DOI: 10.5748/9788599693100-11CONTECSI/PS-991

THE IMPLEMENTATION OF NURSING PROCESS ALLOWS IMPROVING THE QUALITY OF RECORDS AND THE CARE GIVEN

Flavia Regina Cocuzza das Eiras (Universidade Nove de Julho, São Paulo, Brasil) - flavia.regina@hc.fm.usp.br
Antonio Pires Barbosa (Universidade Nove de Julho, São Paulo, Brasil) - rbe.pires@gmail.com

The technological and IT systems development in healthcare brings constant concern for quality. Until 2010, the Hospital studied had not Nursing Care System (SAE), based on Nursing Process, which increases the nursing reasoning in terms of individualization and improvement of care and reached Resolution 358/2009-COFEN. The study consisted in two phases: pre and post-implantation, respectively (2009/11 to 2010/07) and (2010/11 to 2012/04).Conformity assessment of records was accomplished through audits. It was composed by 11 questions on quality of records with dichotomy answers. It showed that despite corrections in printings and previous staff training there was no significant improvement in adherence fill. It reinforced the continuing education programs revisions, training workshops and implementation of new ways of recording and awareness about the importance of technical and legal aspects.

Keywords: Healthcare Management, Nursing Care, Audit, Medical Records, Nursing Diagnosis.

A IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM POSSIBILITA MELHORIA NA QUALIDADE DOS REGISTROS E DA ASSISTÊNCIA PRESTADA

A incorporação tecnológica e de sistemas de T.I. em saúde traz preocupação constante com qualidade. Até 2010 inexistia no Hospital estudado Sist.Assist.Enfermagem(SAE),baseada no Processo de Enfermagem,que subsidia o raciocínio do enfermeiro na individualização e melhoria assistencial e permite adequação à Resolução 358/2009-COFEN. O estudo compôs-se de duas fases: pré e pós-implantação, respectivamente (02/2009 a 07/2010) e (11/ 2010 a 04/2012). A avaliação de conformidade de registros foi realizada por meio de auditorias de prontuários. São revistas 11 questões sobre qualidade de registros com respostas dicotômicas. Demonstrou-se que apesar de alterações de impressos e prévio treinamento da equipe não houve melhora significativa na adesão ao preenchimento.Reforçou-se 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 técnicos e jurídicos.

Palavras-chave: Gestão em Saúde, Cuidados de Enfermagem, Auditoria, Prontuário Médico, Diagnóstico de Enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Contextualização

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 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 consequentemente 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 Cianciarullo e CQH-Controle da Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar no Estado de São Paulo (1997,1998), (como citado em D'Innocenzo e Adami, 2006,p.86) 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, consequentemente conseguindo diminuir significativamente o número de infecções e a mortalidade dos soldados ingleses feridas 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 E.U.A 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 (Malik, Schiesari & Adami, 1998, 2000 como citado em D'Innocenzo e Adami, 2006,p.86). Naquele País, a dinâmica de remuneração dos hospitais por meio de terceiros pagadores (Novaes,2000) e a consequente 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 no modelo 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.

Neste cenário, a enfermagem percebe a necessidade de evoluir os conhecimentos de uma forma organizada e ordenada, trazendo como principio a adequação dos registros de suas atividades e procedimentos técnicos, e elaborando mecanismos de classificação de seu repertório. Em 1973 ocorre nos Estados Unidos da América (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 posteriormente

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 conforme Guimarães HCQCP e North American Nursing Diagnosis Association – NANDA (2000,2002, como citado em Lucena, Barros, 2005,p.83).

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, contribuindo com o aumento da visibilidade e domínios da profissão. (Lucena, Barros, 2005).

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

1.2. Problematização

No Hospital Público de Ensino e Pesquisa, onde foi realizado o estudo, até 2010 não havia o Processo de Enfermagem estruturado e implantado, além de impressos próprios. Isto dificultava a prestação de serviços, a qualidade no atendimento e a padronização de cuidados e da linguagem própria da profissão. Em 2006 um grupo de 12 enfermeiros de diversas áreas (cirúrgicas, clínicas e ambulatorial) com o interesse comum de implementação da SAE - (Sistematização da Assistência de Enfermagem), se reuniu para estudar o tema, e a partir destes encontros foi formado o Grupo de Estudo de Sistematização da Assistência de Enfermagem (GESAE). Este grupo estudou a dinâmica interna da assistência do Hospital por tempo superior a um ano ao fim do qual foram criados impressos do PE, que consolidavam os principios de atuação da profissão. A SAE foi então implantada em clínicas piloto, em que um dos membros participantes do grupo prestava serviço, contemplando todas as especialidades (clinica médica e cirúrgica). Após um período de consolidação dos novos processos, a implantação do conceito foi estendida para todas as UTI(s), enfermaria da Vascular e Semi Intensiva e Enfermaria do Transplante de Fígado, unidades focadas no atendimento a pacientes criticos e de alta complexidade. Posteriormente, para as outras unidades de internação, exceto o Pronto-Socorro, que foi incluído na quarta fase.

Na fase inicial, em que havia diferenças de perfis de pacientes nas clinicas piloto, ocorreu a identificação dos diagnósticos, das intervenções e atividades de enfermagem mais prevalentes em cada especialidade, o que possibilitou a unificação dos instrumentos em todo o Hospital e minimizou a variabilidade de formas de registro.

Além da organização documental e da introjeção do conceito de práticas baseadas em evidencia, a implantação do P.E teve também o intuito do cumprimento da exigência do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) Resolução COFEN nº 358/2009, que prevê o alinhamento da prática assistencial de enfermagem com a visão, missão e valores do

Hospitale e da Divisão de Enfermagem, e o treinamento dos funcionários antes da inserção dos impressos do PE.

Esta resolução diz em seu artigo 6º que a realização do processo de enfermagem deve ser registrada 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 executadas frente aos diagnósticos de enfermagem e os resultados obtidos com a conclusão das ações ou intervenções realizadas (Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), 2009).

A preocupação com a qualidade das informações registradas se atem a critérios que especifiquem de forma clara as anotações e apontamentos escritos sobre informações pertinentes ao paciente e aos seus cuidados. Entende-se que os registros são elementos imprescindíveis no processo de cuidado humano visto que, quando redigidos de maneira que retrate a realidade a ser documentada, possibilitam a comunicação permanente, podendo destinar-se a diversos fins (pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamento e outros) (Matsuda, Silva, Évora & Coimbra 2005).

Entretanto, apesar dos esforços dos corpos técnicos responsáveis pelos projetos de implementação, 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 apontadas como elementos associados ao baixo grau de adesão e implementação do PE, e as instâncias responsáveis pelo exercício profissional de Enfermagem no Brasil passam, por meio de resoluções e rotinas administrativas, instrumentos que definem 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, com a abordagem dos seguintes pontos:

1) Identificação do paciente.
2) Data.
3) Identificação do servidor.
4) Evolução de enfermagem, em UTIs e Unidades de Internação.
5) Anotações de Enfermagem.
6) Evolução sequencial em horários.
7) Registro da anotação e da evolução.
8) Checagem dos horários das medicações administradas.
9) Registro dos procedimentos referentes à administração dos medicamentos.
10) Existência de prescrição de enfermagem, em UTIs Unidades de Internação.
11) Checagem dos horários da prescrição de enfermagem.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A gestão dos serviços de saude compõe-se de multiplas abordagens na atualidade. As transformações por que passam o setor envolvem a concentração no ambiente dos hospitais, p.e, de procedimentos técnicos e administrativos relacionados à administração de recursos de várias origens, além de aspectos especificos de gestão estratégica. A utilização de ferramentas de melhoria dos processos, redução de custos, logística, sistemas de informação, aumento de produtividade e melhoria da competitividade é prática cada vez mais presente nos hospitais e EASs (Pena & Malik, 2011, como citado em Vecina, 2011, p.113). Além disso e a despeito da prestação de serviços em saude constituir uma atividade fortemente baseada em pessoas, o segmento assiste a uma forte incorporação tecnológica nos últimos 30 anos.

Em termos práticos, as organizações de saúde se inserem em um ambiente de mercado em que diversos atores sociais e economicos atuam e interagem com dinâmicas

de características específicas e próprias de seus grupos de interesse. A decorrência destas interações é uma sólida tendencia de transformação do setor com movimentos relacionados à contenção de custos, à desospitalação e proliferação de serviços ambulatoriais, à gestão do corpo clínico, à busca por modelos de garantia da qualidade, à adoção e modelos de cuidados integrais e ao desenvolvimento dos conceitos de linhas de cuidados e gerenciamento da saude por redes estratégicas (Vecina 2011; Mendes 2007; World Health Organization 2000).

Neste novo cenário, os profissionais do corpo de Enfermagem compõem o contingente com maiores oportunidades de atuação na relação direta com os usuários finais e pacientes. Na grande maioria das organizações, esta equipe representa cerca de 40% do total de colaboradores contratados e executa suas funções em regime de tempo integral (24 hrs/dia,365dias/ano), dispondo de modelo focado de gestão de seus recursos técnicos. Em termos gerais, o funcionamento do corpo de enfermagem pressupõe ações voltadas à manutenção de padrões assistenciais e ao gerenciamento administrativo direto das unidades. Estas, via de regra, se estruturam sobre modelos sistematizados de processos de trabalho que se baseiam na individualização da assistência, na prática de cuidados integrais e no cuidado focado e progressivo da atenção médica (Siqueira, Scapolan & Conishi 2011 como citado em Vecina 2011, pp. 230-232).

A preocupação em prestar assistência individualizada está estabelecida há muitas décadas pela enfermagem e constitue um dos princípios de prática profissional definido pela continuidade do cuidado "continuum of care" (JCI - Manual de Acreditação 2010), tendo sido tal prática implantada 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 (Andrade & Vieira, 2005).

De acordo com Cianciarullo e CQH-Controle da Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar no Estado de São Paulo (1997,1998, citado em D'Innocenzo e Adami, 2006, p.86) no século XIX, a profissão de enfermagem se organiza a partir das demandas por cuidados dos soldados e feridos nas guerras do século XVIII. Como citado acima, Florence Nightingale foi à precursora das bases técnicas dos cuidados atuando na proposição de técnicas com bases de evidência e organização dos hospitais de campanha com foco na reabilitação de feridos e redução das complicações.

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 saude. 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, definindo atribuições e responsabilidades profissionais e tornando privativas do Enfermeiro funções de planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência em seu campo de atuação. Definem-se também como competências exclusivas os papeis de consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem. (Conselho Federal de Enfermagem, 1986).

A Resolução nº 358/2009COFEN (Conselho Federal de Enfermagem, 2009) define em seu artigo 2º a organização do Processo de Enfermagem em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes. A primeira etapa é a Coleta de Dados conhecida como Histórico de Enfermagem, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre pessoas, famílias ou coletividade humana e suas respostas frente ao processo saúde e doença. Caracteriza-se por ser processo deliberado, sistemático e contínuo, que é executado por meio de métodos e técnicas variadas. A segunda etapa constitui o Diagnóstico de Enfermagem, em que os dados coletados da primeira etapa são interpretados e agrupados, e compõem a base para a seleção das ações ou intervenções a serem realizados que permitam a obtenção de resultados. A terceira etapa compreende o Planejamento de Enfermagem em que serão determinados os resultados esperados de cada uma e das ações ou intervenções identificadas como parte do tratamento na etapa anterior (Diagnóstico de Enfermagem). A quarta etapa é denominada de Implementação, e compreende a realização das ações ou intervenções pré-estabelecidas na terceira fase (Planejamento de Enfermagem). A quinta e última denomina-se Avaliação de Enfermagem, é realizado de uma forma sistemática e contínua com a verificação de alterações nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana, frente às ações ou intervenções propostosou às possíveis alterações e adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

O que se percebe também com muita regularidade, é que a implantação de um modelo e/ou uma fórmula pré-determinada de assistência não pode ser considerada como garantia de melhor qualidade na assistência em saúde. Tal asserção é decorrente também das características culturais das profissões de saúde em que se apresentam relações complexas e interações multidisciplinares que condicionam um permanente e amplo processo de aprendizado sobre relacionamento humano (Nascimento, Backes, Koerich, & Erdman, 2008).

O registro das informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar deve ser claro, objetivo e completo. Além destes atributos, a garantia da segurança assistencial ao individuo, à família e coletividade, 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. (Resolução COFEN n.°311/2007, segundo o Art. 72).

A avaliação do registro das etapas da SAE tem sua importância como elemento de valorização da assistência de enfermagem a ser estabelecida para o cuidado ao cliente/paciente (Reppetto & Souza, 2005). 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, em que a qualidade da assistência de enfermagem pode ser analisada. Neste modelo, o instrumento normalmente utilizado para a aferição dos processos assistenciais e formação de juízo de valor sobre atributos funcionais é composto pela auditoria dos registros, instrumento que abrange a conformidade dos processos às melhores práticas da assistência. (Setz & D'Innocenzo, 2009). De acordo com Chiavenato (1981, citado em Setz & D'Innocenzo, 2009, p.314) "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".

Questão de Pesquisa

A implantação do Processo de Enfermagem possibilita melhoria na qualidade dos registros e da assistência prestada?

Objetivos da Pesquisa

Objetivo Principal

Avaliar a melhoria na qualidade de registros de Enfermagem após a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no Complexo Hospitalar de ensino.

Objetivos Secundários

Sugerir mudanças nos processos de auditoria de prontuários e registros de enfermagem no Hospital estudado que atendam aos componentes do Processo de Enfermagem

Avaliar as necessidades de atualização dos programas de educação permanente relativos aos novos processos implantados.

3-METODOLOGIA DO ESTUDO

Natureza do Estudo

O método de pesquisa constituiu-se da análise documental dos registros de dados das auditorias da gerência de Enfermagem realizadas mensalmente pela diretora da área.
Houve a realização de módulos de treinamento pré-operacional nas clínicas pilotos, que foram estendidos, após a realização de projetos pilotos às UTI(s), Enfermaria da cirurgia do Fígado 10º A, Enfermaria e Semi-intensiva da Cirurgia Vascular. Em uma terceira fase as outras unidades do complexo que não tinham sido 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 foi de agosto a dezembro de 2010. Dentro delas estavam: UTI de Emergência Cirúrgica 4º andar, UTI de Cirurgia Geral e Gastro, UTI de Queimados e Enfermarias de: clínica médica, obstetrícia, queimados e cirurgia plástica.

No mês de agosto de 2010 foram iniciadas a aplicação e avaliação dos instrumentos e, em setembro de 2010 houve revisão dos instrumentos em avaliação.

O treinamento foi elaborado pelo grupo GESAE para ser aplicado em duas etapas. A primeira etapa com participação os enfermeiros em uma dinâmica de 4 horas, divididas em teórica e prática, com um estudo de caso. Na primeira parte foram abordadas todas as informações pertinentes ao PE, teoria de enfermagem, história da SAE e suas etapas. Na segunda parte da qualificação, realizado o estudo de caso com auxilio de livros (NANDA), com posterior discussão sobre todos os possíveis diagnósticos e suas intervenções associadass. O treinamento tinha como intuito o nivelamento do conhecimento e 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 de um procedimento de auditoria o tipo operacional, interna e periódica, e a confecção do impresso da auditoria de prontuário ocorreu em fase anterior à implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, sendo composto por 11 itens de avaliação, com conceito de respostas do tipo sim ou não (dicotômicas).

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

ATRIBUTO-ITEM	EVENTOS PESQUISADOS
Identificação de paciente	**Existência de etiqueta de identificação em todos os impressos**
Data dos procedimentos	**Existência do registro em todos os impressos**
Identificação do servidor/prestador	**Existência de registro com nome, rúbrica e carimbo.**
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 horario	**Constatação em prontuário único do paciente**
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**

Local do Estudo

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 (474 enfermeiros, 1468 auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem, 50 atendentes de enfermagem que não atuam na assistência direta aos pacientes). O complexo localiza-se na região da Cerqueira César, próximo ao metrô, 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, de convênios e usuários particulares.

Amostra

Trata-se de um estudo transversal, com amostra por conveniência, método de amostragem não probabilístico conforme Martins & Theóphilo, (2009) com o número de 36 amostras destas sendo divididas em dois períodos (em cada uma dela totaliza amostra de 18 auditorias), pré-implantação (fevereiro de 2009 a julho 2010) e pós-implantação (novembro 2010 a abril 2012) da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva dedicada a pacientes cirúrgicos do serviço de gastroenterologia e de transplante hepático, que requerem uma assistência complexa e especializada.

Coleta de dados

Os dados coletados nos períodos referidos foram extraídos das auditorias realizadas mensalmente pela Diretora Técnica Serviço de Saúde na presença da enfermeira responsável do setor e quando possível com técnicos de enfermagem, com intuito de envolvê-los e tornando-os corresponsáveis. Estes dados ficam armazenados na própria unidade.

4- RESULTADOS OBSERVADOS

Análise dos dados

Foi realizada a análise quantitativa, através de uma tabela dividida em dois períodos e respostas dicotômicas (sim ou não).

Apresentação de Resultados:

Os dados coletados foram subdivididos nos onze itens componentes da auditoria, avaliando-se um volume de 36 auditorias, 18 relativas ao período pré-implantação e 18 pós-implantação da SAE. Cada um dos itens avaliados teve seus dados consolidados e organizados segundo os gráficos 1 a 11 em que foram analisados os graus de aderência à SAE nas fases pré e pós-implantação.

Questão 1: Identificação do paciente. Elemento verificador: etiqueta de identificação em todos os impressos.

Nesta questão avaliou-se nos impressos componentes dos prontuários a existência do elemento de verificação. O que se observou foi que no período pré-implantação 72,22% dos prontuários apresentavam as etiquetas afixadas etiquetas em todo prontuário (sim) e 27,28% apresentavam alguma ausência de etiqueta. No período pós-implantação, 83,33 % dos impressos continham etiquetas e em 16,67% estas estavam ausentes, revelando um incremento de registro do item da ordem de 11,11%.

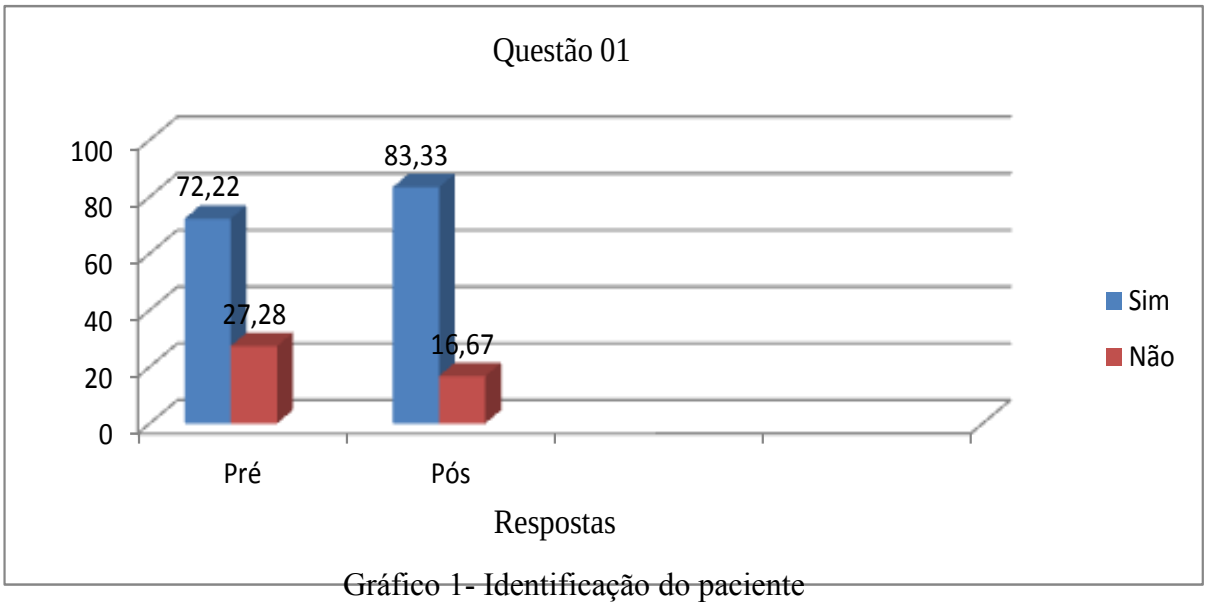

Gráfico 1- Identificação do paciente

Questão 2: Data - elemento verificador - existência do dado em todos os impressos

Em relação ao item o que se observou foi que no período pré-implantação o elemento esteve presente em 88,89% e ausente em 11,11% dos prontuários avaliados enquanto que no período pós-implantação presente em 83,33% e ausente em 16,67% revelando uma queda de 5,56% do padrão de conformidade. O gráfico 2 abaixo apresenta os resultados relativos às duas abordagens do item.

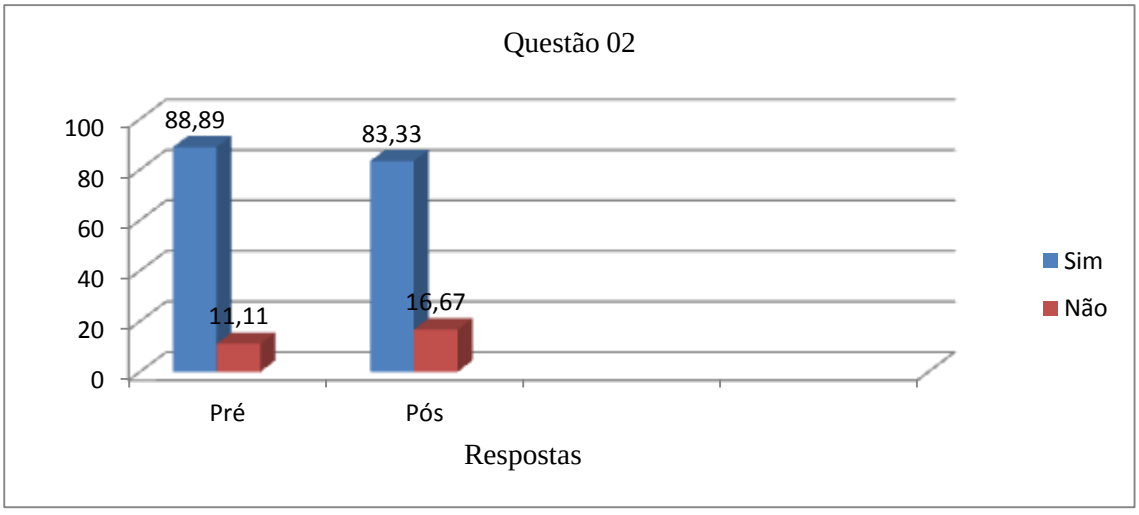

Gráfico 2 - Existência do registro de data

Questão 3: Dados de identificação do servidor. Elemento verificador: nome ou rubrica e carimbo, em todas as anotações e evoluções.

O que se observou em relação ao item foi que na fase pré-implantação inexistiam registros do item e na fase pós-implantação observou-se que 44,44% dos prontuários

apresentavam e que 55,56% não apresentavam conformidade ao item demonstrando um baixo grau de adesão ao item.

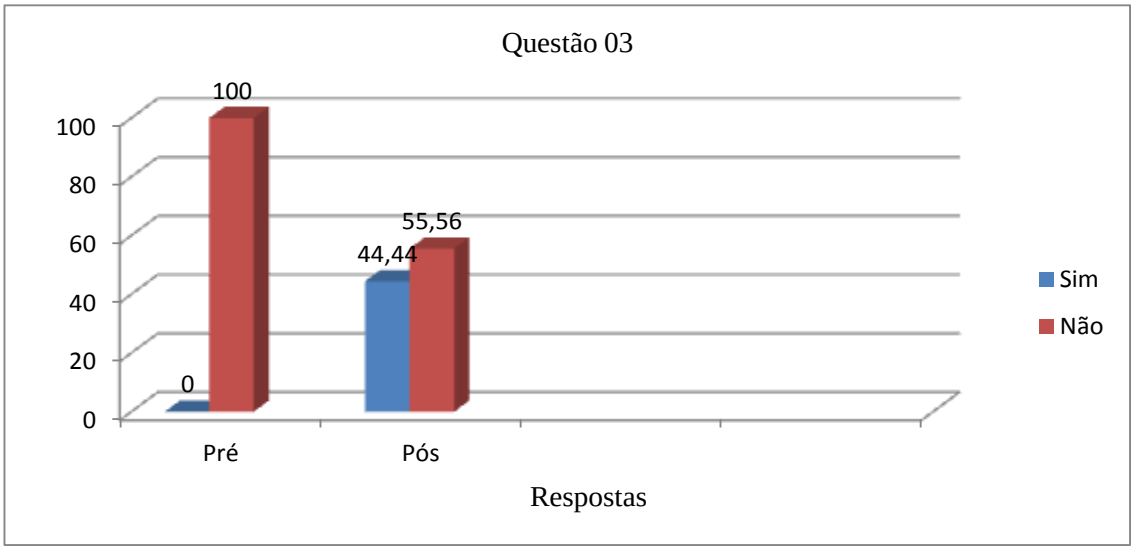

Gráfico 3 - Identificação do servidor

Questão 4 - Evolução de enfermagem. Elementos verificadores: existência do registro diário em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e em dias úteis nas Unidades de Internação.

O que se observou em relação ao item foi que na fase pré-implantação existia uma realização do procedimento em 100% dos prontuários avaliados enquanto que na fase pós-implantação em 88,33 % dos prontuários existiam registro corretos e 16,67% não realizados, demonstrando uma piora do padrão em relação à fase anterior.

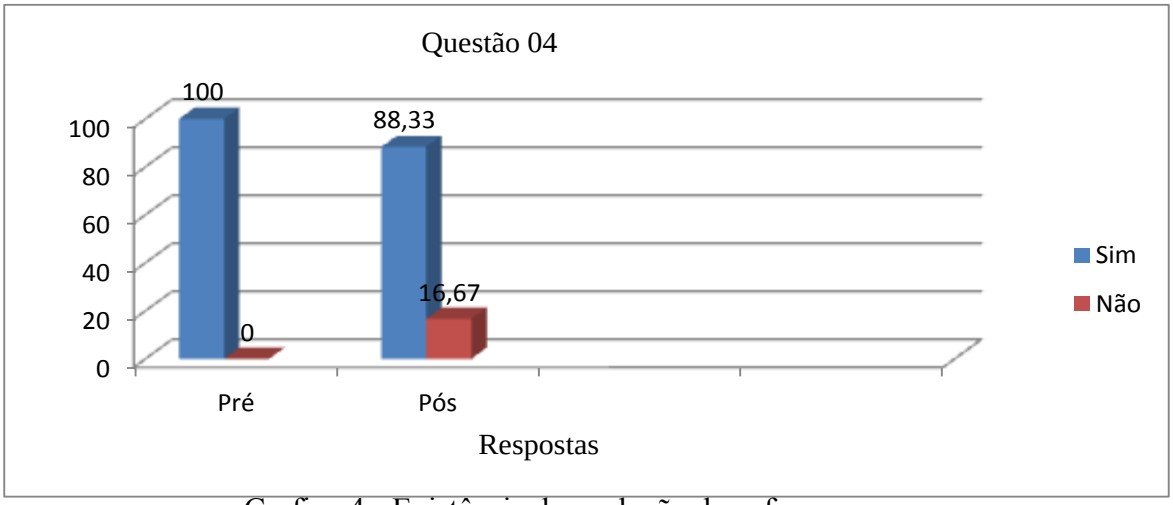

Grafico 4 - Existência de evolução de enfermagem

Questão 5 - Anotações de Enfermagem. Elemento verificador, existência de no mínimo duas anotações por turno.

Em relação ao item, o que se verificou foi que na fase pré-implantação ocorriam 94,44% de aderência aos registros, e na pós-implantação foram alcançados 100%. Importante salientar que os registros de enfermagem são realizados através da anotação de

enfermagem e constituem elementos importantes no redesenho de programas de ensino, pesquisa e a realização de auditorias com intuito de verificações de aspectos legais.

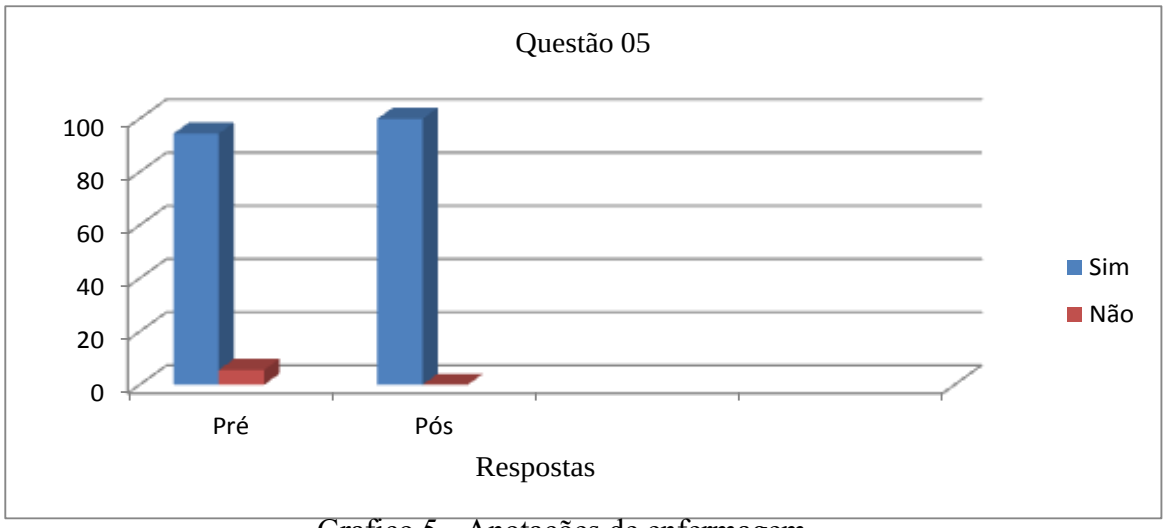

Grafico 5 - Anotações de enfermagem.

Questão 6 - Horário Sequencial. Elemento verificador: Observação da ordem temporal/cronológica de anotações, evoluções e prescrições do prontuário.

Item que aborda o respeito ao horário sequencial pelo profissional de enfermagem. O horário sequencial possibilita ao enfermeiro a realização de planejamento das atividades a serem cumpridas através da prescrição de enfermagem e evolução. Em relação ao item, o que se observou foi que no período pré-implantação 100% dos registros foram conformes com o padrão enquanto que no pós-implantação a conformidade ao padrão reduziu-se para 94,44%.

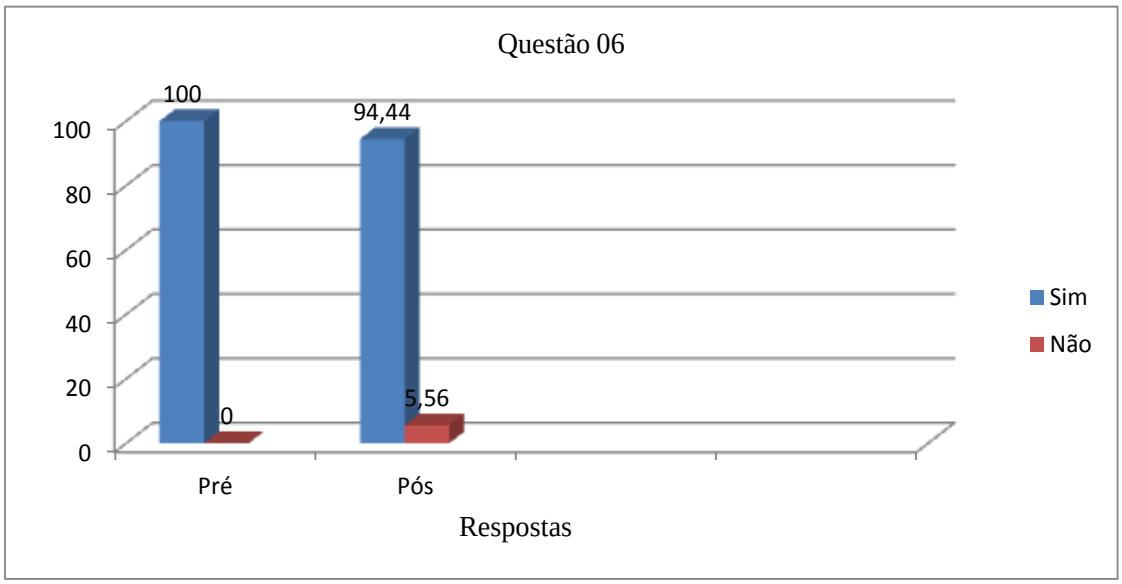

Grafico 6 - Horário sequencial

Questão 7 - Registro da anotação e da evolução: Elemento verificador - conformidade de local apropriado no prontuário do paciente.

Em relação ao item o que observou foi que na fase pré-implantação apresentava-se em 94,44% tendo evoluído na pós-implantação para 100%. Importante salientar que entre os dois períodos auditados ocorreu à implementação de sistema de informações médico-administrativas que modificou substancialmente o procedimento de registro dos profissionais envolvidos com a assistência (médicos, enfermeiros, outros profissionais de saúde.

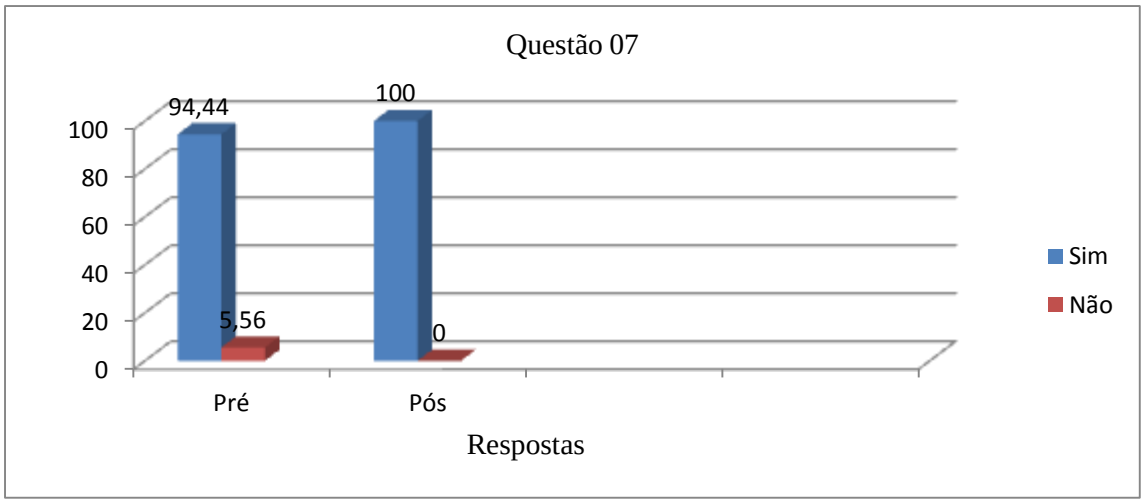

Gráfico 7 - Registro da anotação e da evolução de Enfermagem.

Questão 8 - Checagem dos horários das medicações administradas. Elemento verificador- existência do registro em todas as prescrições médicas.

O que se observou em relação ao item foi que na fase pré-implantação 83,33% estavam em conformidade com o padrão enquanto 16,67% não estavam. Este mesmo padrão apresentou um grau de conformidade de 55,56% e de não conformidade de 44,44% na fase pós-implantação.

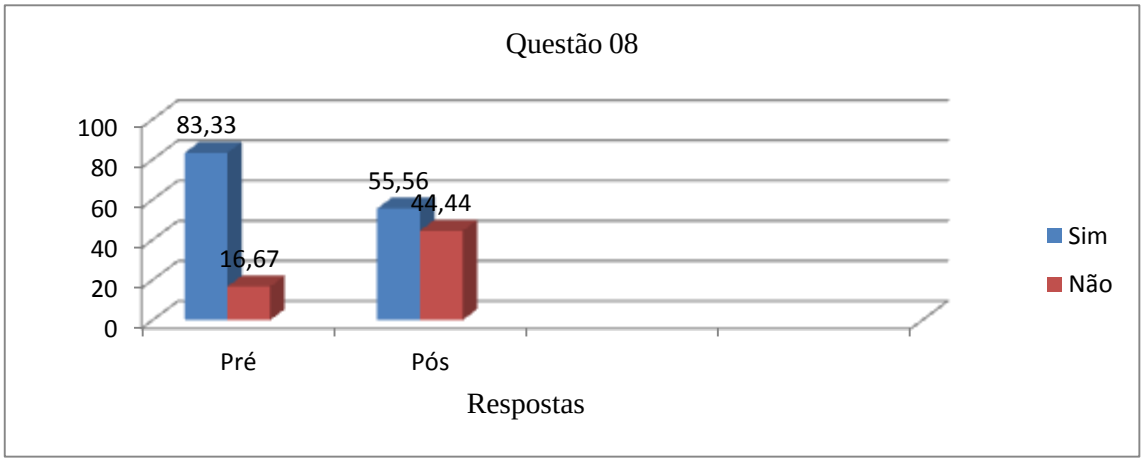

Gráfico 8 - Checagem de horários das prescrições de medicamentos

Questão 9 - Registro dos procedimentos referentes à administração dos medicamentos. Elemento verificador: existência do registro em todos os turnos.

Em relação ao item o que se observou foi que no periodo pré-implantação 72,22% dos registros apresentavam-se conformes e 27,78% não conformes ao padrão. No periodo pós-

implantação estes indicaram 94,44% e 5,56% , respectivamente de conformidade e não conformidade ao padrão.

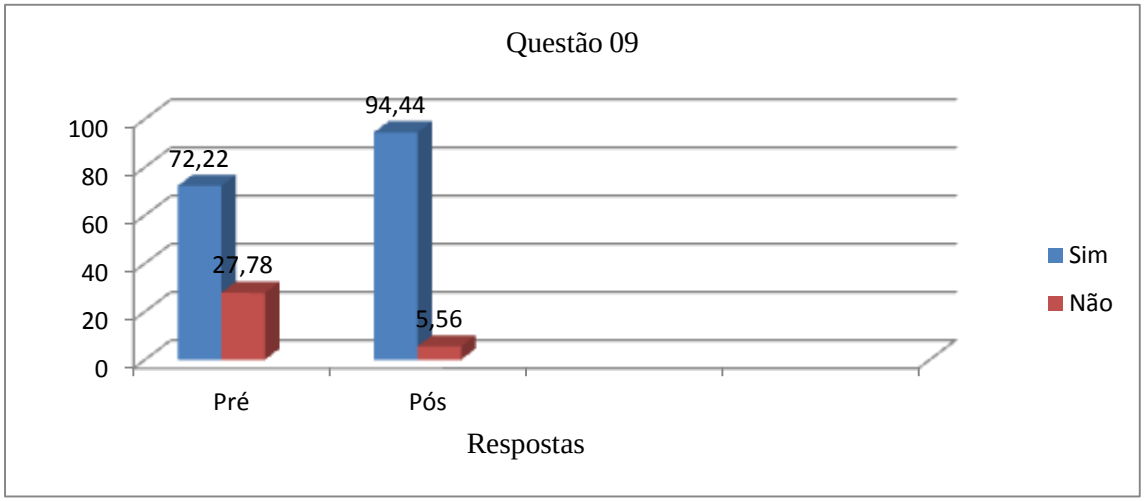

Gráfico 9 - Registro dos procedimentos referentes à administração de medicamentos.

Questão 10 - Presença da prescrição de enfermagem. Elemento verificador - existência diária Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e em dias úteis nas Unidades de Internação.

Em relação ao item, o que se obervou foi que no período pré-implantação o item esteve presente em 100% dos registros enquanto que na fase pós-implantação ocorreu uma queda do mesmo parâmetro para 83,33% de registros conformes e o aparecimento de 16,67% de observações de ausência do registro.

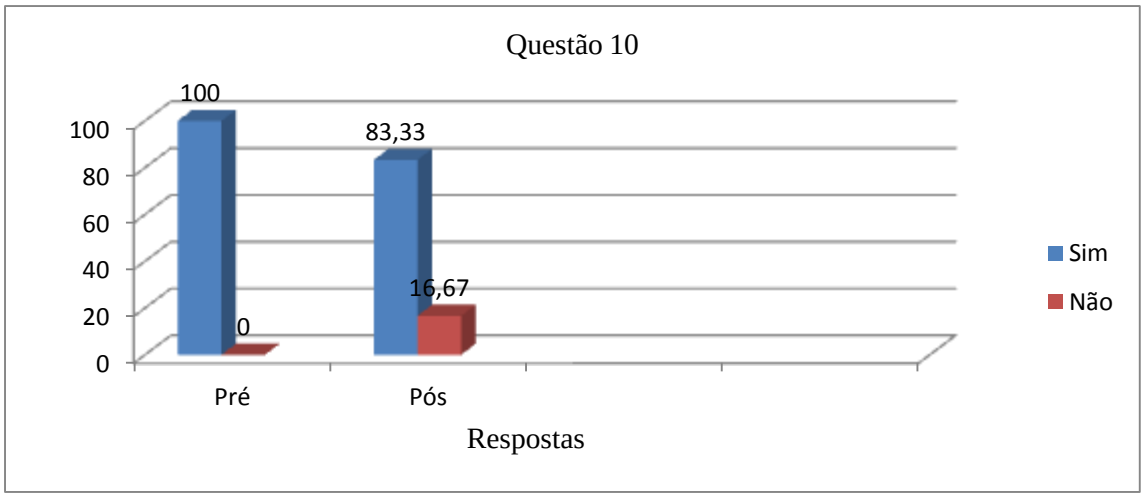

Gráfico 10 - Prescrição de Enfermagem

Questão 11 - Checagem dos horários da prescrição de enfermagem. Elemento verificador: existência do registro em todos os turnos.

O que se observou em relação ao item foi que no período pré-implantação apenas 11.11% dos registros apresentavam-se em conformidade com o padrão, com 88,89% de não conformidade, sendo que no período pós-implantação não foi observado a presença do registro.

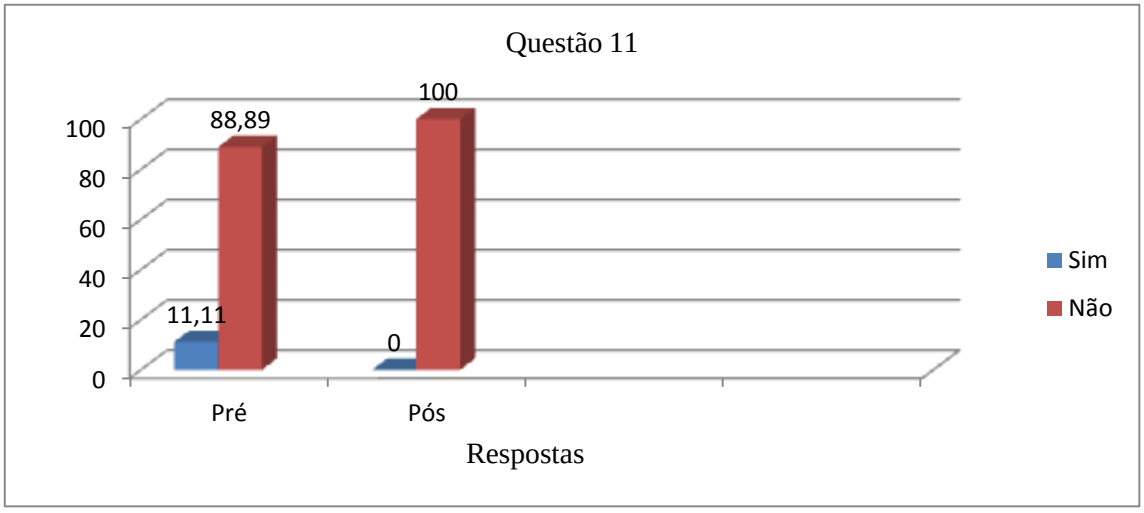

Gráfico 11- Checagem dos horários da prescrição de enfermagem

5- DISCUSSÃO E CONCLUSÕES.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) estrutura-se em função de dois grandes eixos, quais seja a correta implantação dos sistemas de diagnósticos e da implantação do Processo de Enfermagem. 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 de um grande complexo hospitalar 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.

Foi possível identificar uma associação das questões 1 e 2 (respectivamente identificação do paciente e datas de procedimentos) ao plano de História e Diagnóstico e 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) ao plano de intervenções e de prescrição terapêutica. 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 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.

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 melhora 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, as checagens 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 publico 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.

6- CONTRIBUIÇÃO PARA A PRÁTICA

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 Processo de Enfermagem. Demonstrou a necessidade da realização de oficinas com estudos de caso para que os colaboradores ampliem seu conhecimento e consequentemente aumente a adesão ao preenchimento dos impressos. Além disto, abriu novos grupos de discussão relativos à implantação da SAE - eletrônica no âmbito da organização estudada.

7-BIBLIOGRAFIA

Andrade, J. S., & Vieira, M. J. (Maio-junho de 2005). Prática assistencial de Enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. *Revista brasileira de Enfermagem, 58(3)*, 261-265.

Araújo, I. E., & Hermida, P. M. (Setembro - Outubro de 2006). Sistematização da Assitência de Enfermagem: Subsídios para implantação. *Revista Brasileira de Enfermagem, 59(5)*, 675-9.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).Lei nº 7498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermegem, e dá outras providências. *http://www.novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-junho-1986 4161.html.*

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 311 de 08 de fevereiro de 2007 – Dispõe sobre o código de ética dos profissionais de Enfermagem. http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). *Resolução nº358 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. http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009 4384.html.

D'Innocenzo, M., Adami, N. P., & Cunha, I. C. (2006). O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem, 59(1)*, 84-8.

Lucena A.F, Barros A.L.B.L(2005). Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. *Acta Paul Enferm 2005; 18(1):82-8.*

Martins, G. A., & Theóphilo, C. R. (2009). Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas. Atlas

Matsuda, L. M., Silva, D. M. P. P., Évora, Y. D. M., Coimbra, J. A. H.(2006). Anotações/Registros de enfermagem: Instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? *Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 08, n. 03, p. 415 - 421,2006. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm*

Mendes, E.V. *As redes de atenção à saúde no Brasil: o caso de Curitiba.* Washington: Organização Panamericana da Saude, 2007.

Nascimento, K. C., Backes, D. S., Koerich, M. S., & Erdman, A. L. (15 de maio de 2008). Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado

interativo,complementar e multidisciplinar. *Revista Escola de Enfermagem, 42(4)*, 643-8.

Novaes, H.M.D Evaluation of health programs, services and technologies. 34 (5): 547-59 Revista de Saúde Pública, 2000

Reppetto, M.A., Souza, M.F.(2005). Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. *Rev Bras Enferm 2005 maio-jun; 58(3):325-9*.

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

Vecina Neto, G. Gestão em Saude/ Gonzalo Vecina Neto, Ana Maria Malik. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

World Health Organization, *The World Health Report 2000: health systems, improving performance.* Geneva: World Health Organization, 2000.