



Revista Brasileira de Enfermagem

E-ISSN: 1984-0446

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem

Brasil

Freitas Barbosa, Silvia; Rizatto Tronchin, Daisy Maria

Manual de monitoramento da qualidade dos registros de enfermagem na assistência
domiciliar

Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 68, núm. 2, marzo-abril, 2015, pp. 253-260

Associação Brasileira de Enfermagem
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267040408010>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Manual de monitoramento da qualidade dos registros de enfermagem na assistência domiciliar

Manual for monitoring the quality of nursing home care records

Manual de monitoreo de la calidad de los registros de enfermería en la atención domiciliaria

Silvia Freitas Barbosa^I, Daisy Maria Rizatto Tronchin^{II}

^I Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo-SP, Brasil.

^{II} Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Orientação Profissional. São Paulo-SP, Brasil.

How to cite this article:

Barbosa SF, Tronchin DMR. Manual for monitoring the quality of nursing home care records. Rev Bras Enferm. 2015;68(2):253-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680210i>

Submissão: 09-12-2014 **Aprovação:** 05-03-2015

RESUMO

Objetivo: construir e validar um instrumento para monitorar a qualidade dos registros de enfermagem no Programa de Assistência Domiciliar (PAD) em um hospital universitário. **Método:** estudo metodológico envolvendo a elaboração de um manual e submetido à validação de conteúdo por seis juízes sob consenso $\geq 80\%$. A coleta ocorreu em 2012 por meio de questionário contendo: evolução de enfermagem, diagnóstico e prescrição de enfermagem e normas para os registros da equipe de enfermagem preconizadas pelo Conselho Regional de Enfermagem-SP e pela instituição. Os itens do manual foram julgados de acordo com as variáveis - relevância, pertinência, clareza e simplicidade. **Resultados:** das 39 proposições 100% atingiram consenso $\geq 80\%$ em relevância, pertinência e clareza; 92,3% em simplicidade. Os itens sono/reposo, mobilidade e checagem nas atividades prescritas não atingiram consenso mínimo favorável, sendo aprimorados pelas sugestões dos juízes.

Conclusão: acreditamos que o instrumento possibilitará a melhoria dos processos de trabalho no PAD.

Descritores: Assistência Domiciliar; Gerenciamento de Informação; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to build and validate an instrument aimed at monitoring the quality of nursing records in the Home Care Program (HCP) of a university hospital. **Method:** methodological study involving the elaboration of a manual, whose content was later submitted to six experts for validation, reaching a $\geq 80\%$ consensus. The data collection process was carried out in 2012 by means of a questionnaire comprised of the following issues: nursing evolution, nursing diagnosis, and nursing prescription, and standards for the nursing team recommended by the Regional Nursing Council of São Paulo and by the assessed institution. Manual items were judged according to the following variables: relevance, pertinence, clarity and simplicity. **Results:** of the 39 propositions, 100% achieved $\geq 80\%$ agreement in the relevance, pertinence and clarity variables; 92.3% in the simplicity variable. Sleep/rest, Mobility and Check-out variables did not reach a favorable minimum consensus in the prescribed activities and were improved following suggestions from the experts. **Conclusion:** we believe that the instrument will enable the improvement of the HCP's work process.

Key words: Home Nursing; Information Management; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: construir y validar un instrumento para monitorear la calidad del registros de enfermería en Programa de Atención Domiciliaria (PAD) de un Hospital Universitario. **Metodo:** estudio metodológico. Fue construido un manual y sometió a validación de contenido por seis jueces bajo el consenso $\geq 80\%$. La recogida currió en 2012, con un cuestionario que contiene: evolución de enfermería, diagnóstico y prescripción de enfermería y normas para los registros del personal de enfermería establecidas por Consejo Regional de Enfermería-SP y por la institución. Los artículos del manual fueran juzgados conforme

las variables relevancia, pertinencia, claridad y sencillez. **Resultados:** de las 39 proposiciones 100% alcanzó consenso $\geq 80\%$ en la relevancia, pertinencia y claridad; 92,3% en la simplicidad. Los ítems sueño/resto, movilidad y verificar las actividades prescritas no alcanzó consenso favorable, siendo mejoradas por las sugerencias de los jueces. **Conclusión:** creemos que el instrumento permitirá la mejora de los procesos de trabajo en PAD.

Palabras clave: Cuidado en el Hogar; Gestión de la Información; Enfermería.

AUTOR CORRESPONDENTE

Silvia Freitas Barbosa

E-mail: silvia.barbosa@usp.br

INTRODUÇÃO

O conceito de qualidade e as estratégias para obtê-la vêm se transformando e, gradativamente, incorporando novos significados. Todavia, constata-se que na assistência domiciliar, esta questão, ainda, é pouco avaliada, dificultando o estabelecimento de parâmetros capazes de atender o quesito qualidade.

A qualidade é um produto social representado por conceções e valores sobre a saúde, as expectativas acerca das relações entre usuários e prestadores de serviços e o modo como os papéis são desempenhados por esses no sistema de saúde. Dessa forma, a garantia da qualidade consiste no esforço realizado, permanentemente, para a melhoria das condições de saúde, por meio da monitorização e avaliação contínua da estrutura, do processo e do resultado⁽¹⁾.

No serviço de enfermagem a gestão de qualidade tem por finalidade a busca por melhorias do cuidado empregando medidas avaliativas, uma vez que essas favorecem a identificação das não conformidades na execução dos cuidados à saúde, possibilitando readequações e aprimoramento dos processos de trabalho, no intuito de atender as necessidades e expectativas dos usuários, e consequentemente a obtenção da qualidade⁽²⁻³⁾.

Insere-se aí também a atenção domiciliar que consiste em um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas por meio de ações preventivas e assistenciais com participação de uma equipe multiprofissional e quando necessário, prover atendimento de urgência ou emergência e transporte. As ações de saúde são realizadas no domicílio a partir do diagnóstico da realidade em que o usuário está inserido⁽⁴⁾.

Esse modelo visa diminuir o tempo de internação do paciente, otimizando a utilização de leitos hospitalares; prevenir reinternações, diminuindo o risco de adquirir infecções; orientar o cuidador e seus familiares; propiciar a participação das atividades cotidianas da família, reinserindo o usuário no meio sociofamiliar; melhorar a qualidade de vida do paciente e seus familiares e proporcionar a formação de profissionais de saúde nessa modalidade de atenção⁽⁵⁾.

A Enfermagem representa um dos pilares de sustentação dessa modalidade de atenção. Assim, os registros da assistência são imprescindíveis para legitimar todas as ações do profissional junto ao usuário e família. Estes devem ser realizados de maneira clara, objetiva e legível a fim de garantir

uma comunicação efetiva entre a equipe de enfermagem e a multiprofissional envolvidas no processo cuidativo. Além disso, servem de fonte de informações para questões jurídicas, de pesquisas e de educação⁽⁶⁾.

Devido a essas razões, os registros de enfermagem necessitam seguir normas, levando em consideração seus aspectos éticos e legais, pois as anotações em prontuário fazem parte das obrigações legais da equipe de enfermagem, devendo qualquer erro ser corrigido de acordo com as normas preconizadas pela instituição. Cabe lembrar que esses registros podem servir como facilitadores e determinantes em casos judiciais⁽⁷⁾.

No Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), o Departamento de Enfermagem adotou o Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE) como método para prestar uma assistência segura e de qualidade. O SAE é desenvolvido por meio de quatro fases, a saber: histórico, diagnóstico, evolução e prescrição de enfermagem registrando a assistência de enfermagem prestada⁽⁸⁾.

No Programa de Assistência Domiciliar (PAD), cenário deste estudo, as evoluções e prescrições de enfermagem são realizadas em duas vias. Uma permanece no prontuário domiciliar do usuário e a outra no prontuário do HU-USP. O conteúdo das prescrições é legitimado pela enfermeira junto aos cuidadores e familiares com vigência até a próxima consulta⁽⁹⁾.

Estudo realizado no referido Programa, com o objetivo de analisar a qualidade dos registros de enfermagem no PAD do HU-USP, constatou que embora as anotações estivessem adequadas quanto ao preenchimento, mostraram-se incompletas na maior parte dos ítems avaliados. Também demonstrou que em apenas metade dos prontuários a letra estava legível, o que pode conduzir a interpretações errôneas das informações contidas nos registros de enfermagem, comprometendo a qualidade da assistência prestada⁽¹⁰⁾.

No sentido de minimizar as consequências de não conformidades frente às anotações de enfermagem, o profissional pode lançar mão de instrumentos avaliativos fundamentados em conhecimentos teóricos, científicos e práticos, para o monitoramento da qualidade do cuidado prestado⁽¹¹⁾.

A construção de instrumentos destinados a avaliar a qualidade do cuidado de enfermagem deve monitorar sistematicamente a prática, a fim de refletir tanto o aspecto qualitativo como o quantitativo do cuidado⁽¹²⁾.

Assim, percebemos que há um caminho a percorrer no sentido de avaliar e garantir registros de enfermagem condizentes

com o modelo assistencial e com o cuidado e que permitam monitorar a qualidade nos serviços de enfermagem.

Diante do exposto, a finalidade deste estudo foi contribuir para a avaliação da qualidade dos registros de enfermagem, no caso específico no PAD-USP, mediante a construção e validação de um manual operacional, com vistas à elaboração de indicadores assistenciais e gerenciais no âmbito da assistência domiciliar.

OBJETIVO

Construir e validar um instrumento para monitorar a qualidade dos registros de enfermagem no Programa de Assistência Domiciliar do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.

MÉTODO

Estudo de desenvolvimento metodológico e aplicado, aprovado pelo – CEP-HU-USP 997/10, SISNEP – CAAE 0015.0198.196-10. Este tipo de estudo refere-se às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados, tratando da elaboração, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa⁽¹³⁾.

A pesquisa foi realizada no HU-USP, instituição pública estadual vinculada à Reitoria da USP, referência nível secundário, cuja missão é estimular e promover o ensino, a pesquisa e a extensão de serviços à comunidade.

O PAD foi implantado em 2002, adotando como modalidade de atenção, a assistência domiciliar. O paciente e a família que atendem aos critérios do programa recebem a visita da equipe de saúde no domicílio, onde são avaliadas a área física da residência, as condições sociais e econômicas da família e definida a periodicidade das visitas, ocorridas de segunda a sexta-feira⁽¹⁴⁾.

O instrumento intitulado Manual Operacional foi construído pelas pesquisadoras fundamentado no SAE desenvolvido pelos enfermeiros do HU-USP e nos resultados da pesquisa referente à qualidade dos registros de enfermagem no PAD-USP⁽¹⁰⁾.

A coleta de dados ocorreu nos meses de março e abril de 2012, por meio de um questionário composto pelas seguintes partes: caracterização do profissional e julgamento do manual, relativos aos registros de enfermagem.

A validade de um dado instrumento relaciona-se à precisão com que ele mede o que se propõe medir. As principais técnicas empregadas envolvem a validade de conteúdo, aparência, critério e constructo⁽¹³⁾.

No presente estudo recorreu-se à validade de conteúdo que determina a representatividade de itens que expressam um conteúdo, com base no julgamento de especialistas em uma determinada área do conhecimento. Este tipo de validação determinará se o conteúdo do instrumento explora, efetivamente, os quesitos para mensuração do fenômeno investigado⁽¹⁵⁾.

A validação de conteúdo se dá mediante a obtenção de opiniões convergentes dos participantes, conhecida como

consenso grupal. Portanto, há necessidade de que se estabeleça um índice de validação de conteúdo (IVC) mínimo, também conhecido como índice de consenso ou de favorabilidade. Tendo como referência a revisão de literatura, nesta pesquisa, optou-se pelo nível de consenso ≥ a 80%⁽¹⁵⁾.

A amostra foi composta por seis enfermeiros, constituindo-se em amostragem tipo intencional⁽¹⁶⁾, a qual privilegia a experiência e o conhecimento dos sujeitos. Os juízes possuíam ampla experiência na AD e no Serviço de Ensino e Qualidade, participando do planejamento e da implementação do PAD e da capacitação dos profissionais de enfermagem. Cada item do instrumento foi avaliado segundo os critérios de relevância: é significativo para a qualidade da assistência de enfermagem; clareza: é inteligível, as expressões são objetivas e inequívocas; pertinência: reproduz o que é preconizado pelo SAE, pelo Departamento de Enfermagem da Instituição e pelo Conselho Regional de Enfermagem- SP (COREN- SP); e simplicidade: o item expressa uma única ideia, sem possibilidade de outras interpretações.

O contato com esses profissionais foi realizado pessoalmente, com o intuito de apresentar os objetivos e o método do estudo e de acordar o prazo para a entrega do conteúdo a ser julgado. Todos os juízes aceitaram participar, tendo sido entregue o Manual Operacional para a análise, o termo de consentimento livre e esclarecido (em duas vias) e estabelecido o prazo de 30 dias para a devolução. Um único participante não devolveu o material.

Os dados obtidos foram organizados em planilha eletrônica, posteriormente, analisados com base na estatística descritiva, empregando-se para as variáveis quantitativas as frequências relativa e absoluta e para as qualitativas a média, a mediana e o desvio padrão.

RESULTADO

Na caracterização dos juízes todos eram do sexo feminino, com média de idade de 52 anos ($dp \pm 4,38$), mediana de 53 anos; o tempo médio de formado foi de 29,2 anos ($dp \pm 4,91$) e mediana de 30 anos. Do total de participantes, três atuavam no Serviço de Ensino e Qualidade e três no Programa de Assistência Domiciliar. Em relação ao cargo ou função, cinco eram enfermeiras e uma diretora de divisão de enfermagem. Notamos o predomínio de juízes com pós-graduação *stricto sensu*, correspondendo a quatro mestres e um doutor.

Na Tabela 1, constatamos que os 15 itens envolvendo diagnóstico, prescrição, evolução de enfermagem, 12 (80%) atingiram percentual máximo de 100% de consenso. Apenas o item checar as atividades prescritas apresentou percentual inferior a 80% no atributo simplicidade – 66,7%; ainda neste item, um juiz sugeriu substituir o verbo *bolar* por *circular*.

As variáveis identificação do diagnóstico e da prescrição de enfermagem obtiveram percentuais de 83,3% no atributo clareza; para a primeira houve uma sugestão de melhoria, a saber: apontar as características definidoras segundo a necessidade de saúde do usuário.

Cabe ressaltar que ambas as propostas foram acatadas pelas autoras.

Tabela 1 - Consenso dos juízes em relação aos registros de enfermagem – Diagnóstico e Prescrição de Enfermagem na admissão do usuário no PAD-HU-USP, São Paulo, 2012

Itens do Manual	Atributos		Relevância				Clareza				Pertinência				Simplicidade			
			Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Identificação do paciente	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	6	100	0
Identificação do diagnóstico de enfermagem	6	100	0	0	5	83,3	1	16,7	6	100	0	0	6	100	0	6	100	0
Data do diagnóstico de enfermagem	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	6	100	0
Evolução de enfermagem	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	6	100	0
Anotações de sondas, cateteres e outros	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	6	100	0
Anotações dos sinais vitais	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	6	100	0
Assinatura após diagnóstico de enfermagem	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	6	100	0
Carimbo após diagnóstico de enfermagem	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	6	100	0
Identificação da prescrição de enfermagem	6	100	0	0	5	83,3	1	16,7	6	100	0	0	6	100	0	6	100	0
Anotações das atividades prescritas (enfermagem ou família)	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	6	100	0
Checar as atividades prescritas	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	0	4	66,7	2	33,3		
Data da prescrição de enfermagem	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	6	100	0
Para cada diagnóstico de enfermagem há pelo menos uma prescrição de enfermagem	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	6	100	0
Assinatura após prescrição de enfermagem	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	6	100	0
Carimbo após prescrição de enfermagem	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	6	100	0

Tabela 2 - Consenso dos juízes em relação à evolução de enfermagem por ocasião da admissão do usuário, PAD, HU-USP, São Paulo, 2012

Itens do Manual	Atributos		Relevância				Clareza				Pertinência				Simplicidade			
			Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dados de identificação do paciente	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	6	100	0
Realizada a primeira visita domiciliar de avaliação	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	6	100	0
História prévia	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	6	100	0
Condições do domicílio	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	0	5	83,3	1	16,7		
Diagnóstico médico da admissão	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	6	100	0
Estrutura família (cuidador)	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	6	100	0
Exame físico	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	6	100	0
Estado emocional	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	0	5	83,3	1	16,7		
Formas de comunicação	6	100	0	0	5	83,3	1	16,7	6	100	0	0	6	100	1	16,7		
Alimentação	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	6	100	0
Eliminação	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100	0	6	100	0
Sono e repouso	6	100	0	0	5	83,3	1	16,7	6	100	0	0	4	66,7	2	33,3		
Mobilidade	6	100	0	0	5	83,3	1	16,7	6	100	0	0	4	66,7	2	33,3		

Tabela 3 - Consenso de julgamento pelos juízes dos itens do manual referentes às anotações de enfermagem na admissão do usuário no PAD-HU-USP, São Paulo, 2012

Itens do Manual	Atributos		Relevância		Clareza		Pertinência		Simplicidade	
	Sim n	%	Não n	%	Sim n	%	Não n	%	Sim n	%
Informações estão de forma clara	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100
Informações estão de forma objetiva	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100
Letra legível	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100
Linhos ou espaços em branco	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100
Informações estão a caneta	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100
Data da primeira visita domiciliar	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100
Hora da primeira visita domiciliar	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100
Assinatura	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100
Carimbo	6	100	0	0	6	100	0	0	6	100
Rasuras	6	100	0	0	5	83,3	1	16,7	6	100
Adequada correção da rasura	6	100	0	0	5	83,3	1	16,7	6	100

Observamos na Tabela 2 que, em relação às 13 proposições da evolução de enfermagem, a maior parte 8 (61,6%) obteve 100% de consenso. Os itens condições do domicílio e estado emocional apresentaram percentuais de 83,3% e as variáveis sono, repouso e mobilidade atingiram IVC inferior a 80% no atributo simplicidade. Não houve sugestão de melhoria.

A análise da Tabela 3 aponta que das 11 proposições destinadas às normas preconizadas pelo COREN-SP e pela Instituição, na anotação de enfermagem, 9 (81,8%) apresentaram 100 % de consenso entre os juízes; os 2 (18,2%) itens com 83,3%, referiram-se à rasura e sua correção nos atributos clareza e simplicidade. Destacamos que todos os itens atingiram IVC ≥ 80% nos quatro atributos.

A seguir encontra-se o Manual Operacional reestruturado de acordo com as sugestões dos juízes, acrescidos das etapas fonte de informação e critérios para qualificação.

A) MANUAL OPERACIONAL PARA MONITORAR A QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM NO PAD-HU/USP

Parte I – Levantamento de dados da evolução de enfermagem na admissão do paciente no PAD

- Dados de identificação do paciente: nome completo e idade do paciente;
- Realizada primeira visita domiciliar de avaliação: a primeira visita domiciliar de avaliação deve conter os dados do paciente, da família e da residência (tripé assistencial do PAD);
- História prévia: histórico de doenças prévias do paciente;
- Condições do domicílio: estrutura física da residência (condições de higiene, salubridade, iluminação, ventilação, degraus de acesso) e estrutura física para

chegar até a residência (rua asfaltada, morro, próximo a córregos);

- Diagnóstico médico de admissão: principal patologia responsável pela entrada do paciente no PAD;
- Estrutura família (cuidador): principal responsável pelos cuidados prestados ao paciente (cuidador primário);
- Exame físico: exame cefalocaudal para avaliar alteração de cada sistema;
- Estado emocional: condições psicoafetivas e mentais do paciente;
- Formas de comunicação: expressões verbais e não verbais que o paciente utiliza para se comunicar (adequar para o crescimento e desenvolvimento, no caso de crianças);
- Alimentação: formas que o paciente ingere sólidos, líquidos e medicamentos;
- Eliminação: se o paciente utiliza fraldas, sondas, ostomias ou o vaso sanitário;
- Sono e repouso: refere-se à qualidade e quantidade dos momentos de repouso e sono durante o dia e a noite;
- Mobilidade: refere-se aos pacientes acamados e aqueles que utilizam ou não auxílio para locomoção (adequar para o crescimento e desenvolvimento, no caso de crianças).

Parte II – As anotações de enfermagem na admissão do paciente seguem as normas preconizadas pelo Conselho Regional de Enfermagem SP (COREN-SP) ou pelo Departamento de Enfermagem da Instituição- Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP)

- Informações estão de forma clara: o conteúdo é compreendido de forma adequada;

2. Informações estão de forma objetiva: as informações devem ser sintetizadas, concisas, específicas e completas;
3. Letra legível: a caligrafia está comprehensível para leitura;
4. Linhas ou espaços em branco: o impresso deve conter as anotações de enfermagem sem pular linhas ou deixar espaços em branco;
5. Informações estão à caneta: as anotações de enfermagem foram escritas á caneta;
6. Data da primeira visita domiciliar: a data deve conter dia, mês e ano;
7. Hora da primeira visita domiciliar: o impresso deve conter a hora que foi realizada a visita, e não colocar por turno (manhã ou tarde);
8. Assinatura: após o término da anotação de enfermagem deve ter a assinatura de quem a fez, sem deixar espaço em branco. No caso do aluno ter realizado, deve conter assinatura do aluno e da enfermeira responsável;
9. Carimbo: após o término da anotação de enfermagem deve ter o carimbo de quem a fez, sem deixar espaço em branco. No caso do aluno, a enfermeira responsável deve carimbar;
10. Rasuras: erros cometidos durante a escrita;
11. Correção adequada da rasura: se houve erro, foi alterado de forma adequada sem comprometer o valor legal do registro.

Parte III – Diagnóstico, Evolução e Prescrição de Enfermagem

1. Identificação do paciente: nome completo e idade do paciente;
2. Identificação do diagnóstico de enfermagem: o diagnóstico de enfermagem, o número correspondente a esse diagnóstico e as características definidoras devem ser identificadas de alguma forma, seja por meio de círculos, traços ou grifos;
3. Data do diagnóstico de enfermagem: a data deve conter dia, mês e ano;
4. Evolução de enfermagem: identificar quais diagnósticos de enfermagem estão presentes na primeira visita domiciliar. No caso da Escala de Braden, anotar o valor total correspondente;
5. Anotações de sondas, cateteres e outros: identificar se o paciente utiliza sonda, cateter ou ostomia; Identificar se o paciente tem úlcera por pressão, no caso afirmativo, anotar o estágio; Identificar se o paciente utiliza placa de hidrocolóide, no caso afirmativo, anotar a região;
6. Anotações dos sinais vitais: anotar os sinais vitais (pressão arterial, respiração, pulso e dor. No PAD a temperatura só é anotada em crianças e quando há queixa do paciente);
7. Assinatura após diagnóstico de enfermagem: após anotar os diagnósticos de enfermagem deve ter assinatura de quem os registrou. No caso do aluno ter identificado, deve conter a assinatura do aluno e da enfermeira responsável;

8. Carimbo após diagnóstico de enfermagem: após anotar os diagnósticos de enfermagem deve ter o carimbo de quem os registrou. No caso do aluno ter identificado, a enfermeira responsável deve carimbar;
9. Identificação da prescrição de enfermagem: a prescrição de enfermagem e o número correspondente a essa prescrição devem ser identificados de alguma forma, seja através de círculos, traços ou grifos;
10. Anotações das atividades prescritas (enfermagem ou família): as atividades prescritas pela enfermeira devem ser identificadas se é para a família ou a enfermeira realizá-las;
11. Checar as atividades prescritas: checar quais atividades foram realizadas ou circular quais não foram, neste caso identificar o motivo;
12. Data da prescrição de enfermagem: a data deve conter dia, mês e ano;
13. Para cada diagnóstico de enfermagem há pelo menos uma prescrição de enfermagem: para cada diagnóstico de enfermagem identificado deve ter pelo menos uma prescrição de enfermagem (atividade) para ser realizada;
14. Assinatura após prescrição de enfermagem: prescrições de enfermagem devem ter a assinatura de quem as registrou. No caso do aluno, deve conter a assinatura do aluno e da enfermeira responsável;
15. Carimbo após prescrição de enfermagem: prescrições de enfermagem deve ter o carimbo de quem as registrou. No caso do aluno, a enfermeira responsável deve legitimar mediante seu carimbo;
16. Fonte de Informação: análise dos registros de enfermagem referente à primeira visita domiciliar descrita nos prontuários dos usuários atendidos pelo Programa de Assistência Domiciliar;
17. Critérios para qualificação dos 39 itens contidos nas três partes do Manual Operacional: empregou a legenda: C (conforme) – quando o registro atende ao recomendado. NC (não conforme) – quando o registro não atende aos parâmetros de referência ou quando não houver o registro.

DISCUSSÃO

O tempo de formação dos especialistas envolvidos no presente estudo vem ao encontro dos critérios de seleção de juízes, ou seja, a experiência acumulada^[11,15,17]. Todos investiram na capacitação e desenvolvimento profissional, tornando-se aptos para a validação de instrumentos para o monitoramento da qualidade dos registros de enfermagem.

Os registros de enfermagem no prontuário do usuário são elementos imprescindíveis, tanto na esfera da comunicação em enfermagem como nos aspectos éticos e legais. Estes registros têm por finalidade estabelecer comunicação entre a equipe de enfermagem e a equipe multiprofissional envolvidas nos cuidados aos usuários e na continuidade da assistência; subsidiar a elaboração de plano assistencial; avaliar a qualidade dos serviços prestados; acompanhar a evolução

dos participantes do programa; representar um documento legal para o usuário e para a instituição; ser fonte de informação para o processo de auditoria e para o ensino e pesquisa⁽¹⁸⁾.

A anotação de enfermagem integra os deveres legais do exercício da profissão, além de ser um documento, portanto, não são permitidas rasuras; caso necessite de correção, deve ser consonante às normas e orientações institucionais e do COREN-SP para garantir a fidedignidade e a legalidade⁽⁶⁾.

Os registros de enfermagem representam um instrumento de monitoramento da qualidade do cuidado e de comunicação da equipe dos trabalhadores de enfermagem, portanto é imprescindível que esses dados sejam adequados quanto redação, estrutura e conteúdo⁽¹¹⁾.

Determinadas anotações acerca das necessidades de saúde como sono, repouso e mobilidade apresentaram baixos índices de conformidade no que tange ao preenchimento e completude na avaliação de admissão do usuário, realizada pelas enfermeiras, demonstrando que nestes quesitos há dificuldade por parte dos profissionais em registrá-los⁽¹⁰⁾. Destacamos que tais necessidades são subjetivas devendo ser explicitados em função da quantidade e qualidade, o que pode influenciar na avaliação do enfermeiro.

Nesse estudo, demonstramos que tais itens – sono, repouso e mobilidade apresentaram índices em torno de 67% de consenso nos atributos simplicidade e clareza. Este fato pode ser atribuído à subjetividade envolvida na detecção e interpretação das necessidades de saúde dos usuários quanto os aspectos psicoemocionais e sociais.

Cabe ao enfermeiro, na operacionalização do SAE, identificar as modificações do padrão de sono e repouso dos usuários, uma vez que os distúrbios do sono resultam em prejuízos no dia a dia e na saúde. Alguns sinais como déficit de atenção, prejuízos da memória, irritabilidade, aumento da dor e redução da velocidade de resposta podem indicar sono e repouso de má qualidade. Diante destas informações a enfermagem pode promover medidas que auxiliem na melhora desses transtornos, contribuindo para o quadro clínico do paciente⁽¹⁹⁾.

Outro ponto vulnerável na validação do instrumento correspondeu à checagem dos cuidados prescritos. A prescrição de enfermagem representa uma ferramenta que possibilita o raciocínio clínico e a individualização da assistência impulsionando o enfermeiro a questionar e modificar a sua prática⁽⁸⁾.

A sistematização da assistência de enfermagem é um instrumento científico que possibilita o planejamento e as condutas do enfermeiro. A prescrição de enfermagem é uma das etapas deste processo, e quando realizada adequadamente

favorece a qualidade do cuidado prestado ao cliente, uma vez que subsidia ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, além de promover a autonomia da profissão⁽²⁰⁾.

Instrumentos que monitoram os registros de enfermagem são essenciais, porque permitem analisar a qualidade das anotações, que devem ser sistematizadas e com o maior número de informações possíveis acerca do cuidado prestado ao usuário, além de possibilitar o planejamento de ações futuras, e servir como ferramenta para o monitoramento e avaliação da assistência⁽²¹⁾.

Nessa direção, a qualidade dos registros deve ser valorizada e incorporada nos processos de trabalho gerencial e assistencial dos profissionais da equipe de enfermagem.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados, verificamos que as enfermeiras comprometeram-se com o estudo, tendo em vista o elevado percentual de devolução do instrumento. Caracterizaram-se por pertencer ao sexo feminino, com tempo de formação superior a 29 anos e investiram no desenvolvimento profissional.

O Manual Operacional foi validado pelos especialistas, uma vez que o percentual na grande maioria dos quesitos atingiu IVC de 100%.

Considerando que as alterações sugeridas pelos profissionais não modificavam a interpretação do componente avaliado, as mesmas foram realizadas, sem necessidade de retorno aos especialistas. Os itens sono, repouso, mobilidade e checar as atividades prescritas na prescrição de enfermagem merecem maior atenção por parte dos enfermeiros atuantes no PAD.

O desafio que ora se apresenta consiste na implementação de um instrumento para monitorar a qualidade dos registros de enfermagem. Acrescentamos que o emprego do Manual poderá identificar uma série de problemas que podem ser sanados mediante o estabelecimento de medidas corretivas imediatas como, por exemplo, sensibilização da equipe para a necessidade de comprometimento com o cuidado de qualidade e programas de capacitação desenvolvidos pelo serviço de educação continuada.

Dessa forma, acreditamos que os achados deste estudo contribuirão para a melhoria das práticas do cuidado, bem como para ratificar a importância da construção, validação e implementação de manuais operacionais capazes de estabelecer padrões de qualidade nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. In: White KL, Frank J, organizadores. *Investigaciones sobre servicio de salud: una antología*. Washington (US): OPAS; 1992.
2. Setone ADD, Évora YDM, Haddad MCFL, Borsato FG. Avaliação da qualidade das prescrições de enfermagem em um hospital universitário. Ciênc Cuid Saúde [Internet]. 2011 [cited 2014 Dec 09];10(3):467-73. Available from: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/11472/pdf_131
3. Versa GLGS, Murasaki AY, Silva LG, Vituri DW, Mello WA, Matsuda LM. Avaliação da qualidade das prescrições de enfermagem em hospitais de ensino público. Rev Gaucha Enferm [Internet]. 2012 [cited 2014 Dec 09];63(2):151-60. Available from: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/RevGauchaEnferm/article/view/11472/pdf_131

- 09];33(2):28-35. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/06.pdf>
4. Lacerda MR, Giacomazzi CM, Oliniski SR, Truppel TC. [Home health care: modalities that ground its practice]. *Saúde Soc* [Internet]. 2006 [updated 2015 Mar 26; cited 2014 Dec 09];15(2):88-95. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/09.pdf> Portuguese.
 5. Sportello EF, Pereira I, Sancinetti TR. Programa de assistência domiciliária. In: Gaidzinski RR, Soares AVN, Lima AFC, Gutierrez BAO, Cruz DALM, Rogenski NMB, et al. Diagnóstico de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 326-37.
 6. Assunção RC, Dalri MCB. Avaliação dos aspectos éticos e legais dos registros de enfermagem. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2010 [updated 2015 Mar 26; cited 2014 Dec 09];9(4):676-81. Available from: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13812/7184>
 7. Luz A, Martins AP, Dynewicz AM. [Characteristics of notes about nursery found in audit]. *Rev. Eletrônica Enferm* [Internet]. 2007 [updated 2015 Mar 26; cited 2012 Mar 08];9(2):344-61. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n2/v9n2a05.htm Portuguese.
 8. Gualda DMR, Melleiro MM. Fundamentação conceitual do processo de cuidar e a implementação do Sistema de Assistência de Enfermagem no HU-USP. In: Ciancirullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Hideko H, coordenadores. Sistema de assistência de enfermagem. 5. ed. São Paulo: Ícone; 2012. p. 73-84.
 9. Souza TM, et.al. Prescrição de enfermagem. In: Ciancirullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Hideko H, coordenadores. Sistema de assistência de enfermagem. 5. ed. São Paulo: Ícone; 2012. p. 191-206.
 10. Barbosa SF, Tronchin DMR, Melleiro MM, Sportello EF, Mira VL. [Quality of nursing work registers: an analysis of prontuaries of patients of the Program of Home Assistance in a university hospital]. *Mundo Saúde* [Internet]. 2011 [updated 2015 Mar 26; cited 2012 Mar 08];35(4):395-400. Available from: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/88/04_QualidadedosregistrosdeEnfermagem.pdf Portuguese.
 11. Vituri D W. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem. [dissertação]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2007.
 12. Haddad MCL. Qualidade da assistência de enfermagem: o processo de avaliação em hospital escola público [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.
 13. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
 14. Sportello EF. Caracterização das formas de vida e trabalho das cuidadoras familiares do Programa de Assistência Domiciliária do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.
 15. Bellucci JA, Matsuda LM. [Construction and validation of an instrument to assess the Reception with Risk Rating]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [updated 2015 Mar 26; cited 2012 Mar 08];65(5):751-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/06.pdf> Portuguese.
 16. Polit DF, Beck CT. Modelos de projeto: análise dos planos de amostragem. In: Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 339-67.
 17. Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. 2nd ed. New York : Oxford University; 1999.
 18. Mira VL, Oliveira LFMN, Ferrari CRS, Ortiz DCF, Fallador NN. Anotações de enfermagem. In: Ciancirullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Hideko A. Sistema de assistência de enfermagem. 5. ed. São Paulo: Ícone; 2012. p. 259-72.
 19. Oliveira PB, Tavares DMDS. [Health conditions of elderly residents in Long-stay Institution second basic human needs]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [updated 2015 Mar 26; cited 2012 Mar 08];67(2):241-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0241.pdf> Portuguese.
 20. Penedo RM, Spiri WC. Meaning of the Systematization of Nursing Care for nurse managers. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2014 [updated 2015 Mar 26; cited 2012 Mar 08];27(1):86-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n1/0103-2100-ape-27-01-00086.pdf>
 21. Andrade AM, Guimarães AMDN, Costa DM, Machado LC, Gois CFL. [Home visit: validation of an instrument for recording and monitoring individuals and families]. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2014 [updated 2015 Mar 26; cited 2012 Mar 08];23(1):165-75. Available from: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v23n1/v23n1a16.pdf> Portuguese.