



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**LUDIMILA CRISTINA SOUZA SILVA**

---

---

**Qualidade dos registros de enfermagem em prontuários após  
intervenção educativa em uma instituição pública de saúde**

---

---

**Goiânia  
2017**

---

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR  
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES  
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: [ ] Dissertação [X] Tese

**2. Identificação da Tese ou Dissertação:**

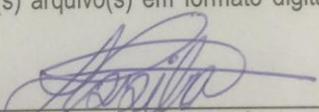
Nome completo do autor: Ludimila Cristina Souza Silva

Título do trabalho: Qualidade dos registros de enfermagem em prontuários após intervenção educativa em uma instituição pública de saúde.

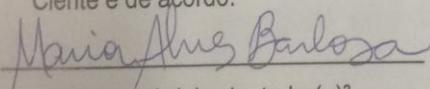
**3. Informações de acesso ao documento:**

Concorda com a liberação total do documento [X] SIM [ ] NÃO<sup>1</sup>

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.

  
Assinatura do(a) autor(a)<sup>2</sup>

Ciente e de acordo:

  
Assinatura do(a) orientador(a)<sup>2</sup>

Data: 04/12/17

<sup>1</sup> Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

Versão atualizada em setembro de 2017.

<sup>2</sup> A assinatura deve ser escaneada.

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR  
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES  
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFV

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFV) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFV), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico:     Dissertação     Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

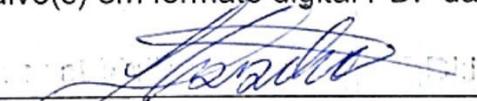
Nome completo do autor: *Budmilla Cristina Souza Silva*

Título do trabalho: *Qualidade dos registros de enfermagem em prontuário após intervenção educativa em uma instituição pública de saúde.*

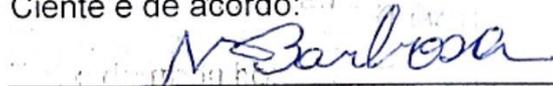
3. Informações de acesso ao documento: *apo pública de saúde.*

Concorda com a liberação total do documento  SIM     NÃO<sup>1</sup>

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.

  
Assinatura do(a) autor(a)<sup>2</sup>

Ciente e de acordo:

  
Assinatura do(a) orientador(a)<sup>2</sup>

Data: 18/06/21

<sup>1</sup> Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

<sup>2</sup> A assinatura deve ser escaneada.

**LUDIMILA CRISTINA SOUZA SILVA**

---

---

**Qualidade dos registros de enfermagem em prontuários após  
intervenção educativa em uma instituição pública de saúde**

---

---

Tese de Doutorado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em  
Ciências da Saúde da Universidade  
Federal de Goiás.

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Maria Alves Barbosa  
Coorientadora: Dr<sup>a</sup> Marinésia Aparecida Prado

**Goiânia  
2017**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Cristina Souza Silva, Ludimila  
Qualidade dos registros de enfermagem em prontuários após intervenção educativa em uma instituição pública de saúde [manuscrito] / Ludimila Cristina Souza Silva. - 2017.  
147, CXLVII f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Maria Alves Barbosa; co-orientadora Dra. Marinésia Aparecida Prado Palos.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Goiânia, 2017.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, abreviaturas, símbolos, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Prontuário. 2. Registro de Enfermagem. 3. Educação. 4. Qualidade. 5. Auditoria. I. Alves Barbosa, Maria, orient. II. Título.

CDU 616-083

Ata da Defesa de Tese de Doutorado realizada por **Ludimila Cristina Souza Silva**. Aos quatro dias do mês de dezembro do ano de 2017, às 08:30 horas, reuniu-se no Auditório da Faculdade de Enfermagem/UFG, a Comissão Julgadora infra nomeada para proceder ao julgamento da defesa de Tese intitulada: "**Eficácia dos registros de enfermagem em prontuários após intervenção educativa em uma instituição pública de saúde**", como parte de requisitos necessários à obtenção do título de Doutor, área de concentração **Dinâmica do Processo Saúde-Doença**. A Presidente da Comissão julgadora, **Prof. Dr. Maria Alves Barbosa**, iniciando os trabalhos concedeu a palavra a candidata, para exposição em até 50 minutos do seu trabalho. A seguir, a senhora presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos Examinadores, os quais passaram a arguir a candidata durante o prazo máximo de 30 minutos, assegurando-se a mesma igual prazo para responder aos Senhores Examinadores. Ultimada a arguição que se desenvolveu nos termos regimentais, a Comissão, em sessão secreta, expressou seu Julgamento, considerando a candidata aprovada  ou reprovada ( ).

**Banca Examinadora**

Profa. Dra. Maria Alves Barbosa - Presidente  
Profa. Dra. Marinésia Aparecida Prado - Membro  
Profa. Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra - Membro  
Prof. Dr. Celmo Celso Porto - Membro  
Profa. Dra. Virginia Visconde Brasil - Membro  
Prof. Dr. Marcos Rassi Fernandes - Suplente  
Profa. Dra. Maria do Carmo Lourenço Haddad - Suplente

**Aprovado(a)/Reprovado(a)**

*Aprovada*  
*Aprovada*  
*Aprovada*  
*Aprovada*  
*Aprovada*

Em face do resultado obtido, a Comissão Julgadora considerou a candidata **Ludimila Cristina Souza Silva** Habilitada  Não habilitada ( ). Nada mais havendo a tratar, eu **Profa. Dra. Maria Alves Barbosa**, lavrei a presente ata que, após lida e achada conforme foi por todos assinada.

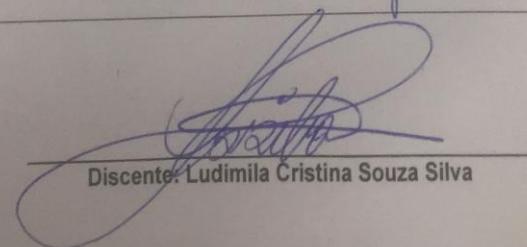
Profa. Dra. Maria Alves Barbosa - Presidente  
Profa. Dra. Marinésia Aparecida Prado - Membro  
Profa. Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra - Membro  
Prof. Dr. Celmo Celso Porto - Membro  
Profa. Dra. Virginia Visconde Brasil - Membro  
Prof. Dr. Marcos Rassi Fernandes - Suplente  
Profa. Dra. Maria do Carmo Lourenço Haddad - Suplente

**Assinatura**

*M. Alves Barbosa*  
*M. A. Prado*  
*A. L. Queiroz Bezerra*  
*C. Celso Porto*  
*V. Visconde Brasil*  
*M. R. Fernandes*

A banca examinadora aprovou a seguinte alteração no título da Tese:

*Qualidade dos registros de enfermagem em prontuários após intervenções educativas em uma instituição pública de saúde*

  
Discente: **Ludimila Cristina Souza Silva**

**BANCA EXAMINADORA  
DEFESA DOUTORADO**

**Aluno(a): Ludimila Cristina Souza Silva**

---

**Orientador(a): Dr<sup>a</sup> Maria Alves Barbosa**

**Coorientador(a): Dr<sup>a</sup> Marinésia Aparecida Prado**

**Membros:**

**1. Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Maria Alves Barbosa**

**2. Prof. Dr. Celmo Celeno Porto**

**3. Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Virginia Visconde Brasil**

**4. Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marinésia Aparecida Prado**

**5. Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Ana Lúcia Queiroz Bezerra**

**ou**

**6. Prof. Dr. Marcos Rassi Fernandes**

**7. Prof<sup>a</sup>. Dr. Maria do Carmo Lourenço Haddad**

**Data: 04/12/2017**

***Dedico este trabalho***

*Primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida e o autor do meu destino. À minha família pelo incentivo e pelo apoio constantes.*

## AGRADECIMENTOS

---

Agradeço primeiramente a Deus, que me permitiu ter forças para lutar e seguir em frente, mesmo nos momentos de desespero e angústia. Obrigada, Senhor, por ser meu escudo e minha fortaleza e por me carregar sempre em suas mãos trilhando sempre os melhores caminhos.

- À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Maria Alves Barbosa, minha orientadora, que me auxiliou durante todas as etapas da construção deste estudo, compreendendo meus momentos de dificuldade. Seu apoio, suas broncas e seus conselhos foram fundamentais para a concretização deste sonho. Obrigada por me acolher com tanto carinho!
- À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marinésia Aparecida Prado Palos, minha coorientadora e amiga, pelo acolhimento, que, com seu jeito simples e afável, me recebeu e me acolheu com votos de confiança, desde o mestrado. Eu não tenho palavras para expressar o carinho que tenho por você. Agradeço por todas as oportunidades, pelos “puxões de orelha”, que com paciência entendeu meus limites e pelo desespero muitas vezes afastava do eixo condutor na construção deste estudo. Obrigado por acreditar e vivenciar mais esta etapa da minha vida profissional, um sonho, hoje concretizado.
- À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Lúcia Queiroz Bezerra, pelas importantes contribuições agregadas ao domínio da temática, promoveu o aprimoramento e a qualidade na construção desta tese, o meu muito obrigada!
- Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás que transmitiram conhecimentos, proporcionaram trocas de experiências de grande relevância para minha ascensão profissional.

- À equipe de pesquisadores do Núcleo de Estudos e Gestão em Enfermagem e Segurança do Trabalhador e Usuário do Serviço de Saúde (NUGESTUS), da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG).
- Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, pela disponibilidade em atender às nossas necessidades institucionais.
- Ao Hospital Materno Infantil por me acolher durante a realização desta pesquisa.

E em especial, agradeço:

- A todas as pessoas que compartilharam do meu caminhar, contribuindo de forma direta ou indireta, na busca de mais uma etapa importante da minha vida profissional.
- Ao Vinícius Zenha Andrade, meu esposo, companheiro no amor, na vida e nos sonhos. Obrigada pela paciência e compreensão, e por me apoiar sempre que eu preciso; por me ouvir reclamar e tentar me acalmar, mesmo quando você sabe que realmente os momentos estão difíceis. O seu olhar cheio de orgulho a cada conquista minha, me motiva para continuar trilhando bons caminhos. Eu te amo muito e que Deus mantenha nossa união eternamente abençoada.
- À minha mãe Rosilene Rodrigues de Souza, que com amor e carinho, soube compreender os meus momentos de desespero, estresse, angústia e muita ausência. Obrigada mamãe por motivar-me a seguir em frente, mesmo diante dos momentos de desânimo, a senhora é para mim um exemplo de perseverança.
- Ao meu pai Evandro Antônio da Silva, que me amparou durante a minha trajetória de vida, você está sempre no meu coração.
- À minha tia Maria Helena Rodrigues, que contribuiu para meu crescimento pessoal e profissional, ouvindo minhas histórias, reclamações e comemorando as conquistas. Obrigada pelo apoio, carinho e confiança, compreendendo a minha ausência.
- Ao meu avô Fabrício Rodrigues de Souza, (*in memoriam*) que desde pequena, acreditou na minha capacidade em conquistar os meus sonhos. Hoje o senhor não está mais aqui comigo, mas sei que onde estiver, comemora esse momento comigo.

- Aos meus irmãos Douglas de Oliveira e Bruna de Oliveira, e ao meu sobrinho Igor de Oliveira que mesmo não estando tão próximos sempre transmitem força e otimismo.
- À minha amiga, cunhada e irmã de coração Lorena Zenha Andrade, por me ouvir nos momentos de desespero, e por me ajudar a ter força para cumprir os meus compromissos profissionais. A nossa sintonia é indescritível. Obrigada pelo apoio, durante esta jornada rumo à conquista de um sonho, o doutorado.
- Ao meu padrinho Gleidson Batista e à minha madrinha Fernanda Batista que mesmo distantes conseguem me transmitir muita paz, e eu sei o quanto vocês desejam o meu sucesso.
- Às minhas priminhas Maressa Batista e Mariana Batista, que com sua ingenuidade infantil, me deram forças e me veem como espelho de vida. Eu tenho um enorme carinho por vocês, minhas princesas.
- Ao meu sogro Uilebaldo Andrade e à minha sogra Carmem Zenha que estão sempre presentes, e que se preocupam com o meu bem estar. Suas mensagens, preocupadas com o meu descanso, sono e alimentação, demonstraram o seu carinho comigo. Tenho uma enorme admiração por vocês.
- Ao Alberto Alves de Castro e à Maria de Fátima Martins de Castro, meus tios de coração. A senhora soube perceber meu medo e minha ansiedade, em minutos de conversa. Obrigada pelo carinho, foi importante nesta fase.
- À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marislei Espíndula Brasileiro, por todos os ensinamentos, e pelos conselhos principalmente nos momentos de angústia e fraqueza durante esta trajetória.

- Aos meus professores de graduação da Universidade Salgado de Oliveira, em especial à Fernanda Alves Ferreira, por todo o ensinamento e pela base sólida durante a graduação me permitiram trilhar bons caminhos no âmbito profissional.
- Aos meus alunos que me compreenderam e apoiaram nos meus ajustes de cronograma, nos momentos de estresse, no atraso com as informações solicitadas, mas tudo isso foi necessário para a concretização da pesquisa.

# SUMÁRIO

---

LISTA DE FIGURAS.....	Xv
LISTA DE TABELAS.....	Xvi
LISTA DE SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS.....	Xvii
RESUMO.....	Xix
ABSTRACT.....	Xx
APRESENTAÇÃO.....	Xxi
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>25</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>31</b>
2.1 Registros de Enfermagem.....	31
2.2 Qualidade dos Serviços de Saúde.....	35
2.3 Tecnologias para Avaliação da Qualidade da Assistência em Saúde.....	42
2.3.1 Auditoria.....	42
2.3.2 Diagrama de <i>Ishikawa</i> .....	46
2.3.3 Ciclo PDCA.....	50
2.3.4 Programa de Educação Permanente.....	56
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>59</b>
3.1 Objetivo geral.....	59
3.2 Objetivos específicos.....	59
<b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>60</b>
4.1 Tipo de Estudo .....	60
4.2 Local do estudo.....	60
4.3 Fonte de dados .....	61
4.4 Critério de inclusão e exclusão .....	61
4.5 Delineamento da investigação .....	62
4.6 Procedimento para coleta de dados .....	63
4.7 Aspectos Éticos.....	65
4.8 Organização e análise dos dados .....	66

<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	68
5.1 Publicações .....	69
5.1.1 Artigo 1 – Análise da causa raiz de inconformidades nos registros em prontuários: opinião dos trabalhadores de saúde.....	70
5.1.2 Artigo 2 – Tecnologias para avaliação de melhorias contínuas da qualidade da assistência, na perspectiva de trabalhadores de saúde.....	84
5.1.3 Artigo 3 – Qualidade dos registros de enfermagem em um hospital público de Goiás: avaliação por meio da auditoria.....	100
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	118
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	120
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	122
<b>ANEXOS</b> .....	135
<b>APÊNDICES</b> .....	143

## LISTA DE FIGURAS

---

Figura 1	Componentes para a construção do Diagrama de Ishikawa...	47
Figura 2	Diagrama de Ishikawa, causa-efeito ou espinha de peixe.....	48
Figura 3	Ciclo PDCA de controle de processos.....	52
Figura 4	Ciclo PDCA (Melhorar e Manter a qualidade).....	54
Figura 5	Fluxograma do delineamento da investigação.....	63

### ARTIGO 2

Figura 1	Diagrama de causa e efeito para Melhoria Contínua da Qualidade Assistencial.....	92
----------	---	----

## LISTA DE TABELAS

---

### ARTIGO 1

Tabela 1	Distribuição das principais inconformidades dos registros em prontuários, na percepção dos participantes (n=33), antes e após ação educativa.....	76
Tabela 2	Distribuição das principais causas das inconformidades dos registros em prontuários, na percepção dos participantes (n=33), antes e após ação educativa.....	77

### ARTIGO 3

Tabela 1	Distribuição do percentual dos registros em prontuários antes e após ação educativa na instituição de saúde.....	107
Tabela 2	Distribuição do percentual dos registros em prontuários, segundo as categorias analisadas antes e após ação educativa na instituição de saúde.....	108

## SIMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

---

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
ENFERM.	Enfermagem
PAUL.	Paulista
ELETRON.	Eletrônica
ADM	Administração
EUA	Estados Unidos da América
GIH	Guia de Internação Hospitalar
IGH	Instituto de Gestão e Humanização
IGH	Instituto de Gestão e Humanização
IPASGO	Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás
UFG	Universidade Federal de Goiás
WHO	World Health Organization
MESH	Medical Subject Headings
JUN	Junho
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
<i>P</i>	Probabilidade de significância
IrAS	Infecção Relacionada à Assistência em Saúde
JCAHO	Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations
MS	Ministério da Saúde
MAT	Unidade de Terapia Intensiva Materna
MCQ	Melhoria Contínua da Qualidade
NEO	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

NUGESTUS	Núcleo de Gestão e Enfermagem para segurança do trabalhador e usuário dos serviços de saúde
PDCA	Planejar; Executar; Verificar; Avaliar.
PE	Processo de Enfermagem
PED	Pacientes hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica
POP	Procedimento Operacional Padrão
PP	Percentual de Preenchimento
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
REV.	Revista
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
STATA	Data Analysis and Statistical Software
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## RESUMO

---

**Introdução:** Os registros em prontuários de pacientes hospitalizados são importantes para a comunicação dos profissionais de saúde para a continuidade dos cuidados, mensuração dos custos, avaliação da qualidade, além de fornecer ações jurídicas de ensino e pesquisa. **Objetivo:** Avaliar a qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes após uma ação educativa. **Metodologia:** Estudo descritivo analítico realizado em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Materna e Infantil, com análise de 45 prontuários, antes e após intervenção educativa, que teve oito horas de duração. Para avaliação da qualidade foi utilizado o Formulário para Auditoria das Anotações de Enfermagem (HADDAD, 2004), após a coleta os dados foram analisados por meio do *software* STATA. **Resultados:** As principais inconformidades encontradas nos registros foram: registros incorretos ou incompletos, letra ilegível ou rasuras e ausência de registros. Dentre as inconformidades teve-se o preenchimento inadequado por unanimidade dos casos avaliados antes e após a intervenção educativa. Mas, as médias inerentes às informações completas, incompletas e não preenchidas foram significativamente melhores após a intervenção educativa ( $p>0,05$ ). As categorias, dados de identificação (PP=81,16%) e a execução das ordens médicas (PP=89,13%), apresentaram maiores índices de adequação no que tange aos registros completos. Entretanto, a prescrição de enfermagem (PP=6,76%) superou as inconformidades no quesito preenchimento incorreto dos registros nos prontuários dos pacientes. **Conclusão:** A ação educativa sinalizou resultados positivos em relação à eficácia dos registros em prontuários, evidenciando a importância de qualificação dos profissionais de saúde. Mediante essas evidências, recomenda-se um programa de educação permanente, com o objetivo de qualificar os profissionais quanto às exigências do processo de trabalho, como por exemplo, elaboração de protocolos padronizados, hábito de registrar as ações de forma completa e objetiva, adequação dos impressos, entre outros aspectos. Ações interventivas podem sensibilizar os profissionais quanto a competência, ao compromisso com a segurança e à melhoria contínua da qualidade da assistência prestada ao paciente.

**Palavras-chave:** Prontuário; Registro de Enfermagem; Educação; Qualidade; Auditoria; Eficácia.

## ABSTRACT

---

**Introduction:** Records in hospitalized patients' records are important for the communication of health professionals for continuity of care, cost measurement, quality assessment, as well as providing legal actions for teaching and research. **Objective:** To evaluate the quality of nursing records in patient records after an educational action. **Methodology:** An analytical descriptive study performed in Neonatal, Maternal and Child Intensive Care Units, with analysis of 45 charts, before and after an educational intervention, which lasted eight hours. To evaluate the quality, the Nursing Annotations Audit Form (HADDAD, 2004) was used. After the data collection, the data were analyzed using the STATA software. **Results:** The main nonconformities found in the records were: incorrect or incomplete records, illegible letters or erasures and absence of records. Among the nonconformities was the inadequate completion of the cases evaluated before and after the educational intervention. However, the means inherent to complete, incomplete and unfilled information were significantly better after the educational intervention ( $p > 0.05$ ). The categories, identification data (PP = 81.16%) and execution of medical orders (PP = 89.13%), presented higher adequacy indexes with respect to the complete records. However, the nursing prescription (PP = 6.76%) overcame the nonconformities in the question of incorrect filling of records in patients' records. **Conclusion:** The educational action signaled positive results regarding the effectiveness of records in medical records, evidencing the importance of qualification of health professionals. Based on these evidences, a permanent education program is recommended, with the objective of qualifying professionals regarding the requirements of the work process, such as the elaboration of standardized protocols, the habit of recording the actions in a complete and objective manner, printed, among other aspects. Intervention actions can raise awareness among professionals about competence, commitment to safety and continuous improvement of the quality of care provided to the patient.

**Keywords:** Medical records; Nursing Registry; Education; Quality; Audit; Efficiency.

## APRESENTAÇÃO

---

Enquanto docente do Curso de Graduação em Enfermagem e Especialização em Unidade de Terapia Intensiva, tenho atuado principalmente na área da qualidade da assistência e segurança do paciente há, aproximadamente, quatro anos. A experiência profissional no ensino, e minha mestrado acadêmico, impulsionou minha compreensão sobre a saúde humana em seus múltiplos aspectos e, principalmente, na temática Infecção Relacionada à Assistência em Saúde – IrAS, linha de pesquisa, vinculada ao meu projeto de mestrado. Diante das evidências na literatura nacional e internacional aliadas aos resultados analisados na pesquisa, constatamos que os elevados índices de IrAs nos serviços de saúde, envolviam falhas no processo de assistência e exposição ocupacional. Estas falhas eram ocasionadas pela não adesão dos trabalhadores de saúde às medidas de segurança recomendadas pela legislação brasileira.

Diante disso, percebi o quanto a qualidade da assistência encontrava-se fragilizada, implicando na necessidade de práticas assistenciais seguras, e conseqüentemente na implementação de estratégias para garantir a segurança do paciente e dos trabalhadores da saúde.

Nesse contexto, a preocupação do mundo contemporâneo com a melhoria contínua da qualidade apresenta-se como um desafio para as instituições de saúde, pois, para atender aos critérios da qualidade, é preciso reestruturar o processo assistencial e ainda fundamentar-se nas necessidades dos pacientes.

O maior desafio, talvez, seja as dificuldades em avaliar o processo de trabalho, na busca de indicadores atualizados, que possam subsidiar a elaboração de estratégias para melhoria contínua da qualidade. Esse desconhecimento impossibilita à instituição de saúde o alcance dos níveis de eficiência e eficácia recomendado pela legislação vigente no país. Tal situação despertou-me uma inquietude, frente à necessidade de definir ferramentas que poderiam auxiliar na avaliação e na reestruturação da assistência em uma instituição de saúde pública do meu estado.

Nessa perspectiva, propus melhorar o meu conhecimento acerca da auditoria, como ferramenta de impacto para a avaliação da qualidade da assistência em saúde, pois, além de controlar custos, ela permite conhecer a realidade assistencial da instituição. Assim como pela busca de indicadores de desempenho de serviços, obtidos por meio da eficácia dos registros realizados pelos trabalhadores nos prontuários e outros documentos afins, relacionados à terapêutica, as ações e procedimentos aos quais os pacientes são submetidos durante a internação.

Essa intencionalidade reporta à época do mestrado, deste então, sou membro do grupo de pesquisa do Núcleo de Gestão e Enfermagem para segurança do trabalhador e usuário dos serviços de saúde (NUGESTUS). Essa experiência possibilitou-me aprimorar os conhecimentos na temática, gestão da qualidade da assistência em saúde, com ênfase na segurança do paciente e do trabalhador. Esse cenário impulsionou a minha inserção no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, em nível de Doutorado.

Do mesmo modo, na minha trajetória acadêmica e profissional, convivi com diferentes trabalhadores que atuavam nas áreas de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e na Auditoria da qualidade. Entretanto, pude perceber que alguns deles, eram conscientes quanto aos aspectos da segurança e à qualidade contínua da assistência, porém a maioria não valorizava tais aspectos, bem como o processo de trabalho. Essa convivência, aliada à necessidade de buscar indicadores atualizados e analisar a eficácia dos registros nos prontuários, instigaram-me a fazer um diagnóstico situacional desses indicadores e intervir na reestruturação da *práxis*.

Nessa perspectiva, pretendemos fortalecer o debate sobre a qualidade da assistência, além de refletir sobre a problemática, listando as principais inconformidades identificadas nos registros, para subsidiar a elaboração de estratégias para a melhoria contínua da qualidade.

A auditoria da qualidade é um tema relevante e de impacto, para o qual convergem pesquisas, procedimentos e estratégias às práticas seguras em saúde. Vale ressaltar ainda que, através das buscas realizadas na literatura, observou-se uma deficiência nos estudos sobre essa temática,

principalmente, no que se refere à elaboração de estratégias interventivas e à continuidade do processo de melhoria contínua da qualidade.

A apresentação da tese está dividida em cinco partes:

A Introdução, que apresenta de forma clara e sucinta o objeto investigado e os objetivos. O Referencial Teórico que permitiu contextualizar o problema, percebendo a sua dimensão e implicações. A auditoria apresentou-se como uma importante ferramenta para avaliar a qualidade dos registros e o impacto das inconformidades para a segurança do paciente e do profissional. Evidenciou-se ainda o “Diagrama de Ishikawa”, como uma estratégia para alavancar as inconformidades e ainda subsidiar a elaboração de estratégias para a melhoria contínua da qualidade. Outra ferramenta importante foi o ciclo PDCA que, aliado à intervenção educativa, pode contribuir para uma assistência mais consciente, bem como melhorar a eficácia dos registros nos prontuários.

A metodologia foi dividida em três etapas, que representam as fases do diagnóstico, intervenção e avaliação. Em cada uma das fases foi descrito o tipo, o local, a população e o método empregado no estudo, além do instrumento, análise e interpretação de dados. Os resultados das análises foram apresentados no formato de três artigos científicos.

O primeiro artigo objetivou verificar a opinião dos trabalhadores de saúde sobre as inconformidades dos registros em prontuários de pacientes hospitalizados.

O segundo identificou as tecnologias em saúde para a Melhoria Contínua da Qualidade no contexto da assistência, na perspectiva dos profissionais de saúde.

O terceiro artigo avaliou a eficácia dos registros de enfermagem após a realização de uma ação educativa, realizada na instituição, cenário deste estudo.

Na sequência, encontram-se as considerações finais cuja principal característica é mostrar a relevância do estudo para a área da saúde e enfermagem, em nível assistencial e em gestão do serviço, com ênfase na melhoria contínua da qualidade.

# 1 INTRODUÇÃO

---

O processo de evolução tecnológica, globalização e as transformações na economia impactaram a área da saúde, pois desencadearam à necessidade de reformular os processos de trabalho para garantir a qualidade dos registros (BORSATO; VANUCHI; HADDAD, 2016; PADILHA; HADDAD; MATSUDA, 2014). Nesse contexto a qualidade passou a ser considerada um requisito importante para a continuidade do processo de saúde, sendo motivada por mudanças no padrão de comportamento dos usuários, trabalhadores, gestores e estudiosos da área, que têm se mostrado atentos à busca de indicadores no campo da avaliação da qualidade do cuidado em saúde (ANVISA, 2007; ROSSANEIS et al., 2014).

Apesar do compromisso com a qualidade não ser uma prática recente, ainda observa-se a necessidade de maior envolvimento e compromisso por parte das instituições e dos profissionais, quanto à valorização da qualidade da assistência (PADILHA; MATSUDA, 2011).

Portanto, concepções e valores sobre saúde, e ainda, as expectativas da relação entre profissional e paciente e o modo como a assistência é implementada têm direcionado a atenção das estâncias públicas para a busca de evidências concretas no sentido de desvelar os mecanismos que provêm tais recursos perante a eficiência e reais necessidades, articuladas à melhoria da qualidade da assistência (ANVISA, 2007; BARBOSA; TRONCHIN, 2015).

Nesse sentido, a busca pela qualidade dos registros apresenta-se como um processo complexo que possibilita a identificação de inconformidades e o planejamento de estratégias que possam melhorar a dinâmica de trabalho na instituição (SILVA; LOUREIRO; FROTA, 2013). Esse processo pode avaliar a efetividade das ações programáticas, e ainda evitar ou reduzir o sofrimento causado pelos problemas gerados às pessoas na ambiência de saúde (COSTA et al., 2008).

A avaliação favorece o conhecimento das práticas em saúde quanto ao desempenho e à eficácia dos serviços. A falta de qualidade na saúde evidencia-se pela ineficácia e ineficiência dos serviços, inacessibilidade, o

que gera insatisfação tanto de usuários quanto de profissionais de saúde e, seguramente, a ocorrência de incidentes (COSTA et al., 2008; SILVA; LOUREIRO; FROTA, 2013).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, caracteriza-se como incidentes, eventos ou circunstâncias que poderiam resultar ou resultaram em danos desnecessários ao paciente. Os incidentes podem ser classificados em circunstância de risco, quase erro, incidente sem dano e incidente com dano ou evento adverso (OMS, 2009).

Circunstância de risco refere-se à situação em que houve potencial significativo de dano, mas não ocorreu um incidente. Quase erro é um incidente que não atinge o paciente. Incidente sem dano é um evento que ocorreu a um paciente, mas não chegou a resultar em dano. Nessa direção, incidente com dano ou evento adverso é um incidente que resulta em dano para o paciente, porém eles não são intencionais, mas decorrentes da assistência em saúde e não relacionados à evolução natural da doença de base (OMS, 2009).

Diante desses incidentes, torna-se necessário sistematizar o serviço, por meio da implementação de protocolos assistenciais, uma vez que eles padronizam as condutas, e ainda, destacam os indicadores de serviço e da assistência relacionados à estrutura, processo e resultados, que são considerados a tríade da avaliação de qualidade em saúde (DONABEDIAN, 1982; OMS, 2009).

A “estrutura” refere-se aos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência. O “processo” corresponde às atividades envolvendo profissionais e pacientes, ou seja, diagnóstico, tratamento e aspectos éticos. Já o “resultado” é a assistência prestada, considerando como critério de avaliação os padrões de expectativas dos pacientes (DONABEDIAN, 1982; SILVEIRA et al., 2015).

Para que seja instituído um processo de avaliação em um serviço, algumas indagações devem anteceder a ele: o que avaliar, para que avaliar e quando avaliar? (D’INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Nessa linha de pensamento, a avaliação define-se por meio de um processo capaz de identificar quantitativa e qualitativamente os resultados utilizando-se de indicadores. Portanto o processo de avaliação em saúde

utilizará desses mecanismos para analisar, verificar e otimizar condutas envolvendo os respectivos indicadores, objetivando medir a qualidade dos sistemas e serviços (PAIM; ZUCCHI, 2011; SANTANA; ARAÚJO, 2016).

O processo de avaliação em saúde engloba todo o processo institucional, através da verificação contínua do trabalho em equipe, da identificação e solução de inconformidades. Trata-se de um processo sistemático, que exige a avaliação da qualidade e dos custos, utilizando-se dos prontuários em que os cuidados são registrados e o ambiente onde a assistência é implementada para mensurar a eficácia do serviço de saúde (PADILHA; MATSUDA, 2011; SCARPARO et al., 2008).

Diante disso a análise da qualidade dos registros em prontuários permite a verificação da compatibilidade entre o procedimento realizado e os itens que compõem a conta hospitalar (MAIA et al., 2017; PADILHA; HADDAD; MATSUDA, 2014). Os prontuários permitem a avaliação de custos e qualidade, por isso é necessário construir registros livres de inconformidades e que representem, de forma fidedigna, a assistência implementada (SILVA, 2015).

Ao realizar um diagnóstico sobre a qualidade dos registros em prontuários, a presença de falhas quanto à ilegibilidade, erros na escrita, rasuras, ausência de checagem, e até mesmo a inexistência de registros são considerados indicadores negativos de qualidade. As inconformidades existentes nos registros impedem que a evolução e as intervenções terapêuticas dos pacientes sejam realizadas adequadamente, e com isso interferem na eficácia e na continuidade da assistência prestada ao paciente (PADILHA; HADDAD; MATSUDA, 2014; SILVA, 2015) além de dificultar a comunicação entre a equipe.

Para a avaliação da qualidade dos registros em prontuários de paciente hospitalizados, é importante a institucionalização da auditoria nos serviços, pois ela é capaz de medir a eficiência e a eficácia da assistência, evidenciando fragilidades que comprometem o serviço de saúde no âmbito organizacional e também da assistência (CONTRANDRIOPOULOS, 2006).

A auditoria é importante na transformação dos processos de trabalho nas instituições, pois a identificação das inconformidades, auxilia na reestruturação do serviço. Programas de educação permanente tornam os

profissionais mais qualificados e assim os registros em prontuários e a assistência são realizados de forma mais eficaz, garantindo uma posição competitiva no mercado de trabalho através da satisfação dos pacientes e dos profissionais de saúde (SILVA, 2015).

Além da auditoria, existem outras ferramentas importantes destinadas à avaliação da qualidade da assistência, como por exemplo, o Diagrama de *Ishikawa* pode auxiliar no processo de melhoria contínua da qualidade. Esse diagrama também conhecido como “espinha de peixe” ou causa e efeito, tem a representação gráfica em formato de peixe e possibilita a identificação das causas de um determinado problema e também a definição de metas (NOGUEIRA, 2003; TEIXEIRA, 2012).

Este estudo utilizou a auditoria de registros e o Diagrama de *Ishikawa*, para auxiliar através do *Brainstorming*, na identificação das principais causas das inconformidades em relação aos registros em prontuários, e ainda definir algumas estratégias para a melhoria contínua da qualidade.

Outra ferramenta também utilizada neste estudo, foi o ciclo PDCA, que trata de um método utilizado para controlar o processo assistencial de forma contínua (TEIXEIRA, 2012). Esse ciclo é composto por quatro etapas: *Plan* – planejar; *Do* – executar; *Check* – verificar e *Act* – avaliar (NOGUEIRA, 2003; ROQUE, 2015).

Estas ferramentas foram elegidas para este estudo por acreditar que, por meio desse tripé, fosse possível manter/melhorar e ou rever indicadores de garantem à eficácia dos registros em prontuários, além de permitir novas concepções sobre o processo de trabalho contribuindo para o surgimento de estratégias promissoras frente à meta da melhoria contínua da qualidade.

A eficácia dos registros em prontuários almeja garantir o exercício profissional ético e a cidadania do paciente, garantindo segurança e qualidade do serviço prestado (PADILHA; MATSUDA, 2011). Registros em prontuários realizados em conformidade com a legislação vigente não deverão ser considerados apenas como uma meta, mas sim um processo contínuo.

O grande desafio a ser almejado para o alcance da eficácia dos registros em prontuários consiste em modificar o processo de trabalho e a conduta do profissional de saúde. Faz-se necessário que os trabalhadores

de saúde estejam conscientes da sua responsabilidade em registrar à assistência de forma correta, completa e fidedigna (SILVA et al., 2012).

Nesse contexto, as evidências trazidas pela literatura, aliadas à vivência em algumas maternidades públicas, mostraram que muitas vezes, as condutas adotadas mostravam-se em desacordo com os princípios da segurança, recomendados pela legislação vigente, e que os registros em prontuários em alguns momentos não eram compatíveis com a assistência implementada, resultando na qualidade dos registros e no comprometimento da qualidade da assistência.

Da mesma forma, os achados do mestrado, cujos dados, foram obtidos no mesmo hospital, mostraram que os registros em prontuários não indicavam de forma integral a assistência implementada, o que fragilizava a continuidade da assistência e a segurança do paciente. Essas lacunas corroboraram a necessidade de avaliar a eficácia dos registros em prontuários de pacientes hospitalizados e despertou o interesse pela temática com o intuito de buscar subsídios na literatura e, em parceria com a instituição objeto deste estudo, para a promoção, eficácia e eficiência da assistência, em uma instituição de saúde de referência na área da mulher e da criança.

A avaliação dos registros em prontuários subsidiará medidas assertivas capazes de promover uma assistência de qualidade, focada nos princípios da segurança do paciente e do trabalhador respectivamente.

Somada ao fato de que a instituição parceira, tem sua missão focada na assistência humanizada, no ensino, pesquisa e extensão, almeja-se a melhoria contínua da qualidade. Esta interface justifica-se a consolidação de um estudo de intervenção.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

---

### 2.1 Registros de Enfermagem

A competitividade e a busca constantes pela qualidade têm feito parte da realidade institucional nos mais diversos âmbitos de atuação. Na saúde essa busca pela qualidade e por estratégias pode auxiliar os profissionais na redução de erros e na transmissão de informações de forma clara e segura (CARNEIRO et al., 2016).

A transmissão de informações de forma satisfatória exige o uso da comunicação como um instrumento básico e fundamental para nortear as ações de saúde. Vale ressaltar que a comunicação reflete diretamente na qualidade da assistência prestada ao paciente (CAMPOS; SOUZA; SAURUSAITIS, 2008; CARNEIRO et al., 2016).

Acredita-se que no meio hospitalar o prontuário do paciente é um importante veículo de comunicação, pois nele são encontradas anotações e informações inerentes à assistência multiprofissional, dispostas em ordem cronológica e que facilitam a continuidade do planejamento em saúde (CAMPOS; SOUZA; SAURUSAITIS, 2008; FILHO; BENESSIUTI, 2013).

Prontuário é uma palavra derivada do latim “*promptuariu*” e pode ser definida como um documento único, composto por informações gerais relacionadas à saúde do paciente e à assistência a ele prestada (CFM, 2002). Esse documento serve para consultas, avaliações, ensino, pesquisa, auditoria, estatística médico-hospitalar, sindicâncias, investigações, processos éticos e legais, comunicação entre profissionais e ainda defesas ou acusações (DEMARCHI et al., 2012).

Percebe-se, então, que o prontuário possui várias finalidades, porém para garantir a fidedignidade desse documento, é preciso que toda a história clínica do paciente e também a assistência implementada estejam registradas de forma clara, objetiva e segura. Por meio dos registros é possível estabelecer a continuidade do cuidado, e ainda conhecer as informações sobre os problemas de saúde, ações e resultados inerentes à assistência implementada (BARRAL et al., 2012).

Grande parte das anotações existentes nos prontuários é referente à assistência de enfermagem, já que a elaboração dos registros faz parte dos deveres éticos e legais do exercício da profissão (ASSUNÇÃO; DALRI, 2010; CARNEIRO et al., 2016). Os registros podem ser considerados de impacto na tomada de decisão e no alcance da qualidade do cuidado (MATSUDA; CARVALHO; ÉVORA, 2007).

A Lei do Exercício Profissional 7498, de 25 de junho de 1986 em seu Art.14, ressalta a incumbência ao pessoal de enfermagem de anotar no prontuário do paciente, todas as atividades procedentes da assistência. Dessa forma, os registros de intervenções de enfermagem e suas respectivas ações ou atividades em prontuários fazem parte da responsabilidade legal da enfermagem (BRASIL, 1986; CAMELO et al., 2009).

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) – 191/96 ressalta a importância de se ter qualidade nas anotações de enfermagem, pois são documentos legais que podem acusar ou defender os profissionais e a instituição quando em investigações por eventos adversos que envolvam atos de negligência, imprudência ou imperícia. Desse modo, o registro é um aspecto vital para mostrar que a assistência foi realizada e os protocolos cumpridos (COFEN, 1996; SEIGNEMARTIN et al., 2013).

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resolução do COFEN 311/07 refere-se a importância de registrar, no prontuário, informações referentes ao processo assistencial. As informações deverão ser completas e fidedignas, permitindo a continuidade do cuidado. O número e a categoria de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem e a assinatura também, deverão compor os registros (COFEN, 2007).

A Portaria do Ministério da Saúde nº 1.820/09 determina que o paciente e outras pessoas autorizadas por ele, poderão ter acesso ao seu prontuário e aos dados nele registrados, por isso as informações deverão ser mantidas atualizadas e legíveis e com a descrição rigorosa dos cuidados prestados (BRASIL, 2009).

Do ponto de vista ético e legal, somente o registro de execução de uma atividade pode, de fato, assegurar que esta foi realizada pelo profissional de enfermagem. Com isso, o registro das atividades realizadas é

sempre necessário porque promove maior visibilidade da categoria profissional e contribui para a integralidade do cuidado prestado ao paciente (PADILHA; HADDAD; MATSUDA, 2014).

Para garantir a construção de registros de qualidade, acredita-se que a utilização de normas ou manuais de rotinas seria de impacto para a qualidade e o aprimoramento do processo de trabalho. A padronização dos registros evitaria falhas quanto a adequações da linguagem, exatidão e legibilidade (ASSUNÇÃO; DARLI, 2010).

A assistência de enfermagem deve ser sistematizada e, para garantir a continuidade do cuidado, é importante deixar explícito aos profissionais o dever de registrar os cuidados e as informações inerentes ao processo assistencial (CARNEIRO et al., 2016). É importante que as anotações de enfermagem não façam parte de um processo isolado e sim de um conjunto de ações executados em face das necessidades de cada paciente (BARRAL et al., 2012).

Diante disso, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) apresenta-se como um método que favorece a organização do cuidado e a prática baseadas em um método científico (SILVA et al., 2016). Assim, os registros/anotações de enfermagem são fundamentais para a implementação da SAE e garantir informações que possam assegurar e dar continuidade à assistência (VERSA et al., 2012).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um instrumento metodológico, constituído por etapas que implicam na organização e coordenação das atividades de enfermagem (SILVA et al., 2016; VENTURINI; MARCON, 2008). A Resolução do COFEN nº 358/09 dispõe sobre a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e do Processo de Enfermagem (PE) (COFEN, 2009).

O Processo de Enfermagem é composto pelas seguintes etapas: coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação da assistência e avaliação dos resultados (COFEN, 2009; SILVA et al., 2016). Desse modo, esse processo conduz ao atendimento holístico dos pacientes e ao cuidado baseado no planejamento, orientação, execução e avaliação da assistência (VERSA et al., 2012).

A etapa do processo de enfermagem inicia-se na coleta de dados, fase que é dividida em anamnese e exame físico. Em seguida os diagnósticos de enfermagem são determinados a partir da avaliação do estado de saúde do cliente. O planejamento é a prescrição dos cuidados de enfermagem e deverá ser baseado nos diagnósticos levantados. E a última fase é a avaliação dos resultados da assistência (MORAIS et al., 2015)

As anotações de enfermagem são de fundamental importância para uma assistência sistematizada, porém esses registros precisam seguir algumas regras e, assim, serem indicador positivo de qualidade (SEIGNEMARTIN et al., 2013). A Resolução COFEN 191/09 e 448/13 determina que as anotações de enfermagem deverão ser precedidas de data e hora, conter assinatura e identificação do profissional. As anotações deverão contemplar todos os cuidados prestados, sinais e sintomas, intercorrências, respostas dos paciente às ações realizadas (COFEN, 2009; 2013).

Os registros/anotações de enfermagem são documentos importantes para a avaliação da assistência prestada, por isso quando não são realizados, ou apresentam inconformidades, resultam em uma assistência sem credibilidade (ASSUNÇÃO; DALRI, 2010). Vale ressaltar que em ambientes como Terapia Intensiva que é um local para tratamento de pacientes graves e de risco, onde a quantidade de cuidados realizados são frequentes, os registros, quando inexistentes ou em inconformidades, implicam na instabilidade funcional do paciente e na continuidade do cuidado (CAMPOS; SOUZA; SAURUSAITIS, 2008).

Além de fragilizar a continuidade e a qualidade da assistência, as inconformidades podem gerar consequências econômicas à instituição (BORGES et al., 2017). Entre as falhas inerentes aos aspectos éticos e legais destacam-se rasuras, letra ilegível, registros incompletos e ausência de identificação do profissional (BARRETO; LIMA; XAVIER, 2016).

Mesmo apresentando inconformidades a existência dos registros nos prontuários demonstra progresso, pois indica que a equipe de enfermagem está conscientizando-se quanto à importância dos registros para a tomada de decisão, continuidade do cuidado e para a mensuração da qualidade e dos custos assistenciais (DINIZ et al., 2015).

A necessidade de registros adequados e a existência de inconformidades que impedem que as metas de qualidade sejam alcançadas foram os fatores que apontaram a necessidade da criação de um comitê de revisão de prontuário (MORAIS et al., 2015). De acordo com a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.638/02, o comitê de revisão de prontuários tem como função auditar registros da assistência, baseando-se em protocolos institucionais e, ainda, enfatizar aos gestores que intervenções educativas nas áreas de maior fragilidade, resultam em um clima organizacional de melhor qualidade (CFM, 2002; MORAIS et al., 2015).

## **2.2 Avaliação da Qualidade dos serviços de saúde**

Atualmente, a qualidade tem sido cada dia mais almejada pelas instituições nos mais diversos âmbitos. No século XIX, a “qualidade” era apenas uma ferramenta para o controle do processo de produção, porém as falhas eram constantes (CAMARGO, 2011).

Na década de 1920, Dr.W.Edwards Deming considerou que a qualidade era falha pelo fato das empresas usarem apenas de estratégias corretivas, ou seja, identificavam as falhas somente no final de uma produção. Nesta mesma década, Walter A. Shewhart tornou-se precursor na identificação de causas associadas às falhas nos processos produtivos (CAMARGO, 2011; SASHKIN; KISER, 1994).

Nos anos 1930 e 1940, a evolução da “qualidade” contou com o desenvolvimento do Ciclo PDCA, proposto por Dr. Deming. Já a década de 1950 foi marcada pelo pressuposto de Joseph M.Juran, considerado “Pai da Qualidade”, que afirmava que qualidade é feita de planejamento, controle e melhoria. Em seguida, Armand Vallin Feigenbaum lançou o livro “*Total Quality Control*”, que destaca a necessidade de toda a empresa estar envolvida no processo de produção para garantir a qualidade total (CAMARGO, 2011).

Outro importante marco na história da qualidade foi Philip Crosby, na década de 1960 que desenvolveu o programa “Zero Defeito”, que tinha como proposta solucionar as necessidades de clientes, fornecedores, funcionários e acionistas (CAMARGO, 2011).

A globalização, as evoluções tecnológicas, a ampla concorrência e o acesso livre e rápido às informações fizeram com que os clientes se tornassem mais exigentes, que as organizações tivessem como meta a prestação de serviços com custos mais baixos e com excelência de qualidade (BARBOSA et al., 2015; CAMELO, 2009; FREITAS et al., 2014).

A busca pela qualidade assistencial tem se tornado uma grande preocupação institucional, que almeja garantir o exercício profissional ético e a cidadania do paciente, garantindo segurança e qualidade do serviço prestado. A qualidade não deve ser considerada uma meta, mas sim um processo contínuo de ação e reflexão que exige rotineiramente a adequação do profissional e da instituição a ações de melhoria assistencial (PAIM; ZUCHI, 2011).

Para o sucesso no processo de Qualidade Total, é preciso dar ênfase às atividades que estão sendo implementadas e também aperfeiçoar tudo o que foi realizado, no sentido de conhecer os resultados finais obtidos e, posteriormente, poder intervir, com ênfase, na melhoria da qualidade (CAMARGO, 2011).

Na ambiência do serviço de saúde, percebe-se que as instituições almejam atender, cada dia mais às necessidades dos clientes e, para se manterem competitivas, buscam a melhoria contínua da qualidade. O enfoque das instituições baseia-se em três domínios importantes: atendimento ao cliente, conhecimento da relação entre oferta e a procura, e eficiência econômica e financeira (DIAS, 2014).

Na enfermagem, a preocupação com a qualidade teve início no século XIX, através de Florence Nightingale que buscou a melhoria contínua da qualidade do atendimento através por meio da redução significativa na incidência de infecções e mortalidade entre soldados ingleses feridos na guerra da Crimeia, além de realizar treinamentos e educação continuada (BARBOSA et al., 2015; D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Em 1951, nos Estados Unidos da América (EUA), foi criada a Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais, com o intuito de rever os termos eficácia e eficiência, e a qualidade nessas organizações era baseada em padrões de conformidade e modelos de contratação (BARBOSA et al., 2015).

Já em 1988, foi criada a *Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) , para monitorar a qualidade dos serviços de saúde por meio da acreditação, ou seja, de um método de avaliação voluntário, periódico e reservado, pois as informações coletadas são divulgadas apenas para a instituição avaliada (BARBOSA et al., 2015).

Conformidade, confiabilidade, qualidade percebida e atendimento retratam a amplitude da qualidade. O princípio da conformidade está diretamente relacionado à adequação do que se deseja, obedecendo assim às condições previamente fixadas. A confiabilidade determina que todo serviço ao ser oferecido, deve inspirar confiança no cliente, por intermédio de explicações claras sobre o produto, forma de utilização e garantias (CAMARGO, 2011).

O princípio da qualidade percebida é quando o serviço atinge um nível de excelência que é perceptível ao cliente. O atendimento é outro princípio muito importante, pois ao conquistar a confiança do cliente, por ser tratado de maneira formidável e as necessidades do mesmo forem atendidas, a empresa demonstra o compromisso com a qualidade (CAMARGO, 2011).

A qualidade é algo subjetivo, pois depende da necessidade e da percepção do indivíduo quanto ao serviço oferecido. O conceito de qualidade é abrangente e complexo, formado por sete pilares: Eficácia; Efetividade; Eficiência; Acessibilidade; Legitimidade e Otimização (COSTA, 2009; DONABEDIAN, 1990; KAWAMOTO et al., 2016).

A Eficácia é entendida como a possibilidade de alcançar o resultado desejado quando o processo está em conformidade. A Efetividade é a capacidade de alcançar o resultado desejado mesmo quando o processo é implementado rotineiramente. A Eficiência almeja a melhor qualidade pelo menor preço (BRASIL, 2010; DONABEDIAN, 1990).

A Acessibilidade é representada pela relação entre o que os usuários possuem e os obstáculos que o serviço de saúde apresenta. A Legitimidade visa providenciar os cuidados aceitáveis para a sociedade em geral. E a Otimização tem como critério avaliar custos e benefícios e atingir o melhor equilíbrio entre eles (BRASIL, 2010; DONABEDIAN, 1990).

Existem vários fatores que influenciam a qualidade na assistência em saúde, como por exemplo a formação profissional, o quantitativo de recursos

humanos, o mercado de trabalho, a legislação vigente, as políticas, a estrutura e a gestão organizacional (GUEDES; TREVISAN; STANCATO, 2013).

A questão da qualidade da assistência apresenta-se diretamente relacionada à segurança do paciente, porém deve-se destacar que segurança e qualidade possuem conceitos diferentes, mas que se referem a um mesmo processo na ambiência da saúde. Segurança apresenta-se como um componente da qualidade assistencial, sendo necessário que a instituição ofereça uma assistência segura e que satisfaça as necessidades do indivíduo (KAWAMOTO et al., 2016).

Para garantir a segurança do paciente, é preciso utilizar estratégias que minimizem os riscos associados à assistência e isso configura-se como uma melhora na qualidade. A percepção dos profissionais em relação à segurança do paciente auxilia no direcionamento para a tomada de decisão no que se refere a mudanças nas ações gerenciais com vistas à promoção da cultura de segurança (KAWAMOTO et al., 2016; LAPÃO, 2016).

A percepção do profissional sobre a necessidade da implementação da qualidade é muito importante para a continuidade do processo. A resistência dos profissionais frente às mudanças necessárias para a qualidade deve partir de princípios básicos, fundamentados em solucionar problemas (KAWAMOTO et al., 2016)

A concepção de valores sobre a saúde, as expectativas diante das relações entre usuário e prestadores de serviço e o modo como as atividades são desenvolvidas demonstram que a busca pela qualidade consiste no esforço permanente por melhores condições de saúde, mediante a avaliação contínua da estrutura, do processo e do resultado (BARBOSA; TRONCHIN, 2015; DONABEDIAN, 1990).

A avaliação contínua relacionada à “estrutura”, representa características estáveis do sistema como por exemplo recursos humanos, materiais, insumos e normatização do serviço. A abordagem dos aspectos relacionados ao “processo” referem-se aos elementos constitutivos das práticas propriamente ditas, ou seja, determina como o sistema realmente funciona, pois são as atividades realizadas nos serviços de saúde (BRASIL, 2010; COSTA, 2009; DONABEDIAN, 1990).

Já a abordagem quanto aos “resultados” refere-se às modificações no estado de saúde dos indivíduos, ou seja, o comportamento da população alvo (COSTA, 2009; DONABEDIAN, 1990). Enfim, avaliar os resultados é importante para saber se o que foi encontrado, corresponde às metas inicialmente propostas.

Diante disso, percebe-se a importância da avaliação da qualidade que consiste em fazer um julgamento de valor a respeito da assistência prestada, ou sobre qualquer outro componente de referência com o objetivo de identificar inconformidades ou não e, posteriormente subsidiar a tomada de decisão (BRASIL, 2010; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Vale ressaltar que a avaliação da qualidade configura-se como uma oportunidade de mudança e não como um julgamento.

De acordo com a necessidade de avaliação da qualidade em saúde, o sistema de Acreditação tem sido destaque. A acreditação refere-se a uma estratégia sistemática, periódica, reservada e, por vezes, voluntária, que possibilita a avaliação da qualidade baseada em padrões previamente estabelecidos (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016).

A instituição acreditada atende a critérios de excelência preconizados, e, por isso, o processo de acreditação produz melhorias na qualidade da assistência, para garantir a melhora contínua da qualidade. O profissional deverá compreender a necessidade do cuidado integral e do paciente como foco do processo de atendimento (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016). Esse processo de melhoria da qualidade deve ser contínuo e, mesmo após a acreditação, a instituição precisa implementar estratégias para manutenção da qualidade.

É comum a interrupção dos programas de qualidade e da dificuldade apresentada pelas instituições em alcançar e manter níveis de excelência previamente estabelecidos, o que torna necessário processos focados na Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ). A MCQ refere-se a uma metodologia crítica, que propõe estratégias amplas e contínuas de melhoria da qualidade em saúde e os aspectos organizacionais mais complexos (BRASIL, 2010; DIAS, 2014; VITURI; ÉVORA, 2015).

Estratégias de MCQ exigem avaliação global da assistência, envolve os aspectos organizacionais, e a auditoria interna pode ser considerada

ponto de partida importante para o processo de avaliação. Por meio da auditoria interna, é possível avaliar o serviço de saúde e, assim, identificar inconformidades, elaborar um diagnóstico situacional e posteriormente subsidiar estratégias para minimizar as lacunas, custos e promover qualidade de forma contínua (CAMELO et al., 2009; DIAS, 2014; MAIA et al., 2017).

A melhoria contínua da qualidade exige a realização constante de planejamentos, e o gestor da organização é o responsável pelo processo de liderar, planejar e controlar os processos. Para auxiliar na elaboração de planejamentos de excelência, são necessários tempo e ferramentas como a auditoria (MAIA et al., 2017).

Portanto, a auditoria apresenta-se também como importante ferramenta para avaliação de custos e qualidade nos serviços de saúde. No contexto da qualidade, a auditoria em enfermagem permite a avaliação sistemática da assistência oferecida ao paciente. Essa avaliação é realizada através da auditoria, ou seja, da análise dos registros nos prontuários do paciente (DIAS et al., 2011). Vale ressaltar que os registros nos prontuários configuram-se como importante indicador de qualidade assistencial.

Além de mensurar a qualidade assistencial, é importante definir, analisar e propor soluções para problemas que interferem no desenvolvimento do processo assistencial. Nesse contexto, foram estruturadas as ferramentas da qualidade, a partir da década de 1950, com base em conceitos e práticas existentes (CAMARGO, 2011; NOGUEIRA, 2014).

As principais Ferramentas do Controle de Qualidade são: Folha de Verificação, Diagrama *Ishikawa* (Espinha de Peixe), *Brainstorming*, Diagrama de Pareto, PDCA (*Plan, Action, Check and Do*), Fluxograma, Diagrama de Dispersão, Carta de Controle e Histograma. Cada ferramenta destacada apresenta uma característica própria e primordial para a qualidade (HADDAD, 2004; NOGUEIRA, 2014; TEIXEIRA, 2012):

- **Folha de Verificação:** trata-se de uma folha de papel, previamente impressa que aborda as dimensões consideradas necessárias, descritas de forma organizada para facilitar o seu preenchimento. Também conhecida como *checklist*.

- **Diagrama Ishikawa (Espinha-de-Peixe):** trata-se de um diagrama de causa e efeito, em que é possível identificar causas de um determinado problema ou até mesmo definir metas.
- **Brainstorming:** trata-se de uma tempestade de ideias. Uma técnica utilizada com um grupo de pessoas na qual todos os participantes expõem suas ideias, não podem sofrer qualquer inferência ou indução de fala.
- **Diagrama de Pareto:** trata-se de um gráfico que demonstra de forma estratificada as causas e a resolução do problema. Destaca-se também pela regra 80 por 20, em que 80% dos problemas resultam cerca de apenas 20% das causas potenciais.
- **PDCA (Plan, Action, Check and Do):** trata-se de um método gerencial, sistematizado, composto por etapas que preconizam o planejamento, execução, verificação e atuação. Vale ressaltar que essas etapas devem ser seguidas, baseadas nos princípios da melhoria contínua.
- **Fluxograma:** apresenta-se como uma ilustração sequencial, para identificar o processo atualmente desenvolvido e o que é considerado como excelente, e com isso identificar possíveis desvios.
- **Diagrama de Dispersão:** trata-se de um gráfico que permite obter informações estatísticas e visuais para verificar se duas variáveis têm relação uma com a outra ou se ocorrem independentemente.
- **Carta de Controle:** essa ferramenta mostra as tendências dos pontos de observação em um período de tempo.
- **Histograma:** trata-se de uma ferramenta que tem como finalidade mostrar a distribuição dos dados através de um gráfico de barras indicando o número de unidades em cada categoria.

Devidamente utilizadas, as ferramentas da qualidade poderão contribuir para elevar os níveis de qualidade por meio da solução de problemas de forma mais rápida e objetiva, reduzir custos, permitir a identificação das causas raízes dos problemas o que facilita a definição de estratégias de melhoria (COSTA et al., 2008).

## **2.3 Tecnologias para avaliação da qualidade da assistência em saúde**

### **2.3.1 Auditoria**

A auditoria é um conjunto de técnicas que visam verificar estruturas, processos, resultados e aplicação de recursos financeiros de forma planejada, independente e documentada, baseado em evidências objetivas e imparciais, para determinar se as ações, serviços e sistemas de saúde encontram-se adequados quanto à sua eficiência, eficácia e efetividade, mediante a confrontação entre uma situação encontrada e critérios técnicos, operacionais e legais estabelecidos (BRASIL, 2011).

No contexto histórico, as atividades de auditoria que ocorriam antes de 1976 eram realizadas pelos supervisores por meio de apurações em prontuários de pacientes e em contas hospitalares. Na época não havia auditorias diretas em hospitais. A partir de 1976, as chamadas contas hospitalares transformaram-se em Guia de Internação Hospitalar - GIH. As atividades de auditoria ficam estabelecidas como Controle Formal e Técnico. Apenas em 1983, a Autorização de Internação Hospitalar – AIH vem substituir a Guia de Internação Hospitalar - GIH. É nesse ano que se reconhece o cargo de médico auditor, e a auditoria passa a ser realizada nos próprios hospitais (BRASIL, 2016).

A auditoria está relacionada à avaliação das atividades desenvolvidas nas organizações e ao produto do trabalho, e tem por objetivo a busca por resultados positivos, indicando a necessidade de melhoria ou ação preventiva/ corretiva/ saneadora. Desse modo, a função de auditoria deve ser entendida como uma atividade de avaliação sistemática e formal de uma ação ou processo de trabalho (KURGANT, 2010).

Foi através do médico George Gray Ward, nos Estados Unidos, em 1918, que a auditoria apareceu pela primeira vez na área da saúde. A qualidade da assistência prestada ao paciente era avaliada através dos registros de prontuários (KURGANT, 2010).

A auditoria dos serviços de saúde pode ser dividida em auditoria clínica e auditoria organizacional. A primeira refere-se a uma análise crítica e sistemática da qualidade da atenção à saúde, incluindo os procedimentos

usados no diagnóstico e tratamento, o uso dos recursos e os resultados dos pacientes. Já a auditoria organizacional é relativa ao sistema de serviços de saúde. Apesar da diferença de atuação, as duas categorias de auditoria são definidas pela Organização Mundial de Saúde como o conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde da população (PADILHA; MATSUDA, 2011)

Na auditoria em saúde, uma das preocupações atuais que orientam seu trabalho é a falta de um controle mais atuante em relação à auditoria dos serviços prestados, fato que torna os custos muito elevados, além do comprometimento da qualidade assistencial e da segurança do paciente, emerge a necessidade de observações específicas que possam subsidiar a elaboração de ações que proporcione a implementação de ações mais eficazes no âmbito da saúde (ALBARQOUNI et al., 2017; AYACH; MOIMAZ; GARBIN, 2013).

A auditoria em saúde deve ser realizada com a participação da equipe multiprofissional, pois, ao analisar o atendimento que o paciente está recebendo, exige que as ações sejam vistas por completo, viabilizando benefícios a todas as partes envolvidas nesse processo. Vale ressaltar que para o sucesso dos processos de auditoria em saúde é necessário o preenchimento correto do prontuário, pois é através dele que será possível verificar a efetividade dos cuidados realizados (MORAIS et al., 2015).

Pode-se afirmar que a auditoria em saúde possui como objetivos primordiais a identificação das áreas deficientes do serviço de saúde, quanto ao número de profissionais e qualidade da assistência prestada; o fornecimento de dados para a melhoria dos programas de treinamento dos profissionais de enfermagem e a melhoria da qualidade do cuidado (PEREIRA et al., 2011).

Através da aplicação contínua da auditoria é possível caracterizar o nível de atuação dos profissionais de saúde, identificar aspectos deficientes relacionados à assistência prestada para melhorar o nível dessa assistência e ter subsídio para a elaboração de programas de desenvolvimento e aprimoramento profissional com ênfase na melhoria da qualidade assistencial e na segurança do paciente (KURCGANT, 2010).

A auditoria dos registros em prontuários permite verificar a qualidade do conteúdo descrito e também a prática profissional das equipes (PADILHA; HADDAD; MATSUDA, 2014). Por isso, é importante que os registros sejam realizados em conformidade com a legislação vigente e ainda devem conter as anotações referentes a toda a assistência prestada (SANTANA; ARAÚJO, 2016).

A possibilidade de desenvolvimento de indicadores de assistência, o estabelecimento de critérios de avaliação e geração de novos empregos são todos frutos da auditoria. Desse modo, é possível analisar os problemas assistenciais, as medidas usadas para a resolução desses problemas e o grau de dificuldade enfrentado (SCARPARO et al., 2009).

Para garantir a qualidade do serviço de saúde, é plausível a criação de uma comissão de auditoria que esteja ligada diretamente aos profissionais que serão auditados, sendo a enfermagem um grupo de destaque. A quantidade de membros vai depender do tamanho e tipo de hospital. A comissão deve ser composta pelo diretor assistente do serviço de enfermagem, diretor da divisão de escriturários, diretor assistente da divisão de educação em ensino, um auxiliar de enfermagem, três líderes da equipe de enfermagem, duas enfermeiras chefes, um representante de cada categoria profissional que compõe a equipe multiprofissional (KURCGANT, 2010).

As características exigidas de cada membro que irá constituir a comissão de auditoria é que eles tenham noção básica de auditoria, conheçam a instituição, tenham interesse e compromisso pelo assunto e pelo desenvolvimento do trabalho, estejam envolvidos com o cuidado do paciente e uma boa capacidade para trabalhar em grupo (KURCGANT, 2010).

A comissão de auditoria tem como função a elaboração de normas e objetivos, elaboração e revisão do instrumento de auditoria, aplicação do instrumento, tabulação e análise de dados e elaboração de relatórios. O local que a comissão de auditoria ocupará deve oferecer privacidade pelo fato de tratarem de informações sigilosas, exigindo assim um espaço especialmente destinado à equipe de auditores ou algum setor compatível com as ações da comissão (KURCGANT, 2010).

Estudos retratam que da análise prática do serviço de auditoria do SUS estadual percebe-se a existência de profissionais que se destacam e são muito valorizados dentro da equipe de trabalho, por desenvolverem ações voltadas para a qualidade da assistência. Contrário a essa situação, existem os auditores da rede privada que expressam uma rotina de trabalho mecânica e repetitiva, pautada pela preocupação em reduzir custos hospitalares (PINTO; MELO, 2010).

A prática da auditoria em saúde deve ir além da função de servir aos interesses da instituição onde atuam, sendo necessária a inserção desses profissionais em uma política de saúde em um contexto institucional cuja finalidade explicita o que se espera desta prática, e evidencie a preocupação com a qualidade da assistência em saúde e a atenção à saúde da população de um modo geral, além de consolidar a construção de âmbito assistencial pautado pelos princípios do SUS (PINTO; MELO, 2010).

Frente a tal situação, cabe aos auditores em saúde buscarem sempre agilidade de intervenção no processo, identificação de prioridades e a organização de sistema de saúde pela lógica da necessidade da população e não do prestador de serviço, pois é um sistema de controle que informa a administração sobre a eficiência dos programas em desenvolvimento. Com base nisso, a atuação dos auditores deve, além de apontar problemas e falhas, propor sugestões e soluções aos problemas, assumindo um caráter educador (CHIAVENATO, 2006)

### **2.3.2 Diagrama de *Ishikawa***

Criado pelo engenheiro e professor da Universidade da Ciência em Tóquio, Kaoru Ishikawa em 1943, o diagrama de *Ishikawa* tem como objetivo tentar explicar as causas de um problema que surgiu na empresa de motocicletas *Kawasaki* (NOGUEIRA, 2003;2014; ROQUE, 2015).

O diagrama é conhecido por diversos nomes, porém todos associados a características específicas dessa ferramenta. Conhecido como Diagrama de Ishikawa, devido ao seu criador Kaoru Ishikawa, ou Diagrama Espinha de Peixe, pelo fato da sua representação gráfica ser parecida com o esqueleto de um peixe, Diagrama de causa-efeito, pelo fato de determinar causas e efeitos sobre um determinado processo. Diagrama 6M pois permite

classificar os problemas em: Método; Matéria-prima; Mão de obra; Máquinas; Medição e Meio ambiente. E Também Diagrama 4P pela avaliação da Política, Procedimentos, Pessoal e Planta (layout) (CARLINO; JUNIOR, 2010; ROQUE, 2015).

O diagrama de *Ishikawa* é uma das sete ferramentas da qualidade aplicada a saúde. Trata-se de uma ferramenta que permite apresentar a relação entre o resultado e os fatores causais de um determinado processo, que em virtude de algumas inconformidades podem afetar o resultado esperado (IHI, 2004; PALADINI, 2004; PEINADO; GRAEML, 2007). Além de definir a causa e o efeito, essa ferramenta auxilia na sugestão de ações apropriada para prevenir ou corrigir as falhas identificadas (RÊGO, 2007).

Essa técnica é importante para identificar as causas fundamentais de uma inconformidade e o relacionamento hierárquico entre as causas de acordo com seu nível de importância (TEIXEIRA, 2012). Analisar a inter-relação entre as causas, é o que permite agrupá-las em categorias, deixando a problemática mais explícita. Porém ao identificar o problema é necessário imediatamente identificar as causas para nortear as estratégias interventivas (NOGUEIRA, 2003; 2014; TEIXEIRA, 2012).

A proposta do diagrama é eliminar as causas das inconformidades em suas raízes e não apenas aliviar questões que influenciam nos problemas, além de instigar discussões entre a equipe e, assim, informar áreas mais significativas para implementar as intervenções (ROQUE, 2015; NOGUEIRA, 2003;2014).

Além de identificar as causas e os efeitos, o diagrama apresenta várias vantagens como o fato de ser aplicado por qualquer pessoa que faça parte da instituição, pois a discussão do problema envolve todos que participam do processo. Fornece também uma representação gráfica que facilitem a compreensão do problema e das causas, e ainda identifica as áreas mais críticas que necessitam de intervenção e aperfeiçoamento imediato e contínuo (ROQUE, 2015).

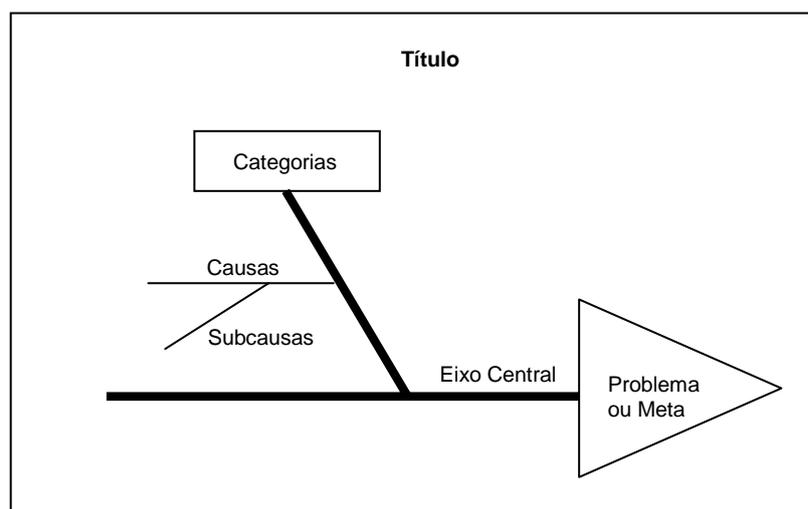
Como a construção do diagrama de *Ishikawa* é norteadada pela discussão do problema, é importante utilizar o *Brainstorming*, como uma ferramenta para auxiliar na formação de ideias. Trata-se de uma técnica na qual os participantes deverão criar o maior número possível de ideias em

relação a um determinado assunto (NOGUEIRA, 2003; 2014). Esse processo estimula o pensamento crítico, por isso novas dimensões de um mesmo problema são identificadas, facilitando apontar as intervenções.

O *Brainstorming* é um processo participativo, que confere voz e opinião a todos os participantes, o que os torna mais comprometidos e envolvidos com a problemática. Pelo fato de permitir que todos exponham sua opinião é preciso tomar cautela quanto à ordem das falas, ao tempo da reunião, a exposição de ideias deve ser clara e resumida, porém nunca questionada, criticada ou elogiada (PEINADO, GRAEML, 2007).

Para garantir que a reunião será produtiva, é preciso deixar claro o assunto a ser discutido, definir uma pessoa para anotar todas as ideias, cada participante deve ter seu momento para falar e, somente após a exposição de todas as ideias possíveis, é que as mesmas poderão ser discutidas e esclarecidas (NOGUEIRA, 2003; 2014; PEINADO; GRAEML, 2007).

O diagrama de *Ishikawa* deve ser construído de forma hierárquica e alguns componentes são primordiais para a elaboração da imagem gráfica dessa ferramenta, conforme mostra a Figura 1.

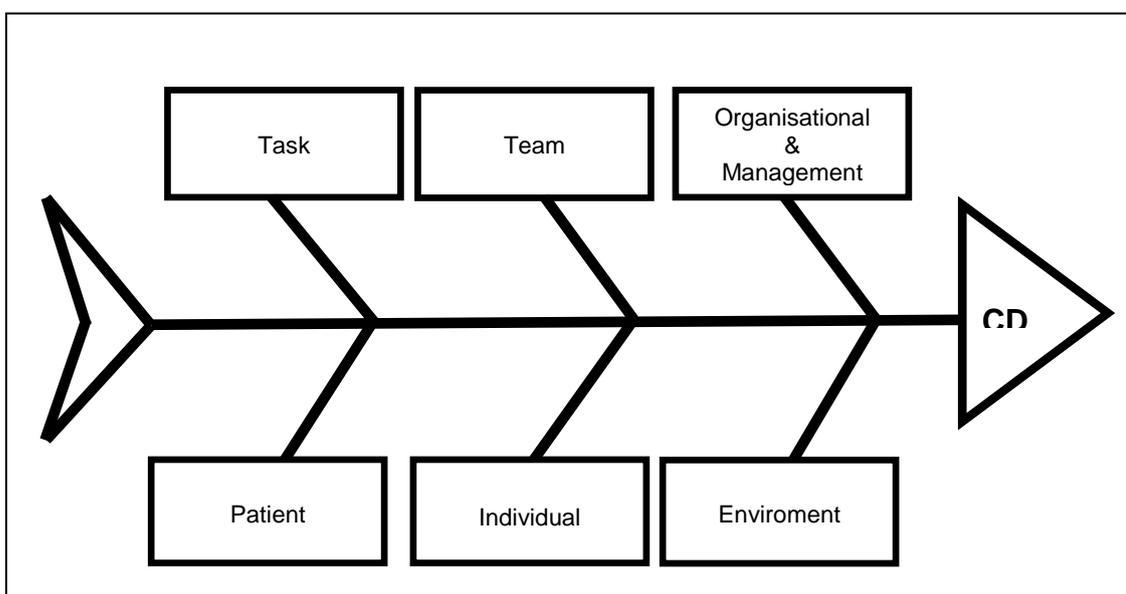


**Figura 1** - Componentes para a construção do Diagrama de *Ishikawa*. Fonte: ROQUE, 2015. Adaptado pela autora.

Inicialmente, deve-se inserir o título ao diagrama e este deve referir-se à problemática a ser discutida. Em seguida, à direita do esquema,

acrescenta-se o problema ou a meta a ser alcançada. O eixo central servirá como base para as causas primárias, secundárias e terciárias. À esquerda do diagrama, nas “espinhas” principais, inserem-se as categorias, ou seja, as causas principais que originaram o problema analisado. Nas “espinhas” secundárias, são inseridas as causas específicas de cada categoria que contribuíram para a problemática. As “espinhas” terciárias representam as subcausas, ou seja, uma causa potencial advinda de uma causa específica (NOGUEIRA, 2003; 2014; ROQUE, 2015).

Portanto, o diagrama é ordenado de forma gráfica, permite a visualização hierárquica do “efeito” e suas “causas”, seguindo a ideia de uma espinha de peixe. Uma das formas de se agruparem as causas, muito utilizada na indústria, é através das seis categorias chamadas 6Ms (matéria-prima, mão de obra, método, medida, meio ambiente e máquina) (NOGUEIRA, 2003; 2014). Porém foram realizadas algumas adaptações nas categorias para a aplicação da ferramenta na área da saúde conforme apresentadas na Figura 2 (ROQUE, 2015; TAYLOR-ADAMS; VINCENT, 2004; VINCENT et al., 1998).



**Figura 2** - Diagrama de *Ishikawa*, causa-efeito ou espinha de peixe. Fonte: TAYLOR-ADAMS; VINCENT, 2004.

As categorias adaptadas do diagrama de *Ishikawa* para a aplicação na área de saúde são as seguintes (ROQUE, 2015; TAYLOR-ADAMS; VINCENT, 2004; VINCENT et al., 1998):

- Contexto institucional (*CPD*) – a organização e a sua regulamentação interna, bem como o destaque das inconformidades ou das metas estabelecidas.
- Organização (*Organizational & Management*) – cultura de segurança, as políticas e os procedimentos. Planos de emergência, cultura e questões organizacionais em geral.
- Ambiente de trabalho (*Environment*) – aspectos relacionados com infraestrutura, organização interna, quantitativos de profissionais e carga horária de trabalho.
- Equipe (*Team*) – fatores relacionados com os tipos de liderança, comunicação como estratégia para minimizar erros e trabalho multidisciplinar.
- Indivíduo (*Individual*) – aspectos relacionados ao conhecimento e às competências individuais. Estado de saúde e comprometimento com as atividades.
- Tarefa (*Task*) – definição e complexidade. Implementação de protocolos operacionais e de manuais de boas práticas para garantir uma assistência de melhor qualidade.
- Doente (*Patient*) – fatores individuais, dificuldade de comunicação e de expressar as necessidades específicas relacionadas com o processo patológico.

Portanto, para o sucesso na construção do diagrama de *Ishikawa* deve-se seguir as etapas propostas de maneira criteriosa, ou seja, definir o problema ou a meta, em seguida, encontrar o maior número possível de causas para o problema, utilizando o *Brainstorming*, inserir as ideias na representação gráfica do diagrama e, ao final, analisar criteriosamente o diagrama construído (CARLINO, JUNIOR, 2010; ROQUE 2015; VINCENT et al., 1998).

A análise do diagrama deve identificar e suprimir as causas repetidas inseridas na representação gráfica do diagrama, analisar através da opinião do grupo quais causas são mais frequentes e ao final deixar explícito quais são as causas verdadeiras e, enfim, determinar a correção do problema ou as estratégias interventivas para determinada meta (CARLINO, JUNIOR, 2010; ROQUE 2015; VINCENT et al., 1998).

Portanto, pode-se afirmar que o diagrama de *Ishikawa* é uma ferramenta relevante para identificar, graficamente e de forma detalhada, todas as possíveis causas de um problema ou condições para se descobrir sua verdadeira raiz (ROQUE, 2015). Vale ressaltar ainda que o uso dessa ferramenta permite também solucionar problemas, através da definição de estratégias interventivas, baseadas nas metas definidas e ainda poderá alertar para a necessidade de um controle de qualidade contínuo (TEIXEIRA, 2012).

### **2.3.3 Ciclo PDCA**

A investigação pela qualidade total exige a busca contínua de melhorias em todos os âmbitos organizacionais, implicando no desenvolvimento de uma cultura de aperfeiçoamento constante em todas as atividades da instituição. Existem vários modelos que resultam na melhoria contínua da qualidade, portanto um dos mais utilizados é o ciclo PDCA, pois além da sua simplicidade, permite a padronização da linguagem a todos os envolvidos na melhoria contínua da qualidade (PEINADO; GRAEML, 2007).

Inicialmente o ciclo PDCA foi desenvolvido na década de 30, pelo estatístico americano *Walter A. Shewhart* e popularizado somente na década de 50 pelo especialista em qualidade *W. Edwards Deming* (ANDRADE, 2003; DEMING, 1990).

Para o sucesso na avaliação do método são importantes três critérios da generalidade, do poder e da operacionalidade. A generalidade refere-se ao domínio do método e sua aplicabilidade com resultados positivos em situações variadas. O poder é a possibilidade de definir soluções para determinados problemas, implicando no mínimo possível de custos. Já a operacionalidade é o nível como as pessoas desenvolvem suas atribuições,

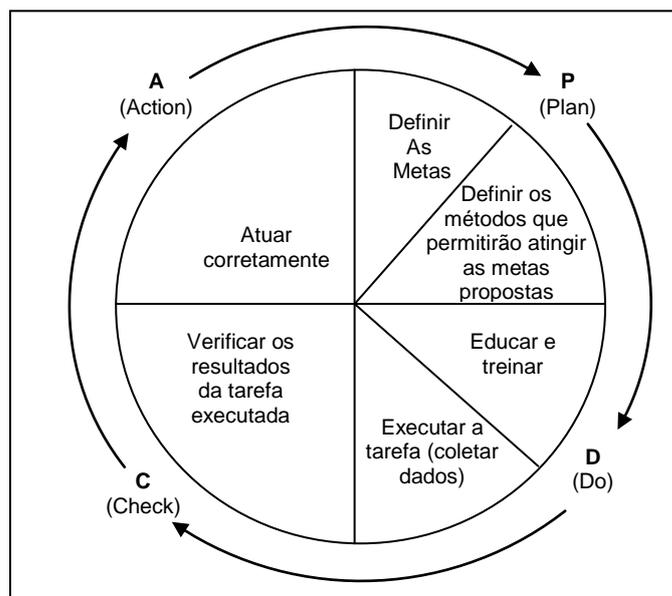
com o intuito de alcançar metas e resultados previamente definidos (FONSECA, 2006; SMITH, 1998).

O Ciclo PDCA pode ser considerado como um método de tomada de decisão para a resolução de problemas organizacionais. Dessa forma, esse processo norteará o caminho para alcançar as metas anteriormente definidas (FONSECA; MIYAKE, 2006). Dessa forma, observa-se que o ciclo será importante para analisar o processo atual e propor melhorias para aumentar a produtividade e reduzir custos futuros (SOUSA et al., 2013). Como o método apresenta múltiplos passos, é importante ter critérios para a execução do mesmo, principalmente com o intuito de evitar que ele seja executado mecanicamente, sem atender aos princípios e racionalidade associados ao processo (FONSECA; MIYAKE, 2006).

A aplicabilidade desse método é de grande relevância para o ambiente hospitalar, pois permite a avaliação, orientação e a cobrança institucional por melhores modelos para a prática assistencial. No contexto da UTI, esse modelo também tem um impacto positivo, visto neste ambiente, é comum a existência, execução e controle de protocolos assistenciais baseados em condutas antecipadamente estabelecidas (FERNANDES et al., 2011).

O Ciclo PDCA deve ser continuamente aplicado e de maneira cíclica, garantindo assim o planejamento padronizado da melhoria contínua da qualidade. Vale ressaltar que o processo deve ser contínuo quando os resultados são satisfatórios, pois caso contrário, a implementação do ciclo deve ser reiniciada e novas metas deverão ser elaboradas (MEIRELES; SILVA; SÁ, 2014).

Nesse contexto, o ciclo PDCA apresenta-se como uma estratégia repetitiva e cíclica do melhoramento contínuo da qualidade, através de uma sequência de atividades (CARDOSO; NETO; FREITAS, 2014). O ciclo PDCA gera etapas de planejamento da melhoria de um processo, conforme pode-se observar na Figura 3.



**Figura 3** - Ciclo PDCA de controle de processos. Fonte: CAMPOS, 2004; CARDOSO; NETO; FREITAS, 2014.

Essa sequência de atividades que compõe o ciclo PDCA têm o seguinte significado (CAMPOS, 2004; CARDOSO; NETO; FREITAS, 2014; SOUSA et al., 2013):

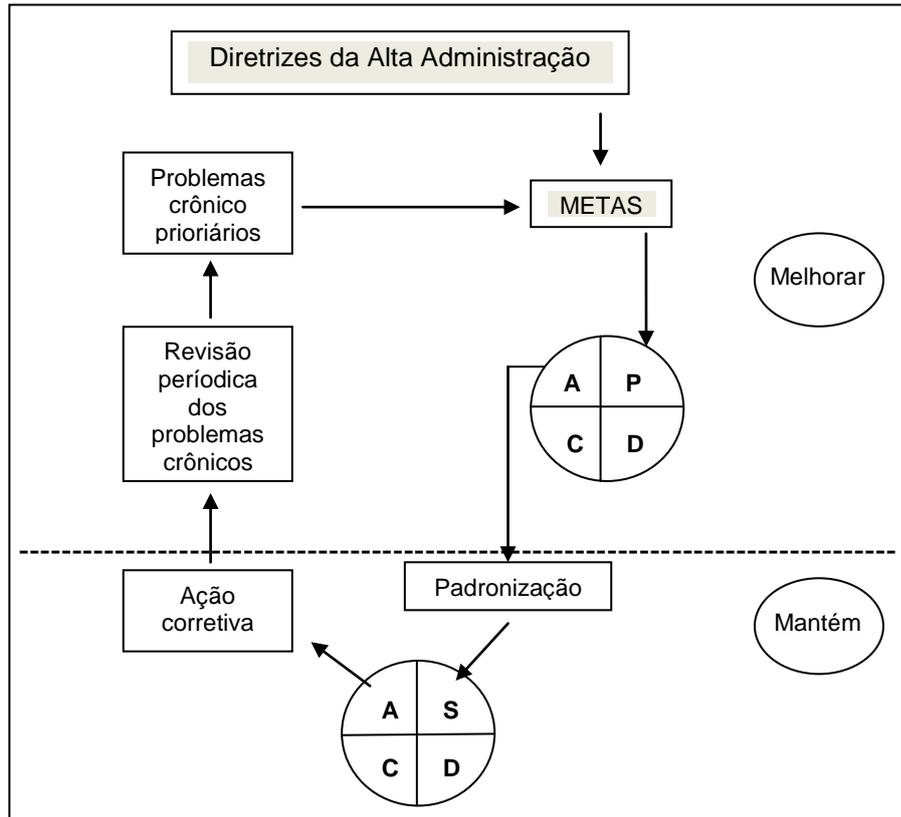
- **Planejamento (Plan):** definir o problema ou a meta que seja prioridade. As ferramentas indicadas para essa etapa são o *Brainstorming*, Pareto e as sugestões de funcionários. A etapa seguinte é analisar o problema e definir os objetivos e determinar as causas evento adverso, e as ferramentas indicadas para isso são Folha de verificação, Gráficos de controle, diagrama de *Ishikawa* e Diagrama de dispersão. Baseando-se nas ideias apresentadas durante a mediação, é possível explorar, analisar e encontrar possíveis soluções para os problemas indicadores.
- **Execução (Do):** execução das tarefas previstas no plano e coleta de dados para verificação do processo. Nessa fase é necessário o treinamento da equipe em relação ao que foi planejado para garantir resultados satisfatórios. É relevante também a criação de um canal de comunicação que permita ao usuário relatar falhas em relação às atividades desenvolvidas. Outro ponto importante é a conscientização dos usuários quanto à importância da participação coletiva na implementação da metodologia determinada. A Folha de Verificação pode ser uma importante ferramenta para a avaliação das ações

executadas e para facilitar a comunicação das falhas e dificuldades na execução das ações.

- **Verificação (Check):** etapa do ciclo que permite comparar os resultados alcançados com as metas previamente estabelecidas. É importante elaborar gráficos com as falhas detectadas e a frequência com que elas ocorreram. O *Brainstorming*, poderá auxiliar na identificação de possíveis falhas e dificuldades, e essas informações poderão ser agrupadas e analisadas através do Diagrama de *Ishikawa*.
- **Atuação corretiva (Action):** essa etapa permite a correção das falhas detectadas nos processos, para que as mesmas não aconteçam novamente. Após os ajustes necessários, o novo fluxograma deve ser disponibilizado aos usuários e os mesmos deverão adequar suas rotinas às novas metas estabelecidas e assim pode-se caracterizar um processo de melhoria contínua da qualidade.

O ciclo PDCA pode ser utilizado como um instrumento para estabelecer metas de melhorias e nortear esforços de melhoria contínua da qualidade. Esse ciclo destaca que cada etapa de melhoria deve ser fundamentada em um planejamento cuidadoso baseado na meta que se pretende alcançar. Em seguida, definir ações efetivas e comprovadas e assim garantir a atuação contínua sobre o problema detectado (ANDRADE, 2003; CARDOSO; NETO; FREITAS, 2014). Diante disso, a aplicação do Ciclo PDCA pode ter como finalidade principal “manter” a qualidade, “melhorar a qualidade” e “planejar” a qualidade e “inovar” (ROQUE, 2015).

A metodologia de uso do ciclo PDCA exige que as etapas sejam padronizadas, pois quando não há padronização a qualidade do processo torna-se comprometida. Portanto, quando o objetivo é “melhorar” o processo, a fase P (*Plan*) do ciclo limita-se ao cumprimento de Procedimentos Operacionais Padrão. Em contrapartida, quando o mesmo método é utilizado para “manter” a qualidade, o ciclo é também chamado de SDCA, e o S (*Standard*) vem de padronização, ou seja, manutenção da meta conforme pode ser observado, na Figura 4 (ANDRADE, 2003; MELO, 2001; NOGUEIRA, 2003; 2014).



**Figura 4** – Ciclo PDCA (Melhorar e Manter a qualidade). Fonte: ANDRADE, 2003; MELO, 2001.

Para o gerenciamento da manutenção contínua da qualidade, é relevante considerar o SDCA, que será o momento destinado ao cumprimento de Procedimentos Operacionais Padrão, para garantir a previsibilidade dos resultados propostos (NOGUEIRA, 2003; 2014):

- **S (Standard)** – fase que determina a meta-padrão, e o POP para atingir determinadas metas.
- **D (Do)** – para garantir a manutenção da qualidade dessa fase de execução, deverá cumprir o que foi determinado no POP.
- **C (Check)** – é o momento de verificar, ou seja, confirmar a efetividade do POP.
- **A (Action)** – nessa etapa, determina-se a necessidade de ações corretivas baseadas na remoção dos sintomas e na ação direta sobre a causa do problema.

Mesmo na fase de manutenção dos padrões de qualidade, ainda podem ocorrer falhas que implicam em resultados diferentes das metas

estabelecidas e caso isso aconteça, é necessário atuar no “resultado” ou na “causa” (NOGUEIRA, 2003; 2014):

- **Atuar no resultado** – eliminar todas as inconformidades, para que o processo volte a funcionar normalmente.
- **Atuar na causa** – existem dois tipos de causas que interferem em ações padronizadas. A primeira é a causa especial ou assinalável também chamada de anomalias, pois são situações contrárias às esperadas. E o segundo tipo de causa são as crônicas que são inerentes ao processo de trabalho e que infelizmente, são marcadas pela repetição, ou seja, o problema é recorrente.

Vale ressaltar então que inicialmente o ciclo PDCA será utilizado para planejar a qualidade e em seguida, será fundamental para a manutenção da qualidade, porém em caso de inconformidades, o método também será utilizado para solucionar os problemas e assim garantir a melhoria contínua do processo de forma sistemática e padronizada (NOGUEIRA, 2003; 2014).

Enfim, para trabalhar com o ciclo PDCA em instituições de saúde, esse método deve ser considerado como um “guia”, e todas as ações serão norteadas pelo cumprimento do ciclo, ou seja, é preciso planejar, executar, controlar e desenvolver ações corretivas caso sejam necessárias (MEIRELES; SILVA; SÁ, 2014).

#### **2.3.4 Processo de educação em serviço**

Os profissionais de saúde atuam em um âmbito que passa por constantes transformações e desenvolvimentos tecnológicos. Tal situação implica na necessidade de profissionais cada vez mais capacitados e aptos a atuarem frente à integralidade do cuidado e à segurança do profissional e do paciente (FALKENBERG et al., 2014).

Diante da necessidade de aperfeiçoamento profissional, a educação apresenta-se como uma forma de incorporar novas práticas e saberes, fundamentadas na necessidade do mercado de trabalho (BARBOSA, 2014). Trata-se é um processo dinâmico e contínuo de construção do conhecimento que permite ao indivíduo desenvolver um pensamento crítico

e reflexivo, sendo base para a criação do compromisso pessoal e profissional (BARRETO et al., 2013).

A educação no ambiente laboral pode apenas possibilitar a reprodução de técnicas e normas, mas o que de fato deve ser alcançado é a oportunidade de recomposição dos processos de trabalho, possibilitando ao profissional subsídio para atender às necessidades do usuário, buscando assegurar direitos e qualidade na prestação de serviço (BARBOSA, 2014).

Esse processo de educação na saúde é complexo e exige a participação das instituições para o efetivo desenvolvimento da capacidade dos profissionais em atuar com melhor qualidade (FALKENBERG et al., 2014). Diante disso o profissional de saúde precisa assumir posturas mais éticas, sem perder suas referências básicas, mas atuando fundamentado em um modelo transformador do cotidiano (OLIVEIRA et al., 2011).

As melhorias no desenvolvimento humano desencadeadas pelo processo de educação em saúde, instiga o indivíduo a ser cada dia mais crítico e, por isso, esse processo de educação deve ser continuado. A necessidade de um processo contínuo de educação, as exigências do mercado por profissionais qualificados e incorporados às novas tecnologias são algumas situações que justificam a educação nas instituições de saúde de forma cada vez mais exigente (BARBOSA, 2014).

Nesse contexto, a educação na saúde apresenta-se como uma forma de produção sistematizada de conhecimento que contribui para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes e didáticas. A educação na saúde exige conhecimento sequencial e contínuo, sendo assim existem duas modalidades de educação no trabalho em saúde: educação continuada e educação permanente (FALKENBERG et al., 2014).

A educação continuada é o conjunto de experiências subsequentes à formação inicial, que permite ao profissional um melhor desenvolvimento das suas competências (OLIVEIRA et al., 2011). Portanto, esse tipo de educação pode intervir na realidade e auxiliar a minimizar problemas advindos da defasagem na formação profissional, contribuindo para a melhoria contínua do processo de trabalho (BEZERRA et al., 2012).

No âmbito hospitalar, o processo de educação continuada fundamenta-se na realidade institucional e instiga a participação das equipes

multidisciplinares e intersetoriais, favorece a problematização e facilita o planejamento de ações baseadas nas necessidades do usuário (BARBOSA, 2014).

Através do processo de educação continuada em uma instituição de saúde é possível apontar indicadores positivos e também de inconformidades que evidenciam as necessidades de mudanças institucionais e assim contribuem para uma melhoria contínua na qualidade da assistência (BEZERRA et al., 2012).

Na educação permanente, os processos de capacitação dos profissionais devem ser estruturados com vistas à problematização, e com isso é possível a transformação das práticas assistenciais e a organização do trabalho, baseando-se nas necessidades dos pacientes e da gestão organizacional (OLIVEIRA et al., 2011).

A educação permanente permite ao profissional conhecer sua realidade local, e criar programas e ações adaptadas aos profissionais e às equipes. É importante compreender que as propostas não podem ser isoladas, mas devem estar articuladas entre si, partindo da problematização de fatos locais (MICCAS; BATISTA, 2014).

A atenção, ensino, gestão e controle social são importantes fatores que norteiam as ações em saúde e são considerados o *quadrilátero da formação*. Propõe-se com isso construir uma educação interativa, que promova mudanças, além de almejar sempre qualidade na formação do indivíduo (OLIVEIRA et al., 2011).

O desafio da educação permanente é estimular o desenvolvimento da consciência nos profissionais sobre o seu processo de trabalho. Portanto é necessário que as instituições tenham a educação permanente como um processo participativo para todos, em que é possível identificar lacunas no conhecimento e criar ações direcionadas à qualificação dos processos de trabalho (FALKENBERG et al., 2014).

Diante disso, os enfermeiros apresentam-se como importantes educadores no serviço de saúde, e tornam-se potenciais disseminadores de conhecimento, o que justifica a necessidade de capacitá-los de forma contínua. Além disso, vale ressaltar que todos os profissionais envolvidos no processo assistencial devem ser incentivados e motivados a se atualizarem,

pois isso resultará em uma assistência contínua de qualidade (BARRETO et al., 2013).

Para esse estudo optou-se por utilizar a educação continuada como forma de atualizar os profissionais de saúde em relação à eficácia dos registros em prontuários de pacientes hospitalizados, buscando avaliar a qualidade da assistência em saúde.

## 3 OBJETIVOS

---

### 3.1 Objetivo geral

Avaliar a qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes após uma ação educativa.

### 3.2 Objetivos específicos

- Verificar a qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados.
- Desenvolver uma ação educativa com trabalhadores de saúde focada na qualidade dos registros em prontuários.
- Verificar a opinião dos trabalhadores de saúde sobre as inconformidades dos registros em prontuários de pacientes hospitalizados.
- Descrever o uso de tecnologias para o alcance de estratégias para a Melhoria Contínua da Qualidade da assistência com auxílio do Diagrama de Ishikawa.
- Comparar a qualidade dos registros de enfermagem após uma ação educativa com trabalhadores de um hospital .

## 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

---

### 4.1 Tipo do estudo

Trata-se de um estudo descritivo e analítico, realizado a partir de um diagnóstico situacional da eficácia dos registros em prontuários e de uma ação educativa.

### 4.2 Local do estudo

Estudo realizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Pediátrica e Materna de uma Instituição Especializada em Saúde Materna e Infantil estadual, integrada ao Sistema Único de Saúde – SUS de Goiânia-GO.

Optou-se por desenvolver a pesquisa neste local por se tratar de um centro de referência em nível nacional para atendimento materno-infantil de média e alta complexidade. Consideraram-se também as especificidades assistenciais, dentre elas, a disponibilidade de sistema de alojamento conjunto e unidades neonatais, bem como intervenção cirúrgica, uso de antimicrobianos, procedimentos invasivos entre outros agravos à saúde do binômio.

O Hospital Materno Infantil atende somente aos usuários do Sistema Único de Saúde, quer por demanda espontânea quer pelo Sistema de Referência/Contra Referência, dedicando-se especialmente a assistência médico-hospitalar e contribuindo com o ensino e a pesquisa, por meio de parcerias com as Instituições de Ensino Superior do Estado de Goiás.

Trata-se de uma instituição hospitalar de referência em nível estadual de urgência e emergência nas áreas da saúde da mulher e da criança do Estado de Goiás, com enfoque na humanização da assistência integral aos seus clientes.

De acordo com os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES em 05/12/2013, este hospital possui 169 leitos e 1.261 servidores. Realiza aproximadamente a admissão de 268 pacientes na maternidade, 67 na ginecologia, 75 na pediatria, 6 na UTI pediátrica, 32 na

UTI materna, 142 na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) e 7 na UTI neonatal. A maternidade possui em média 1.272 pacientes-dia, 136 na ginecologia, 522 na pediatria, 338 na UTI pediátrica, 123 na UTI materna, 556 na UCIN e 267 na UTI neonatal. São realizadas aproximadamente 43 cirurgias ginecológicas, 150 obstétricas e 154 pediátricas mensais.

#### **4.3 Fonte de dados**

Os dados foram provenientes da análise da eficácia dos registros de 45 prontuários de pacientes hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Unidade de Terapia Intensiva Materna, nos meses de agosto e setembro de 2016 e abril e maio de 2017.

Considerou-se que os dados seriam prontuários de pacientes hospitalizados nas UTI neonatal, pediátrica e materna, tratando-se de uma população heterogênea, a qual foi estratificada de acordo com Downing & Clark (1998).

#### **População**

Constituiu-se de profissionais de saúde e residentes da instituição onde o estudo foi realizado e que participaram da ação educativa, totalizando 30 participantes.

#### **4.4 Critérios de inclusão e exclusão**

- Foram incluídos todos os prontuários de pacientes que estavam hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Unidade de Terapia Intensiva Materna nos meses de agosto e setembro de 2016 e abril e maio de 2017.
- Foram incluídos todos os profissionais de saúde e residentes de enfermagem que tivessem vínculo com a instituição. Participação nos dois módulos de capacitação sobre aspectos científicos, ético e legal no contexto da assistência segura e de qualidade.

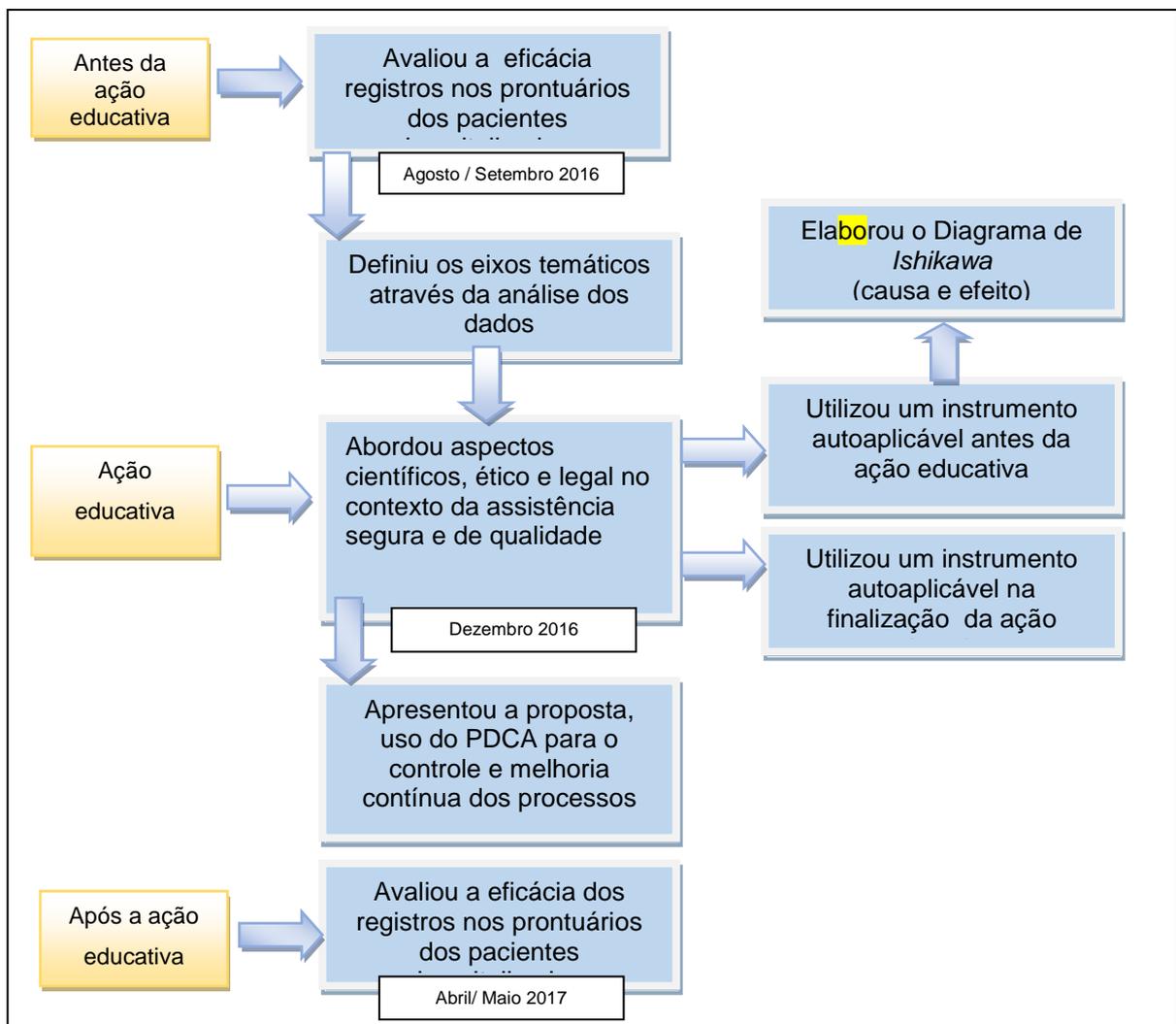
- Foram excluídos os prontuários dos pacientes cujo tempo de internação foi inferior a cinco dias, pois o instrumento de avaliação integra os cinco últimos dias de hospitalização, sendo esse período contado em data retroativa à data da coleta.
- Foram excluídos do estudo os profissionais que não compareceram ou participaram de apenas um dos módulos da capacitação sobre aspectos científicos, ético e legal no contexto da assistência segura e de qualidade e os que não tinham vínculo com a instituição.

#### **Variáveis do estudo:**

- As variáveis primárias constituíram-se de dados de caracterização do paciente (sexo, idade, diagnóstico e período de internação). As variáveis secundárias foram prescrição, procedimentos e anotações de enfermagem, execução de ordens médicas, condições de alta, critérios específicos da UTI materna, pediátrica e neonatal.
- Variáveis relativas aos profissionais foram: possuir vínculo de trabalho com a instituição parceira, disponibilidade para responder ao instrumento de coleta de dados.

#### **4.5 Delineamento da investigação**

O estudo foi desenvolvido em dois momentos: antes e após a ação educativa.



**Figura 5** – Fluxograma do delineamento da investigação. Fonte: Autora.

#### 4.6 Procedimentos para a coleta de dados

O desenvolvimento da pesquisa ocorreu em duas etapas distintas: antes e após a ação educativa.

No primeiro momento avaliou-se a eficácia dos registros nos prontuários antes da ação educativa e permitiu a realização do diagnóstico situacional. No segundo momento avaliou-se a eficácia dos registros nos prontuários três meses após a realização da ação educativa.

A avaliação dos prontuários aconteceu através de um instrumento, validado no Brasil por Haddad (2004) (Anexos 1). Optou-se por utilizar o instrumento de Haddad (2004) pois ele foi utilizado pela autora em um

estudo com objeto de investigação semelhante e mostrou-se eficaz na avaliação da eficácia dos registros em prontuários.

As coletas ocorreram no período matutino, nos meses de agosto e setembro de 2016, e abril e maio de 2017, por meio do preenchimento do instrumento de coleta, seguindo níveis de avaliação que variaram de 1 a 5 sendo classificados da seguinte forma: **1** - não se aplica, **2** - completo, **3** - incompleto, **4** - não preenchido e **5** – incorreto de acordo com Haddad (2004). Os dados foram coletados pela pesquisadora, visando assegurar a qualidade das informações.

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal possui nove leitos e um leito extra, totalizando dez leitos. A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica possui dez leitos e a Materna, cinco.

Durante a primeira fase de coleta, os dez leitos da UTI neonatal e pediátrica estavam ocupados, e apenas dois da materna, portanto foram coletadas informações provenientes de 100% dos prontuários, totalizando 22 prontuários. Já na segunda fase a UTI materna tinha três leitos ocupados, totalizando 23 prontuários.

### **Intervenção educativa**

A intervenção educativa ocorreu após a análise inicial da eficácia dos registros, que subsidiaram a determinação dos eixos temáticos que nortearam a elaboração da ação educativa, abordando aspectos científicos, éticos e legais no contexto da assistência segura e de qualidade (Apêndice 2 e 3). A atividade foi desenvolvida na própria instituição, no mês de dezembro de 2016, com carga horária total de oito horas.

Foram disponibilizadas 40 vagas, capacidade máxima do espaço físico destinado ao evento. Na oportunidade, foram oferecidos certificados, material didático, lanche e sorteio de brindes como estratégia de incentivo a participação dos profissionais.

A ação foi elaborada e desenvolvida de forma conjunta entre a comissão organizadora do evento, composta por docentes e discentes do programa de pós-graduação Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás, nível de doutoramento e a gestão do serviço

A atividade educativa ocorreu em dois módulos:

O primeiro módulo iniciou com o convite aos participantes para responder um instrumento autoaplicável (Apêndice 4), com o objetivo de verificar a opinião dos profissionais, sobre as seguintes indagações:

- O que você entende por auditoria interna?
- Na sua opinião, quais são as principais inconformidades encontradas nos registros em prontuários?
- Na sua opinião, quais são as principais causas das inconformidades encontradas nos registros em prontuários?
- O que você entende por qualidade da assistência?
- Na sua opinião quais as tecnologias em saúde para a melhoria contínua da qualidade?

Em seguida contextualizou-se aspectos científicos, éticos e legais no contexto da assistência segura e de qualidade, a importância da qualificação profissional, tomada de decisão, exercício legal da profissão, prestação do cuidado e o registro da assistência, prontuários (conceito, organização e finalidade) e prontuário como uma fonte de informação para auditoria interna (conceito, finalidade e tipos de auditoria).

O segundo módulo foi oferecido cinco dias após o primeiro, em decorrência da disponibilidade do espaço físico destinado a atividade na instituição. Nesse módulo abordou-se, questões referentes à auditoria interna como ferramenta da qualidade da assistência, a responsabilidade do profissional frente à otimização dos custos e à apresentação do PDCA como proposta para melhoria da qualidade do serviço de saúde (Apêndice 3). Ao finalizar esta atividade os participantes foram convidados a responder o questionário (Apêndice 4), com o objetivo de verificar a opinião dos participantes sobre os aspectos discutidos.

#### **4.7 Aspectos Éticos**

Foram respeitados todos os princípios da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), as quais apresentam as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido à Plataforma Brasil sob

o número: 49761115.4.0000.5078 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos do Hospital Materno Infantil, sob parecer de número: 1.447.390 (Anexo 3).

Em seguida, foram realizados contatos preliminares da pesquisadora, com o gestor de enfermagem e do hospital e o responsável pelo faturamento hospitalar, para exposição do projeto e seus objetivos antes da coleta de dados.

Para a utilização de prontuários de pacientes hospitalizados, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi liberado pelo CEP. Utilizaram-se códigos do tipo 01, 02, 03 e assim, para identificar o prontuário do paciente, seguido da letra “A” para as análises efetuadas antes da realização da ação educativa, e da letra “B” para as análises posteriores à ação educativa, acrescidos das abreviações “NEO” para pacientes hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, “PED” para pacientes hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e “MAT” para Unidade de Terapia Intensiva Materna. Exemplificando: 01ANEO, e assim sucessivamente.

Os sujeitos foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e participação em caráter voluntário, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apendice – 5).

#### **4.8 Organização e análise dos dados**

Os dados relativos a avaliação dos registros em prontuários foram organizados em planilha *Microsoft Office/Excel* e em seguida, exportados para o programa de análise estatística o *software STATA*<sup>®</sup> versão 12.0.

Foi realizada análise descritiva dos dados categóricos que foram apresentados em frequências absolutas e relativas e para as contínuas, usadas médias e desvio padrão. A cada questionário, foram estimadas as porcentagens de informações corretas, incompletas, não preenchidas e incorretas.

Utilizou-se o teste de qui-quadrado do tipo exato de *Fisher* para testar a homogeneidade dos grupos em relação às proporções. Foi realizado o teste de normalidade *Shapiro-Wilk* que retornou resultados positivos e

negativos e desta forma optou-se por usar estatística não paramétrica para comparação das médias das variáveis contínuas, especificamente o teste de *Mann-Whitney*. O nível de significância utilizado para os testes foi de 5%.

Ao realizar o cálculo de amostragem *à posteriori* para teste de qui-quadrado (tabelas de contingência), considerou-se um efeito de delineamento de 1,10 (obtido de dados de frequências relativas da variável “Os dados de identificação do paciente estão corretos?”, por ser a primeira variável significativa do presente estudo), um alfa de 0,05 e um nível de significância de 5% para uma amostra de 45 indivíduos e obteve-se como resultado o valor de poder do teste de aproximadamente 100%, favorável ao uso do teste estatístico realizado no presente estudo. O cálculo foi realizado pelo programa G\*Power 3.1.9.2<sup>®</sup>.

Consideraram-se bons resultados quando a análise dos prontuários indicava que, pelo menos, 80% das prescrições de enfermagem foram preenchidas completamente; até 15% para preenchimento incompleto; menor que 5% para prescrições não preenchidas e 0% para elaboração incorreta (CIANCIARULLO, FUGULIN e ANDREONI, 1998; HADDAD, 2004).

Os dados obtidos a partir da aplicação do instrumento para avaliar o conhecimento prévio dos participantes, foi analisado através da construção do Diagrama de *Ishikawa*.

A construção do diagrama teve por objetivo mostrar, de forma clara, objetiva e estratificada por níveis, quais foram as “causas” que contribuíram para um determinado efeito, conforme Nogueira (2003). Acredita-se que ao identificar o efeito, torna-se mais fácil determinar a solução.

O Diagrama de causa efeito também foi utilizado para determinar uma meta a ser alcançada. Neste caso, o *brainstorming*, ou seja, a chuva de ideias geradas a partir do preenchimento do instrumento de coleta de dados, tornou-se um excelente ponto de partida para a construção do diagrama, resultando em ideias de impacto para a Melhoria Contínua da Qualidade.

Os dados obtidos a partir do preenchimento do instrumento de avaliação do conhecimento prévio e posterior à realização do *workshop* foram organizados utilizando o *software* ATLAS ti e analisados segundo a Análise de Conteúdo de Bardin (2011). Realizaram-se a leitura flutuante, a organização das ideias e sua codificação com o intuito de determinar os

núcleos de sentido, os temas e as categorias emergidas dos dados, seguindo três fases fundamentais:

- *Pré-análise* - trata-se do momento de organização dos dados. Inicialmente as respostas obtidas a partir do preenchimento do instrumento foram transcritas com o auxílio do *software* ATLAS ti, seguindo os princípios da *exaustividade*, *representatividade*, *homogeneidade*, *pertinência* e *exclusividade*. Cada instrumento foi identificado com um algarismo, numerado de 1 a 33. Com os dados transcritos, iniciou-se a leitura flutuante.
- *Exploração do material* – nessa fase, realizaram-se a codificação, categorização e a classificação dos dados. A partir da análise e interpretação dos dados, com o auxílio do *software* ATLAS ti, foram criadas as “*super familys*” ou categorias. As “*familys*” que referem-se aos temas, os “*codes*” os núcleos de sentido e as “*quotations*” fragmentos significativos dos relatos dos quais extrairam-se os núcleos de sentido.
- *Tratamento dos resultados*: nessa fase realizaram-se as inferências e as interpretações críticas dos dados. Baseando-se na categorização, realizou também uma análise comparativa entre as informações obtidas antes e após o curso de intervenção.

Por meio da análise de conteúdo, verificaram-se 38 núcleos de sentido advindos de 245 trechos significativos extraídos dos questionários preenchidos pelos participantes. Os núcleos de sentido foram agrupados em 15 categorias

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

---

Os resultados e discussão dos dados analisados serão apresentados no formato de três artigos, a serem submetidos a periódicos com avaliação no QUALIS CAPES:

## 5.1 PUBLICAÇÕES

---

**Artigo 1** – Inconformidades nos registros em prontuários: opinião dos trabalhadores de saúde.

Autores: Ludimila Cristina Souza Silva; Marinésia Aparecida Prado; Danielle Perdigão Oliveira e Ribeiro; Celmo Celeno Porto; Lorena Zenha Andrade; Ana Lúcia Queiroz Bezerra; Ana Patrícia Batista Silva; Marcos Rassi Fernandes e Maria Alves Barbosa.

**Artigo 2** – Tecnologias para avaliação de melhorias contínuas da qualidade da assistência, na perspectiva de trabalhadores de saúde.

Autores: Ludimila Cristina Souza Silva; Marinésia Aparecida Prado, Lorena Zenha Andrade; Ana Lúcia Queiroz Bezerra; Celmo Celeno Porto, Marislei Espindula Brasileiro, Danielle Perdigão Oliveira e Ribeiro e Maria Alves Barbosa.

**Artigo 3** – Qualidade dos registros de enfermagem em um hospital público de Goiás: avaliação por meio da auditoria

Autores: Ludimila Cristina Souza Silva; Marinésia Aparecida Prado; Ana Lúcia Queiroz Bezerra; Lorena Zenha Andrade; Flávio Henrique Lima; Celmo Celeno Porto; Ana Patrícia Batista Silva e Maria Alves Barbosa.

### 5.1.1 Artigo 1

#### Inconformidades nos registros em prontuários: opinião dos trabalhadores de saúde

Analysis of the root cause of nonconformities in records in medical records:  
opinion of health workers

Ludimila Cristina Souza Silva<sup>1</sup>  
Marinézia Aparecida Prado<sup>2</sup>  
Danielle Perdigão Oliveira e Ribeiro<sup>1</sup>  
Celmo Celeno Porto<sup>1</sup>  
Lorena Zenha Andrade<sup>3</sup>  
Ana Lúcia Queiroz Bezerra<sup>2</sup>  
Ana Patrícia Batista Silva<sup>2</sup>  
Marcos Rassi Fernandes<sup>1</sup>  
Maria Alves Barbosa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil. [professoraludimilacs@gmail.com](mailto:professoraludimilacs@gmail.com); [maria.alves@gmail.com](mailto:maria.alves@gmail.com); [daniperdigaooliveira@gmail.com](mailto:daniperdigaooliveira@gmail.com); [celeno@cardiol.br](mailto:celeno@cardiol.br); [marcosombro@ig.com.br](mailto:marcosombro@ig.com.br).

<sup>2</sup>Departamento de Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil. [marinesiaprado@gmail.com](mailto:marinesiaprado@gmail.com); [aqueiroz@gmail.com](mailto:aqueiroz@gmail.com); [anapatybs@outlook.com](mailto:anapatybs@outlook.com).

<sup>3</sup>Departamento de Ciências da Saúde, Faculdade Alfredo Nasser, Aparecida de Goiânia, Goiás, Brasil. [enf.lorenazenha@gmail.com](mailto:enf.lorenazenha@gmail.com).

#### Resumo

O objetivo foi verificar a opinião dos trabalhadores de saúde sobre as inconformidades dos registros em prontuários de pacientes hospitalizados. Estudo descritivo-analítico, de abordagem qualitativa, realizado em uma instituição de saúde pública do Brasil. Participaram 30 trabalhadores de saúde de diferentes áreas. Utilizou-se um instrumento autoaplicável, com questões abertas. Os dados foram organizados com o auxílio do *software* ATLAS ti e a análise de conteúdo de Bardin. Entre as principais inconformidades destacaram-se registros incorretos ou incompletos (90,9%), letra ilegível ou rasuras (27,2%) e ausência de registros (12,1%). Quanto às causas de tais inconformidades identificaram-se, falta de interesse (54,5%), desconhecimento da legalidade do registro (27,2%), sobrecarga e déficit de recursos humanos (24,2%) insuficiência de qualificação e de conhecimento dos trabalhadores sobre a temática (24,2%). Diante das evidências apontadas no estudo, recomenda-se rever a política de qualificação dos trabalhadores, aliada à elaboração de protocolos, adequação dos impressos para os registros e organização criteriosa dos prontuários.

**Palavras-chave:** Registros; Prontuário; Inconformidades; Trabalhadores da saúde.

## **Abstract**

The objective was to verify the opinion of health workers about the nonconformities of records in hospital records. Descriptive-analytical study, with a qualitative approach, carried out in a public health institution in Brazil. Thirty health workers from different areas participated. A self-administered instrument with open questions was used. The data were organized with the aid of ATLAS ti software and Bardin content analysis. Among the main nonconformities were incorrect or incomplete records (90.9%), illegible letters or erasures (27.2%) and lack of records (12.1%). As to the causes of such nonconformities, lack of interest (54.5%), lack of knowledge of the legality of the registry (27.2%), overload and lack of human resources (24.2%), lack of qualification and knowledge of workers on the subject (24.2%). In view of the evidence pointed out in the study, it is recommended to review the policy of qualification of workers, combined with the elaboration of protocols, adequacy of the forms for the records and careful organization of medical records.

**Keywords:** Records; Record; Nonconformities; Health workers.

## **Introdução**

O prontuário é um documento destinado aos registros relacionadas aos cuidados prestados aos pacientes durante o seu tratamento de saúde, no âmbito hospitalar ou ambulatorial (CORDEIRO; DYNIEWICZ; KALINOWSKI, 2011; MORAIS et al., 2015).

A organização do prontuário deve ser feita de forma criteriosa, pois, trata-se de um documento de consulta, avaliação, ensino, pesquisa, ética, comunicação defesa e acusação entre profissionais. Não deve apresentar irregularidades quanto ao seu preenchimento, evitando assim problemas relacionados à comunicação, às pesquisas e à continuidade da assistência (DERMACHI et al., 2012).

Toda a equipe multidisciplinar envolvida na assistência ao paciente deve ser responsável pelos registros nos prontuários, entre estes, a equipe de enfermagem que se destaca pelo volume de registros, tendo em vista permanecerem ininterruptamente no acompanhamento dos pacientes (DINIZ et al., 2015).

Dessa forma, os registros das ações de enfermagem nos prontuários são importantes para comprovar a execução do cuidado ao paciente,

identificar o responsável pela intervenção, as finalidades e as diferentes formas gráficas das informações (DINIZ *et al.*, 2015).

O ato de registrar a assistência ao paciente apresenta-se como um meio de comunicação para a equipe de saúde, pois, ao registrar as ações realizadas, a continuidade da assistência torna-se facilitada e ainda auxilia a tomada de decisão (SILVA; GROSSI; HADDAD; MARCON, 2012).

A comunicação por meio de registros nos prontuários é uma importante ferramenta para uma assistência de qualidade, podendo subsidiar os processos de avaliação da qualidade, monitorar os indicadores de desempenho de serviços, além de legitimar o trabalho do profissional de saúde (SILVA; GROSSI; HADDAD; MARCON, 2012). Para tanto deve conter informações concisas, completas e fidedignas. Tal situação exige dos profissionais de saúde uma postura inovadora frente aos avanços tecnológicos, à globalização e as mudanças na cultura organizacional em prol de uma *práxis* segura e de qualidade (NOMURA; SILVA; ALMEIDA, 2016).

Os registros devem ser realizados, seguindo as normatizações preconizadas pelos seus respectivos Conselhos Federais da área de atuação profissional, evitando lacunas ou inconformidades, como, o fato de não registrar e ou rasurar os registros nos prontuários que implicam na interrupção do processo assistencial, na dificuldade de comunicação e impossibilita à implementação de ações integralizadas (BARRAL *et al.*, 2012; BORGES *et al.*, 2017).

Inconformidades como ilegibilidade, rasuras, ausência de carimbo, checagem da ação, prescrições médicas e de enfermagem, entre outras, comprometem a eficácia dos registros nos prontuários, a qualidade da assistência e a otimização dos custos hospitalares (COFEN, 1996; 2007; CORDEIRO; DYNIEWICZ; KALINOWSKI, 2011).

Em relação aos custos hospitalares, a análise dos registros em prontuários permite a verificação da compatibilidade entre o procedimento realizado e os itens que compõem a conta hospitalar (MAIA *et al.*, 2017; PADILHA; HADDAD; MATSUDA, 2014). Considerando a importância dos prontuários para a avaliação de custos e qualidade, percebe-se a

necessidade da construção de registros livres de inconformidades que representem a assistência prestada (SILVA, 2015).

Acredita-se que, muitas vezes as inconformidades estão associadas ao quantitativo de profissionais, à falta de tempo, a sobrecarga de trabalho, a ausência de protocolos padronizados e também ao conhecimento equivocado dos profissionais em relação à formalidade do ato de registrar (DINIZ et al., 2015).

O conhecimento equivocado dos profissionais acerca das responsabilidades envolvidas no processo de trabalho deve ser uma preocupação dos gestores da instituição de saúde, quanto aos investimentos na qualificação dos recursos humanos, por meio de uma política de educação continuada com a finalidade de esclarecer a obrigatoriedade dos registros nos prontuários, de forma clara e concisa (SEIGNEMARTIN et al., 2013).

Diante das evidências na literatura focada nos registros em prontuários de pacientes hospitalizados e da nossa vivência no cuidado em saúde, deparamo-nos com profissionais alheios ao ato de registrar suas ações. Esse comportamento despertou o nosso interesse em desvelar quais eram as principais inconformidades, bem como, as suas causas relacionadas aos registros nos prontuários, na visão da equipe de saúde.

Nessa perspectiva este estudo teve como objetivo, analisar as inconformidades nos registros em prontuários de pacientes hospitalizados segundo os trabalhadores de saúde

## **Metodologia**

Estudo descritivo-analítico, de abordagem qualitativa realizado em um hospital público de grande porte da região central do Brasil, especializado no atendimento materno-infantil.

Participaram do estudo 30 profissionais sendo 20 trabalhadores de saúde da instituição e 10 residentes de enfermagem. Foram incluídos profissionais com vínculo empregatício ou acadêmico da instituição que participaram dos dois módulos de capacitação, sobre os aspectos científicos, éticos e legais da assistência segura e qualidade no contexto assistencial.

O projeto foi aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa, sob o protocolo CEPESH/HMI/GO, nº 1.447.390, e assinatura dos sujeitos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada em dezembro de 2016. Foi utilizado um instrumento autoaplicável, para conhecer a opinião dos participantes sobre as inconformidades nos registros de prontuários com duas questões:

- Quais são as principais inconformidades encontradas nos registros em prontuários?
- Quais são as principais causas das inconformidades encontradas nos registros em prontuários?

A aplicação do instrumento ocorreu em dois momentos, no início e no final da ação educativa.

A ação educativa foi desenvolvida na própria instituição, no mês de dezembro de 2016, com carga horária total de oito horas. Os participante foram convidados e disponibilizadas 40 vagas, e decorrência da capacidade máxima do espaço físico. Foram oferecidos certificados, material didático, lanche e sorteio de brindes como estratégia de incentivo a participação dos profissionais.

A organização da atividade foi uma atividade coletiva da comissão organizadora do evento, docentes e discentes do programa de pós-graduação Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás e os gestores do serviço de enfermagem da instituição.

As atividades educativas ocorreram em dois módulos:

No primeiro módulo contextualizou-se os aspectos científicos, éticos e legais no contexto da assistência segura e de qualidade, a importância da qualificação profissional, tomada de decisão, exercício legal da profissão, prestação do cuidado e o registro da assistência de enfermagem no prontuário. Destacou-se o prontuário como fonte de informação para auditoria interna e de avaliação da qualidade da assistência em saúde.

O segundo módulo foi oferecido cinco dias após o primeiro, em decorrência da disponibilidade do espaço físico destinado a atividade na instituição. Nesse módulo abordou-se, questões referentes à auditoria interna como ferramenta da qualidade da assistência, a responsabilidade do profissional frente aos registros e à otimização dos custos. Apresentou-se

ainda o PDCA como ferramenta proposta para planejamento e monitoramento de melhorias na qualidade da assistência em serviços de saúde.

Utilizou-se o *software* ATLAS ti, para a organização dos dados, seguida da sua análise e interpretação, a partir das categorias, representadas por núcleos de sentido e as citações, considerados fragmentos significativos dos relatos dos profissionais. A análise das categorias consolidou a organização das ideias e sua codificação determinada por meio dos núcleos de sentido, conforme Bardin (2011).

## **Resultados**

A caracterização dos sujeitos (n=30), mostrou que 24(80%), eram do sexo feminino e 6(20%) do sexo masculino. Dos participantes 10 (33,4%) eram residentes de enfermagem e 20(66,6%) trabalhadores de saúde, sendo 15(75,0%) enfermeiros, 4(20,0%) médicos e 1(5,0%) biomédico.

Com relação às inconformidades foram referidas por 100% dos profissionais sobre a eficácia dos registros nos prontuários de pacientes hospitalizados. Foram evidenciados por 30% dos profissionais registros incorretos ou incompletos com letra ilegível e rasuras.

A ausência de identificação do profissional, por meio da assinatura e do carimbo envolvendo o ato de registrar, foi destacada por 13,3% dos participantes.

Os registros incorretos ou incompletos, letra ilegível e as rasuras na visão dos profissionais foram percebidos como as principais inconformidades em relação aos registros nos prontuários.

Foram destacados por 60% dos profissionais que tais inconformidades ocorreram pela falta de atenção e de interesse do trabalhador e para 30% essas ocorrências foram por desconhecimento da legalidade dos registros. Segundo 26,66% profissionais, a ausência de um programa de capacitação com o objetivo de esclarecimentos sobre o ato de registrar suas ações nos prontuários dos pacientes hospitalizados, contribuiu para as inconformidades.

Ainda como outros aspectos que comprometem o ato de registrar de forma concisa, completa e correta foram relatados, a sobrecarga de trabalho e ao déficit de recursos humanos; a ausência de fiscalização do prontuário eletrônico e da padronização das ações foram citadas por 3,33% dos profissionais.

A análise dos dados obtidos antes e após a atividade educativa, envolvendo as inconformidades nos prontuários dos pacientes na visão dos sujeitos da pesquisa, encontra-se demonstradas nas tabelas 1 e 2.

**Tabela 1.** Principais inconformidades dos registros em prontuários, na percepção dos profissionais (n-30), antes e após ação educativa. Goiânia, 2016.

<b>INCONFORMIDADES (antes)</b>	<b>n (%)</b>	<b>INCONFORMIDADES (após)</b>	<b>n (%)</b>
Registros incorretos ou incompletos	30(100%)	Registros incompletos	17(56,66%)
		Letra ilegível e rasuras	8(26,66%)
Letra ilegível e rasuras	9(30%)	Ausência de checagem de procedimento	3(10%)
Ausência de registros e de identificação do profissional	4(13,3%)	Ausência de registros e de identificação do profissional	2(6,66%)
Ausência de clareza	4(13,3%)		
Ausência de checagem de procedimento	1(3,33%)		

**Tabela 2.** Principais causas de inconformidades nos registros em prontuários, na percepção dos profissionais (n=30), antes e após ação educativa. Goiânia, 2016.

<b>CAUSAS DAS INCONFORMIDADES (antes)</b>	<b>n (%)</b>	<b>CAUSAS DAS INCONFORMIDADES (após)</b>	<b>n (%)</b>
Falta de atenção e de interesse do trabalhador	18(60%)	Ausência de qualificação e de conhecimento sobre registros em prontuários	8(26,66%)
Sobrecarga e déficit de recursos humanos no serviço	16(53,33%)	Sobrecarga de trabalho e déficit de recursos humanos	7(23,33%)
Desconhecimento da legalidade do registro pelo trabalhador	9(30%)	Falta de atenção e de compromisso do trabalhador	4(13,33%)
Ausência de qualificação e de conhecimento sobre registros em prontuários	8(26,66%)	Desconhecimento da legalidade do registro pelo trabalhador	4(13,33%)
Ausência de fiscalização do superior	1(3,33%)	Ausência de padronização das ações	1(3,33%)
Ausência de prontuário eletrônico	1(3,33%)	Ausência de comunicação entre a equipe	1(3,33%)
Ausência de padronização das ações	1(3,33%)		
Ausência de comunicação entre a equipe	1(3,1%)		

## **Discussão**

A ausência de registros nos prontuários de pacientes hospitalizados ou realização dos mesmos de forma incompleta ou incorreta demonstram inconformidades relacionadas às recomendações legais. Entretanto, estas inconformidades podem ser decorrentes da falta de conhecimento dos profissionais acerca da formalidade dos registros no prontuário do paciente, relativo ao ciclo de cuidados a ele prestados. Registrar as intervenções não pode ser aprendido como um ato voluntário, mas sim como um dever ético e

legal que serve também para respaldar o profissional diante de processos envolvendo a prática laboral (PADILHA; HADDAD; MATSUDA, 2014).

A Resolução 1638/2002 do Conselho Federal de Medicina define prontuário como “documento único constituído por um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e a continuidade prestada ao indivíduo.” Em casos de registros omitidos ou irregulares, o médico pode perder a possibilidade de comprovação de seus atos (CFM, 2002).

No caso dos registros referentes ao cuidado de enfermagem, a Lei 7498, do Conselho Federal de Enfermagem, traz no seu art.14 a incumbência de anotar no prontuário do paciente todas as atividades procedentes da assistência (COFEN, 1986; 2007). Dessa forma, os registros de intervenções de enfermagem e suas respectivas ações ou atividades em prontuários fazem parte da responsabilidade legal da enfermagem (COFEN, 1986; 2007; CARNEIRO et al., 2016; CAMELO; CAMPOS; OLIVEIRA, 2009).

As inconformidades como, letra ilegível e rasuras envolvendo os registros foram destacadas pelos profissionais. Segundo o artigo 299 do Código Penal, a anotação incorreta, incompleta, falseada ou inexistente no prontuário quanto aos fatos relacionados com o paciente pode caracterizar falsidade ideológica. Entre as implicações e abrangência dessas falhas encontram-se as dificuldades relacionadas ao julgamento das ações em processo judicial, pois o juiz poderá emitir seu parecer conforme a fé de seu julgamento (BRASIL, 2002).

Do ponto de vista ético e legal, somente o registro da execução de uma atividade pode, de fato, assegurar a sua realização pelo profissional de saúde. Com isso, o registro das atividades é sempre necessário por promover maior visibilidade da categoria profissional e contribuir para a integralidade do cuidado prestado ao paciente (PADILHA; HADDAD; MATSUDA, 2014).

Por outro lado, a falta do carimbo e da assinatura do trabalhador foram outras inconformidades referidas pelos profissionais, que por sua vez,

dificultam a identificação do profissional responsável pelo procedimento e inviabiliza a eficácia dos registros nos prontuários do ponto de vista assistencial e jurídico. Isso pode ocorrer pelo fato do profissional, especialmente da equipe de enfermagem, não valorizar as prescrições realizadas pelo enfermeiro. A ausência da identificação do profissional que realizou o procedimento pode gerar dúvidas e resultar em prejuízos à continuidade da assistência e ou dificultar investigações judiciais e éticas futuras, caso sejam necessárias (PADILHA et al., 2014).

Nesse contexto, as evidências na literatura recomendam que os registros nos prontuários devam ocorrer de forma clara e concisa, por se tratar de documentos legais que podem comprometer ou defender os trabalhadores e a instituição de saúde em ações judiciais por atos de negligência, imprudência ou imperícia segundo o que determina o Código Civil Brasileiro/2002, no seu Art. 186. Desse modo, entende-se que o registro no prontuário do paciente é fundamental para conferir uma assistência de saúde em conformidade com os princípios legais, de segurança e dos protocolos afins (SEIGNEMARTIN et al., 2013).

Do ponto de vista da gestão do serviço, os profissionais destacaram a sobrecarga de trabalho e déficit de profissionais, bem como, a falta de conhecimento da formalidade do registro de suas ações e falta de qualificação dos profissionais como inconformidades que comprometem os princípios da segurança do paciente. Apesar dessas informações recomenda-se aos gestores estabelecer uma política de educação permanente em conformidade com o preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seguindo a Portaria GM/MS nº 198/2004, que constitui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) considerada um dos seus pilares de sustentação, a formação de seus trabalhadores (BRASIL, 2004; LIMA; WENCESLAU; ALBUQUERQUE, 2014).

As inconformidades verificadas nos registros em prontuários, muitas vezes, são justificadas pelo fato dos trabalhadores, não reconhecerem os riscos destas falhas para a assistência do paciente. Igualmente, pelo fato do prontuário ser um documento legal, situações que reforçam a necessidade de instituir no serviço, estratégias educativas que possam sensibilizar os profissionais acerca da importância do prontuário e das anotações para a qualidade da assistência. E também, impedir que itens que compõem as contas hospitalares sejam glosados, gerando prejuízos desnecessários ao faturamento da instituição (CORDEIRO;

DYNIWICZ; KALINOWSKI, 2011).

O registro em prontuário abrange diversos aspectos e respalda de forma ética e legal o profissional responsável pelo cuidado, assim como, o paciente. Em presença de registros incompletos, letra ilegível e inconsistente, além de não fazer diferencial algum para a equipe multidisciplinar durante o tratamento do paciente, pode influenciar em desperdícios e onerar os custos com a terapêutica para a instituição de saúde.

Por outro lado, o fato do profissional de saúde desconhecer a legalidade dos registros nos prontuários e documentos afins, faz com que este profissional sintam-se desobrigado a registrar suas ações relacionadas ao ciclo de cuidados em conformidade com a legislação, compromete fortemente o processo de trabalho, a segurança do paciente e avaliação da qualidade do serviço (CARNEIRO et al., 2016; MORAIS et al., 2015).

Vale destacar também a baixa assimilação das informações dos profissionais de saúde após a atividade educativa realizada no contexto deste estudo. Este resultado reforça a necessidade da gestão instituir um programa de educação permanente no serviço em conformidade com o Sistema Único de Saúde buscando corrigir e ou minimizar tais inconformidades, considerando a relevância dos registros nos prontuários dos pacientes hospitalizados, no âmbito da gestão da assistência e dos custos para a instituição.

## **Conclusão**

Os resultados do estudo mostraram inconformidades nos registros de prontuários de pacientes hospitalizados, como inconsistência, rasuras, letra ilegível, falta da assinatura e do carimbo tendo como causas a falta de atenção e de interesse do trabalhador, sobrecarga e déficit de recursos humanos no serviço, desconhecimento da legalidade do registro, ausência de qualificação e de conhecimento sobre registros em prontuários.

Nesse sentido recomenda-se que as instituições de saúde promovam investimentos na capacitação dos recursos humanos a partir do processo de admissão, com instruções e treinamentos direcionados às exigências do

processo de trabalho livre de inconformidades. A elaboração e implementação de protocolos de cuidados informatizados, para a prescrição de enfermagem, aliada à adequação dos impressos, contribuem para registros consistentes e de qualidade.

Frente à importância de registros livres de inconformidades, torna-se relevante a realização de novos estudos sobre a essa temática, com o intuito de indicar os principais fatores responsáveis pelas falhas nos registros e subsidiar a elaboração de estratégias consistentes para a melhoria da qualidade da assistência e dos registros em prontuários de pacientes hospitalizados.

## Referências

ABBOTT, L.; DAUGHERTY, B.; PARKER, S.; PETERS, G. Internal audit quality and financial reporting quality the joint importance of independence and competence. **Journal of accounting research.**, v.54, n.1, p.3-40, 2016.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Análise do Inquérito Nacional sobre infraestrutura recursos humanos, equipamentos, procedimentos, controle de qualidade e biossegurança nos Laboratórios de Microbiologia.** Brasília: Anvisa, 2007.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 229 p, 2011.

BARRAL, L.N.M., et al. Análise dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes em um hospital de ensino. **Rev.Min. Enferm.**, v.16, n.2, p.188-193, 2012.

BEZERRA, A.L.Q.; QUEIROZ, E.S.; WEBER, J.; MUNARI, D.B. O processo de educação continuada na visão de enfermeiros de um hospital universitário. **Rev.Eletron. Enferm.**, v14, n.3, p.618-25, 2012.

**BRASIL.** *Código Civil, Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002.* 1a edição. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: MS, 2004.

CAMELO, S.H.H.; PINHEIRO, A.; CAMPOS, D.; OLIVEIRA, T.L. Auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: uma revisão da literatura. **Rev Eletr Enferm**, v.11, n.4, p.1018-25, 2009.

CARNEIRO, S.M.; DUTRA, H.S.; COSTA, F.M.; MENDES, S.E.; ARREGUY-SENA, C. Uso de abreviaturas nos registros de enfermagem em um hospital de ensino. **Rev.Rene**, v.17,n.2, p.208-16, 2016.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.**Lei nº7.498/86, de 25 de junho de 1986.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução 311/2007, de 08 de fevereiro de 2007. **Aprova a Reformulação do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem.** Rio de Janeiro, 2007.

CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de Saúde. Resolução CFM 1.638, de 10 de julho de 2002. Brasília: CFM, 2002.

CORDEIRO, F.F.; DYNIEWICZ, A.M.; KALINOWSKI, L.C. Auditorship in nursing records at na intensive care unit. **Rev Enferm UFPE** , v.5, n.5,p.1187-192, 2011.

COSTA, G.D.; COTTA, R.M.M.; FRANCESCHINI, S.C.C.; BATISTA, R.S.; GOMES, A.P.; MARTINS, P.C.; FERREIRA, L.S.M.F. Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. **Physis Rev Saúde Colet [Internet]**, v. 18, n.4, p.705-726, 2008.

DEMARCHI, T.M., et al. Auditoria de prontuário do paciente: um processo de aprendizagem e integração institucional. **Rev.Administração em Saúde**, v.14, n.55, p.50-56, 2012.

INSTEFJORD, M.H.; ASEKJAER, K.; ESPEHAUG,B.; GRAVERHOLT, B. Assessment of quality in psychiatric nursing documentation – a clinical audit. **BMC nursing**, v.13, n.32, p.2-7, 2014.

MAIA, A.B.B.; BARBOSA, A.B.; SILVA, M.N.P.; BRANCO, L.M.G.C.; RODRIGUES, L.M.C.; MELO, T.T.C. Technical And Scientific Compilation About Audit And Quality Management: An Integrative Review. **Rev. Enfermagem UFPE.**, v.3, n.3, p.1489-1494, 2017.

MORAIS, C.G.X.; BATISTA, E.M.S.; CASTRO, J.F.L.; ASSUNÇÃO, S.S.; CASTRO, G,M.O. Registros de enfermagem em prontuário e suas implicações na qualidade assistencial segundo os padrões de acreditação hospitalar: um novo olhar da auditoria. **Rev.Acred.**, v.5, n.9, p.64-84, 2015.

NOMURA, A.T.G.; SILVA, M.B., ALMEIDA, M.A. Qualidade dos registros de enfermagem antes e depois da Acreditação Hospitalar em um hospital universitário. **Rev.Latino-Am. Enfermagem**, v.24, p.1-9, 2016.

- PADILHA, E.F.; HADDAD, M.C.F.L.; MATSUDA, L.M. Qualidade dos registros de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio da auditoria retrospectiva. **Cogitare Enferm**, v.12, n.2, p.239-45, 2014.
- PADILHA, E.F.; MATSUDA, L.M. Qualidade dos cuidados de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio de auditoria operacional. **Rev.Bras. Enferm.**, v.64, n.4, p.684-91, 2011.
- SANTOS, M.P.; ROSA, C.D.P. Auditoria de contas hospitalares: análise dos principais motivos de glosas em uma instituição privada. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, v.15, n.4, p.125-132, 2013.
- SEIGNEMARTIN, B.A.; JESUS, L.R.; VERGÍLIO, M.S.T.G.; SILVA, E.M.S. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem no pronto atendimento de um hospital escola. **Rev Rene**, v.14, n.6, p.1123-32, 2013.
- SILVA, J.A.; GROSSI, A.C.M.; HADDAD, M.C.L.; MARCON, S.S. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em unidade semi-intensiva. **Escola Anna Nery**, v.16, n.3, p.576-581, 2012.
- SILVA, J.A.M.; OGATA, M.N.; MACHADO, M.L.T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Rev.Eletron. Enferm.**, v.9, n.2, p.389-401, 2007.
- SILVA, J.A.S.; HINRICHSEN, S.L.; BRAYNER, A.C.; VILELLA, T.A.S.; LEMOS, M.C. Glosas hospitalares e o uso de protocolos assistenciais: revisão integrativa da literatura. **Rev.Adm. Saúde**. v.17, n.66, p.1-18, 2017.
- WENCESLAU, L.D.; ALBUQUERQUE, P.C. Educação Permanente em Saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 425 -441, maio/ago. 2014
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The conceptual framework for the international classification for patient safety**. Version 1.1. Final Technical Report. Chapter 3. The International Classification for Patient Safety. Key Concepts and Preferred Terms [Internet]. Geneva: WHO; 2009

## 5.1.2 Artigo 2

### **Tecnologias para avaliação de melhorias contínuas da qualidade da assistência, na perspectiva de trabalhadores de saúde**

Technologies for evaluating continuous improvements in the quality of hospital care from the perspective of health workers

Ludimila Cristina Souza Silva<sup>1</sup>  
Marinézia Aparecida do Prado<sup>2</sup>  
Lorena Zenha Andrade<sup>3</sup>  
Ana Lúcia Queiroz Bezerra<sup>4</sup>  
Celmo Celeno Porto<sup>5</sup>  
Marislei Espíndula Brasileiro<sup>6</sup>  
Danielle Perdigão Oliveira e Ribeiro<sup>7</sup>  
Maria Alves Barbosa<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva. Mestra em Enfermagem. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás. Professora Adjunta da Faculdade Alfredo Nasser. Professora Adjunta da Faculdade Unida de Campinas. Goiânia. Goiás. Brasil. E-mail: [professoraludimilacs@gmail.com](mailto:professoraludimilacs@gmail.com)

<sup>2</sup>Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Goiás. Goiânia. Brasil. E-mail: [marinesiaprado@gmail.com](mailto:marinesiaprado@gmail.com).

<sup>3</sup> Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva e em Auditoria. Professora Adjunta da Faculdade Alfredo Nasser. Aparecida de Goiânia. Goiás. Brasil. E-mail: [enf.lorenazenha@gmail.com](mailto:enf.lorenazenha@gmail.com).

<sup>4</sup>Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Goiás. Goiânia. Brasil. E-mail: [aqueiroz@gmail.com](mailto:aqueiroz@gmail.com).

<sup>5</sup>Doutor em Clínica Médica. Professor Adjunto do Depto. de Clínica Médica/FM. Médico Especialista em Clínica Médica. Coordenador de Pós-Graduação e Pesquisa da Faculdade de Medicina. Email: [celeno@cardiol.br](mailto:celeno@cardiol.br)

<sup>6</sup>Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás. Enfermeira na Secretária Municipal de Saúde. Professora Adjunta da Faculdade Unida de Campinas. Goiânia. Goiás. Brasil. E-mail: [marislei@cultura.trd.br](mailto:marislei@cultura.trd.br).

<sup>7</sup>Enfermeira. Especialista em Auditoria. Mestra em Enfermagem. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás. Auditora da Unimed – Goiânia. Professora Adjunta da Faculdade Unida de Campinas. Goiânia. Goiás. Brasil. E-mail: [daniperdigaooliveira@gmail.com](mailto:daniperdigaooliveira@gmail.com).

<sup>8</sup>Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Goiás. Goiânia. Brasil. E-mail: [maria.alves@gmail.com](mailto:maria.alves@gmail.com).

## RESUMO

Objetivou-se identificar as tecnologias para a Melhoria Contínua da Qualidade da assistência em saúde com o auxílio do Diagrama de Ishikawa. Trata-se de um estudo descritivo-analítico, de abordagem qualitativa, realizado em um hospital público em dezembro de 2016. Participaram 30 trabalhadores da saúde de diferentes áreas. Utilizou-se um instrumento autoaplicável, com questões abertas. Os dados foram analisados com o auxílio do *software* ATLAS ti e a análise de conteúdo de Bardin. Para auxiliar na identificação das tecnologias em saúde para Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ), utilizou-se o Diagrama de *Ishikawa*. As principais estratégias identificadas para a MCQ foram no âmbito da Gestão Organizacional, Segurança do Paciente, Auditoria da Assistência, Melhoria Contínua do Processo, Liderança e Avaliação do Processo. Essas estratégias apresentam-se interligadas, pois juntas contemplam a visão global da instituição, com o intuito de garantir a continuidade do processo de qualidade em saúde. Acredita-se que, para reformular as políticas organizacionais, seja necessário que os trabalhadores tenham competência, compromisso e condições de trabalho focados na segurança e nas estratégias para melhoria contínua da qualidade.

**Palavras-chave:** Qualidade; Melhoria Contínua da Qualidade; Tecnologia em saúde; Assistência.

## ABSTRACT

The objective was to identify the technologies for the Continuous Improvement of Quality of health care with the help of the Ishikawa Diagram. This is a descriptive-analytical, qualitative approach, carried out in a public hospital in December 2016. 30 health workers from different areas participated. A self-administered instrument with open questions was used. The data were analyzed with the aid of ATLAS ti software and Bardin content analysis. To aid in the identification of health technologies for Continuous Quality Improvement (MCQ), the Ishikawa Diagram was used. The main strategies identified for MCQ were Organizational Management, Patient Safety, Assistance Audit, Continuous Process Improvement, Process Leadership and Evaluation. These strategies are interconnected, since they together take into account the institution's global vision, in order to guarantee the continuity of the health quality process. It is believed that in order to reformulate organizational policies, it is necessary for workers to have competence, commitment and working conditions focused on safety and strategies for continuous quality improvement.

**Keywords:** Quality; Continuous Quality Improvement; Health technology; Assistance.

## Introdução

O despertar pela qualidade da assistência é uma demanda contemporânea que tem instigado pacientes a exigirem serviços de saúde, cada vez mais seguros e com o mínimo de danos decorrentes do tratamento

(ROSSANEIS et al., 2014). Esse despertar pela qualidade dos serviços surge como um desafio para as instituições, gestores e para os profissionais de saúde, uma vez que a qualidade da assistência em saúde justifica-se por fatores sociais, éticos, profissionais e econômicos(PINTO; SOUZA; FLORENCIO, 2012; LAPÃO, 2016).

Os aspectos sociais são representados pela exigência e expectativa dos pacientes por uma assistência segura, na qual os aspectos éticos são representados pela premissa de que os níveis de formação e conhecimento dos profissionais devem ser mais aprimorados (PINTO; SOUZA; FLORENCIO, 2012; LAPÃO, 2016).

Nesse contexto, o compromisso dos profissionais, com práticas seguras, vem ao encontro da satisfação dos pacientes, que associado às questões econômicas como a otimização dos recursos humanos, equipamentos e artigos para saúde, tornam-se pilares de uma política de qualidade em saúde (ROSSANEIS et al., 2014; VITURI; ÉVORA, 2015).

A satisfação dos pacientes tem sido valorizada em decorrência do acesso fácil e rápido às informações, o que tem refletido no perfil de um paciente moderno, mais exigente, crítico, seletivo e consciente dos seus direitos (FREITAS et al.,2014; ROSSANEIS et al.,2014). Em resposta a essa realidade, as instituições de saúde, tornaram-se mais competitivas e buscam um padrão de qualidade dos serviços.

A qualidade deve estar fundamentada em atender às necessidades, às expectativas e o padrão de atendimento esperado pelos pacientes (DONABEDIAN, 1985). Além do compromisso com a qualidade, as instituições devem avaliar, constantemente, os processos nelas envolvidos, com intuito de detectar lacunas e elaborar estratégias para manter o padrão de qualidade (BARBOSA; TRONCHIN, 2015; LAPÃO, 2016).

A avaliação da qualidade pode ser fundamentada por um modelo sistêmico ou um modelo baseado em dimensões ou atributos que definem qualidade. O primeiro modelo observa a relação entre os componentes da estrutura, processo e resultado. Já o segundo considera a efetividade, eficiência, eficácia, equidade, aceitabilidade, otimização e a legitimidade, como os sete pilares da qualidade (DONABEDIAN, 1990; D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006; FRIAS et al., 2010; BRASIL, 2010).

Em algumas instituições a implementação de programas de qualidade nos serviços de saúde tem apresentado falhas associadas principalmente à descontinuidade do processo (VITURI; ÉVORA, 2015). Muitas vezes, estratégias de impacto são desenvolvidas, porém, ao atingir um determinado nível de qualidade, essas ações são interrompidas, e a ausência de avaliações ou investimentos inviabiliza a elaboração de um diagnóstico situacional fidedigno (LAPÃO, 2016), já que muitas estratégias têm como falha o fato de não abordar aspectos que envolvam a organização e sua complexidade (BRASIL, 2010; LAPÃO, 2016).

Diante das interrupções dos programas de qualidade e da dificuldade em alcançar e manter níveis de excelência previamente estabelecidos, foi que surgiu a Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ). Trata-se de uma tecnologia leve/dura em saúde, que propõe estratégias amplas e contínuas de melhoria da qualidade da assistência e aspectos organizacionais complexos (BRASIL, 2010; DIAS, 2014; VITURI; ÉVORA, 2015).

A operacionalização da MCQ relaciona-se à concepção de tecnologias leves, que revelam a importância de planejar e avaliar as atividades englobando todos os sujeitos envolvidos na assistência (BRASIL, 2010). Entende-se por tecnologias em saúde os medicamentos, equipamentos, procedimentos e sistemas organizacionais e de suporte dentro dos quais à assistência em saúde é implementada (BRASIL, 2009).

No entanto, o uso das tecnologias em saúde exige avaliação periódica, estratégias de divulgação, capacitação e compromisso dos profissionais em alcançar a eficácia no serviço de saúde (BRASIL, 2010). À avaliação é importante, porque agrega inovações que são incorporadas ao sistema de saúde sem análise prévia, o que poderá implicar na ineficiência do recurso pela dificuldade em adaptá-lo à condição existente (PEREIRA; SALOMON; SOUZA, 2015).

Não obstante o processo de avaliação deve ser amplo e englobar aspectos clínicos, sociais, econômicos, organizacionais, éticos e legais (BRASIL, 2009). Nesse contexto, conhecer as fragilidades das organizações, para manter a eficácia e dar continuidade aos programas de qualidade, exigirá esforços prévios, bem como à mobilização de todos os sujeitos envolvidos no processo assistencial (BRASIL, 2010).

Nessa perspectiva, a participação dos gestores e dos trabalhadores de saúde no processo de avaliação da MCQ, as evidências na literatura, aliadas a vivência clínica na ambiência em saúde, têm sinalizado lacunas quanto a utilização das tecnologias de forma eficaz. Portanto a preocupação com a qualidade da assistência, associa-se ao envolvimento tanto dos gestores quanto dos trabalhadores ao uso dessas inovações. Em decorrência da escassez de estudos para desvelar tais lacunas, remete a necessidade de estudos nessa temática.

Acredita-se que a partir da identificação de tais lacunas, ocorra discussões que sejam capazes de sensibilizar gestores e trabalhadores de saúde, para a tomada de decisão e assim atender às necessidades individuais dos pacientes, buscando ultrapassar suas perspectivas, por meio de mudanças contínuas, com o auxílio de ferramentas de gestão da qualidade como por exemplo o “Diagrama de Ishikawa”.

O Diagrama de Ishikawa criado por Kaoru Ishikawa em 1943 é uma ferramenta utilizada na gestão da qualidade em saúde. Ela permite fazer a relação entre a causa e o efeito, e também definir estratégias, e suas ações integradoras no processo assistencial (ISHIKAWA, 1993).

A opção dessa ferramenta, deu-se, por ser um método fácil e rápido e que permite a sua aplicação em momentos pré definidos, como durante o processo de trabalho e ou ações educativas. Uma vez que, ela possibilita ainda identificar as principais tecnologias em saúde a partir de reflexões dos sujeitos, como por exemplo durante uma ação educativa, como foi o caso da presente investigação.

Diante disso o objetivo deste estudo foi identificar as tecnologias para a Melhoria Contínua da Qualidade da assistência em saúde com auxílio do Diagrama de Ishikawa.

## **Metodologia**

Estudo descritivo-analítico, de abordagem qualitativa, realizado em um hospital público de grande porte do Sistema único de Saúde, especializado no atendimento materno-infantil da região central do Brasil em dezembro de 2016.

A amostra constituiu-se de 20 trabalhadores de saúde da instituição e dez residentes de enfermagem, totalizando 30 sujeitos. Foram incluídos profissionais com vínculo de trabalho ou acadêmico com a instituição e que participasse dos dois módulos de capacitação, sobre os aspectos científicos, éticos e legais no contexto da assistência segura e de qualidade. Foram excluídos os profissionais que não atenderam o objetivo do estudo.

O projeto foi aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa, sob o protocolo CEPESH/HMI/GO, nº 1.447.390, e assinatura dos sujeitos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada no início da ação educativa mediante convite aos participantes para responder um instrumento autoaplicável, com o objetivo de verificar a opinião destes, sobre as seguintes indagações:

- O que você entende por qualidade?
- Na sua opinião, quais as tecnologias em saúde para a melhoria contínua da qualidade?

A ação educativa foi desenvolvida na própria instituição, no mês de dezembro de 2016, com carga horária total de oito horas. Foram disponibilizadas 40 vagas, e decorrência da capacidade máxima do espaço físico destinado ao evento na instituição para facilitar a participação dos profissionais. Na oportunidade, foram oferecidos certificados, material didático, lanche e sorteio de brindes como estratégia de incentivo a participação dos referidos profissionais.

A organização da atividade ocorreu de forma conjunta entre a comissão organizadora do evento, composta por docentes e discentes do programa de pós-graduação Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás, nível de doutoramento e os gestores do serviço de enfermagem.

A ação educativa ocorreu em dois módulos:

No primeiro módulo contextualizou-se os aspectos científicos, éticos e legais no contexto da assistência segura e de qualidade, a importância da qualificação profissional, tomada de decisão, exercício legal da profissão, prestação do cuidado e o registro da assistência de enfermagem no prontuário (conceito, organização e finalidade). Reforçou ainda o prontuário como fontes de informação para auditoria interna (conceito, finalidade e tipos de auditoria) e de avaliação da qualidade da assistência em saúde.

O segundo módulo foi oferecido cinco dias após o primeiro, em decorrência da disponibilidade do espaço físico destinado a atividade na instituição. Nesse módulo abordou-se, questões referentes à auditoria interna como ferramenta da qualidade da assistência, a responsabilidade do profissional frente aos registros e à otimização dos custos. Apresentou-se ainda o PDCA como proposta para melhoria da qualidade do serviço de saúde.

Utilizou-se o *software* ATLAS ti, para a organização dos dados, seguida da sua análise e interpretação, a partir das categorias, representadas por núcleos de sentido e as citações, considerados fragmentos significativos dos relatos dos participantes.

Para auxiliar na identificação das tecnologias em saúde para a MCQ, utilizou-se o Diagrama de *Ishikawa*, também conhecido como Diagrama de Causa e Efeito (ISHIKAWA, 1993). A construção do referido diagrama teve como ponto de partida o problema do estudo que era identificar as tecnologias para MCQ em saúde.

Em seguida a espinha de peixe foi criada através da identificação das prováveis estratégias que norteariam as tecnologias em saúde. Para esta fase utilizou-se do *brainstorming*, ou seja, “chuva de idéias” baseada nos núcleos de sentido que foram determinados com base na análise das informações obtidas.

Após relacionar cada ação para uma espinha de peixe, realizou-se à análise dessas estratégias que resultaram em categorias de impacto para a Melhoria Contínua da Qualidade. A análise das categorias: Auditoria da assistência; Segurança do paciente; Gestão organizacional; Melhora contínua do processo; Liderança e Avaliação do processo, consolidou a organização das ideias e sua codificação, conforme Bardin (2011).

## **Resultados**

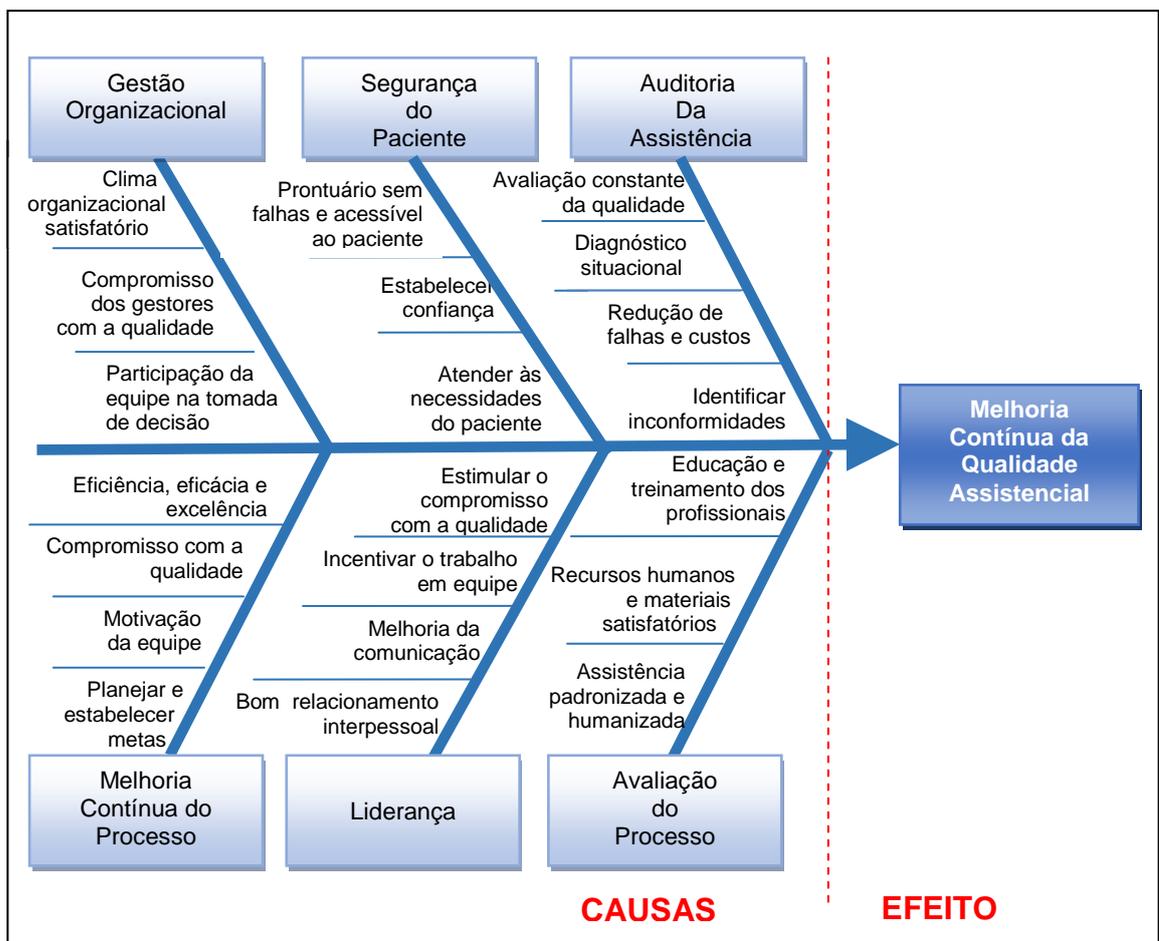
A caracterização dos sujeitos (n=30), mostrou que 24(80%), eram do sexo feminino e 6(20%) do sexo masculino. Dos participantes 10 (33,4%) eram residentes de enfermagem e 20(66,6%) constituiu-se de

trabalhadores de saúde, sendo 15(75,0%) enfermeiros, 4(20,0%) médicos e 1(5,0%) biomédico.

Com relação às principais estratégias para a Melhoria Contínua da Qualidade no contexto da assistência em saúde, mostradas no estudo, identificaram-se, 18 núcleos de sentido, provenientes de 94 trechos significativos extraídos das informações dos participantes. Estes núcleos foram agrupados em seis categorias que permitiram a construção do “Diagrama de *Ishikawa*”, contemplando as principais estratégias para a Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ) (Figura 1).

O “Diagrama de *Ishikawa*” mostrou-se eficaz pois permitiu identificar as tecnologias em saúde para a MCQ e ainda determinar as ações para conduzi-las, abordando aspectos gerais do serviço de saúde. O uso dessa ferramenta facilitou a compreensão geral sobre a melhoria da qualidade, a partir das ideias dos trabalhadores sobre o processo assistencial, emergidas durante a ação educativa.

Dessas informações extraiu-se as principais tecnologias em saúde para a MCQ, dentre elas, auditoria da assistência; segurança do paciente; gestão organizacional; melhoria contínua do processo; liderança e avaliação do processo. Ao serem analisadas observou-se que essas estratégias são interligadas, pois juntas contemplaram a visão global da instituição, no âmbito da gestão organizacional e assistencial inerentes à melhoria contínua da qualidade em saúde.



**Figura 1:** Diagrama de causa e efeito para Melhoria Contínua da Qualidade Assistencial. Goiânia, 2016. **Fonte:** Autora.

## Discussão

A utilização do Diagrama de Ishikawa foi importante para identificar as tecnologias em saúde na opinião dos trabalhadores, tendo em vista que as categorias analisadas demonstraram a incorporação e a utilização dessas estratégias para a MCQ. Sinalizaram ainda que as ações relacionadas à assistência devem ser conduzidas de modo transparente e imparcial, afim de auxiliar na estruturação de uma assistência segura e efetiva.

Esses achados encontram-se em conformidade com proposta da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde que preconiza o uso seguro e eficaz das tecnologias, baseado no planejamento e na orientação dos envolvidos na assistência em saúde. Além disso atividades como avaliação, incorporação e reavaliação dessas tecnologias no sistema de saúde, com o objetivo de manter a qualidade em saúde (BRASIL, 2010).

A decisão dos gestores em incorporar uma nova tecnologia, deve considerar os benefícios, os custos e a necessidade dos trabalhadores e usuários, além da infraestrutura. Essa decisão deve ser acompanhada de avaliações periódicas sobre o impacto da tecnologia na qualidade em saúde, capacitação e adesão dos profissionais à essas estratégias (BRASIL, 2010).

Frente a necessidade de avaliação contínua, a auditoria da assistência foi sinalizada como uma importante tecnologia em saúde para a MCQ. Isso se justifica pelo fato da auditoria subsidiar avaliações da assistência através da observação do ambiente e da análise de registros em prontuários (MAIA et al.,2017). Tal avaliação permite a elaboração de um diagnóstico situacional que revela a realidade institucional no âmbito da qualidade e dos custos, favorecendo a tomada de decisão.

A auditoria desperta nos gestores a necessidade de elaborar o diagnóstico situacional da instituição, possibilitando a elaboração de ações para a redução de falhas, custos, melhoria da qualidade e segurança do paciente (MAIA et al., 2017). Essas estratégias colocam a instituição e os trabalhadores como corresponsáveis pela satisfação do paciente acerca da assistência recebida. Vale ressaltar que essas ações devem ser realizadas de modo contínuo, garantindo a continuidade do cuidado, pautadas nos princípios da segurança do paciente e da qualidade do cuidado.

A necessidade de estratégias contínuas corroboram com a importância da implementação da auditoria de forma ininterrupta, uma vez que para garantir a MCQ há de proceder a avaliação do serviço habitualmente (ROSSANEIS et al., 2014). A avaliação frequente da assistência permite identificar falhas e corrigi-las, sendo assim, um importante ponto de partida para garantir a excelência no atendimento e promover a segurança do paciente (ROSSANEIS et al., 2014).

Um prontuário com registros em conformidades, composto por informações completas, claras e fidedignas e acessíveis aos interessados é uma forma importante de estabelecer confiança entre paciente e profissional, auxiliando na cultura de qualidade e segurança.

Tecnologias com foco na segurança do paciente devem ser inseridas de maneira criteriosa nos programas de qualidade, porém é preciso compreender que segurança e qualidade não são sinônimos. A segurança

apresenta-se como uma estratégia para a qualidade, e a qualidade é o resultado de ações seguras em conformidades com a legislação vigente (KAWAMOTO et al., 2016).

O processo de segurança do paciente engloba aspectos individuais e organizacionais e o compromisso com a promoção de práticas seguras. Por outro lado, para a qualidade da assistência, atribui-se importância aos aspectos relacionados à liderança, uma vez que a postura dos gestores influencia fortemente a cultura da organização, como um todo, principalmente, diante dos conceitos e do processo de trabalho, nos quais as práticas estão diretamente envolvidas (KAWAMOTO et al., 2016).

A reorganização assistencial com ênfase na qualidade exige a participação assídua dos gestores e trabalhadores no processo de avaliação do serviço, na tomada de decisões corretivas e/ou preventivas que expresse o compromisso institucional com a qualidade (MAIA et al., 2017). A cultura positiva de segurança favorece à *práxis* segura, por meio de uma comunicação eficiente no trabalho em equipe e no compartilhamento de conhecimentos (KAWAMOTO et al., 2016).

A educação continuada e os treinamentos no ambiente laboral possibilitam aos trabalhadores, adquirir e compartilhar conhecimentos, incluindo suas experiências profissionais, confirmando ações importantes para promover a gestão da qualidade. O conhecimento desperta a autonomia dos trabalhadores e aprimora suas habilidades e competências no âmbito do saber e do fazer, retroalimentando um modelo de assistência inovador para ambos (RABENSCHLAG et al., 2015).

O aumento da complexidade da prestação de cuidados de saúde é o que tem motivado a reorganização dos serviços de saúde e, nesse contexto, estratégias associadas a mudanças no clima organizacional, na tomada de decisão e principalmente na participação dos gestores têm se tornado relevantes ao processo de qualidade contínua (LAPÃO, 2016). Portanto, a busca pela excelência, eficiência e eficácia na assistência em saúde é indispensável, devido à complexidade dos processos e tecnologias presentes no serviço de saúde, e ainda aliadas à escassez de recursos humanos e materiais satisfatórios (VITURI; ÉVORA, 2015).

Reorganizar o modelo de gestão é um desafio para o serviço de saúde, e o *Lean* apresenta-se como um compromisso de mudança da cultura organizacional, através da utilização de métodos científicos que permitem a melhora contínua do processo de trabalho e ainda agregam valores concretos para os pacientes (LAPÃO, 2016).

Frente à relação entre mudanças organizacionais e a melhoria contínua da qualidade, a gestão enfrenta dois grandes desafios. O primeiro está relacionado com a otimização do processo de trabalho, adequação das tecnologias e qualificação dos trabalhadores. Já o segundo desafio associa-se à inovação de gestão, ou seja, criar ações que contemplem qualidade, centralidade, expectativas do paciente e a adequação a novos serviços (LAPÃO, 2016). Vale ressaltar que a inovação da gestão exige estratégias a médio e a longo prazo, e ainda o envolvimento dos trabalhadores e dos pacientes nesse processo.

Pode se afirmar que a qualidade é representada por concepções e valores que são fundamentados nas expectativas geradas pela relação, entre usuário e prestadores de serviços e o modo como as ações são implementadas e gerenciadas. Portanto, para garantir a melhoria contínua da qualidade é preciso que a equipe esteja constantemente motivada que metas de excelência sejam estabelecidas, baseadas na monitorização e avaliação contínua da estrutura, do processo e do resultado (BARBOSA; TROCHIN, 2015; VITURI; ÉVORA, 2015).

A melhoria contínua da qualidade assistencial deve ser fundamentada na identificação das inconformidades no serviço, na valorização das informações com vistas a discutir as melhorias, principalmente através da participação dos gestores que devem utilizar dados gerenciais e indicadores para acompanhar resultados e metas (VITURI; ÉVORA, 2015; ROSSANEIS et al., 2014).

A avaliação sistemática da assistência é importante para o planejamento e para a gestão dos serviços de saúde. A avaliação deve ser realizada de forma efetiva, contemplando as necessidades e expectativas dos usuários, propondo estratégias que agreguem valores ao paciente (ROSSANEIS et al., 2014; BRASIL, 2010). Vale ressaltar que a avaliação em saúde não almeja como critério principal a atuação fiscalizadora, e sim a

meta de viabilizar a educação permanente em toda a organização, como um caminho para a padronização das ações e qualidade da assistência (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016).

É importante que a instituição tenha consciência de que a meta não é somente alcançar determinado padrão de qualidade, e sim ultrapassar e manter esses padrões. O ciclo de melhoria contínua PDCA que tem como objetivo planejar, executar, verificar e implementar estratégias é considerado um precursor dos processos posteriores de ciclo de melhoria disponíveis na literatura (BRASIL, 2010).

As ações de gestão da qualidade devem seguir o fluxo proposto pelo PDCA, pelo fato de englobar todo o processo organizacional, desde a avaliação até a implementação e manutenção das estratégias estabelecidas. Desse modo, para garantir a funcionalidade desse processo é necessário que o gerenciamento do serviço seja pautado na padronização das atividades, por meio do mapeamento dos processos assistenciais. Além disso, deverá traçar como meta principal minimizar as inconformidades e alcançar a segurança do paciente e a qualidade da assistência (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016).

## **Conclusões**

A partir da análise da opinião dos trabalhadores de saúde, foi possível construir o “Diagrama de Ishikawa” e determinar as principais tecnologias em saúde para a melhoria contínua da qualidade.

Acredita-se que as tecnologias definidas pelos trabalhadores englobam as necessidades e expectativas da organização e dos pacientes, e possibilita a implementação de um processo de trabalho contínuo, pautado na definição de metas de excelência, eficiência e eficácia da assistência em saúde.

Mas para alcançar a MCQ, se faz necessário a reorganização do processo de trabalho. Recomenda-se portanto que a implementação das tecnologias para a MCQ devem ser avaliada constantemente, com o objetivo de conhecer os indicadores de desempenho de serviço, que possam subsidiar à elaboração de diagnósticos situacionais, metas e ações de educação continuada e qualificação dos trabalhadores, despertando-os para

atitudes seguras, na ambiência em saúde em conformidade com a legislação vigente.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, S.F., TRONCHIN, D.M.R. Manual for monitoring the quality of nursing home care records. **Rev. Bras Enferm.**,v.68, n.2, p.253-60, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680210i>

BARDIN, Laurence. (2011). **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 229 p.

BEZERRA, A.L.Q.; QUEIROZ, E.S.; WEBER, J.; MUNARI, D.B. O processo de educação continuada na visão de enfermeiros de um hospital universitário. **Rev.Eletron. Enferm.**, v14, n.3, p.618-25, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

CAMELO, S.H.H.; PINHEIRO, A.; CAMPOS, D.; OLIVEIRA, T.L. Auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: uma revisão da literatura. **Rev Eletr Enferm**, v.11, n.4, p.1018-25, 2009.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N.P.; CUNHA, I.C.K.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm** , v.59, n.1, p.84-8, 2006.

DIAS, J.L. Sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo construtivo no hospital prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. **Rev. Clin. Hosp. Prof. Dr. Fernando Fonseca**, v.1, n.2, p.39-40, 2014.

DONABEDIAN, A. The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor, Michigan: **Health Administration Press**, v.2, p.3-31, 1985.

\_\_\_\_\_. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**,v.114, p.1115-1118, 1990.

FREITAS, J.L. et al. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino . **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.22, n.3, p.454-460, 2014. ISSN 1518-8345. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/86599/89510>>. Acesso em: 30 July 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3241.2437>.

FRIAS, P.G. et al. Atributos da qualidade em saúde. In: SAMICO, I, FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G. (orgs.) **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. 196p.

ISHIKAWA, Kaoru. **Controle de qualidade total**: à maneira japonesa. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

KAWAMOTO, A.M., et al. Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário. **J. res.: fundam. care. Online**, v.8, n.2, p. 4387-4398, 2016. DOI: 10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4387-4398.

LAPÃO, L.V. *Lean* na Gestão da Saúde: Uma Oportunidade para Fomentar a Centralidade do Doente, o Respeito pelos Profissionais e a Qualidade nos Serviços de Saúde. **Acta Med Port.**, v.29, n.4, p.237-239, 2016. Doi: <http://dx.doi.org/10.20344/amp.6615>

MAIA, A.B.B.; BARBOSA, A.B.; SILVA, M.N.P.; BRANCO, L.M.G.C.; RODRIGUES, L.M.C.; MELO, T.T.C. Technical And Scientific Compilation About Audit And Quality Management: An Integrative Review. **Rev. Enfermagem UFPE.**, v.3, n.3, p.1489-1494, 2017.

NOGUEIRA, LCL. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. 3. ed Belo Horizonte: Desenvolvimento Gerencial, 2003. 136 p.

OLIVEIRA, J.L.C.; MATSUDA, L.M. Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: A voz dos gestores da qualidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.63-69, 2016. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452016000100063&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452016000100063&lng=en&nrm=iso)>. access on 30 July 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160009>.

PEREIRA, V.C.; SALOMON, F.C.R.; SOUZA, A.B. Critérios para decisões sobre incorporações de tecnologias em saúde no Brasil e no mundo. **Rev.Eletron. Gestão & Saúde**, v.6, n.4, p.3066-93,2015.

PINTO, H.A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A.R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.1-19, 2012.

RABENSCHLAG, L.A.; LIMA, S.B.S.; EBERHARDT, T.D., et al. Gestão da qualidade na assistência de enfermagem em unidades de clínica cirúrgica. **Rev Enferm UFSM**, v.5, n.2, p.235-246, 2015. Doi: 10.5902/2179769215891

ROSSANEIS, M.A., et al. Indicadores de qualidade utilizados nos serviços de enfermagem de hospitais de ensino. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.16, n.4, p.769-76, 2014.ISSN 1518-1944.

Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/22956/17837>>.  
Acesso em: 30 jul. 2017. doi:<https://doi.org/10.5216/ree.v16i4.22956>.

SILVA, J.A.M.; OGATA, M.N.; MACHADO, M.L.T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Rev.Eletron. Enferm.**, v.9, n.2, p.389-401, 2007

VITURI, D.W.; EVORA, Y.D.M. Total Quality Management and hospital nursing: an integrative literature review. **Rev Bras Enferm.**, v.68, n.5, p.660-7, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680525j>

### 5.1.3.3 Artigo 3

#### **Qualidade dos registros de enfermagem em um hospital público de Goiás: avaliação por meio da auditoria.**

#### **Quality of nursing records in a public hospital in Goiás: evaluation through retrospective and prospective audit.**

Ludimila Cristina Souza Silva<sup>1</sup>  
Marinésia Aparecida do Prado<sup>2</sup>  
Ana Lúcia Queiroz Bezerra<sup>3</sup>  
Lorena Zenha Andrade<sup>4</sup>  
Flávio Henrique Lima<sup>5</sup>  
Celmo Celso Porto<sup>6</sup>  
Ana Patricia Batista Silva<sup>7</sup>  
Maria Alves Barbosa<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva. Mestra em Enfermagem. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás. Professora Adjunta da Faculdade Alfredo Nasser. Professora Adjunta da Faculdade Unida de Campinas. Goiânia. Goiás. Brasil. E-mail: [professoraludimilacs@gmail.com](mailto:professoraludimilacs@gmail.com)

<sup>2</sup>Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Goiás. Goiânia. Brasil. E-mail: [marinesiaprado@gmail.com](mailto:marinesiaprado@gmail.com).

<sup>3</sup>Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Goiás. Goiânia. Brasil. E-mail: [aqueiroz@gmail.com](mailto:aqueiroz@gmail.com)

<sup>4</sup> Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva e em Auditoria. Professora Adjunta da Faculdade Alfredo Nasser. Aparecida de Goiânia. Goiás. Brasil. E-mail: [enf.lorenazenha@gmail.com](mailto:enf.lorenazenha@gmail.com) .

<sup>5</sup> Médico. Doutorando em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás. Goiânia. Brasil. E-mail: [lucano945.fl@gmail.com](mailto:lucano945.fl@gmail.com) .

<sup>6</sup>Doutor em Clínica Médica. Professor Adjunto do Depto. de Clínica Médica/FM. Médico Especialista em Clínica Médica . Coordenador de Pós-Graduação e Pesquisa da Faculdade de Medicina. Email: [celeno@cardiol.br](mailto:celeno@cardiol.br)

<sup>7</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Goiânia. Goiás. Brasil. E-mail: [anapatybs@outlook.com](mailto:anapatybs@outlook.com)

<sup>8</sup>Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Goiás. Goiânia. Brasil.. E-mail: [maria.alves@gmail.com](mailto:maria.alves@gmail.com).

#### **Resumo**

Este estudo objetivou avaliar por meio da auditoria a eficácia dos registros de enfermagem em um hospital público de Goiás. Trata-se de um estudo descritivo e analítico, realizado em prontuários de pacientes hospitalizados em um hospital público de Goiás. Analisou-se prontuários de pacientes com

tempo de internação superior a cinco dias, em unidades de terapia intensiva neonatal, pediátrica e materna. A análise foi realizada em dois momentos distintos, sendo o primeiro de 25 de agosto a 10 de setembro de 2016, contemplando 22 prontuários. Na sequência ofereceu-se uma ação educativa aos trabalhadores de saúde da instituição, abordando aspectos científicos, éticos e legais no contexto da assistência segura e de qualidade. O segundo ocorreu de 25 de abril a 10 de maio de 2017, considerando 23 prontuários, totalizando 45 prontuários. Propôs-se um intervalo de três meses, entre as coletas, para avaliar a eficácia dos registros após a capacitação dos trabalhadores. Para análise dos dados, utilizou-se a comparação das médias das variáveis contínuas através do teste de *Mann-Whitney* e níveis de significância de 5%. Verificou-se que o preenchimento inadequado dos prontuários comprometeu os critérios da qualidade, antes e após a ação educativa. No entanto as médias inerentes às informações completas, incompletas e não preenchidas em relação aos prontuários foram significativamente reparadas após a ação educativa ( $p < 0,05$ ). As categorias, dados de identificação (PP=81,16%) e a execução das ordens médicas (PP=89,13%) apresentaram maiores índices de adequação quanto aos registros completos. A prescrição de enfermagem comprometeu a qualidade, quanto ao preenchimento incorreto dos registros em (PP=6,76%). Conclui-se que, os registros de enfermagem não correspondem aos critérios da qualidade, mesmo após a ação educativa, tendo em vista que a eficácia dos registros passou por ajustes pequenos. Recomenda-se que ações educativas sejam instituídas nas políticas de saúde do hospital, utilizando-se para tanto, a auditoria como ferramenta de gestão, objetivando o monitoramento dos registros, com vistas à qualidade da assistência em saúde.

**Palavras-chave:** Registros de Enfermagem; Qualidade; Inconformidade; Intervenção

## **ABSTRACT**

This study aimed to evaluate the effectiveness of nursing records in a public hospital in Goiás through a audit. This is a descriptive and analytical study, carried out in medical records of patients hospitalized in a public hospital in Goiás. charts of patients with hospitalization time greater than five days, in neonatal, pediatric and maternal intensive care units. The analysis was carried out in two distinct moments, being in the first of August 25 to September 10, 2016, contemplating 22 medical records. In the sequence an educational action was offered to the institution's health workers, addressing scientific, ethical and legal aspects in the context of safe and quality care. The second occurred from April 25 to May 10, 2017, considering 23 medical records, totaling 45 medical records. An interval of three months between the collections was proposed to evaluate the effectiveness of the records after the qualification of the workers. Data were analyzed using the Mann-Whitney test and significance levels of 5%. It was verified that the inadequate filling of medical records compromised the quality criteria, before and after the educational action. However, the averages inherent to incomplete and incomplete information in relation to medical records were significantly repaired after the educational action ( $p < 0.05$ ). The categories, identification

data (PP = 81.16%) and execution of medical orders (PP = 89.13%) had higher indices of adequacy than the complete records. The nursing prescription compromised the quality, regarding the incorrect filling of the records in (PP = 6.76%). It is concluded that, the nursing records did not correspond to the quality criteria, even after the educational action, considering that the effectiveness of the records went through small adjustments. It is recommended that educational actions be instituted in the health policies of the hospital, using the audit as a management tool, aiming the monitoring of the records, with a view to the quality of health care.

Keywords: Nursing records; Quality; Nonconformity; Intervention

## **Introdução**

O impacto das transformações a partir da globalização e do desenvolvimento tecnológico na saúde, resultou na necessidade de reestruturar o processo de trabalho com o intuito de garantir a eficácia da assistência. Diante disso tornou-se necessário avaliar constantemente o serviço de saúde com o intuito de garantir uma assistência de baixo custo e de excelência (CAMELO; PINHEIRO; CAMPOS; OLIVEIRA, 2009).

Nessa perspectiva, o processo de avaliação em saúde tornou-se frequente e têm sido utilizado para medir a efetividade das ações programáticas, os custos, evitar ou reduzir os incidentes ocasionados por eventos adversos às pessoas na ambiência de saúde (WHO, 2009).

Para o processo de avaliação em saúde, os registros em prontuários configuram-se como um importante documento para mensurar qualidade da assistência e os custos dela decorrentes. Estes devem ser realizados de forma clara, completa e consistente, uma vez que os registros possibilitam a comunicação entre os profissionais, favorecendo a continuidade do cuidado e o respaldo das ações assistenciais, junto ao paciente e à família (CORDEIRO; DYNIEWICZ; KALINOWSKI, 2011).

Os registros podem subsidiar ainda ações jurídicas, de pesquisa e ensino, além de ser um importante indicador de qualidade (BARBOSA, TRONCHIN, 2015). Portanto o ato de registrar as ações realizadas pela equipe de saúde facilita a comprovação da assistência implementada e os aspectos ético-legal exigidos e controla os desperdícios com atribuídos à assistência em saúde (MAZIEIRO et al., 2013).

Com relação à obrigatoriedade dos registros, a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)191/96 determina a importância da qualidade das anotações de enfermagem, haja vista que estas, podem ser utilizadas em processos laborais, tanto para acusar como para defender os trabalhadores profissionais e a instituição, mediante investigações motivadas por inadequações relacionadas ao processo assistencial. Desse modo, o registro é de caráter formal e vital para revelar indicadores que reforçam uma assistência em conformidade as diretrizes vigentes (COFEN, 1996; SEIGNEMARTIN et al., 2013).

A existência de normas que fundamentam a realização dos registros, a complexidade do processo assistencial e a evolução tecnológica em saúde, tem impactado nos custos e na melhoria contínua da qualidade da assistência. Essa impactação tem exigido trabalhadores qualificados, sendo a sua participação em ações de educação continuada, de fundamental importância. Fato que traz como objetivo despertar estes profissionais para uma prática segura e uma assistência de qualidade em saúde (BARBOSA et al., 2015).

Em contrapartida, a ausência dos registros em prontuários ou realizados de forma inadequada, indicam uma assistência descomprometida com a segurança do paciente, além de dificultar o processo de avaliação em saúde (MAZIEIRO et al., 2013). A presença de registros em desacordo com os critérios da eficácia têm impacto negativo sobre a comunicação entre a equipe de saúde, a continuidade e a integralidade das ações assistenciais e a tomada de condutas em relação à terapêutica do paciente (BORGES et al., 2017).

Apesar da importância dos registros em prontuários e seus desdobramentos, as evidências científicas aliadas a vivência clínica na ambiência em saúde, têm sinalizado lacunas quanto a eficácia desses registros. Portanto essa problemática torna-se ainda mais evidente pelo seu impacto nos custos e na qualidade do serviço de saúde. Tais lacunas sinalizam a necessidade de estudos nessa temática, com o intuito de subsidiar estratégias capazes de impulsionar políticas de saúde valorizando tais fragilidades em relação à sensibilização dos trabalhadores de saúde ao

ato de registrar suas ações, cumprindo as exigências ético e legais da profissão.

Este estudo teve como objetivo avaliar por meio da auditoria a eficácia dos registros de enfermagem em um hospital público de Goiás.

### **Metodologia**

Estudo descritivo e analítico, realizado por meio da auditoria retrospectiva e prospectiva sobre a eficácia dos registros de enfermagem em uma instituição especializada em saúde materna e infantil estadual, integrada ao Sistema Único de Saúde de Goiás.

Coletou-se registros de 45 prontuários de pacientes com tempo de internação superior a cinco dias, em unidades de terapia intensiva neonatal, pediátrica e materna, em dois momentos distintos. A coleta foi realizada em dois momentos distintos, sendo o primeiro de 25 de agosto a 10 de setembro de 2016, contemplando 22 prontuários. Após a análise das informações, ofereceu-se uma ação educativa aos trabalhadores de saúde da instituição, abordando aspectos científicos, éticos e legais no contexto da assistência segura e de qualidade. O segundo ocorreu de 25 de abril a 10 de maio de 2017, considerando 23 prontuários.

A diferença de leitos entre o primeiro e o segundo momento da coleta dos dados se deu pelo fato no primeiro os dez leitos da UTI neonatal e pediátrica permaneciam ocupados, e apenas dois da materna. Já no segundo a UTI materna apresentava três leitos ocupados, totalizando 23 prontuários.

Propôs-se um intervalo de três meses, entre as coletas, para avaliar a eficácia dos registros após a capacitação dos trabalhadores. Foram incluídos todos os prontuários de pacientes que estavam hospitalizados nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Pediátrica e Materna, tempo de internação  $\geq$  a cinco dias. Foram excluídos os prontuários de pacientes com tempo de internação  $\leq$  a cinco dias, de acordo com o instrumento de coleta de dados proposto por Haddad (2004).

As variáveis primárias constituíram-se sexo, idade, diagnóstico e período de internação. As secundárias foram, prescrição, procedimentos e

anotações de enfermagem, execução de ordens médicas, condições de alta, critérios específicos da UTI materna, pediátrica e neonatal.

A qualidade dos registros nos prontuários, seguiu os níveis de avaliação que variaram de 1 a 5, classificados como: **1** - não se aplica, **2** - completo, **3** - incompleto, **4** - não preenchido e **5** – incorreto Haddad (2004). Os dados foram coletados pela pesquisadora, visando assegurar a qualidade das informações.

A ação educativa foi desenvolvida na própria instituição, nos dias 15 e 20 de dezembro de 2016, com carga horária total de oito horas. Foram disponibilizadas 40 vagas, em decorrência da capacidade máxima do espaço físico destinado ao evento na instituição para facilitar a participação dos profissionais. Participaram 33 profissionais de saúde, que não cumpriam escala de trabalho, tendo em vista que a instituição não liberou os trabalhadores escalados para participarem do evento.

Como forma de motivar a participação dos trabalhadores, foram oferecidos certificados, material didático, lanche e sorteio de brindes.

A organização da atividade educativa ocorreu de forma conjunta entre a comissão organizadora do evento, composta por docentes e discentes do programa de pós-graduação e gestores de enfermagem do hospital.

A ação educativa ocorreu em dois módulos:

No primeiro módulo contextualizou-se os aspectos científicos, éticos e legais no contexto da assistência segura e de qualidade, a importância da qualificação profissional, tomada de decisão, exercício legal da profissão, prestação do cuidado e o registro da assistência de enfermagem no prontuário (conceito, organização e finalidade). Reforçou ainda o prontuário como fontes de informação para auditoria interna (conceito, finalidade e tipos de auditoria) e de avaliação da qualidade da assistência em saúde.

No segundo módulo oferecido cinco dias após o primeiro, em decorrência da disponibilidade do espaço físico destinado a atividade educativa na instituição. Nesse módulo abordou-se, questões referentes à auditoria interna como ferramenta da qualidade da assistência, a responsabilidade do trabalhador de saúde frente aos registros nos prontuários e à otimização dos custos. Apresentou-se ainda o PDCA como proposta para melhoria da qualidade do serviço de saúde.

O projeto foi aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa, sob o protocolo CEPESH/HMI/GO, nº 1.447.390, por se tratar de dados secundários, utilizando-se dos prontuários, liberado pelo CEPESH/HMI/GO o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A confidencialidade dos prontuários foi assegurada utilizando-se de códigos do tipo 01, 02, 03 e assim sucessivamente, para identificar o prontuário do paciente, seguido da letra “A” para as análises efetuadas antes da realização da ação educativa, e da letra “B” para as análises posteriores à ação educativa, acrescidos das abreviações “NEO” para pacientes hospitalizados na unidade de terapia intensiva neonatal, “PED” para pacientes hospitalizados na unidade de terapia intensiva pediátrica e “mat” para unidade de terapia intensiva materna. Exemplo: 01ANE0.

Os dados relativos a avaliação da qualidade dos registros em prontuários foram organizados em planilha *Microsoft Office/Excel* e em seguida, exportados para o programa de análise estatística o *software STATA*® versão 12.0.

Foi realizada análise descritiva dos dados categóricos que foram apresentados em frequências absolutas e relativas e para as variáveis contínuas médias e desvio padrão. A análise estatística segmentou-se na amostra dos prontuários antes e após a ação educativa. Para as informações obtidas em cada questionário, foram estimadas as porcentagens das informações corretas, incompletas, não preenchidas e incorretas para comparação.

Utilizou-se o teste de qui-quadrado e exato de *Fisher* para testar a homogeneidade dos grupos em relação às proporções. Foi realizado o teste de normalidade *Shapiro-Wilk* que retornou os resultados positivos e negativos e, dessa forma, optou-se por usar estatística não paramétrica para comparação das médias das variáveis contínuas, especificamente o teste de *Mann-Whitney*. O nível de significância utilizado para os testes foi de 5%. Foi utilizado o *software STATA*® versão 12.0, nesta análise.

Ao realizar o cálculo de amostragem *à posteriori* para teste de qui-quadrado (tabelas de contingência), considerou-se um efeito de delineamento de 1,10 (obtido de dados de frequências relativas da variável), “Os dados de identificação do paciente estão corretos?”, por ser a primeira

variável significativa do estudo. Considerou-se um alfa de 0,05 e um nível de significância de 5% para uma amostra de 45 indivíduos e obteve-se como resultado o valor de poder do teste de aproximadamente 100%, favorável ao uso do teste estatístico realizado nesse estudo. O cálculo foi realizado pelo programa G\*Power 3.1.9.2<sup>®</sup>.

Consideraram-se bons resultados quando a análise dos prontuários indicava que, pelo menos, 80% das prescrições de enfermagem foram executadas completamente; até 15% para preenchimento incompleto; menor que 5% para prescrições não preenchidas e 0% para elaboração incorreta (CIANCIARULLO; FUGULIN; ANDREONI, 1998; HADDAD, 2004).

## Resultados

O preenchimento dos prontuários analisados foi considerado inadequado antes e após a intervenção educativa. Contudo, as médias das porcentagens referentes aos registros completos foram significativamente maiores após a intervenção, conseqüentemente, as médias de informações incompletas e não preenchidas também foram menores ( $p < 0,05$ ). Por outro lado, a média das porcentagens de informações preenchidas incorretamente foi maior após a intervenção ( $p = 0,027$ ) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Qualidade dos registros em prontuários de pacientes hospitalizados em uma instituição de saúde de Goiás, antes e após ação educativa. Goiânia-Go. 2017.

Registros nos prontuários	Antes N=22	Depois N=23	P-valor*
	Média (DP)	Média (DP)	
Completos	35,47(12,84)	66,70(17,98)	<b>&lt;0,001</b>
Incompletos	44,23(14,46)	19,28(11,79)	<b>&lt;0,001</b>
Não preenchidos	10,92(6,60)	5,30(5,38)	<b>&lt;0,001</b>
Incorretos	0,86(1,67)	1,68(2,82)	<b>0,027</b>

\*p-valor- teste de Mann-Whitney com nível de significância de 5%.

A tabela 2 apresenta o percentual de preenchimento (PP) completo, incompleto, não preenchido e incorreto dos registros, avaliados antes e após a intervenção educativa.

**Tabela 2.** Percentual dos registros em prontuários de pacientes hospitalizados em uma instituição de saúde de Goiás, antes e após ação educativa. Goiânia-Go. 2017.

Categorias avaliadas	Completo		Incompleto		Não preenchido		Incorreto	
	Antes (%)	Após (%)	Antes (%)	Após (%)	Antes (%)	Após (%)	Antes (%)	Após (%)
A – dados de identificação	40,91	81,16	59,10	18,84	0	0	0	0
B – Prescrição de enfermagem	22,73	51,21	61,62	39,61	14,65	2,42	1,00	6,76
C – Procedimentos de enfermagem	41,26	53,51	22,38	21,07	18,18	6,69	4,19	3,34
D – Anotações de enfermagem	17,13	47,49	43,36	20,40	15,38	9,70	0	0
E – Execução de ordens médicas	51,14	89,13	39,77	10,87	7,95	0	0	0
F – UTI pediátrica, neonatal e materna	39,67	77,72	39,20	4,90	9,66	13,0	0	0
Total geral da prescrição	32,17	59,91	41,18	20,70	13,54	6,79	1,27	2,09

Ao avaliar o conjunto de categorias antes e após a intervenção educativa, observa-se que não foi atingido o nível e qualidade preconizado, porém, os resultados sinalizam uma melhora significativa na qualidade dos registros em prontuários apresentando uma elevação na frequência de aproximadamente 50% quando comparados aos dados do primeiro momento. Por outro lado, houve piora na porcentagem geral quanto ao preenchimento incorreto dos registros (PP=2,09%).

Ao analisar isoladamente cada categoria percebe-se que duas categorias indicaram que, pelo menos, 80% das prescrições foram preenchidas completamente. Duas categorias até 15% de preenchimento incompleto. Quanto ao não preenchimento das prescrições de enfermagem,

três categorias apresentou frequência menor de 5%, e quatro apresentaram índice 0% de preenchimento incorreto das mesmas.

A execução das ordens médicas nas UTI neonatal, pediátrica e materna atingiram níveis inferiores a 15% de preenchimento incompleto, portanto essas categorias estão adequadas aos parâmetros considerados satisfatórios.

Quanto ao não preenchimento, as categorias que apresentaram incidência inferior a 5% referiram-se aos dados de identificação, prescrição de enfermagem e execução de ordens médicas. As categorias que apresentaram 0% de preenchimento incorreto foram, dados de identificação, anotações de enfermagem, execuções de ordens médicas e UTI neonatal, pediátrica e materna.

A categoria prescrição de enfermagem observou-se melhora quanto aos registros completos após a intervenção, mas por outro lado houve piora quanto aos registros incorretos. Quatro itens avaliados nessa categoria apresentaram elevado percentual de preenchimento “Incompleto”, como por exemplo, os registros da admissão do paciente, pois esse permite conhecer as condições gerais do paciente (PP=47,83%); a prescrição indica grau de dependência do paciente (PP=78,26%); a prescrição indica ações referentes aos sinais e sintomas pertinentes à patologia e evolução do paciente (PP=56,52%); os procedimentos foram preenchidos, quanto às características do paciente e às necessidades de sua patologia (PP=100%). Um item apresentou elevado percentual de preenchimento “Incorreto”: a primeira prescrição revela a prioridade de atendimento (PP=60,87%).

Na categoria procedimentos de enfermagem, dois itens apresentaram elevado PP “Incompleto”: há registros de higiene oral pelo menos três vezes ao dia (PP=100%); há registros de higiene corporal diária (PP=65,22%). Quanto ao “Não Preenchido” um item destacou-se: há registros de episódios eméticos (PP=86,96%). O item procedimentos invasivos registrados e datados, sinalizou um elevado percentual de preenchimento “Incorreto” (PP=43,48%). Os registros dos sinais vitais, fezes e urina foram significativamente maiores após a intervenção ( $p < 0,05$ ).

Dois itens da categoria anotações de enfermagem apresentaram um índice elevado de preenchimento “Incompleto”: há pelo menos uma

anotação descritiva em cada plantão (PP=52,17%); há horário e rubrica em cada anotação (PP=73,91%). Dois itens apresentaram destacaram-se pela porcentagem elevada de “Não Preenchido”: prescrição indica ações relacionadas ao atendimento de necessidades psicobiológicas (PP=69,57%); as anotações indicam as condições emocionais do paciente (PP=56,52%).

A execução de ordens médicas apresentou melhora quanto aos registros completos (PP=89,13%) após a intervenção educativa. A categoria unidades de terapia intensiva neonatal, pediátrica e materna também apresentou melhora quanto aos registros completos (PP=77,72%) e apenas o item relativo há registros de mudança de decúbito programada apresentou índice de registro “Não Preenchido” elevado (PP=100%).

Nos dados de identificação avaliou-se o preenchimento correto dos dados de identificação do paciente; preenchimento completo dos dados de identificação do paciente; registro de data, hora, nº do COREN (Conselho Regional de Enfermagem) e assinatura do enfermeiro na prescrição de enfermagem.

A identificação dos dados do paciente de forma correta e completa foi, significativamente, maior após a intervenção ( $p < 0,05$ ). Por outro lado, a média das informações referente ao registro de data, hora, nº do COREN e assinatura do enfermeiro preenchida de forma incompleta foi maior após a educação educativa.

## **DISCUSSÃO**

Estudos confirmam que a qualidade e o preenchimento dos registros nos prontuários de forma completa, clara e objetiva são de grande relevância para a assistência em saúde, pois, a comunicação escrita em conformidade com a legislação vigente, promove uma assistência sistematizada, qualificada e efetiva (BARRETO; LIMA; XAVIER, 2016).

A análise da qualidade dos registros no presente estudo mostrou melhora quanto ao preenchimento completo dos registros nos prontuários, o que sinalizar um pequeno movimento dos profissionais em relação a qualidade dos registros nos prontuários.

A necessidade de registrar as ações de enfermagem envolve aspectos legais da profissão e isso encontra-se justificado pela Resolução

do Conselho Federal de enfermagem/358/09, que diz que “a execução do processo de enfermagem deve ser registrada formalmente” (COFEN, 2009).

É relevante que o profissional compreenda que os registros nos prontuários fazem parte das atribuições legais da profissão. Registrar de forma clara, completa e consistente é uma ação obrigatória e não voluntária, pois formaliza as ações do processo de trabalho da enfermagem, com a finalidade de respaldar o profissional e o paciente em caso de intercorrências envolvendo a assistência em saúde.

Os registros nos prontuário devem ser realizados em conformidade com a legislação vigente, pois as informações registradas permitem o respaldo ético e legal do profissional em casos de danos ao paciente (MORAIS et al., 2015; SARANTO et al., 2014).

O preenchimento inadequado de dados como número do registro no Conselho Regional de Enfermagem (COREN) e a assinatura do profissional que executou a assistência mostrou-se insatisfatório, o que infringe o Código de Ética Profissional. Para evitar esse tipo de inconformidade existem normativas como a Resolução Cofen nº 311/07 que determina que o profissional de enfermagem, por questão de ética, deve prestar informações completas e fidedignas referentes ao processo de cuidar da pessoa. Assim como, o dever de registrá-las nos prontuários e documentos próprios da enfermagem, além de colocar o número de registro no COREN e assinatura identificando quem executou o procedimento (COFEN, 2007).

As inconformidades, apresentadas pelas anotações sejam elas associadas aos dados de identificação incompletos ou ausentes, implicam na desestruturação do processo de cuidar em saúde, na fragilidade da comunicação entre os profissionais e no comprometimento da continuidade e integralidade da *práxis* segura (BARRETO; LIMA; XAVIER, 2016; BORGES et al., 2017; DINIZ et al., 2015).

Os dados sobre o procedimento, checagem, evolução e a identificação do executor da atividade podem ser considerados indicadores de maior índice de divergência e, por isso, responsáveis por determinadas glosas. De acordo com a literatura a ausência dessas informações pode significar para a equipe de auditoria a não realização do procedimento e, dessa forma, prejudicar financeiramente a instituição, que provavelmente

não receberá pelo procedimento realizado, em decorrência da inconformidade dos registros de enfermagem (BARRETO; LIMA; XAVIER, 2016; CLAUDINO et al., 2013).

Outra inconformidade que compromete a qualidade da assistência é a incoerência entre a prescrição e a evolução de enfermagem, uma vez que essa situação fragiliza o processo de assistência de enfermagem, impedindo a continuidade do cuidado de forma segura e com qualidade. Achados na literatura têm mostrado que em algumas situações, os registros da assistência implementada não são relacionados com a prescrição de enfermagem, não atendem às necessidades do paciente, ou ainda, não correspondem ao quadro e à patologia do paciente (CLAUDINO et al., 2013; COLAÇO et al., 2015).

Além dessas inconformidades, a ausência de registros de procedimentos e orientações impedem que a assistência seja validada, o que poderá implicar em questões ético-legais. Por isso as evidências científicas afirmam que registrar e padronizar os procedimentos de enfermagem são ações de impacto para autenticar e aperfeiçoar o processo de trabalho em saúde (SILVA et al., 2017; WILEY et al., 2017).

O ato de registrar permite que as informações existentes no prontuário tornem-se acessíveis a toda a equipe na tomada de decisão e na prática, porém a partir da análise dos dados observou-se uma fragilidade nesse contexto, principalmente quanto à rasuras, letra ilegível, ausência ou inexistência de registros.

A literatura corrobora com esses achados, pois em outros estudos parte significativa das orientações e encaminhamentos realizados pela enfermagem também não foram registradas, deixando, portanto, de evidenciar a complexidade e a importância da assistência implementada (COLAÇO et al., 2015). Portanto, vale ressaltar que registros em conformidade podem minimizar as perdas econômicas institucionais, fortalecer a enfermagem como ciência, e ainda respaldar juridicamente o profissional e o paciente.

Diante disso observa-se que evoluções, condutas e prescrições de enfermagem devem sempre ser registradas de forma criteriosa. O estudo mostrou ainda que alguns registros de enfermagem apresentavam-se

semelhantes às dos registros dos médicos, e isso sinaliza uma fragilidade preocupante quanto à eficácia dos registros de enfermagem.

Evidências na literatura associam tal situação à ausência de leitura sistemática e rotineira das prescrições como instrumento de trabalho, dessa forma é necessário despertar nos profissionais de enfermagem a necessidade de reconhecer a importância da elaboração dos registros e da implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A SAE trata-se de uma estratégia de intervenção da assistência de enfermagem, visando à melhoria da qualidade da assistência (CLAUDINO et al., 2013).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) apresenta-se como um instrumento para agregar qualidade ao cuidado oferecido aos pacientes e por isso acredita-se que a construção de *softwares* assistenciais fundamentados nas etapas da SAE seja uma importante estratégia para contemplar as necessidades de seus clientes (PISSAIA et al., 2016)

O gerenciamento da assistência através de *softwares* permite ao profissional, atuar *in loco* e desenvolver a maioria de suas atividades no próprio computador, incentivando o desenvolvimento de habilidades científicas e competências da equipe, oferecendo maior segurança e comunicação durante o processo assistencial (CLAUDINO et al., 2013; PISSAIA et al., 2016)

As inconformidades apresentadas pela falta de uma assistência sistematizada podem gerar consequências e desconforto para o paciente, por isso o processo de avaliação dos cuidados prestados apresenta-se como uma forma de prevenir possíveis riscos ou prejuízos aos pacientes (INTEFJORD et al., 2014; MAIA et al., 2017). Para alcançar maior impacto na qualidade, é importante que todos os profissionais envolvidos na assistência estejam comprometidos com processo de melhorias, a partir das orientações e educação realizadas pelo serviço.

Acredita-se que os registros nos prontuários dos pacientes deverão ser monitorados por meio da auditoria interna, com vistas a melhorar tais indicadores que deverão ser avaliados periodicamente e discutidos com a equipe multidisciplinar.

A partir dessa estratégia é possível identificar a necessidade de capacitação da equipe quanto aos registros, habilidades e competências profissionais, como parte da política de saúde e organizacional da instituição, focada na melhoria da qualidade dos registros, e do processo assistencial em toda sua complexidade assistencial (BORGES et al., 2017).

## **Conclusões**

A avaliação da qualidade dos registros de enfermagem por meio da auditoria, e de uma ação educativa, sinalizou melhora significativa na eficácia dos registros de enfermagem.

Ações como o planejamento das atividades, ações educativas, treinamentos sistematizados, padronização da assistência e capacitação da equipe para a valorização da eficácia dos registros, podem ser consideradas como um caminho para uma gestão organizacional eficaz e comprometida com a qualidade dos cuidados.

Porém, acredita-se que o monitoramento dos registros deve ser incorporado a política de saúde da instituição, assim como, um programa de educação permanente com o objetivo de qualificar periodicamente seus trabalhadores.

Recomenda-se como estratégias o uso da auditoria interna, como ferramenta de avaliação dos registros visando à qualidade da assistência em saúde em conformidade aos princípios de segurança do Sistema único de Saúde.

Outra recomendação, diz respeito à implementação de protocolos assistenciais com o objetivo gerencial, educacional e de comunicação, corroborando com o aprimoramento das habilidades e competências dos profissionais, em relação ao processo de trabalho, no ambiente laboral, em especial as unidades de terapia intensiva.

## **Referências**

BARBOSA, S.F., TRONCHIN, D.M.R. Manual for monitoring the quality of nursing home care records. **Rev. Bras Enferm.**,v.68, n.2, p.253-60, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680210i>

BARBOSA, A.P.; EIRAS, F.C.; LEÃO, E.C., et al. Organização de processos na melhoria da qualidade de registros assistenciais de enfermagem. **Rev.Raunp**, v.2, n.2, p.121-130, 2015. ISSN 1984-4204.

BARRETO, J.A.; LIMA, G.G.; XAVIER, C.F. Inconsistências das Anotações de Enfermagem no Processo de Auditoria. **Rev.Cent. O. Min.** v.1, n.6, p.2081-2093: 2016.

BORGES, F.F.D.; AZEVEDO, C.T.; AMORIM, T.V., et al. Importância das anotações de enfermagem segundo a equipe de enfermagem: implicações profissionais e institucionais. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, p.1147 – 1154, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1147>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS**. 2007, 84p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília:Diário Oficial da União, 2013.

CIANCIARULLO, T.I.; FUGULIN, F.M.T.; ANDREONI, S. **C&Q: A hemodiálise em questão – opção pela qualidade da assistência**. São Paulo: Ícone, 1998.

CLAUDINO, H.G.; GOUVEIA, E.M.L.; SANTOS, S.R., et al. Auditoria em registros de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev.Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro. v.21, n.3, p.397-402, 2013. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21n3/v21n3a20.pdf>.

COLAÇO, A., et al. Registro da avaliação de enfermagem em terapia intensiva: Discurso do Sujeito Coletivo. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 5, n. 2, p. 257 - 266, jul. 2015. ISSN 2179-7692. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15509>>. Acesso em: 09 set. 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.5902/2179769215509>.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução 311/2007, de 08 de fevereiro de 2007. **Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao\\_311\\_anexo.pdf](http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf). Acesso em: 27/08/2017.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução 358/2009, 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**. Brasília, 2009. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html) . Acesso em: 27/08/2017.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.** Lei nº7.498/86, de 25 de junho de 1986.

DINIZ, S.O.S.; SILVA, P.S.; FIGUEIREDO, N.M.A., et al. Qualidade dos registros de enfermagem: reflexões analíticas em suas formas e conteúdos. **Rev.Enferm. UFPE on line.**, Recife. v.9, n.10, p.9616-23, 2015. p.9616-23. Disponível em:  
[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7642/pdf\\_8763](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7642/pdf_8763).

HADDAD, M.C.L. **Qualidade da assistência de enfermagem: o processo de avaliação em hospital universitário público.** Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2004. 201f.

INTEFJORD, M.H.; ASEKJAER, K.; ESPEHAUG, B.; GRAVERHOLT, B. Assessment of quality in psychiatric nursing documentation – a clinical audit. **BMC nursing**, v.13, n.32, p.2-7, 2014.

MAIA, A.B.B.; BARBOSA, A.B.; SILVA, M.N.P.; BRANCO, L.M.G.C.; RODRIGUES, L.M.C.; MELO, T.T.C. Technical And Scientific Compilation About Audit And Quality Management: An Integrative Review. **Rev. Enfermagem UFPE.**, v.3, n.3, p.1489-1494, 2017.

MAZIEIRO, V.G. Qualidade dos Registros dos Controles de Enfermagem em um hospital universitário. **Rev.Min. Enferm.** v.17, n.1, p.165-170, 2013.

MORAIS, C.G.X.; BATISTA, E.M.S.; CASTRO, J.F.L.; ASSUNÇÃO, S.S.; CASTRO, G.M.O. Registros de enfermagem em prontuário e suas implicações na qualidade assistencial segundo os padrões de acreditação hospitalar: um novo olhar da auditoria. **Rev.Acred.**, v.5, n.9, p.64-84, 2015.

PADILHA, E.F.; HADDAD, M.C.F.L.; MATSUDA, L.M. Qualidade dos registros de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio da auditoria retrospectiva. **Cogitare Enferm**, v.12, n.2, p.239-45, 2014.

PISSAIA, L.F.; COSTA, A.E.K.C.; MORESCHI, C., et al., Sistematização da enfermagem: impacto da informática e os desafios na qualidade da assistência. **Rev.Saúde. Com.** v.12, n.4, p.737-743, 2016.

SARANTO, K., et al. Impacts of structuring nursing records: a systematic review. **Scan J Caring Sci**, v.28, p.629-647, 2014. Doi: 10.1111/scs.12094

SCARPARO, A.F.; FERRAZ, C.A.; CHAVES, L.D.P.; ROTTA, C.S.G. Abordagem conceitual de métodos e finalidades da auditoria de enfermagem. **Rev Rene**;v.10,n.1, p.124-130, 2008.

SEIGNEMARTIN, B.A.; JESUS, L.R.; VERGÍLIO, M.S.T.G.; SILVA, E.M.S. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem no pronto atendimento de um hospital escola. **Rev Rene**, v.14, n.6, p.1123-32, 2013.

SILVA, J.A.S.; HINRICHSEN, S.L.; BRAYNER, A.C.; VILELLA, T.A.S.; LEMOS, M.C. Glosas hospitalares e o uso de protocolos assistenciais: revisão integrativa da literatura. **Rev. Adm. Saúde**. v.17, n.66, p.1-18, 2017.

WILEY, K.E.; STEFFENS, M.; BERRY, N., et al. An audit of the quality of online immunization information available to Australian parents. **BMC Public Health**, v.17, n.76, p.1-9, 2017. DOI 10.1186/s12889-016-3933-9

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The conceptual framework for the international classification for patient safety**. Version 1.1. Final Technical Report. Chapter 3. The International Classification for Patient Safety. Key Concepts and Preferred Terms [Internet]. Geneva: WHO; 2009

## 6 CONCLUSÃO

---

A auditoria mostrou ser uma ferramenta importante para mensurar a eficácia dos registros em prontuários, pois permite identificar inconformidades nas anotações de enfermagem. A presença de inconformidades compromete a eficácia dos registros em prontuários, dificulta a continuidade da assistência e fragiliza a comunicação entre os profissionais de saúde.

A partir da avaliação da eficácia dos registros em prontuários foi possível evidenciar falhas no processo de trabalho, sinalizando a necessidade de realizar ações educativas. Os registros em prontuários após a ação educativa apresentaram melhora significativa quanto à eficácia dessas anotações.

As inconformidades evidenciadas com maior frequência foram escritas ilegíveis e com rasuras, informações inconsistentes, ausência de checagem e registros de sinais vitais. Essas falhas geram consequências econômicas para a instituição, dúvidas quanto à assistência, fragilizam a continuidade do cuidado e ainda poderão implicar em glosas.

Registros incompletos ou incorretos ainda sinalizam progresso, pois demonstram que o trabalhador teve interesse em prescrever e anotar o cuidado. A ausência de registros ou as inconformidades apresentadas por eles evidenciaram falhas no conhecimento destes trabalhadores em relação à importância e à obrigatoriedade de realizar os registros de forma completa, concisa e clara.

A falta de conhecimento pode se agravar pela desatenção e desinteresse do trabalhador em registrar os cuidados, a sobrecarga de trabalho, o déficit de recursos humanos, o desconhecimento da legislação que estabelece critérios para os registros e a ausência de qualificação foram causas relacionadas à ineficácia dos registros nos prontuários.

Frente a ineficácia dos registros nos prontuários é preciso atentar-se para estratégias de reestruturação do processo assistencial. Nesse contexto o Diagrama de *Ishikawa* foi uma importante ferramenta para determinar as

principais tecnologias em saúde para a melhoria contínua da qualidade. As tecnologias em saúde, mostraram-se eficazes pois as condutas que levam à essas inovações, englobam o processo assistencial, os gestores, profissionais e pacientes.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

A auditoria da assistência, segurança do paciente, gestão organizacional, melhora contínua do processo de trabalho, liderança e avaliação do processo de saúde são estratégias importantes para a gestão da qualidade. Tais estratégias possibilitam a continuidade do processo de trabalho e baseiam-se em metas de excelência, eficiência e eficácia.

A gestão da qualidade exige mudanças na cultura organizacional, impulsionadas por estratégias interligadas que instigam a participação de todos os envolvidos no processo assistencial. Interligam-se a estas, a racionalização do trabalho, educação permanente, padronização da assistência, mensuração e avaliação de resultados, e ainda a reestruturação do modelo organizacional são estratégias de impacto para a melhoria contínua da qualidade.

Ações como o planejamento das atividades, intervenções educativas, treinamentos sistematizados, padronização da assistência e capacitação da equipe para a valorização da qualidade dos registros podem ser consideradas como um caminho para uma gestão organizacional eficaz e compromissada com a qualidade dos cuidados.

Apesar do impacto da intervenção educacional frente à eficácia dos registros de enfermagem, este estudo apresentou algumas limitações, entre elas, apoio por parte da instituição durante a realização dessa atividade. Essa condição refletiu na adesão dos trabalhadores de saúde de forma integral.

Acredita-se que tais limitações foram relacionadas à desinformação dos gestores e trabalhadores em relação ao tema, bem como o uso da auditoria interna, do diagrama de *Ishikawa* e do Ciclo PDCA, como ferramentas de avaliação e monitoramento dos registros e da qualidade da assistência em saúde, agregados à gestão organizacional, com foco na qualidade da assistência e segurança do paciente.

Recomenda-se ao gestor organizacional, a necessidade de um programa de qualificação dos trabalhadores, quanto à conformidade dos

registros, qualidade da assistência, buscando a redução dos custos para a instituição. A instituição de um programa de educação permanente irá retroalimentar as informações, proporcionando indicadores mais robustos, para fomentar o tripé, ensino pesquisa e extensão.

Reforça ainda a importância da auditoria interna, do diagrama de *Ishikawa* e do Ciclo PDCA, como ferramentas para o monitoramento dos registros e avaliação da qualidade contínua da assistência em hospital público de saúde da região central do Brasil.

## REFERÊNCIAS

---

ABBOTT, L.; DAUGHERTY, B.; PARKER, S.; PETERS, G. Internal audit quality and financial reporting quality the joint importance of independence and competence. **Journal of accounting research.**, v.54, n.1, p.3-40, 2016.

ALBARQOUNI, L., et al. The quality of reports of medical and public health research from Palestinian institutions: a systematic review. **BMJ Open**, v.16, p.1-9, 2017.

ANDRADE, F.F. **O método de melhorias PDCA**. Dissertação (Mestrado em Engenharia). Escola Politécnica da Universidade de São Paulo – São Paulo, 2003. 169f.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Análise do Inquérito Nacional sobre infraestrutura recursos humanos, equipamentos, procedimentos, controle de qualidade e biossegurança nos Laboratórios de Microbiologia**. Brasília: Anvisa, 2007.

ASSUNÇÃO, R.C.; DALRI, M.C.B. Aspectos dos aspectos éticos e legais dos registros de enfermagem. **Cienc. Cuid Saúde**, v.9, n.4, p.676-681, 2010.

AYACH, C.;MOIMAZ, S.A.S.; GARBIN, C.A.S. Auditoria no Sistema Único de Saúde: o papel do auditor no serviço odontológico. **Saúde Soc. Paulo**, v.22, n.1, p.237-248, 2013.

BARBOSA, S.F., TRONCHIN, D.M.R. Manual for monitoring the quality of nursing home care records. **Rev. Bras Enferm.**,v.68, n.2, p.253-60, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680210i>

BARBOSA, A.P.; EIRAS, F.C.; LEÃO, E.C., et al. Organização de processos na melhoria da qualidade de registros assistenciais de enfermagem. **Rev.Raup**, v.2, n.2, p.121-130, 2015. ISSN 1984-4204.

BARBOSA, M.R. **Educação continuada em enfermagem e a qualidade da assistência**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Pós-Graduação e Pesquisa. Universidade de Guarulhos. 2014. 71p.

BARDIN, Laurence. (2011). **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 229 p.

BARRAL, L.N.M., et al. Análise dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes em um hospital de ensino. **Rev.Min. Enferm.**, v.16, n.2, p.188-193, 2012.

BARRETO, B.M.F. et al. Educação continuada/permanente como estratégia no gerenciamento de enfermagem no sistema único de saúde: uma revisão integrativa. **J. Res.: fundam. Care. Online**. v.5, n.3, p.85-93, 2013.

BARRETO, J.A.; LIMA, G.G.; XAVIER, C.F. Inconsistências das Anotações de Enfermagem no Processo de Auditoria. **Rev.Cent. O. Min**. v.1, n.6, p.2081-2093: 2016.

BEHNAM, B.; ALVELOS, H. Exploring the Potential of Quality Tools in Tire Retreading Industry: a Case Study. **International Journal of Engineering Science and Technology (IJEST)**, v.3, n.6, p. 5338-5345, 2011.

BEZERRA, A.L.Q.; QUEIROZ, E.S.; WEBER, J.; MUNARI, D.B. O processo de educação continuada na visão de enfermeiros de um hospital universitário. **Rev.Eletron. Enferm.**, v14, n.3, p.618-25, 2012.

BORGES, F.F.D.; AZEVEDO, C.T.; AMORIM, T.V., et al. Importância das anotações de enfermagem segundo a equipe de enfermagem: implicações profissionais e institucionais. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, p.1147 – 1154, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1147>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNAAS**. 2007, 84p.

\_\_\_\_\_. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. TÍTULO VIII – Sessão II – Artigos 196 a 200.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília:Diário Oficial da União, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei 7498. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências**. Rio de Janeiro (RJ): Conselho Federal de Enfermagem. 1986. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7038&sectionID=34>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.820, de 13 de agosto de 2009. **Dispõe sobre os Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde**. Brasília: MS, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Sistema Nacional de Auditoria. Departamento Nacional de **Auditoria. A auditoria do SUS: orientações básicas/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.** Sistema Nacional de Auditoria. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Auditoria.** Departamento Nacional de Auditoria do SUS. História de Auditoria em Saúde. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/historia.cfm>. Acesso em 27 de junho de 2016.

\_\_\_\_\_. Organização Mundial da Saúde (OMS). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009.

\_\_\_\_\_. *Código Civil, Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002.* 1ª edição. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

CAMARGO, W. **Controle de qualidade total.** Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia – Paraná – Educação a distância, 2011.

CAMELO, S.H.H.; PINHEIRO, A.; CAMPOS, D.; OLIVEIRA, T.L. Auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: uma revisão da literatura. **Rev Eletr Enferm**, v.11, n.4, p.1018-25, 2009.

CAMPANA, A.O., et al. **Investigação científica na área médica.** 1st ed. Sao Paulo: Manole; 2001.

CAMPOS, J.F.; SOUZA, S.R.O.S.; SAURUSAITIS, A.D. Auditoria de prontuário: avaliação dos registros de aspiração traqueal em terapia intensiva. **Rev. Eletron. de Enferm.**, v.10, n.2, p.358-366, 2008.

CAMPOS, V.F. **TQC Controle da Qualidade Total, no estilo japonês.** 8.ed. Nova Lima: INDG Tecnologia e Serviços Ltda, 2004, 256p.

CARDOSO, R.R.; NETO, M.M.F.; FREITAS, A.L.P. Proposta de emprego do ciclo PDCA de ferramentas da qualidade na melhoria contínua do sistema de gestão de uma instituição pública de ensino. **X Congresso Nacional de Excelência em Gestão.** p.1-21, 2014.

CARLINO, C.; JUNIOR, M.F. Aplicação da ferramenta da qualidade (Diagrama de Ishikawa) e do PDCA no desenvolvimento de pesquisa para a reutilização dos resíduos sólidos de coco verde. **INGEPRO – Inovação, Gestão e Produção**, v.2, n.9, p.104-112, 2010.

CARNEIRO, S.M.; DUTRA, H.S.; COSTA, F.M.; MENDES, S.E.; ARREGUY-SENA, C. Uso de abreviaturas nos registros de enfermagem em um hospital de ensino. **Rev.Rene**, v.17,n.2, p.208-16, 2016.

CHIAVENATO, I. **Administração – Teoria, Processo e Prática**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Campus Elsevier, 2006.

CIANCIARULLO, T.I.; FUGULIN, F.M.T.; ANDREONI, S. **C&Q: A hemodiálise em questão – opção pela qualidade da assistência**. São Paulo: Ícone, 1998.

CLAUDINO, H.G.; GOUVEIA, E.M.L.; SANTOS, S.R., et al. Auditoria em registros de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev.Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro. v.21, n.3, p.397-402, 2013. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21n3/v21n3a20.pdf>.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências**. Lei nº7.498/86, de 25 de junho de 1986.

\_\_\_\_\_. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Resolução Cofen 311, de 8 de fevereiro de 2007. Rio de Janeiro: COFEN, 2007.

\_\_\_\_\_. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Dispõe sobre a forma de Anotação e o uso do número de inscrição ou da autorização pelo pessoal de Enfermagem**. Resolução Cofen 191, de 31 de maio de 1996. Rio de Janeiro: COFEN, 1996.

\_\_\_\_\_. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **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 da outras providências**. Resolução Cofen 358, de 15 de outubro de 2009. Brasília: COFEN, 2009.

\_\_\_\_\_. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Aprova e adota o Manual de Procedimentos Administrativos para Registro**. Resolução Cofen nº448, de 05 de novembro de 2013. Brasília: COFEN, 2013.

COLAÇO, A., et al. Registro da avaliação de enfermagem em terapia intensiva: Discurso do Sujeito Coletivo. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 5, n. 2, p. 257 - 266, jul. 2015. ISSN 2179-7692. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15509>>. Acesso em: 09 set. 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.5902/2179769215509>.

CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de Saúde. Resolução CFM 1.638, de 10 de julho de 2002. Brasília: CFM, 2002.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Livreto sobre Anotações de Enfermagem**. Junho 2009, p.5.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L. & PINEAULT, R., 1997. **A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos**. In: *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas* (Z. M. A. Hartz, org.), pp. 29-47, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.705-711, 2006.

CORDEIRO, F.F.; DYNIEWICZ, A.M.; KALINOWSKI, L.C. Auditorship in nursing records at na intensive care unit. **Rev Enferm UFPE** , v.5, n.5,p.1187-192, 2011.

COSTA, E.A., org. **Vigilância Sanitária: temas para debate** [online]. Salvador: EDUFBA, 2009. 237 p. ISBN 978-85-232-0652-9. Available from SciELO Books<<http://books.scielo.org>>

COSTA, G.D.; COTTA, R.M.M.; FRANCESCHINI, S.C.C.; BATISTA, R.S.; GOMES, A.P.; MARTINS, P.C.; FERREIRA, L.S.M.F. Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. **Physis Rev Saúde Colet [Internet]**, v. 18, n.4, p.705-726, 2008.

CUNHA, K.C. **Gerenciamento na enfermagem: novas práticas e competências**. 1ªed. São Paulo: Martinari, 2008.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N.P.; CUNHA, I.C.K.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm** , v.59, n.1, p.84-8, 2006.

DEMING, EDWARDS W. **Qualidade: a revolução na produtividade** . Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990.

DERMACHI, T.M., et al. Auditoria de prontuário do paciente: um processo de aprendizagem e integração institucional. **RAS**, v.14, n.54, 2012.

DIAS, J.L. Sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo construtivo no hospital prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. **Rev. Clin. Hosp. Prof. Dr. Fernando Fonseca**, v.1, n.2, p.39-40, 2014.

DIAS, T.C,L.; SANTOS, J.L.G.; CORDENUZZI, O.C.P.; PROCHNOW, A.G. Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Rev Bras Enferm** , v.64, n.5, p.931-71, 2011.

DINIZ, S.O.S.; SILVA, P.S.; FIGUEIREDO, N.M.A., et al. Qualidade dos registros de enfermagem: reflexões analíticas em suas formas e conteúdos. **Rev.Enferm. UFPE on line.**, Recife. v.9, n.10, p.9616-23, 2015. p.9616-23. Disponível em:

[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7642/pdf\\_8763](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7642/pdf_8763).

DONABEDIAN, A., WHEELER, J.R.C.; WYSZEWLANSKI, L. Quality, cost and health: an integrative model. **Medical Care**, v.20, p. 975-92, 1982.

DONABEDIAN, A. The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor, Michigan: **Health Administration Press**, v.2, p.3-31, 1985.

\_\_\_\_\_. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**,v.114, p.1115-1118, 1990.

\_\_\_\_\_. An introduction to quality assurance in health care. **Oxford:Oxford University Press**, 2003.

\_\_\_\_\_. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Michingan (USa): **Health Administration Press**, p.77-125, 1980.

\_\_\_\_\_. Explorations in quality assessment and monitoring . Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, v.3, p.3-31, 1988.

\_\_\_\_\_. The definition of quality: a conceptual exploration. In:\_\_\_\_\_. *The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, Michigan: **Health Administration Press**, p. 3-31, 1980. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring,v.1).

DONABEDIAN, A.; WHEELER, H. R.C.; WYSZE-WIANSKI, L. Quality, Cost, and Health: An Integrative Model. **Med. Care**, v. 20, n.10, p.1975-92, 1982.

DOWNING,D.; CLARK, J. **Estatística aplicada**. São Paulo: Saraiva, 1998.

FALKENBERG, B.M. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n. 3, p. 847-852, 2014.

FERNANDES, H.S. et al. Gestão em terapia intensiva: conceitos e inovações. **Rev.Bras. Clin. Med. São Paulo**. v.9, n.2, p.129-37, 2011.

FERREIRA, T.S.; SOUZA-BRAGA, A.L.; VALENTE, G.S.C.; SOUZA, D.F.; ALVES, E.M.C. Auditoria de enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. **Arquichan**, v.9, n.1, p.38-49, 2009.

FILHO, I.P.; BENESSIUTI, M.A.T. Conformidade no prontuário do paciente: um desafio permanente. **Rev. Acreditação em Saúde**, v.15, n.61, p.159-168, 2013.

FLETCHER, R.H.; FLETCHER, S.W.; WAGNER, E.H. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. 3rd ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.

FONSECA, A.V.M.; MIYAKE, D.I. Uma análise sobre o ciclo PDCA como um método para solução de problemas da qualidade. **XXVI ENEGEP**. p.1-9, 2006.

FRANCO, M.T.G.; AKEMI, E.N.; D'INOCENTO, M. Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de paciente internados em unidade de clínica médica. **Acta Paul. Enferm.**, v.25, n.2, p.163-70, 2012.

FREITAS, J.L. et al. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino . **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.22, n.3, p.454-460, 2014. ISSN 1518-8345. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/86599/89510>>. Acesso em: 30 July 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3241.2437>.

FRIAS, P.G. et al. Atributos da qualidade em saúde. In: SAMICO, I, FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G. (orgs.) **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. 196p.

GROSSI, L.M.;PISA, I.T.;MARIN,H.F. Tecnologia da informação e comunicação na auditoria em Enfermagem. **Journal Health Inform.**, v.7, n.1, p.30-4, 2015.

GUEDES, G.G.; TREVISAN, D.D.; STANCATO, K. Auditoria de prescrição de enfermagem de um hospital de ensino paulista: avaliação da qualidade da assistência. **Rev.Acreditação em Saúde**, v.15, n.59, p.71-78, 2013.

GWIAZDA, A. Quality tools in a process of technical project management. **Journal of Achievements in Materials and Manufacturing Engineering**, v.18, n.1, 2006

HADDAD, M.C.L. **Qualidade da assistência de enfermagem: o processo de avaliação em hospital universitário público**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2004. 201f..

INTEFJORD, M.H.; ASEKJAER, K.; ESPEHAUG,B.; GRAVERHOLT, B. Assessment of quality in psychiatric nursing documentation – a clinical audit. **BMC nursing**, v.13, n.32, p.2-7, 2014.

IHI. INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **Process Analysis Tools – Cause and Effect Diagram**. 2004. Disponível em [http://www.sfhpc.org/files/providers/incentive\\_programs/Q1/IHICauseandEffectDiagram.pdf](http://www.sfhpc.org/files/providers/incentive_programs/Q1/IHICauseandEffectDiagram.pdf)

ISHIKAWA, K. **Controle de Qualidade Total**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

ISHIKAWA, K. **Controle de Qualidade Total a maneira japonesa**. Tradução por Iliana Torres: Campos, Rio de Janeiro, 1993.

JUNIOR, J.M.P.M.; ZUCCHI, P. Avaliação de qualidade em serviços de saúde: acreditação, certificação e programas de melhoria da qualidade em hospitais públicos e privados do município de São Paulo. **Rev Adm Pública**, v.30, n.1, p.7-16, 2005.

KAWAMOTO, A.M., et al. Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário. **J. res.: fundam. care. Online**, v.8, n.2, p. 4387-4398, 2016. DOI: 10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4387-4398.

KURCGANT, P. **Gerenciamento em Enfermagem**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 196 p.

KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

LAPÃO, L.V. *Lean* na Gestão da Saúde: Uma Oportunidade para Fomentar a Centralidade do Doente, o Respeito pelos Profissionais e a Qualidade nos Serviços de Saúde. **Acta Med Port.**, v.29, n.4, p.237-239, 2016. Doi: <http://dx.doi.org/10.20344/amp.6615>

MICCAS, L.F.; BATISTA, S. H. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014.

MAIA, A.B.B.; BARBOSA, A.B.; SILVA, M.N.P.; BRANCO, L.M.G.C.; RODRIGUES, L.M.C.; MELO, T.T.C. Technical And Scientific Compilation About Audit And Quality Management: An Integrative Review. **Rev. Enfermagem UFPE.**, v.3, n.3, p.1489-1494, 2017.

MATSUDA, L.M.; CARVALHO, A.R.S.; ÉVORA, Y.D.M. Anotações/ Registros de enfermagem em um hospital – escola. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.6, n.2, p.337-346, 2007.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1411-416, 2004.

MEIRELES, T.O.; SILVA, K.T.; SÁ, L.L.F. A importância da adoção do Método de Análise e Solução de Problemas (MASP) utilizando o ciclo PDCA na gestão em serviços de saúde. **Boletim Informativo Geum**, v.5, n.3, p.12-22, 2014.

MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making case for evidencebased practice. In: Melnyk BM, Fineou-Overholt E. **Evidencebased practice in nursing & healthcare**. A guide to practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, p.3-24, 2005.

MELO, C.P.; CARAMORI, E.J. **PDCA Método de melhorias para empresas de manufatura – versão 2.0**. Belo Horizonte: Fundação de Desenvolvimento Gerencial, 2001.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVAO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto – Enferm**, v.17, n.4, p.758 – 64, 2008.

MIGUEL, P.A.C. **Qualidade: enfoques e ferramentas**. 1 ed. São Paulo: Artliber, 2006.

MILANI, R.M.; CANINI, S.R.M.S.; GARBIN, L.M.; TELES, S.A.; GIR, E.; PIMENTA, F.R. Imunização contra hepatite B em profissionais e estudantes da área da saúde: revisão integrativa. **Rev Eletr Enferm**, v.13, n.2, p.323-30, 2011.

MORAIS, C.G.X.; BATISTA, E.M.S.; CASTRO, J.F.L.; ASSUNÇÃO, S.S.; CASTRO, G.M.O. Registros de enfermagem em prontuário e suas implicações na qualidade assistencial segundo os padrões de acreditação hospitalar: um novo olhar da auditoria. **Rev.Acred.**, v.5, n.9, p.64-84, 2015.

NOGUEIRA, LCL. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. 3. ed Belo Horizonte: Desenvolvimento Gerencial, 2003. 136 p.

NOGUEIRA, LCL. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. 4ªed. São Paulo: Editora Falconi, 2014, 128 p.

OLIVEIRA, J.L.C.; MATSUDA, L.M. Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: A voz dos gestores da qualidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.63-69, 2016. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452016000100063&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452016000100063&lng=en&nrm=iso)>. access on 30 July 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160009>.

OLIVEIRA, C.V.S.; PISANI, L.; MOREIRA, M.M.V.; LA-CAVA, A. Implantação de auditoria interna: relato de experiência em hospital pediátrico. **Rev Acreditação**, v.2, n.4, p.12-32, 2012.

OLIVEIRA, F.M.C.S. et al. Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. **Arquichan**. v.11, n.1, p.48-65, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>

PADILHA, E.F.; HADDAD, M.C.F.L.; MATSUDA, L.M. Qualidade dos registros de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio da auditoria retrospectiva. **Cogitare Enferm**, v.12, n.2, p.239-45, 2014.

PADILHA, E.F.; MATSUDA, L.M. Qualidade dos cuidados de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio de auditoria operacional. **Rev.Bras. Enferm.**, v.64, n.4, p.684-91, 2011.

PAIM, C.R.P.; ZUCCHI, P. Auditoria de avaliação dos serviços de saúde no processo de credenciamento. **Ciência & Saúde Coletiva** ,v.16, n.1p.1163-71, 2011.

PALADINI, E. P. **Gestão da Qualidade: teoria e prática**. São Paulo: Atlas, 2004.339 p.

PEINADO, J.; GRAEML, A.R. **Administração da produção: operações industriais e de serviços**. Curitiba: UnicenP, 2007. 750 p.

PELLIZZON, R.F. Pesquisa na área da saúde: 1. Base de dados DeCS (Descritores em Ciências da Saúde). **Acta Cir. Bras.** ,v.19, n.2, p.153-163, 2004.

PEREIRA, P.M., et al. A visão dos enfermeiros frente a auditoria em saúde como instrumento no processo de cuidar. **J Nurs Health**, v.1, n.2, p.282-290, 2011.

PINTO, H.A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A.R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.1-19, 2012.

PINTO, K.A.;MELO, C.M.M. A prática da enfermeira em auditoria em saúde. **Rev.Esc. Enfermagem USP**. v.44, n.3, p.671-8,2010.

PISSAIA, L.F.; COSTA, A.E.K.C.; MORESCHI, C., et al., Sistematização da enfermagem: impacto da informática e os desafios na qualidade da assistência. **Rev.Saúde. Com**. v.12, n.4, p.737-743, 2016.

RABENSCHLAG, L.A.; LIMA, S.B.S.; EBERHARDT, T.D., et al. Gestão da qualidade na assistência de enfermagem em unidades de clínica cirúrgica. **Rev Enferm UFSM**, v.5, n.2, p.235-246, 2015. Doi: 10.5902/2179769215891

RÊGO, G.L. **Gestão da qualidade: análise da implantação no serviço de enfermagem de um hospital de ensino**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem – Salvador, 2007. 137 f.

ROQUE, A.I.F.C. **Segurança do doente em cuidados de saúde primários: aplicação do Diagrama de Ishikawa à análise de incidentes**. 2015. 96f. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa.

ROSA, L.A., et al. Auditoria como estratégia de avaliação dos registros de enfermagem em unidade de internação pediátrica. **Rev.Min. Enferm.** v.16, n.4, p.546-553, 2012.

ROSSANEIS, M.A., et al. Indicadores de qualidade utilizados nos serviços de enfermagem de hospitais de ensino. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.16, n.4, p.769-76, 2014.ISSN 1518-1944. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/22956/17837>>. Acesso em: 30 jul. 2017. doi:<https://doi.org/10.5216/ree.v16i4.22956>.

SANTANA, L.C.; ARAÚJO, T.C. Análise da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários. **Rev.Acreditação**, v.6, n.11, p.59 – 71, 2016.

SANTOS, M.P.; ROSA, C.D.P. Auditoria de contas hospitalares: análise dos principais motivos de glosas em uma instituição privada. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, v.15, n.4, p.125-132, 2013.

SARANTO, K., et al. Impacts of structuring nursing records: a systematic review. **Scan J Caring Sci**, v.28, p.629-647, 2014. Doi: 10.1111/scs.12094

SASHKIN, M. KISER, K.J. **Gestão da qualidade total na prática**. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

SCARPARO,A.F.; FERRAZ, C.A.; CHAVES, L.D.P.; ROTTA, C.S.G. Abordagem conceitual de métodos e finalidades da auditoria de enfermagem. **Rev Rene**;v.10,n.1, p.124-130, 2008.

SEIGNEMARTIN, B.A.; JESUS, L.R.; VERGÍLIO, M.S.T.G.; SILVA, E.M.S. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem no pronto atendimento de um hospital escola. **Rev Rene**, v.14, n.6, p.1123-32, 2013.

SETZ, V.G.; D'INNOCENZO, M. 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, J.A.M.; OGATA, M.N.; MACHADO, M.L.T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Rev.Eletron. Enferm.**, v.9, n.2, p.389-401, 2007.

SILVA, J.S. Audit in health: a new paradigm in the quality of nursing care. **Rev. Enferm. UFPI**. v.4, n.2, p.130-4, 2015.

SILVA, L.G.; JODAS, D.A.; BAGGIO, S.C.; VITURI, D.W.; MATSUDA, L.M. Prescrição de enfermagem e qualidade do cuidado: um estudo documental. **Rev Enfem UFSM**,v.2, n.1, p.97-107, 2012.

SILVA, L.G.C.; HADDAD, M.C.F.L.; VITURI, D.W.; JODAS, D.A.; OTRENTI, E. Dez anos buscando a melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem em um hospital universitário. **Rev Enferm e Atenção à Saúde**,v.1, n.1, p.44-56, 2012.

SILVA, M.V.S.; SILVA, L.M.S.; DOURADO, H.H.M.; NASCIMENTO, A.A.M.; et al. Limites e possibilidades da auditoria em enfermagem e seus aspectos teóricos e práticos. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v.65, n.3, p.535-8, 2012.

SILVA, R.B.; LOUREIRO, M.D.R.; FROTA, O.P.; ORTEGA, F.B.; FERRAZ, C.C.B. Qualidade da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital escola. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.34, n.4, p.114-120, 2013.

SILVA, R.G.; FISCHER, F.M. Auditorias internas do sistema de gestão da segurança e saúde no trabalho. **Cadernos de Pesquisa em Administração**, v.11, n.4, p.1-12, 2004.

SILVA, T.G., et al. Conteúdo dos registros de enfermagem em hospitais: contribuições para o desenvolvimento do processo de enfermagem. **Enferm. Foco**, v.7, n.1, p.24-27, 2016.

SILVA, J.A.S.; HINRICHSEN, S.L.; BRAYNER, A.C.; VILELLA, T.A.S.; LEMOS, M.C. Glosas hospitalares e o uso de protocolos assistenciais: revisão integrativa da literatura. **Rev. Adm. Saúde**. v.17, n.66, p.1-18, 2017.

SILVA, D.A.L.; DELAI, I.; CASTRO, M.A.S. Quality tools applied to Cleaner Production programs: a first approach toward a new methodology. **Journal of Cleaner Production**, v.47, p.174 – 187, 2013.

SILVEIRA, T.V.L., et al. Opinião dos enfermeiros sobre a utilização dos indicadores de qualidade na assistência de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.36, n.2, p.82-8, 2015.

SLACK, N.; CHAMBERS, S.; JOHNSTON, R. **Administração da Produção**. 2.d. São Paulo: Atlas, 2002.

SMITH, G.F. **Quality Problem Solving**. Milwaukee: ASQ Quality Press, 1998.

SOUSA, W.C. et al. Aplicação da ferramenta PDCA para resolução de problemas que influenciam na Eficiência no Planejamento de produção: um estudo de caso em uma empresa metalúrgica. **X SEGET – Gestão e Tecnologia para a Competitividade**. p.1-13, 2013.

TAYLOR-ADAMS; VINCENT, C. Systems analysis of clinical incidents: the London protocol. **Clinical Risk**, v.10, n.6, p.1-21, 2004.

TEIXEIRA, T.C.A.T. **Análise de causa raiz de incidentes relacionados à segurança do paciente na assistência de enfermagem em unidades de internação, de um hospital privado, no interior do Estado de São Paulo**. 2012. 236f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto – São Paulo.

VALENÇA, C.N.; AZEVÊDO, L.M.N.; OLIVEIRA, A.G.; MEDEIROS, S.S.A.; MALVEIRA, F.A.S.; GERMANO, R.M. A produção científica sobre auditoria de enfermagem e qualidade dos registros. **Rev.Pesq. : cuidado fundamental online**, v.5, n.5, p.69-76, 2013.

VALENÇA, C.N.; AZEVÊDO, L.M.N.; OLIVEIRA, A.G.; MEDEIROS, S.S.A.; MALVEIRA, F.A.S.; GERMANO, R.M. A produção científica sobre auditoria de enfermagem e qualidade dos registros. **Rev.Pesq. : cuidado fundamental online**, v.5, n.5, p.69-76, 2013.

VENTURINI, D.A.; MARCON, S.S. Anotações de enfermagem em unidade cirúrgica de um hospital escola. **Rev.Bras. Enferm.** v.61, n.5, p.570-5, 2008.

VERSA, G.L.G.S., et al. Avaliação da qualidade das prescrições de enfermagem em hospitais de ensino público. **Rev.Gaúcha Enferm.**, v.33, n.2, p.28-35, 2012.

VINCENT, C., TAYLOR-ADAMS, S.E., STANHOPE, N. Framework for analysis risk and safety in clinical medicine. **BMJ**, pp. 1154-7, 1998.

VITURI, D.W.; EVORA, Y.D.M. Total Quality Management and hospital nursing: an integrative literature review. **Rev Bras Enferm.**, v.68, n.5, p.660-7, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680525j>

VITURI, D.W.; ÉVORA, Y.D.M. Fidedignidade de indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem: testando a concordância e confiabilidade interavaliadores. **Rev Latino-Amer de Enferm**, v.22, n.2, p.234-40, 2014.

WILEY, K.E.; STEFFENS, M.; BERRY, N., et al. An audit of the quality of online immunization information available to Australian parents. **BMC Public Health**, v.17, n.76, p.1-9, 2017. DOI 10.1186/s12889-016-3933-9

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The conceptual framework for the international classification for patient safety**. Version 1.1. Final Technical Report. Chapter 3. The International Classification for Patient Safety. Key Concepts and Preferred Terms [Internet]. Geneva: WHO; 2009

# ANEXOS

## ANEXO 1

### Formulário para Auditoria das Anotações de Enfermagem.

#### Haddad (2004)

Paciente (iniciais) \_\_\_\_\_ nº do registro \_\_\_\_\_  
UTI \_\_\_\_\_ Leito \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_  
Grau de dependência \_\_\_\_\_ Data da internação \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data da observação \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
Entrevistador: \_\_\_\_\_

Crerios de avaliaão: 1 – no se aplica 2 – completo 3 – incompleto 4 – no preenchido 5 – incorreto

I. Dados de Identificaão	Crerios de Preenchimento	Dias avaliados				
1. Os dados de identificaão do paciente estao corretos?	Considerar nome, sexo, idade, dia de internaaõ, grau de dependência, número de prontuário diagnóstico, leito, clínica e número de atendimento.					
2. Os dados de identificaão do paciente estao completos?	Considerar nome, sexo, idade, dia de internaaõ, grau de dependência, número de prontuário, diagnóstico, leito, data, clínica e número de atendimento.					
3. Prescrião tem data, horário, nº Coren e assinatura?	Considerar a data, horário de elaboraaõ, nome, número de Coren e assinatura da(o) enfermeira(o) que elaborou a prescrião de enfermagem					

II. Prescrião de Enfermagem	Crerios de Preenchimento	Dias avaliados				
1. A primeira prescrião é feita pela mesma(o) enfermeira(o) que o admitiu?	Checar em qual horário que o paciente foi admitido e se a(o) enfermeiro (o) abriu a prescrião de enfermagem em seu horário de atendimento.					
2. A primeira prescrião revela a prioridade de atendimento?	A primeira prescrião está correlacionada as necessidades do cliente com a sua patologia. Considerar como prioridades de atendimento, banho, higiene oral, corporal e curativo.					
3. A prescrião de admissãõ permite conhecer as condiões gerais do paciente?	A prescrião de admissãõ revela que a(o) enfermeira(o) realizou o exame físico e tomou consciência do quadro de cliente descrevendo as principais alteraaões físicas, queixas principais, alteraaões no exame físico, etc.					
4. Há pelo menos uma prescrião diária para o paciente?	Verificar a existência de uma prescrião de enfermagem, elaborada diariamente conforme as necessidades do cliente.					
5. A prescrião indica grau de dependência do paciente?	Todos os itens dos cuidados de enfermagem estao precedidos de verbos que indiquem uma aão (Fazer, Auxiliar, Orientar, Supervisionar e Encaminhar).					
6. A prescrião indica cuidado de enfermagem especial (individual) de acordo com a patologia e a necessidade	A prescrião de enfermagem é elaborada de forma individualizada, consistente, atualizada, acompanhando as necessidades do paciente, apresentando dinâmica de acordo com a evoluão do paciente.					
7. A prescrião indica aões referentes aos sinais e sintomas pertinentes a patologia e evoluão do paciente?	A prescrião de enfermagem indica aões que sejam pertinentes aos sinais e sintomas apresentados pelo paciente, de acordo com sua patologia, permitindo que o auxiliar de enfermagem direcione suas observaões, prevenindo atendimento tardio e complicaões.					
8. Os cuidados prescritos foram checados e rubricados?	Todos os cuidados prescritos foram checados e rubricados de acordo com as normas da instituão.					
9. Os horários dos procedimentos foram preenchidos, necessitando as características do paciente e as necessidades de sua patologia?	Os horários dos procedimentos foram estabelecidos de acordo com as normas definidas pela instituão.					

III – Procedimentos de Enfermagem	Crerios de Preenchimento	Dias avaliados				
1. Há registros de higiene oral pelo menos 3 vezes ao dia?	Há checagem, registro ou orientaão de realizaão oral pelo menos 3 vezes ao dia.					

2. Há registros de higiene corporal diária?	Há checagem, registro ou orientação de realização de higiene corporal pelo menos uma vez ao dia.					
3. Há registros de sinais vitais, pelo menos três vezes ao dia?	Deve existir controle de sinais vitais completo (pressão arterial, frequência cardíaca, pulso, temperatura e frequência respiratória) pelo menos 3 vezes ao dia, nos horários preconizados.					
4. O peso é controlado e anotado, uma vez ao dia, quando necessário?	Pacientes com cardiopatias, hepatopatias e com insuficiência renal, devem ter registro de controle do seu peso diariamente.					
5. As micções foram controladas e anotadas?	As micções foram registradas quanto a frequência e/ou volume conforme determinado na prescrição de enfermagem, no período de 24 horas.					
6. As evacuações foram controladas e anotadas?	As evacuações foram registradas quanto a frequência e aspecto, conforme prescrição de enfermagem.					
7. Há registro de episódios eméticos?	Há registros de episódios eméticos tanto na parte anterior (anotações de enfermagem) como no verso da prescrição de enfermagem.					
8. A ingestão de líquidos foi controlada e anotada?	Foi anotada no verso da prescrição de enfermagem a quantidade de líquidos que o cliente ingeriu nos três períodos: manhã, tarde e noite.					
9. Os procedimentos invasivos estão registrados e datados?	Há registros da data que os procedimentos invasivos foram realizados pelas equipes médicas e de enfermagem.					
10. a ingestão de alimentos foi controlada e anotada?	Há anotações no verso da prescrição de enfermagem e nos relatórios dos turnos. São descritos as quantidades da aceitação alimentar e o tipo de alimento ingerido de acordo com os horários determinados na prescrição de enfermagem. Caso haja anotação somente no verso da prescrição deve ser considerado.					
11. A prescrição de enfermagem indica cuidados para exames e pré-operatórios?	A prescrição de enfermagem possui informação sobre data e horário de exames que serão realizados, conforme prescrição médica e agendamento. Há prescrição dos cuidados necessários para a realização de exames e procedimentos pré-operatórios.					
12. A Prescrição de enfermagem indicam cuidados pós-exames e pós-operatórios?	Há prescrição dos cuidados de enfermagem imediatos, necessários após a realização de cirurgias e exames.					
13. As anotações dos procedimentos controlados possuem rubrica?	Os procedimentos preenchidos no verso de prescrição de enfermagem referentes às anotações dos SSVV, diurese, evacuação, drenos, sondas (alimentação) possuem rubrica no campo destinado a este fim, pelo profissional que executou em seu respectivo horário.					

<b>IV – Anotações de enfermagem</b>	<b>Critérios de Preenchimento</b>	<b>Dias avaliados</b>				
1. Há pelo menos uma anotação descritiva em cada plantão?	Deve haver em cada turno, pelo menos uma anotação de enfermagem, referente as condições gerais do paciente. O registro de intercorrências deve permitir a identificação dos problemas apresentados pelo paciente, bem como quais condutas foram tomadas e os resultados desses procedimentos.					
2. Há horário e rubrica em cada anotação.	Cada anotação de enfermagem (por turno e intercorrência) contém o horário em que foi realizada assim como a rubrica do profissional que a executou.					
3. As anotações respondem aos itens da prescrição?	As anotações de enfermagem respondem aos itens da prescrição de enfermagem referentes as intercorrências na execução dos atendimentos, observação de sinais e sintomas, alterações do estado do paciente, aspecto de lesões e alterações de exames físicos, etc.					
4. As anotações evidenciam prestação de cuidados de enfermagem.	As anotações de enfermagem são claras, concisas, relatam a execução de atendimento ao cliente com alguma peculiaridade.					
5. As anotações evidenciam observação de sinais e sintomas.	As anotações de enfermagem além de responder ao item de identificação de sinais e sintomas, também relatam outras observações referentes ao paciente.					
6. As anotações indicam quem realizou o cuidado (enfermeiro, técnico, auxiliar de enfermagem e alunos de enfermagem).	Cada item da prescrição de enfermagem possui rubrica indicando a categoria profissional do individuo que realizou o cuidado. Há carimbo de identificação do profissional.					
7. Existe uma anotação descritiva de	Há anotação de enfermagem referente a admissão,					

admissão transferência alta ou óbito.	transferência alta ou óbito do paciente, elaborada pela enfermeira (o) ou pelo auxiliar de enfermagem. Devem estar explicito as informações referentes as alterações detectadas no exame físico, tais como estado geral, nível de consciência, etc. e programação e/ou agendamento de exame, cirurgias ou outro procedimento.					
8. Há anotações referentes aos cuidados pré-operatórios.	Há anotações de enfermagem referentes aos cuidados pré-operatórios com antecedência de aproximadamente 18 horas ou conforme indicação cirúrgica.					
9. Há anotações referentes aos cuidados pós-operatórios.	Há anotações de enfermagem referentes aos cuidados pós-operatórios conforme necessidades do paciente.					
10. Há anotações referentes a intercorrências.	Existem anotações ressaltando a existência de intercorrências durante a internação e ou relato da ação tomada para sanar este problema.					
11. Aspecto e evolução de lesões cutâneas	Os relatos de lesões cutâneas indicam a área e tamanho da lesão, tipo de tecidos encontrados na ferida, tipo e quantidade de exsudato observado, produto utilizado para limpeza, tratamento e tipo de cobertura utilizada. Considerar também as anotações referentes a evolução da ferida.					
12. Prescrição indica ações relacionadas ao atendimento de necessidades psicobiológicas	Há na prescrição de enfermagem relato de convocação da família a pedido do paciente, ou outras solicitações do paciente.					
13. As anotações indicam as condições emocionais do paciente.	As anotações de enfermagem evidenciam o aspecto emocional do paciente referindo se este se encontrar comunicativo, apático, choroso, queixoso, saudoso, triste, alegre, etc.					

<b>V – Execução de Ordens Médicas</b>	<b>Critérios de Preenchimento</b>	<b>Dias avaliados</b>				
1. As medicações foram checadas?	Verificar na prescrição médica se todos horários correspondentes a medicações foram checados. Se foram suspensos ou circulados devem estar justificados.					
2. As medicações foram rubricadas?	Verificar na prescrição médica se todos horários de medicação checados possuem rubrica					
3. Foram transcritas as solicitações médicas para a prescrição de enfermagem?	Verificar se todos cuidados especiais prescritos pelo médico, foram transcritos para a prescrição de enfermagem.					
4. A prescrição médica indica as ações de enfermagem?	As prescrições médicas não devem conter solicitações de condutas pertinentes a enfermagem como por exemplo: mudança de decúbito, manter acesso venoso, sentar o paciente fora do leito, verificar frequência respiratória, anotar e controlar volume de drenos, etc.					

<b>UTI Pediátrica, Neonatal e Materna</b>	<b>Critérios de Preenchimento</b>	<b>Dias avaliados</b>				
1. Há registro da realização do exame físico, pelo menos uma vez por período?	Há anotações do exame físico, realizado pelo menos uma vez no período, respeitando as necessidades do paciente, sinais e sintomas e a patologia.					
2. Há registro de Pressão Arterial Média, pelo menos uma vez por período.	Há o registro da pressão arterial média, pelo menos uma vez por período.					
3. Há registro de Pressão Venosa Central, pelo menos uma vez por período.	Há registro da pressão venosa central, pelo menos uma vez por período.					
4. Há registro de verificação da oximetria de 4/4 horas.	Há registro da verificação da oximetria a cada 4 horas ou conforme prescrição médica.					
5. Há registro de verificação de PCO <sub>2</sub> , através do oxícapnógrafo, pelo menos uma vez por período.	Há registro de verificação de PCO <sub>2</sub> , através do oxícapnógrafo, pelo menos uma vez por período.					
6. Há registro de aspirações orais e nasotraqueais	Há registros do número de aspirações orais e ou nasotraqueais, que o paciente necessitou no período e qual era o aspecto da secreção aspirada.					
7. Há registros de mudança de decúbito programada	As prescrições referentes a esse item foram checadas e colocado a rubrica do funcionário que executou o cuidado.					
8. Há registro de Oxigenoterapia prescrita.	Há registro de volume ou da concentração, bem como o início e término do tratamento com oxigênio. Estão prescritos os cuidados de enfermagem necessários com o uso de oxigênio.					

**Anexo 2**  
**Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa – Hospital Materno Infantil**  
**HMI – GO**

HOSPITAL MATERNO  
INFANTIL/HMI GO



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PROCESSO DE AUDITORIA EM INSTITUIÇÃO DE SAÚDE DE GOIÁS

**Pesquisador:** Maria Alves Barbosa

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 49761115.4.3001.5080

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.447.390

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de uma pesquisa de intervenção não controlada. O estudo será realizado em uma Instituição Especializada em Saúde Materna e Infantil estadual integrada ao Sistema Único de Saúde – SUS de Goiânia-GO. A operacionalização da auditoria é importante, agregando a criação da comissão interna de auditoria (CAI) no serviço de saúde, contemplando uma equipe multidisciplinar e que seja capaz de buscar entre outras medidas a construção de instrumentos, capazes de medirem a qualidade por meio dos indicadores estrutura, processo e resultado da assistência, destacando também estratégias que possam monitorar os custos hospitalares a fim de evitar o desperdício. Apesar da importância da relação entre custos hospitalares e qualidade da assistência, observa-se em algumas organizações de saúde a inexistência de informações sobre esses fatores, sendo normalmente os custos uma preocupação somente da área contábil-financeira e da administração

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Avaliar o processo de auditoria operacional, referente à estrutura e gestão de processos em uma instituição pública de Goiás.

**Endereço:** Rua R7 c/ Av. Perimetral s/nº

**Bairro:** Setor Oeste

**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**CEP:** 74.530-020

**Telefone:** (62)3956-2986

**E-mail:** cep.hmi@igh.org.br

Continuação do Parecer: 1.447.390

**Objetivo Secundário:**

- Avaliar a qualidade da assistência de enfermagem da unidade em questão;- Identificar os processos internos de trabalho e estrutura da unidade em questão;- Identificar recursos financeiros disponíveis para a unidade e custos referentes ao atendimento prestado;- Avaliar por meio da auditoria operacional, a qualidade dos registros médico e de enfermagem. - Identificar as necessidades dos serviços, dos profissionais e usuários;- Correlacionar registros médicos e de enfermagem com o faturamento hospitalar da unidade de terapia intensiva de uma instituição pública do estado de Goiás;- Correlacionar registros médicos e de enfermagem com o faturamento hospitalar do centro cirúrgico de uma instituição pública do estado de Goiás;- Discutir a acurácia dos registros médicos e de enfermagem sob o ponto de vista da assistência, da comunicação e dos princípios ético-legais;- Investigar o impacto no faturamento após intervenção junto à equipe multiprofissional quanto aos registros no prontuário.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

As unidades de saúde e os sujeitos participantes do estudo terão a garantia de que não haverá riscos, prejuízos, lesão que podem ser provocados pela pesquisa, considerou apenas riscos de desconforto e constrangimento. Assim, não havendo necessidade de indenização ou ressarcimento de despesas.

**Benefícios:**

Não há benefícios pessoais decorrentes da participação na pesquisa, à participação ajudará na comprovação da hipótese estabelecida. Além disso, todos serão informados de que sua participação é voluntária e que poderão interrompê-la mesmo após o início da coleta de dados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de relevância que poderá trazer informações e resultados importantes para a instituição. O projeto já foi avaliado e aprovado pelo CEP/HC/UFG.

**Endereço:** Rua R7 c/ Av. Perimetral s/nº

**Bairro:** Setor Oeste

**CEP:** 74.530-020

**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3956-2986

**E-mail:** cep.hmi@igh.org.br

## HOSPITAL MATERNO INFANTIL/HMI GO



Continuação do Parecer: 1.447.390

### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram realizadas as adequações levantadas e solicitadas pelo CEP/HC/UFG

### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado em sua versão 2

### Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil - CEP/HMI, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº. 466 de 2012 e na Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto. Lembramos que o pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/HMI, através de Notificação via Plataforma Brasil, os relatórios trimestrais/semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusões e publicações. O CEP/HMI pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 466/12 e suas complementares. Situação: Protocolo aprovado.

### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_558670.pdf	17/11/2015 13:50:29		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	RESPOSTAAOPARECERCONSUBSTANCIADODOCEP.pdf	17/11/2015 13:49:31	Maria Alves Barbosa	Aceito
Outros	instrumentodecoletadedadosalterado.pdf	17/11/2015 13:49:07	Maria Alves Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Assentimento.pdf	17/11/2015 13:48:02	Maria Alves Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_alterado.pdf	17/11/2015 13:46:59	Maria Alves Barbosa	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_558670.pdf	15/09/2015 20:49:27		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoAUDITORIA.pdf	15/09/2015 20:35:44	Maria Alves Barbosa	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	15/09/2015 20:34:33	Maria Alves Barbosa	Aceito

**Endereço:** Rua R7 c/ Av. Perimetral s/nº

**Bairro:** Setor Oeste

**UF:** GO

**Telefone:** (62)3956-2986

**CEP:** 74.530-020

**Município:** GOIANIA

**E-mail:** cep.hmi@igh.org.br

HOSPITAL MATERNO  
INFANTIL/HMI GO



Continuação do Parecer: 1.447.390

Outros	questionario.pdf	01/09/2015 13:58:41	Maria Alves Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/09/2015 13:49:05	Maria Alves Barbosa	Aceito
Outros	utiped.JPG	01/09/2015 13:47:00	Maria Alves Barbosa	Aceito
Outros	utineo.JPG	01/09/2015 13:46:24	Maria Alves Barbosa	Aceito
Outros	UCIN.JPG	01/09/2015 13:45:50	Maria Alves Barbosa	Aceito
Outros	SAME.JPG	01/09/2015 13:45:09	Maria Alves Barbosa	Aceito
Outros	PARECERMARIADOCARMO.JPG	01/09/2015 13:44:35	Maria Alves Barbosa	Aceito
Outros	diretorunimed.JPG	01/09/2015 13:44:03	Maria Alves Barbosa	Aceito
Outros	PARECERDOCONSELHO.JPG	01/09/2015 13:43:26	Maria Alves Barbosa	Aceito
Outros	materna.JPG	01/09/2015 13:42:33	Maria Alves Barbosa	Aceito
Outros	faturamento.JPG	01/09/2015 13:42:00	Maria Alves Barbosa	Aceito
Outros	diretorageral.JPG	01/09/2015 13:41:11	Maria Alves Barbosa	Aceito
Outros	diretor.JPG	01/09/2015 13:40:39	Maria Alves Barbosa	Aceito
Outros	chefeenf.JPG	01/09/2015 13:40:04	Maria Alves Barbosa	Aceito
Outros	chefeCME.JPG	01/09/2015 13:39:34	Maria Alves Barbosa	Aceito
Outros	chefeCC.JPG	01/09/2015 13:39:05	Maria Alves Barbosa	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	01/09/2015 13:37:10	Maria Alves Barbosa	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua R7 c/ Av. Perimetral s/nº

**Bairro:** Setor Oeste

**CEP:** 74.530-020

**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3956-2986

**E-mail:** cep.hmi@igh.org.br

Página 04 de 05

GOIANIA, 11 de Março de 2016

Assinado por:  
Marco Aurélio Albernaz  
(Coordenador)

# APÊNDICES

---

## Apêndice 1

### Autorização de Haddad (2004) para utilização do Formulário para Auditoria das Anotações de Enfermagem.

  
**UFG**

Ministério da Educação  
Universidade Federal de Goiás  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

**TERMO DE ANUÊNCIA**

Ilmo (a)  
Dr<sup>a</sup>. Maria do Carmo Lourenço Haddad

Prezada,

Pretendemos realizar uma pesquisa, intitulada: "**Análise do Processo de Implantação da Auditoria Interna em Hospital Público do Centro Oeste Brasileiro**", nas Unidades de Terapia Intensiva, materna, pediátrica e neonatal do **Hospital Materno Infantil (HMI)**. Informamos que trata-se de um projeto de pesquisa integrado e que tem como objetivos: Avaliar as etapas de implantação do Serviço de Auditoria Interna, referente à estrutura e gestão de processos em uma instituição pública de saúde de Goiás, realizada através de análise de prontuários.

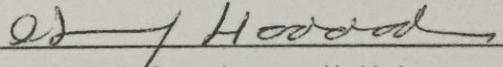
O projeto está sob a coordenação das professoras **Dr<sup>a</sup>. Maria Alves Barbosa** e **Dr<sup>a</sup>. Marinésia Aparecida Prado Palos** e será desenvolvido pela aluna do Programa de doutoramento em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás, **Ludimila Cristina Souza Silva**.

Na oportunidade solicitamos sua autorização para utilizarmos o Roteiro para auditoria operacional, disponível em sua tese de doutorado intitulada "**Qualidade da assistência de enfermagem: o processo de avaliação em hospital universitário público**". Garantimos fazer o uso do mesmo, seguindo todos os princípios ético-legais.

Colocamo-nos à vossa disposição para outros esclarecimentos que se fizerem necessária.

Atenciosamente,

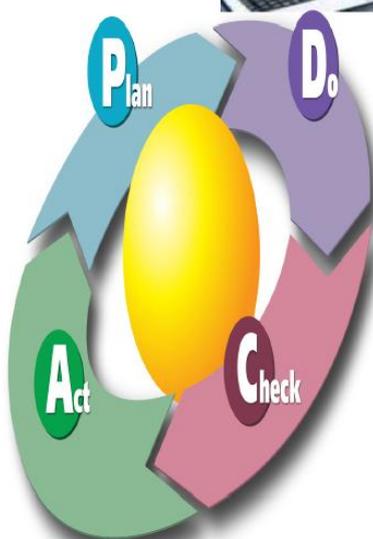
Goiânia, 14 de janeiro de 2015.

Ciente:   
Dr<sup>a</sup>. Maria do Carmo Lourenço Haddad

## Apêndice 2

### Flyer de divulgação do *workshop* : Aspectos Científico, Ético e Legal no Contexto da Assistência Segura e de Qualidade

# WORKSHOP: ASPECTOS CIENTÍFICO, ÉTICO E LEGAL NO CONTEXTO DA ASSISTÊNCIA SEGURA E DE QUALIDADE



Local: Auditório do Hospital Materno Infantil

Data: **15/12/2016** (quinta-feira) e **20/12/2016** (terça-feira)

Horário: 14:00 às 17:00 horas

Carga horária: 10 horas

Emissão de Certificado

Inscrições até dia 13/12/2016 pelo  
email: [auditoriahmi@hotmail.com](mailto:auditoriahmi@hotmail.com)

Coffee Break e Sorteios de Brindes

**INSCRIÇÃO  
GRATUITA**

## Apêndice 3

### Programação do *workshop* : Aspectos Científico, Ético e Legal no Contexto da Assistência Segura e de Qualidade

#### WORKSHOP: ASPECTOS CIENTÍFICO, ÉTICO E LEGAL NO CONTEXTO DA ASSISTÊNCIA SEGURA E DE QUALIDADE

Local: auditorio do Hospital Materno Infantil

Data: 15/12/2016 (quinta-feira); 20/12/2016 (terça-feira)

Horário: 14:00 às 17:00 horas

#### PROGRAMAÇÃO

##### 1º dia (15/12/2016) quinta-feira.

14:00 hs – Entrega do material (pastas, canetas e blocos de anotação)

14:20 hs – Abertura (apresentação das professoras Maria Alves e Marinésia Prado como coordenadoras do programa). **5 minutos de fala para cada uma das professoras.**

14:35- 14:50hs - **1º momento** Palestrante:Enfª.Msª. Ludimila Cristina Souza Silva

- Aplicar instrumento avaliativo para avaliar conhecimento prévio

– Diagrama de Ishikawa (aplicação do diagrama para determinar causa e efeito no sistema)

(Fazer inicialmente uma breve contextualização e depois trabalhar problematização (grupo focal)

- **2º Momento** Palestrante: Enfª. Msª. Danielle Perdigão

14:50 – 15:50hs – Palestra

15:50 – 16:00 hs – Coffee Break

16:00 – 17:00hs - Palestra

- Aspectos científico, ético e legal no contexto da assistência segura e de qualidade.

- A importância da qualificação profissional

- Tomada de decisão

- Exercício legal da profissão

- Prestação do cuidado e o registro da assistência

- Prontuários (Conceito, Organização e Finalidade)

- Prontuário como uma fonte de informação para auditoria interna (conceito, finalidade e tipos de auditoria).

##### 2º dia (20/12/2016) terça-feira

14:00 – 15:40 hs - **1º momento** Palestrante: Enfª. Msª. Danielle Perdigão

- Auditoria Interna como ferramenta da qualidade da assistência

- A responsabilidade do profissional frente a otimização dos custos

15:40 – 15:50 hs – Coffee Break

15:50 – 16:50 hs - **2º momento** Palestrante: Enfª.Msª. Ludimila Cristina

- PDCA como proposta para melhoria da qualidade do serviço de saúde

16:50 – 17:00 hrs – Aplicar instrumento avaliativo para mensurar conhecimento após o curso.

## Apêndice 4

### Questionário autoaplicável



Ministério da Educação  
Universidade Federal de Goiás  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

**Projeto:** Processo de auditoria em instituição de saúde de Goiás.

Nome: \_\_\_\_\_

Instituição de origem: \_\_\_\_\_

Setor de atuação: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ dezembro de 2016.

#### QUESTÕES

1. O que você entende por auditoria interna?

---

---

---

2. Na sua opinião, quais são as principais falhas encontradas nos registros em prontuários?

---

---

---

---

3. Na sua opinião, quais são as principais causas das falhas encontradas nos registros em prontuários?

---

---

---

---

---

---

4. O que você entende por qualidade da assistência?

---

---

---

5. Na sua opinião, quais são as tecnologias em saúde para a melhoria contínua da qualidade?

---

---

---

---

## Apêndice 5

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário, da pesquisa intitulada **Processo de Auditoria em Instituição de Saúde de Goiás**. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine em todas as folhas e ao final deste documento, que está em duas vias e também será assinado por mim pesquisador(a), em todas as folhas, uma delas é a sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com pesquisadores responsáveis, Dr<sup>a</sup> Maria Alves Barbosa, Dr<sup>a</sup> Marinésia Aparecida Prado, Ms. Ludimila Cristina Souza Silva, Ms. Danielle Perdigão Oliveira e Ribeiro e Ms. Flávio Henrique Lima, nos telefones: (62) 3209-6280 R.206; (62)8179-8580; (62)9980-7985 e (62)9202-0446. Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 3269-8338 e 3269-8426 ou no endereço: 1<sup>a</sup> avenida S/Nº Setor Leste Universitário, Unidade de Pesquisa Clínica, 2º andar. Horário de funcionamento: 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup> das 7:00 às 17:00 hs.

Este estudo pertence à linha de pesquisa Aspectos Clínicos e Laboratoriais das Doenças Transmissíveis e não Transmissíveis, com ênfase na qualidade da assistência e na segurança do paciente e do trabalhador, do Núcleo de Estudos e Gestão em Enfermagem e Segurança do Trabalhador e Usuário do Serviço de Saúde da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (NUGESTUS/FEN/UFG). O projeto está sob coordenação da Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Alves Barbosa e da Prof<sup>a</sup>. Dra. Marinésia Aparecida Prado, o formulário será aplicado pelos doutorandos Enf. Ludimila Cristina Souza Silva, Enf. Danielle Perdigão Oliveira e Ribeiro e Méd. Flávio Henrique Lima e tem por finalidade avaliar as etapas de implantação do serviço de auditoria interna, referente à estrutura e gestão de processos em uma instituição pública de saúde em Goiás, referência no tratamento materno e infantil. Os dados serão coletados somente através da observação do paciente e dos registros médicos e de enfermagem.

Caso aceite participar, você tem a garantia de que não haverá riscos, prejuízos ou lesões que podem ser provocadas pela pesquisa, considera-se como risco apenas desconforto ou constrangimento durante a observação. Assim, não há necessidade de indenização ou ressarcimento de despesas. Não há benefícios pessoais decorrentes da sua participação na pesquisa, pois a sua participação apenas ajudará na comprovação da hipótese estabelecida.

Caso aceite participar você poderá retirar seu consentimento e participação a qualquer momento sem que isso traga prejuízo à sua pessoa ou ao seu tratamento e as informações obtidas serão exclusivamente para fins desta pesquisa, garantindo sigilo com relação à sua identificação.

#### **ATENÇÃO!**

Título da Pesquisa: Processo de Auditoria em Instituição de Saúde de Goiás

Nome e Rubrica do pesquisador:

Rubrica do sujeito participante

TCLE – Pág.nº1

- ◆ Você tem o direito de se recusar a participar caso a observação lhe cause algum constrangimento de qualquer natureza.
- ◆ Caso sejam comprovados danos decorrentes de sua participação você tem direito a pleitear indenização.
- ◆ Os resultados da pesquisa, favoráveis ou não, serão publicados em periódicos científicos, porém mantendo sigilo absoluto quanto a identidade dos participantes.

**Pesquisador Responsável:** Profª Drª Maria Alves Barbosa e Profª. Drª. Marinésia Aparecida Prado Palos. **Telefone para contato:** (62) 3209-6280 R.206, **Email:** [marinesiaprado@gmail.com](mailto:marinesiaprado@gmail.com)

**Pesquisadores participantes:** Profª Drª Marinésia Aparecida Prado Palos, Profª Drª Maria Alves Barbosa, Enfª Ms Ludimila Cristina Souza Silva; Méd. Ms. Flávio Henrique Lima; Enfª. Ms. Danielle Perdigão Oliveira e Ribeiro. (62)8179-8580; (62)9980-7985 e (62)9202-0446.

Nome e assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

Título da Pesquisa: Processo de Auditoria em Instituição de Saúde de Goiás

Nome e Rubrica do pesquisador:

Rubrica do sujeito participante

TCLE – Pág.nº2

Código \_\_\_\_\_

## CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG/ CPF/ n. ° de matrícula \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado **Processo de Auditoria em Instituição de Saúde de Goiás**, sob a responsabilidade da Dr<sup>a</sup> Maria Alves Barbosa, como sujeito voluntário. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador \_\_\_\_\_ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o direito de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Goiânia, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome e Assinatura do sujeito ou responsável

\_\_\_\_\_  
Nome e Assinatura do Pesquisador Responsável

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

**Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):**

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Título da Pesquisa: Processo de Auditoria em Instituição de Saúde de Goiás

Nome e Rubrica do pesquisador:

Rubrica do sujeito participante

TCLE – Pág.nº3