pesquisa, onde foi realizado o estudo até no ano de 2010 não havia o P.E estruturado e implantado, e impressos próprios da enfermagem, dificultando a prestação de serviço, a qualidade no atendimento, a padronização de cuidados e da linguagem própria da enfermagem. No ano de 2006 um grupo composto por 12 enfermeiros de diversas áreas (cirúrgicas, clínicas e ambulatorial) com o interesse comum de implementação da SAE, se reúne para estudar o tema. A partir destes encontros foi formado o Grupo de Estudo de Sistematização da Assistência de Enfermagem (GESAE). Para subsidiar a criação dos impressos do PE, houve um período superior a um ano de estudos dos membros do GESAE para aprofundar e solidificar conhecimentos. A SAE foi então implantada em clínicas piloto, onde um dos membros participantes do grupo prestava serviço, conseguindo contemplar todas as especialidades (clínica médica e cirúrgica). Após este período foi estendido para todas as unidades de terapia intensiva (UTIs), enfermaria da vascular e unidade semi-intensiva e enfermaria do transplante de fígado. Posteriormente, para as outras unidades do hospital, exceto o pronto-socorro, que foi incluído na quarta fase.

Na fase inicial (clínicas pilotos, onde o perfil dos pacientes era diferente, entre clínicos e cirúrgicos), pretenderam-se determinar os diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e atividades de enfermagem mais prevalentes em cada especialidade, possibilitando a unificação dos instrumentos em todo o complexo hospitalar, minimizando a variabilidade de formas de registro.

A implantação do P.E teve também como intuito o cumprimento da exigência do Conselho Federal de Enfermagem, que prevê o alinhamento da prática assistencial com a visão, missão e valores do Hospital, da Divisão de Enfermagem e o treinamento dos funcionários antes da inserção dos impressos do PE.

A resolução COFEN nº358 diz em seu artigo 6º que a realização do processo de enfermagem deve registrar formalmente e englobar o resumo dos dados coletados (pessoa, família ou coletividade humana) no processo saúde-doença, nos diagnósticos de enfermagem, nas ações ou intervenções de en-

fermagem executada frente aos diagnósticos de enfermagem identificada e os resultados obtidos como conclusão das ações ou intervenções de enfermagem realizadas (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

A preocupação com a qualidade das informações do registro de enfermagem devem se compor de critérios que especifiquem de forma clara as anotações de enfermagem na forma de comunicação escrita de informações pertinentes ao cliente e aos seus cuidados. Entende-se que os registros são elementos imprescindíveis no processo de cuidado humano visto que, quando redigidos de maneira que retratam a realidade a ser documentada, possibilitam à comunicação permanente, podendo destinar-se a diversos fins (TANURE; PINHEIRO, 2011).

Entretanto, apesar dos esforços dos corpos técnicos responsáveis pelos projetos de implementação da sistematização, questões relacionadas à cultura das organizações, às habilitações necessárias aos apontamentos das informações e à disponibilidade de instrumentos de coleta em tempo e local adequados podem ser apontados como elementos associados ao baixo grau de adesão e implementação do PE, e instâncias responsáveis pelo exercício profissional de Enfermagem no Brasil passam, por meio de resoluções e rotinas administrativas, definições acerca de responsabilidades e níveis de atuação.

No Instituto hospitalar estudado a avaliação de conformidade dos registros é realizada por meio de auditorias de prontuários médicos. São avaliadas 11 questões relativas à qualidade dos registros. São abordados aspectos relacionados à identificação do paciente, registro temporal de execução de procedimentos, identificação do profissional executor da ação de assistência, existência de registros de evolução e adequação no prontuário, anotações de eventos, existência de conferência dos procedimentos de prescrição e administração de medicamentos, presença da prescrição de enfermagem e checagem de execução do plano terapêutico assistencial instituído.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A preocupação em prestar assistência individualizada está estabelecida há muitas décadas pela enfermagem e constitui um dos princípios de prática profissional definido pela continuidade do cuidado “*continuum of care*” (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2011), sendo que tal prática se implanta nos Estados Unidos em 1929 e no Brasil em

1934. Inicialmente, este mecanismo de validação do cuidado aplica-se com a realização de estudos de casos em que ocorrem discussões sobre as condutas assistenciais, a técnica profissional e os meios de ensino e educação continuada. Eram compostos da história da doença, evolução da moléstia, tratamento médico e cuidados de enfermagem (TANNURE; PINHEIRO, 2011). Pode ser observada uma preocupação com a qualidade relacionada ao início o atendimento médico-hospitalar, onde se acreditava pouco provável o fato de alguém atuar sobre a vida de outra pessoa e não manifestar a intenção de fazê-lo com a melhor qualidade possível (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Nos E.U.A, inicia-se, a partir do enfoque contido nas iniciativas estabelecidas pelo relatório Flexner, do começo do século XX, em que a avaliação da formação médica e a restrição à manutenção de cursos de qualidade duvidosa, um movimento de avaliação da qualidade dos serviços prestados pelo setor saúde. Em 1951 ocorre a criação da Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais, que posteriormente deu origem à *Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), organização certificadora de padrões para os Hospitais americanos confluindo para a internacionalização deste modelo com a criação da *Joint Commission International* (JCI) nos anos 2000.

Em 1986, com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº 7.498, o planejamento da assistência de enfermagem passa a ser uma imposição legal, limitando as atribuições e responsabilidades destes profissionais tornando privativas as funções de planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem. Define-se também como competências exclusivas os papéis de consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem (BRASIL, 1986).

Segundo Tannure e Pinheiro (2011) o PE, introduzido por Wanda Horta, vem sendo implantado desde a década de 70, e em 2002 o COFEN através da Resolução nº 272, determinou a implementação da sistematização da assistência de enfermagem em âmbito nacional nas instituições de saúde brasileiras.

De acordo com essa resolução, o PE organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes. A primeira etapa é a coleta de dados-histórico de enfermagem – o qual tem por finalidade a obtenção de informações sobre as pessoas, família ou coletividade humana e suas repostas frente ao processo saúde e doença, através de um processo

deliberado, sistemático e contínuo, que é executado através de métodos e técnicas variadas. A segunda etapa constitui o diagnóstico de enfermagem, onde os dados coletados da primeira etapa são interpretados e agrupados, e são a base para a seleção das ações ou intervenções a serem realizados para que possam ser atingidos os resultados esperados. A terceira etapa compreende o planejamento de enfermagem onde serão determinados resultados esperados das ações ou intervenções de enfermagem. A quarta etapa é denominada de implementação compreendida pelas realizações das ações ou intervenções pré-estabelecidas na terceira fase. A quinta etapa e última constitui a avaliação de enfermagem, realizada de forma sistemática e contínua acerca de alterações nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana, considerando a efetividade das ações ou intervenções de enfermagem, seus resultados, e das possíveis alterações ou adaptações nas etapas do processo de enfermagem.

Pode ser percebido com muita regularidade, que a implantação de um modelo ou fórmula pré-determinada de assistência não pode ser considerada como garantia de maior qualidade na assistência em saúde. Tal asserção pode ser decorrente também das características culturais das profissões de saúde em que se apresentam relações complexas relações e interações multidisciplinares proporcionando aprendizado do ser humano de forma ampla e integral (NASCIMENTO et al., 2008). O registro das informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva e completa e a garantia da segurança assistencial ao indivíduo, à família e coletividade assistencial livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência, é responsabilidade dos trabalhadores de enfermagem e constitui um dos elementos essenciais ao controle da prática assistencial, ao resgate de evidências de boas práticas, à formulação de programas de reciclagem profissional e à defesa profissional face aos desafios que a profissão enfrenta (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

A avaliação do registro das etapas da SAE tem sua importância como facilitadora da valorização da assistência de enfermagem a ser estabelecida para o cuidado ao cliente/paciente (MEDEIROS; SANTOS; CABRAL, 2013) e existe uma associação positiva entre os registros e a qualidade do cuidado, levando-se à prática de avaliação dos cuidados de enfermagem pelos registros do processo e dos diagnósticos. Neste modelo, o instrumento normalmente utilizado para a aferição dos processos assistenciais e o juízo de va-

lor de seus atributos funcionais é composto pela auditoria dos registros abrangendo a conformidade dos mesmos às melhores práticas da assistência (SETZ; D'INNOCENZO, 2009). De acordo com Chiavenato (1981, apud SETZ; D'INNOCENZO, 2009), “a auditoria é um sistema de revisão e controle, para informar a administração sobre a eficiência e eficácia dos programas em desenvolvimento. Sua função não é somente indicar as falhas e os problemas, mas também, apontar sugestões e soluções, assumindo, portanto, um caráter eminentemente educacional”.

O que se buscou responder com a avaliação da implantação do PE foi em que grau sua implantação possibilita melhorias na qualidade dos registros da assistência prestada e, em decorrência propor mudanças nos mecanismos de auditoria de prontuários de enfermagem do hospital estudado, revisar seus processos assistenciais e introduzir atualizações nos processos de educação continuada com valorização das questões de documentação da assistencial. Em essência tais medidas permitiriam melhor compreensão da cultura vigente na organização acerca dos papéis dos profissionais de enfermagem e de sua importância enquanto recurso fundamental na prestação dos serviços.

3 METODOLOGIA

O presente trabalho constituiu um estudo de caso, de caráter teórico empírico que baseou-se na análise documental dos registros de dados das auditorias da gerência de enfermagem realizadas mensalmente pela diretora da área, com o propósito de identificar o nível de conformidade dos elementos de registro face às especificações previstas na regulamentação do exercício

profissional de enfermagem no hospital estudado.

Em uma primeira etapa ocorreu a realização de módulos de treinamento pré-operacional nas clínicas pilotos, que foram estendidos, após a realização de projetos pilotos às unidades de terapia intensiva (UTIs), enfermaria da cirurgia do fígado, enfermaria e unidade semi-intensiva da cirurgia vascular. Em uma terceira fase o moelo foi estendido às demais unidades do complexo que não contempladas com exceção do pronto-socorro que, em virtude de dificuldades operacionais, somente foi atendido numa quarta fase. O início da implantação nas unidades pilotos ocorreu entre agosto e dezembro de 2010. No mês de agosto de 2011 foram iniciadas a aplicação e avaliação dos instrumentos e, em setembro de 2011 houve revisão dos instrumentos avaliados.

O treinamento foi elaborado pelo grupo GESAE para ser aplicado em duas etapas. A primeira com participação de enfermeiros em uma dinâmica de 4 horas, divididas em teórica e prática, com estudos de casos. Foram abordadas todas as informações pertinentes ao PE, teoria de enfermagem, história da SAE, classificação de diagnósticos de enfermagem com uso do modelo NANDA. O objetivo do treinamento foi o nivelamento de conhecimentos, apresentação de impressos da SAE e sua aplicabilidade. Dentro deste grupo de enfermeiros pré-treinados, foram identificados os futuros multiplicadores para a realização do treinamento da anotação de enfermagem para os auxiliares/técnicos de enfermagem.

A auditoria foi então classificada quanto ao tipo, forma de intervenção, tempo, natureza e limite. O Quadro 1 descreve sinteticamente os arranjos desta forma de classificação:

QUADRO 1 – Classificação das auditorias de Enfermagem

CRITÉRIO		ATRIBUTOS	
Tipo	retrospectiva	versus	Operacional
Forma de Intervenção	interna	versus	Externa
Tempo	continua	versus	Periodica
Natureza	normal	versus	Específica
Limite	total	versus	Parcial

O estudo utilizou-se da técnica de auditoria do tipo operacional, interna e periódica, e confecção do impresso da auditoria de prontuário foi anterior à implantação da sistematização da assistência de en-

fermagem, sendo composto por 11 itens de avaliação, com conceito de respostas dicotômicas sim ou não.

Os itens avaliados foram os seguintes, com a observação de conformidade descrita para cada um dos itens:

QUADRO 2 – Itens ou padrões avaliados segundo presença ou ausência

CRITÉRIO-ITEM	ATRIBUTOS
Identificação de paciente	Existência de etiqueta de identificação em todos os impressos
Data dos procedimentos	Existência do registro em todos os impressos
Evolução de Enfermagem	Existência diária em pacientes críticos e de 2ª a 6ª em não críticos
Anotações de Enfermagem	Existência de pelo menos duas por turno de trabalho
Evolução Sequencial qto à horário	Constatação em prontuário único do paciente diariamente
Registro de anotações e evolução	Conformidade com local adequado em prontuário
Checagem de medicações prescritas	Conformidade com horário em todas as prescrições
Registro dos procedimentos de dispensação de medicamentos	Conformidade com Proc. Operac. Padrão em todos os turnos
Presença de prescrição de enfermagem	existência diária em pacientes críticos e de 2ª a 6ª em não críticos
Checagem de prescrição de enfermagem	Confirmação de existência em todos os turnos

O estudo foi realizado em um hospital público universitário, de nível terciário, com capacidade de 970 leitos totais, sendo 883 leitos ativos, 9 UTI(s) de diversas especialidades e 80 enfermarias. O quadro de enfermagem quando da realização das auditorias era composto por aproximadamente 1992 colaboradores. O complexo localiza-se na região da Cerqueira César na cidade de São Paulo e é composto por diversos institutos, sendo o instituto no qual se realiza a avaliação o principal componente. Tem por missão o ensino, a pesquisa e a prestação de serviços de saúde de alta complexidade, atendendo usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), de convênios e usuários particulares.

Tratou-se de um estudo transversal, com amostra por conveniência, método de amostragem não probabilístico, conforme Martins e Theóphilo (2009) com o número de 72 amostras destas sendo divididas em dois períodos (amostras de 36 auditorias), pré-implantação (fevereiro de 2009 a julho 2010) e pós-implantação (novembro 2011 a abril 2012) da SAE em uma UTI

dedicada a pacientes cirúrgicos do serviço de gastroenterologia e de transplante hepático, que requerem assistência complexa e especializada.

Os dados relativos ao período referido foram extraídos das auditorias realizadas mensalmente pela diretoria técnica de serviço de saúde na presença da enfermeira responsável do setor e quando possível com técnicos de enfermagem, com intuito de envolvê-los e torna-los corresponsáveis. Estes dados ficam armazenados na própria unidade. Foram realizadas análises quantitativas, através de uma tabela dividida em dois períodos e respostas.

RESULTADOS

Os dados coletados nas auditorias foram subdivididos nos onze itens componentes da auditoria, avaliando-se um volume de 72 auditorias, 36 relativas ao período pré-implantação e 36 pós-implantação da SAE. Cada um dos itens avaliados teve seus dados consolidados e organizados segundo demonstrado na Tabela 1:

Tabela 1 – Variações de graus de conformidade com itens auditados pré e pós implantação do modelo e relevância para a assistência e exercício profissional

QUESTÃO Nº	% DE CONFORMIDADE DE PRÉ IMPLANTAÇÃO	% DE CONFORMIDADE DE PÓS IMPLANTAÇÃO	RELEVÂNCIA P/ ASSISTÊNCIA	RELEVÂNCIA P/PRÁTICA PROFISSIONAL
1 - Identificação do Paciente	72,22%	83,33%	Alta - (prevenção risco de eventos adversos ao pactes)	Alta - (prevenção risco de eventos adversos ao pacte)
2 - Registro de data	88,89%	83,33%	Média para alta - (prejuízo dos controles gerenciais)	Alta - identificação básica da atuação profissional junto ao COREN
3- Identificação do profissional executante			Média para alta - (prejuízo dos controles gerenciais)	Alta - (redução do risco de processos judiciais)
4 - Evolução de Enfermagem	0%	56,56%	Alta - (prevenção risco de eventos adversos ao pactes)	Alta - (redução do risco de processos judiciais)
5 - Anotações de Enfermagem	100%	88,83%		

QUESTÃO Nº	% DE CONFORMIDA DE PRÉ IMPLANTAÇÃO	% DE CONFORMIDA DE PÓS IMPLANTAÇÃO	RELEVÂNCIA P/ ASSISTÊNCIA	RELEVÂNCIA P/PRÁTICA PROFISSIONAL
6 - Sequenciamento de horários	100%	94,40%	Média para alta - (prejuízo dos controles gerenciais)	Média para alta - (prejuízo dos controles gerenciais)
7 - Registro de evolução e anotação	94,40%	100%	Média para alta - (prejuízo dos controles gerenciais)	Média para alta - (prejuízo dos controles gerenciais)
8 - Checagem de prescrição médica	83,33%	55,56%	Alta - (prevenção risco de eventos adversos ao pactes)	Alta - (redução do risco de processos judiciais)
9 - Procedimentos de dispensação de medicamentos	72,22%	94,44%	Alta - (prevenção risco de eventos adversos ao pactes)	Alta - (redução do risco de processos judiciais)
10 - Prescrição de Enfermagem	100%	83,33%	Média para alta - (prejuízo dos controles gerenciais)	Alta - (redução do risco de processos judiciais)
11 - Checagem prescrição de enfermagem	11,11%	0%	Média para alta - (prejuízo dos controles gerenciais)	Média para alta - (prejuízo dos controles gerenciais)

Além disto, buscou-se associar o item auditado com sua relevância para o processo assistencial e exercício da profissão de enfermagem (SILVA et al, 2012).

Dentre os itens avaliados, componentes regulares do PE e da SAE, 3 se relacionavam à identificação de paciente e profissionais, 4 à instrumentalização do modelo de assistência (existência de evolução, anotações, sequenciamento de ações e registros de atividades) e 4 à execução do plano terapêutico (checagem de prescrições médicas, de enfermagem e de procedimentos específicos assistenciais).

Ocorreram variações positivas dos registros observados em 5 dos 11 itens e negativas em 6. Dentre os itens relativos à identificação apresentaram aumentos nos registros relacionados à identificação do paciente e dos profissionais e queda no apontamento acerca de datas dos eventos. Em relação aos itens relativos ao modelo assistencial, a presença das evoluções e sequenciamento de procedimentos apresentaram queda dos registros e a existência de anotações e registros em ambos os documentos respectivos mostraram maior aderência. Com referência aos itens relativos à execução das prescrições e ao plano terapêutico, apenas o relativo aos procedimentos de dispensação de medicamentos apresentaram incremento.

4 DISCUSSÃO

A SAE estrutura-se em função de dois grandes eixos, quais sejam a correta implantação dos sistemas de diagnósticos e da implantação do PE. Este se caracteriza por elementos identificadores definidos pelo

histórico pessoal do paciente diagnóstico; e por elementos do processo assistencial composto pelo quadro de intervenções de enfermagem, das prescrições e da elaboração do plano de alta. O estudo presente procurou relacionar o desempenho do corpo funcional em dois momentos distintos da implantação da SAE por meio da comparação dos graus de adesão dos profissionais a uma grade de indicadores relacionados especificamente a estes elementos. Buscou vincular essas correlações ao estabelecido por Menezes e D'Innocenzo (2013) que definem a SAE como elemento fundamental da melhoria da assistência prestada por meio da adequada aposição de seus registros com indicadores de qualidade.

Desta forma foi possível identificar uma associação das questões 1 e 2 (respectivamente identificação do paciente e datas de procedimentos) ao plano de história e diagnóstico de enfermagem e das questões de 2, e 3 a 11 (respectivamente datas de procedimentos, identificação do servidor, existência de evolução e anotações de enfermagem, sequenciamento de horários, registros de evolução e anotações, checagem de execução de medicação, registro de procedimentos associados à prescrição médica, prescrição de enfermagem e checagem de horários da prescrição de enfermagem) aos plano de intervenções e de prescrição terapêutica, em consonância com o descrito por Silva et al (2012). O instrumento de auditoria utilizado não previu, em principio, monitoramento de indicadores relacionados ao plano de alta ou de transferência dos prontuários avaliados.

Em relação às observações específicas o que pôde constatar foi uma evolução de maior aderência à nova metodologia em relação às questões 1, 3, 5,7 e 9 re-

relacionados mais diretamente as responsabilidades de exercício profissional enquanto que, as questões 2, 4, 6, 8, 10 e 11 relacionados ao diagnóstico e ao processo assistencial propriamente dito apresentaram redução dos seus percentuais, caracterizando uma preocupação do corpo de enfermagem com aspectos documentais de sua prática profissional. Tal asserção pode ser decorrente de aspectos culturais da organização estudada relacionados ao caráter punitivo do tratamento das falhas e erros ocorridos no PE corroborando o descrito por Malik e Schiesari (2011) quanto à importância deste aspecto no desenvolvimento de uma cultura de redução ou mitigação dos erros e garantia de segurança do paciente.

Dentre as limitações que o estudo apresenta podem ser elencados o seu reduzido número de auditorias realizadas, sua execução em ambiente acadêmico e as características culturais da organização estudada, tradicionalmente vinculada a um modelo centralizado de governança das ações médicas centrado nos professores titulares de cada departamento.

Além disso, por se tratar de um único ambiente estudado (estudo de caso), a generalização de suas conclusões não deve ser considerada sem que se leve em conta aspectos específicos de cada organização. Importante salientar que no complexo hospitalar em questão, o corpo funcional de enfermagem constituiu-se em elemento de ligação e homogeneização das práticas assistenciais a despeito das diferenças existentes entre os vários departamentos assistenciais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos concluir que o presente trabalho, demonstrou que, apesar das alterações realizadas na confecção dos novos impressos e o prévio treinamento da equipe, não houve melhoria significativa na adesão ao preenchimento dos impressos. Questões que

apresentam associação com aspectos relevantes para a prática profissional como, por exemplo, a existência de evolução e anotações de enfermagem, a checagem de medicação e dos procedimentos associados à prescrição médica que já apresentavam um alto grau de adesão mantiveram-se em níveis elevados nas duas avaliações. Por outro lado, elementos de verificação relacionados à identificação dos profissionais e da execução da prescrição de enfermagem mantiveram-se com registros insuficientes e incompletos. Tal fenômeno pode estar associado às características da relação contratual de trabalho na organização estudada, um hospital público sob administração direta.

Além disto, reforçou-se a necessidade de revisão dos programas educação continuada em serviço, com a criação de oficinas de treinamento e implementação de novas formas de registro/tecnologia e a sensibilização das equipes quanto à importância da adesão em relação aos aspectos assistenciais e jurídicos, o que corrobora as observações que enfatizam a necessidade de contínua abordagem nos processos de educação e treinamento técnico dos profissionais em busca de melhoria assistencial e do desempenho profissional das equipes.

Este trabalho propiciou observar a necessidade de mudanças nos itens abordados e nos impressos do processo de auditoria trazendo maior ênfase nos aspectos qualitativos do P E. Demonstrou a necessidade da realização de oficinas com estudos de caso para que os colaboradores ampliem seu conhecimento e conseqüentemente aumente a adesão ao preenchimento dos impressos, em consonância com Malucelli et al (2010) que apresentam como fundamental a participação dos colaboradores de enfermagem na elaboração de um sistema de informações adequado e aderente. Além disto, abriu novos grupos de discussão relativos à implantação da SAE - eletrônica no âmbito da organização estudada.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.htm>. Acesso em: 02 jun. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº. 311, de 08 de fevereiro de 2007.** Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4345>>. Acesso em: 02 jun. 2013.

_____. **Resolução nº. 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. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>>. Acesso em: 3 jul. 2013.

D'INNOCENZO, Maria; ADAMI, Nilca Piva; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev bras enferm**, v.59, n.1, p 84-8, 2006.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais.** Rio de Janeiro: Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde (CBA); 2011.

LAIBHEN-PARKES, Natasha. Evidence-Based Practice Competence: A Concept Analysis. **International Journal of Nursing Knowledge**. Volume 25, Issue 3, pages 173–182, October 2014.

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

MALIK, Ana Maria; SCHIESARI, Laura Maria César. Qualidade e Acreditação. In VECINA NETO, G. **Gestão em Saúde.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan : 2011, p 325-320.

MALUCELLI, Andreia; OTEMAIER, Kelly Rafaela; BONNET, Marcel; CUBAS, Marcia Regina; GARCIA, Telma Ribeiro. Sistema de informação para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n.4, 629-36, jul./ago. 2010.

MARTINS, G. A.; THEÓPHILO, C. R. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas.** São Paulo: Atlas: 2007.

MEDEIROS, Ana Lucia; SANTOS, Sérgio Ribeiro; CABRAL, Romulo Wanderley Lima. Desvelando dificuldades operacionais na sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da Grounded Theory. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v.15 n.1, p.44-53, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.15323>>.

MENEZES, Priscila Isabela Fonseca Barro; D'INNOCENZO, Maria. Dificuldades vivenciadas pelo enfermeiro na utilização de indicadores de processos. **Rev.Bras.Enfermagem.** v. 66, n.4, p.571-7, 2013.

NASCIMENTO, Keyla Cristiane do; BACKES, Dirce Stein; KOERICH, Magda Santos; ERDMAN, Alacoque Lorenzini. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 4, p. 643-8, 2008.

SETZ, Vanessa Grespan; D'INNOCENZO, Maria. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 3, p. 313-7, 2009.

SILVA, Maria Verônica Sales; SILVA, Lucilane Maria Sales; DOURANA, Hanna Helen Matos; NASCIMENTO, Adail Afrânio Marcelino; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. Limites e possibilidades da auditoria em enfermagem e seus aspectos teóricos e práticos. **Rev.Bras.Enferm**, v.65, n.3, p.535-8, 2012.

TANAKA, Osvaldo Yoshimi, TAMAKI Edson Mamoru. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Cien Saude Colet**; v.17, n. 4, p.821-828, 2012.

TANNURE, Meire Chucre; PINHEIRO, Ana Maria. **SAE: sistematização da assistência de enfermagem: guia prático / SAE: systematization of nursing care: practical guide.** Rio de Janeiro; Guanabara Koogan; 2011. 298 p.