

AValiação DOS REGISTRO NO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 03/06/2024

Graziele Ribeiro Bitencourt

INTRODUÇÃO

RESUMO: O registro de enfermagem pode ser considerado como o reflexo da assistência prestada, de modo que se completo e preciso reflete o cuidado igualmente de qualidade. Neste capítulo foram apresentados os principais fatores de qualificação dos registros, associados ao conteúdo, processo e estrutura, além das vantagens e desvantagens de cada tipo (manual e eletrônico). A presença de alguns critérios gerais ou associada a documentação das etapas do processo de enfermagem podem ser utilizados como critérios de avaliação. Além disso, alguns instrumentos são apresentados para nortear o registro a exemplo do acrônimo SBAR e a análise, sendo o mais utilizado e com validação em português é o *Quality of diagnosis, interventions e outcomes(Q-DIO)*.

PALAVRAS-CHAVE: Registros Eletrônicos de Saúde; Registros de Enfermagem; Treinamento em Serviço; Avaliação em enfermagem; Processo de Enfermagem.

A qualidade da manutenção de registros em prontuário pode ser reflexo do padrão de atendimento prestado aos pacientes: registros cuidadosos, organizados e precisos são a marca registrada de uma enfermagem atenciosa e responsável, mas registros mal escritos podem gerar dúvidas sobre a qualidade do trabalho do enfermeiro.

Por outro lado, a utilização de indicadores sensíveis à enfermagem pode ajudar a construir uma base para quantificar, medir e melhorar a qualidade dos cuidados prestados. De fato, a avaliação sistemática da qualidade baseada em indicadores demonstra melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem. (AFANEF et al, 2021).

Grande parte desses indicadores são calculados a partir dos dados em prontuário obtidos pelos registros de enfermagem. Um estudo indicou que as barreiras à melhoria da qualidade incluíam a falta de dados oportunos apresentados

de forma utilizável e de fácil acesso (ALEXANDER et al, 2022). Além disso, as necessidades de informação variam entre os diferentes atores e ambientes dos cuidados de saúde, como profissionais, unidades e turnos de trabalho, criando a necessidade de sistemas de informação personalizados e dinâmicos, que respondam às necessidades individuais dos diferentes utilizadores (PELTONEN et al., 2019). Do ponto de vista de um enfermeiro, fornecer dados necessários a avaliação da qualidade geralmente aumenta o tempo de documentação e resulta na necessidade de fazer melhorias nos sistemas de documentação (ELGSEER et al, 2021).

O potencial da utilização de registos de saúde eletrônicos como fonte de dados secundária para avaliação da qualidade foi reconhecido desde a sua introdução. Entretanto, somente na década de 1980 surgem pesquisas avaliativas sobre a qualidade do registro no prontuário no Brasil, as quais vêm apontando para baixa qualidade desse registro em saúde (ALVES et al, 2015).

Desde o início, foram apresentadas preocupações relativas ao retrato preciso da complexidade dos cuidados e aos requisitos de dados para uma avaliação abrangente da qualidade, bem como à precisão, comparabilidade e atualidade dos dados extraídos. Estas questões são tão relevantes hoje em dia que a utilização de indicadores extraídos dos registos para avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados tende a aumentar. Um exemplo é a detecção de erros de medicação comparando a prescrição de medicamentos e a documentação extraída dos registos (Kirkendal et al, 2020).

Por outro lado, está o significado legal dos registos de enfermagem. os registos de enfermagem são a única prova no cuidado de enfermagem. De acordo com a lei de muitos países, se os cuidados a um paciente não forem registados, pode-se presumir que isso não aconteceram. A má manutenção de registos pode, portanto, significar negligência, mesmo na prestação de cuidados corretos. A partir disso, esse capítulo pretende discutir como avaliar os registos de enfermagem em prontuários, com vistas a refletir com a assistência prestada ao paciente.

OBJETIVOS

Ao final da leitura, o leitor será capaz de:

- Apresentar os principais fatores de qualificação dos registos de enfermagem em prontuário;
- Descrever quais são os instrumentos de avaliação dos registos de enfermagem.

AValiação da Qualidade dos Registros de Enfermagem

O registro de enfermagem em prontuário deve ser preenchido de forma padronizada, para garantir a segurança e a qualidade dos serviços de saúde. A sua qualidade da documentação de enfermagem inclui três componentes principais (WANG et al,2013):

- Conteúdo: integridade e precisão que os dados refletem a realidade;
- Processo: dados do paciente, integridade e regularidade dos registros no prontuário;
- Estrutura: apresentação física, que inclui a legibilidade dos dados.

Por outro lado, qualidade pode ser definida como o até que ponto os serviços de saúde prestados aos pacientes podem melhorar o seu estado geral de saúde. A definição foi com base na estrutura conceitual de Donabedian (1980) de qualidade. Donabedian descreveu a qualidade de acordo com três construtos: estrutura, processo e resultados. Associado ao registro, esses pilares podem ser entendidos como (KELLY et al, 2011):

- Estrutura: ao ambiente do cuidado, incluindo pessoal, instalações e equipamentos;
- Processo: o que realmente é feito para fornecer cuidado;
- Resultados: alcançar o estado de saúde ideal do paciente, individual ou em grupos, que receberam atendimento.

Assim, as preocupações do processo incluem o que é feito pelos enfermeiros para prestar cuidados, como usar um componente estrutural como registro eletrônico. Já o processo refere-se às interações do dia a dia entre os enfermeiros e o sistema eletrônico. Aspectos estruturais relevantes para a utilização pelos enfermeiros do registro eletrônico incluem características do enfermeiro dentro do hospital e características da documentação eletrônica de enfermagem (Figura 1).



Figura 1: Qualidade dos registros de enfermagem

Fonte: Autora

Um estudo fez a articulação entre os pilares da qualidade voltados especificamente ao registro de enfermagem(KELLY et al, 2011):

- Estrutura: atitudes da enfermagem em documentar; funcionalidade e usabilidade do sistema;
- Processo: realização do registro em tempo; provisão do cuidado e comunicação de enfermagem;
- Resultado: satisfação do enfermeiro com o registro.

AValiação dos registros manuais e eletrônicos em prontuário

O registro em prontuário consiste no procedimento profissional de anotar informações provenientes do processo de atendimentos de modo cronológico e sistematizado. Define-se por documentação toda informação registrada sobre o paciente no percurso do recebimento da guia de encaminhamento ao serviço até seu processo de alta (BOMBARDA, et al, 2022).

O registro manual, também conhecido como físico é o modelo tradicional realizado sem auxílio de softwares. Já no eletrônico, um sistema informatizado que armazena digitalmente os dados de pacientes atendidos em um serviço de saúde. Entretanto, cada um apresenta vantagens e desvantagens, conforme Quadro 1 (RIBEIRO et al, 2020).

Características/Tipo de registro	Vantagens	Desvantagens
Manual	<ul style="list-style-type: none"> • Não precisa de internet; • Não precisa de treinamento em sistemas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não permite padrão ou personalização; • Há falta de segurança nos dados; • Necessidade de uma estrutura física para seu armazenamento; • Risco de prejuízo de legibilidade e deterioração de anotações.
Eletrônico	<ul style="list-style-type: none"> • Agilidade no acesso à informação; • Intercâmbio de informações; • Economia de espaço; Redução de consumo com impressos; Informações gerenciais rápidas e precisas; • Aumento de tempo para os profissionais se dedicarem aos pacientes; • Legibilidade dos dados registrados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Custo elevado na implantação (equipamentos e treinamentos); • Possibilidade de inoperância do sistema Resistência da equipe.

Quadro 1: Vantagens e desvantagens de registros manuais e eletrônicos

Fonte: Autoras

Há recomendações de implementação de registros eletrônicos em comparação com registros em papel, resultaria em maior precisão ao uso multiprofissional de todos os prestadores de cuidados de saúde (COLLINS et al, 2015). No entanto, as evidências não são muito claras. Isto exige avaliação e investigação mais aprofundada da qualidade do registro.

Em geral, os registros de saúde eletrônicos fornecem melhores dados em termos de processo e estrutura. A quantidade e qualidade de conteúdo, os registros em papel foram melhores. Entretanto, estudo retrospectivo com análise de 434 registros identificou a má qualidade da documentação de enfermagem e falta de conhecimento e habilidades dos enfermeiros em processo de enfermagem e sua aplicação em formato impresso e eletrônico sistemas (AKUHU-ZAHEDA, 2017).

Independentemente do método de documentação, é necessária a garantia da prestação de serviços de saúde seguros e de alta qualidade em todas as áreas de atendimento e em todos os ambientes de cuidado (NOURELDIN, et al, 2014).

A equipe de enfermagem desempenha um papel importante na melhoria nas organizações de saúde. A função exige documentar e gerenciar informações do paciente por meio da coordenação, atendimento ao paciente e comunicação com a equipe interdisciplinar.

A documentação em papel pode ser mais frágil no atendimento de requisitos de documentação e comunicação de qualidade entre os prestadores de cuidados de saúde, porque é demorado, repetitivo e impreciso (YU et al, 2013).

A introdução de registros eletrônicos de saúde como método de documentação é mais legível e mais acessível. A crescente quantidade de dados torna o gerenciamento de informações mais difícil. O desafio de transformar dados em informação e conhecimento para usar ambos na melhora da comunicação em saúde levou ao desenvolvimento da informação em saúde sistema (NGUYEN et al, 2014).

A documentação de registros eletrônicos de saúde tem sido usada por muitos enfermeiros para documentar os cuidados de enfermagem, incluindo o processo de enfermagem, como inserir pedidos e acessar resultados laboratoriais, bem como apoiar os profissionais de saúde no processamento, gerenciamento e comunicar dados em uma variedade de configurações. Tem potencial para melhorar a segurança dos pacientes, melhorar o acesso dos profissionais de saúde a informações de saúde de um paciente, garantir o uso apropriado de recursos e, finalmente, melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde profissionais (SECGINLI et al, 2014).

Políticas e ações para garantir documentação de enfermagem de qualidade em nível nacional devem se concentrar na melhoria do conhecimento, das competências e da prática de enfermagem no processo de enfermagem, melhorando o ambiente e a carga de trabalho, bem como fortalecer a capacitação da prática de enfermagem para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem e os resultados dos pacientes.

CRITÉRIOS NA AVALIAÇÃO DOS REGISTROS EM PRONTUÁRIO

Os critérios utilizados para avaliação podem ser elaborados para a auditoria dos prontuários de um hospital tais como legibilidade, clareza e completude dos mesmos, completo, coerente, legível (ALVES et al, 2015).

Além disso, a presença ou não de alguns itens também podem ser de interesse. Há checagens específicas como presença do checklist de cirurgia segura e folha de custo de centro cirúrgico. Entretanto, há itens em consenso com diversos cenários. Os principais apontados pela literatura são (SETZ et al, 2009):

- Preenchimento do levantamento de dados;
- Evolução de enfermagem;
- Diagnóstico de enfermagem;
- Prescrição de enfermagem;
- Checagem da Prescrição de enfermagem;
- Checagem da prescrição médica;
- Anotação de enfermagem;
- Anotação de alta hospitalar
- Anotação de óbito

A presença de outros itens é considerada nas avaliações de registros multiprofissionais em saúde, tais como:

- Conter informações acerca das condições do paciente, como: identificação, anamnese (queixa principal, história da doença atual, história familiar, história pessoal);
- Exame físico;
- Exame do estado mental
- Exames complementares
- Condutas.

Um estudo de revisão sistemática identificou critérios gerais e específicos, sendo estes relacionando os registros ao processo de enfermagem (Quadro 2):

Gerais	Relacionados Processo de enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> • Precisão e atualização; completude, relevância e individualização dos dados; • Presença de informações factuais do paciente e informações pessoais detalhadas; • Presença de motivo da internação, condição clínica/ativo problema médico, medicação e outros tratamentos, tarefas e plano de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexo de observações, ações e resultados do cuidado • Evidência de tomada de decisão clínica e o pensamento deve ser documentado • Uso de modelos estabelecidos (ex. SOAP, modelo VIPS) • Plano de cuidados • Rastreabilidade de decisões • Diagnóstico de enfermagem baseado em dados clínicos avaliações, entrevistas e observações. • Registro das 5 etapas do processo

Quadro 2: Critérios de registro gerais e relacionados ao processo de enfermagem

Fonte: Autoras

As dimensões de registro também podem ser utilizadas para análise dos registros (GROOT et al, 2020), a partir da presença de:

Três dimensões da documentação de enfermagem:

- Estrutura: quantidade de registros; completude; legibilidade; legibilidade; redundância; usar de abreviaturas;
- Processo: assinatura; designação; data; oportunidade; regularidade da documentação; precisão de conteúdo da documentação em relação à realidade
- Conteúdo:
 - Abrangência de dados como histórico de enfermagem, status, dados iniciais, resumo de alta, necessidades de cuidados e etapas do processo de enfermagem
 - Adequação em relação a uma questão específica de cuidado, conectado a políticas ou diretrizes clínicas, uso de terminologias padronizadas, presença de diagnóstico e etapas do processo de enfermagem.

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE REGISTROS EM PRONTUÁRIO

Uma revisão sistemática identificou alguns instrumentos de registro em prontuário (GROOT et al, 2020):

- Instrumento Catch: desenvolvido para medir a precisão da documentação de enfermagem em hospitais (PAANS et al., 2011). É baseado no instrumento Catch-Ing.
- Instrumento de Ehnfors e Smedby: trata-se de um protocolo com base nas etapas do processo de enfermagem foi utilizado para analisar a clareza da estrutura da documentação em termos da necessidade dos pacientes de conhecimento e intervenções dos enfermeiros. O protocolo consiste no seguintes cinco níveis: 1) O problema está descrito ou as intervenções estão planejadas ou

foram foi implementado; 2) O problema é descrito e as intervenções são planejadas ou foram implementados; 3) O problema é descrito e as intervenções são planejadas ou foram implementados e há registro do resultado de enfermagem; 4) O problema é descrito, as intervenções são planejadas e foram implementados há registro do resultado de enfermagem; 5) Todas as etapas que fazem parte do processo de enfermagem são registrados (incluindo histórico de enfermagem, diagnóstico, objetivos e notas de alta). Existe uma descrição adequada do problema.

- Método SBAR: descreve a comunicação através do registro dos itens de: situação, breve histórico, avaliação e recomendação. Apresenta alguns estudos em Português, mas é mais indicado com um roteiro de registro.

Um dos instrumentos validados para Português que auxilia na avaliação do registro é o Q-DIO (*Quality of diagnosis, interventions e outcomes*). É composto por 29 itens distribuídos em quatro subescalas, cada uma das quais é pontuada em uma escala de três pontos (0= Não Documentado, 1= Parcialmente Documentado, 2= Documentação Completa). A pontuação mínima é zero e a máxima é 58 pontos. A primeira subescala é a de Diagnóstico de Enfermagem como processo que compreende 11 itens, com uma pontuação máxima de 22 pontos e analisa a precisão da avaliação de enfermagem relacionada à Coleta de Dados. Já a segunda subescala é a de Diagnóstico de Enfermagem como produto que apresenta oito itens, com uma pontuação máxima de 16 pontos e aborda a precisão dos diagnósticos de enfermagem com linguagem padronizada ou a precisão dos problemas de enfermagem, sinais e sintomas quando não se utiliza linguagem padronizada. A terceira subescala é a de Intervenções de Enfermagem que compreende três itens, com uma pontuação máxima de seis pontos e aborda a eficácia das intervenções de enfermagem sobre a etiologia do diagnóstico de enfermagem/problema de enfermagem. A quarta subescala é a de Resultados de Enfermagem que inclui sete itens, com pontuação máxima de 14 pontos e mede a qualidade dos resultados dos pacientes sensíveis à enfermagem (OLIVEIRA et al, 2021).

Um outro instrumento foi idealizado e validado com os seguintes itens: dados gerais, tais como, tempo de internação, registro por categorias, periodicidade e tipo de registro (admissão, anotação, evolução ou alta); e uma segunda parte com os componentes de 1) identificação do paciente e do profissional; 2) data e hora do registro realizado; 3) forma da escrita (legibilidade, rasuras, espaços em branco, abreviaturas, siglas, erro ortográfico); 4) conteúdo (uso de palavras generalizadas ou subjetivas, informações não relacionadas ao paciente, uso de terminologias técnicas, escrita lógica e concisa, informações sinais e sintomas e assistência prestada). Para cada item avaliado como adequado era atribuído um ponto e posteriormente verificada a porcentagem de dados consideradas como satisfatório e insatisfatório (DODO et al, 2020).

Há ainda o modelo VIPS (Figura 2), idealizado na Suécia e validado, projetado para ser utilizado na documentação de enfermagem, acompanhando o processo de enfermagem. VIPS é uma abreviatura de “*V*älbefinnande, *I*ntegritet, *P*revention e *S*äkerhet”, um acrônimo para os termos em suecos para bem-estar, integridade, prevenção e segurança. Os componentes do modelo VIPS alinham-se muito com os termos do processo de enfermagem que é utilizado para documentação de enfermagem. Estima-se que o modelo tenha efeito positivo na compreensão e avaliação da documentação do processo de enfermagem pela aplicação de suas palavras-chave.

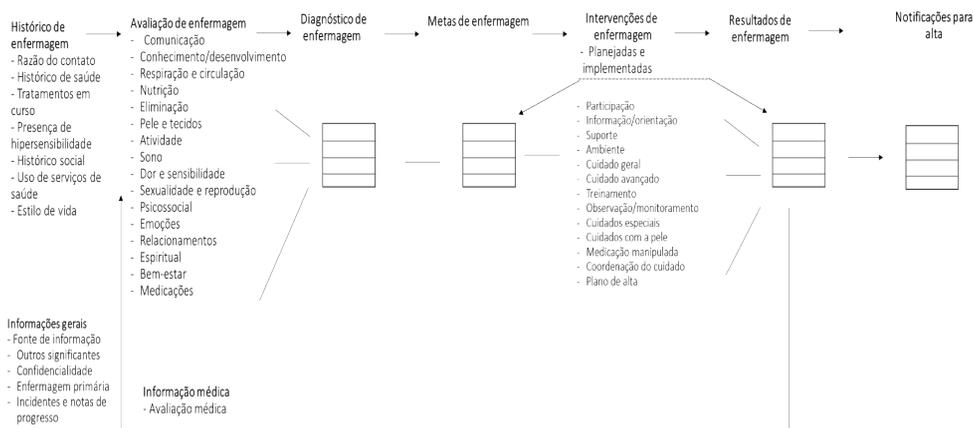


Figura 2: Modelo VIPS de avaliação de registros (tradução pela autora).

Fonte: Autora

REFERÊNCIAS

AFANEF, T., ABU-MOGHLI, F. E AHMAD, M. **Indicadores sensíveis à enfermagem: uma análise de conceito.** *Gestão de Enfermagem*, volume 28, número 3, p:28–33, 2021. Disponível em: 10.7748/nm.2021.e1982

AKHU-ZAHEYA, L.; AL-MAAITAH, R.; BANY HANI, S. **Quality of nursing documentation: Paper-based health records versus electronic-based health records.** *Journal of Clinical Nursing*, volume 27, número 3, p.e578–e589, 2017. Disponível em: 10.1111/jocn.14097

ALEXANDER, C., TSCHANNEN, D., ARGETSINGER, D., HAKIM, H. E MILNER, KA (2022). **Um estudo qualitativo sobre barreiras e facilitadores do envolvimento na melhoria da qualidade por parte de enfermeiros e líderes da linha de frente.** *Revista de Gestão de Enfermagem*, volume 30, número 3, p.694–701, 2022. Disponível em: 10.1111/jonm.13537

BOMBARDA, T.B.; JOAQUIM, R.H.V.T. **Registro em prontuário hospitalar: historicidade e tensionamentos atuais.** *Cadernos em saúde coletiva*, volume 30, número 2, p.265-73, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230020116>

COLLINS, S. A.; CATO, K.; ALBERS, D.; SCOTT, K.; STETSON, P. D.; BAKKEN, S.; VAWDREY, D. K. **Relationship between nursing documentation and patients' mortality**. American Journal of Critical Care, volume 22, p. 306– 313, 2013. Disponível em: <https://aacnjournals.org/ajconline/article/22/4/306/3971/Relationship-Between-Nursing-Documentation-and>

ELGSEER, D.; OSMANCEVIC, S.; HOEDL, M.; LOHRMANN, C.; BAUER, S. (2021). **Melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem na Áustria: 10 anos de sucesso**. Journal de Gestão de Enfermagem , volume 29, número 2, p:186–193. Disponível em: 10.1111/jonm.13136

KELLEY, T. F.; BRANDON, D. H.; DOCHERTY, S. L. **Electronic nursing documentation as a strategy to improve quality of patient care**. Journal of Nursing Scholarship, volume 43, número 2, p.154–62, 2011. Disponível em: 10.1111/j.1547-5069.2011.01397.x

KIRKENDAL, E.; HUTH, H.; RAUENBUEHLER, B.; MOSES, A.; MELTON, K.; NI, Y. **A generalização de um sistema de detecção de discrepâncias na administração de medicamentos: análise comparativa quantitativa**. Informática Médica JMIR , volume 8, número 12, p:e22031, 2020. Disponível em: 10.2196/22031

NOURELDIN, M.; MOSALLAM, R.; HASSAN, S. (2014). **Quality of documentation of electronic medical information systems at primary health care units in Alexandria, Egypt**. Eastern Mediterranean health journal, volume 20, p.105– 111. Disponível em: https://applications.emro.who.int/emhj/v20/02/EMHJ_2014_20_2_105_111.pdf

OLIVEIRA, N. B. DE; PERES, H. H. C. **Quality of the documentation of the Nursing process in clinical decision support systems**. Revista Latino-americana de Enfermagem, volume 29, e3426, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4510.3426>

PELTONEN, LM; SIIRALA, E.; JUNTILA, K.; LUNDGRÉN-LAINE, H.; VAHLBERG, T.; LÖYTTYNIEMI, E.; AANTAA, R.; SALANterä, S. **Necessidades de informação na gestão das operações quotidianas em unidades hospitalares: um inquérito nacional transversal**. Revista de Gestão de Enfermagem, volume 27, número 2, 233–244, 2019. Disponível em:10.1111/jonm.12700

RIBEIRO, M.C.; DALANEZE, B.S.; PERUCHI, M.P.O; CINTRA, R.B. **Análise de prontuários de hospital universitário de Mogi das Cruzes, São Paulo**. Revista bioética, volume 28, número 4, p.740–5, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020284438>

SECGINLI, S.; ERDOGAN, S.; MONSEN, K. A. **Attitudes of health professionals towards electronic health records in primary health care settings: a questionnaire survey**. Informatics for Health and Social Care, volume 39, p.15–32, 2014. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/17538157.2013.834342?needAccess=true>

SETZ, V. G., D'INNOCENZO, M. **Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria**. Acta Paulista De Enfermagem, volume 22, número 3, p.313–7, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000300012>

WANG, N.; YU, P.; HAILEY, D. **The quality of paper-based versus electronic nursing care plan in Australian aged care homes: a documentation audit study**. International Journal of Medical Informatics, volume 84, p. 561–569, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S138650561500091X?via%3Dihub>