

# IMPLEMENTAÇÃO DE CICLO DE MELHORIA NOS REGISTROS EM PRONTUÁRIOS HOSPITALARES: UM ESTUDO QUASE EXPERIMENTAL

## IMPLEMENTATION OF AN IMPROVEMENT CYCLE IN HOSPITAL RECORDS: A QUASI-EXPERIMENTAL STUDY

## IMPLEMENTACIÓN DE UN CICLO DE MEJORA DE LOS REGISTROS DE LOS HOSPITALES: UN ESTUDIO CUASI-EXPERIMENTAL

PATRÍCIA LOPES OLIVEIRA\*

DANIELE VIEIRA DANTAS\*\*

RODRIGO ASSIS NEVES DANTAS\*\*\*

GISELE LOPES OLIVEIRA\*\*\*\*

IZABELLE BEZERRA COSTA\*\*\*\*\*

KEZAUYN MIRANDA AIQUOC\*\*\*\*\*

TÂMARA TAYNAH MEDEIROS DA SILVA\*\*\*\*\*

### RESUMO

Objetivo: Implantar e avaliar um programa de melhoria dos registros em prontuários de um hospital do município de Farias Brito, estado do Ceará, Brasil. Material e Método: Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, quase experimental do tipo antes e depois de avaliação de critérios de qualidade. A pesquisa foi realizada entre janeiro de 2017 e julho de 2018. Foram avaliados 87 registros em prontuários selecionados de forma aleatória, realizados pela equipe multiprofissional totalizando 35 profissionais. Foi realizado em seis etapas: 1) Identificação e priorização de um problema de qualidade, 2) Análise das causas do problema, 3) Desenvolvimento de critérios para avaliar o nível de qualidade, 4) Avaliação do nível de qualidade, 5) Intervenção de melhoria dirigida aos critérios mais problemáticos e 6) Reavaliação do nível de qualidade. Para avaliar a qualidade, antes e depois da intervenção, foi realizado cálculo da estimativa pontual e do intervalo

\*Enfermeira, Mestre em Gestão da Qualidade dos Serviços de Saúde, Hospital Universitário Júlio Bandeira HUIB/UFCG/EBSEH, Cajazeiras-PB, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3319-3908> Email: [patty\\_mottaenf@hotmail.com](mailto:patty_mottaenf@hotmail.com)

\*\*Enfermeira, Pós-Doutora em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte UFRN, Natal-RN, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0307-2424> Email: [daniele00@hotmail.com](mailto:daniele00@hotmail.com)

\*\*\*Enfermeiro, Pós-Doutor em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte UFRN, Natal-RN, Brasil. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9309-2092> Email: [rodrigoenf@yahoo.com.br](mailto:rodrigoenf@yahoo.com.br) Autor correspondente.

\*\*\*\*Enfermeira, Mestre em Ensino na Saúde, Hospital de Emergência Dr. Daniel Houly, Arapiraca-AL, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9624-3896> Email: [giselelopes\\_4@hotmail.com](mailto:giselelopes_4@hotmail.com)

\*\*\*\*\*Enfermeira, Pós-graduada em Enfermagem Ginecológica e Obstétrica. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0420-8645> Email: [izabellebcosta@gmail.com](mailto:izabellebcosta@gmail.com)

\*\*\*\*\*Enfermeira, Pós-graduada em Urgência e Emergência. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3709-615X> Email: [kezauyn@gmail.com](mailto:kezauyn@gmail.com)

\*\*\*\*\*Enfermeira, Residente em Enfermagem Oncológica. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6481-2150> Email: [tamaratmds1904@gmail.com](mailto:tamaratmds1904@gmail.com)

de confiança (IC= 95%) do nível de cumprimento de oito critérios. Para avaliar o efeito da intervenção, foi estimada melhoria absoluta e relativa de cada teste de hipótese unilateral por meio do cálculo do valor de Z. No ciclo de melhoria, os dados foram analisados pelo Gráfico de Pareto. Resultados: Na medição inicial, foram obtidos índices de cumprimento de 36,30% em média, enquanto na segunda medição, notou-se um aumento na média de cumprimentos de todos os critérios em 19,45%. Conclusão: Percebe-se que o ciclo de melhoria é uma ferramenta efetiva para fortalecer a qualidade dos serviços desenvolvidos especialmente a qualidade dos registros em prontuários do hospital.

**Palavras-chave:** Registros de Saúde Pessoal; Comunicação; Qualidade da Assistência à Saúde; Segurança do Paciente.

## ABSTRACT

**Objective:** To implement and evaluate a program to improve medical records in a hospital located in the municipality of Farias Brito, Ceará State, Brazil. **Material and Method:** Quasi-experimental study of the type before and after the evaluation of quality criteria, with a quantitative approach. The survey was conducted between January 2017 and July 2018. 87 records were evaluated in randomly selected medical records that had been performed by the multi-professional team consisting of 35 professionals. The research was carried out in six steps: 1) Identification and prioritization of a quality problem, 2) Analysis of the causes of the problem, 3) Development of criteria to evaluate the quality level, 4) Evaluation of the quality level, 5) Improvement intervention aimed at the most problematic criteria, and 6) Re-evaluation of the quality level. To assess quality before and after the intervention, point estimation and confidence interval (CI= 95%) of the level of compliance to eight criteria was calculated. To evaluate the effect of the intervention, absolute and relative improvement of each one-sided hypothesis test was estimated by calculating the Z-score. In the improvement cycle, data were analyzed using Pareto chart. **Results:** In the first measurement, compliance rates of 36.30% on average were obtained, while in the second measurement there was an increase in the average level of compliance of all criteria by 19.45%. **Conclusion:** It is clear that the improvement cycle is an effective tool to strengthen the quality of the hospital services, especially when related to quality of patient's medical records.

**Key words:** Personal Health Records; Communication; Quality of Health Care; Patient safety.

## RESUMEN

**Objetivo:** Implementar y evaluar un programa para mejorar los registros en la historia clínica de un hospital del municipio de Farias Brito, estado de Ceará, Brasil. **Material y Método:** Estudio con enfoque cuantitativo, cuasi-experimental del tipo antes y después de la evaluación de criterios de calidad. La encuesta se realizó entre enero de 2017 y julio de 2018. Se evaluaron 87 registros de historias clínicas, seleccionados al azar, realizados por el equipo multiprofesional, totalizando 35 profesionales. Se llevó a cabo en seis pasos: 1) Identificación y priorización de un problema de calidad, 2) Análisis de las causas del problema, 3) Desarrollo de criterios para evaluar el nivel de calidad, 4) Evaluación del nivel de calidad, 5) Intervención de mejora dirigida a los criterios más problemáticos y 6) Reevaluación del nivel de calidad. Para evaluar la calidad, antes y después de la intervención, se calculó la estimación puntual y el intervalo de confianza (IC = 95%) del nivel de cumplimiento de ocho criterios. Para evaluar el efecto de la intervención, se estimó la mejora absoluta y relativa de cada prueba de hipótesis unilateral mediante el cálculo del valor Z. En el ciclo de mejora, los datos se analizaron mediante el diagrama de Pareto. **Resultados:** En la medición inicial se obtuvieron tasas de cumplimiento de 36,30% en promedio, mientras que en la segunda medición hubo un aumento en el promedio de cumplimiento de todos los criterios en 19,45%. **Conclusión:** Se observa que el ciclo de mejora es una herramienta eficaz para fortalecer la calidad de los servicios desarrollados, especialmente la calidad de los registros en la Historia clínica de los pacientes.

**Palabras clave:** Historia clínica personal; Comunicación; Calidad de la atención médica; Seguridad del paciente.

## INTRODUÇÃO

Desde o início da prática clínica, os profissionais de saúde identificaram a importância dos registros em saúde, nos quais observou-se a necessidade de recorrer à história clínica e evolutiva para um acompanhamento mais efetivo<sup>(1)</sup>. O prontuário é o elemento de comunicação entre profissionais, usuários e serviços de saúde passível de mensurar e avaliar o tipo e qualidade da relação do atendimento portando um conjunto de informações sobre as intervenções realizadas na prática clínica. Trata-se de uma aglomeração cronológica de informações clínicas que servem para acompanhamento da história de saúde do usuário, além de servir como suporte para a área administrativa na viabilidade de avaliação clínica e organizacional que o configura como principal ferramenta de gestão e planejamento de ações<sup>(2)</sup>.

Destaca-se, ainda, a função do prontuário como documento básico que permeia as atividades de assistência, pesquisa, ensino, controle administrativo e acompanhamento jurídico da assistência médica em uma unidade de saúde, além de possuir caráter legal, sigiloso e científico<sup>(3)</sup>. Contudo, mesmo diante da importância da comunicação para a qualidade da assistência à saúde e segurança do paciente, problemas relacionados ao registro em prontuários são frequentes nos serviços de saúde de todo o Brasil e no mundo, como o preenchimento incompleto e incorreto e/ou ilegível, predispondo a ocorrência de eventos adversos o que coloca em risco a segurança do paciente<sup>(4)</sup>.

De acordo com estudo<sup>(4)</sup>, foi constatado um déficit na elaboração de registros de enfermagem, os quais continham anotações incompletas referentes a maioria dos itens avaliados no estudo. Salienta-se que destes apenas 50% possuía escrita legível. Outrossim, registros alusivos ao padrão de sono, repouso e mobilidade do usuário, feitos durante a admissão, apresentaram baixos índices de conformidade tanto referente ao preenchimento quanto a completude na avaliação. Estes registros de baixa qualidade podem apontar problemas graves, impactando diretamente na qualidade da assistência e na segurança do paciente<sup>(5)</sup>.

Autores<sup>(6)</sup> defendem que o acesso a um atendimento em saúde de qualidade não deve ser exclusividade de uma elite de pacientes ou um projeto distante de ser implantado, mas deve estar

presente em todos os sistemas de saúde. Entende-se que cuidados em saúde precários podem resultar não só em sofrimento desnecessário para o paciente, mas também findam em desperdício de recursos financeiros. Todavia, cabe salientar que, mesmo diante da evidente necessidade de melhorias, atingir a qualidade no cuidado se torna difícil em razão da complexidade inerente aos serviços de saúde –tal missão é ainda mais inatingível quando são empregadas intervenções isoladas e não condutas constantes.

A Organização Mundial de Saúde<sup>(7)</sup> defende que intervenções para aprimorar a qualidade da assistência à saúde podem ter um impacto significativo nas instituições, podendo, inclusive, contribuir para a orientação de condutas em outros locais mediante as evidências científicas geradas por sua implantação progressa. Dentre as principais metas de qualidade, destacam-se: redução de danos aos pacientes assistidos; eficácia aumentada dos serviços prestados; maior envolvimento entre atores do cuidado; caminhos para o estabelecimento de atividades contínuas de melhoria da qualidade; e fortalecimento da governança.

Um estudo<sup>(8)</sup> que buscou avaliar as repercussões da implantação de um ciclo de melhoria da qualidade nos prontuários do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), identificou melhora no cumprimento de itens como: identificação adequada, dados clínicos e antecedentes patológicos descritos, padronização da escrita, clareza na redação, responsabilização profissional e Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)<sup>(9)</sup>. Nessa perspectiva, reforça-se ainda a influência da comunicação escrita nos serviços de saúde para o fortalecimento de funções gestoras e detecção de problemas ou oportunidades.

Em uma pesquisa<sup>(10)</sup> realizada em unidades de cuidados intensivos de dez hospitais do distrito de eThekwin, em KwaZulu-Natal, África do Sul, observou ser essencial que os incidentes de segurança do paciente sejam medidos continuamente para planejar intervenções de melhoria de qualidade. Os achados deste estudo indicaram 1.017 incidentes de natureza predominantemente grave (47% considerando moderados, grandes e catastróficos) o que é preocupante.

Posto isto, constatou-se no Hospital do município de Farias Brito, no estado do Ceará (CE), problemas referentes a inadequação dos registros

multiprofissionais em prontuários. Observou-se que a equipe multiprofissional negligenciava a documentação de informações relevantes ou, quando executava a ação, realizava de forma inadequada –sendo evidenciada por palavras ilegíveis e textos com rasuras. Sabendo da importância dos registros de saúde pessoal, tanto para continuidade do cuidado como para respaldo dos profissionais e instituição, esse estudo tem por objetivo geral avaliar a implantação do programa de melhoria dos registros em prontuários do Hospital.

Mediante esse contexto, esse estudo teve por objetivos específicos: identificar os problemas e as principais causas que levam ao inadequado registro em prontuários do hospital; estabelecer critérios de qualidade para medir nível de cumprimento; realizar ciclo de melhoria com os registros em prontuários e planejar estratégias que busquem melhorar a qualidade das informações e consequentemente da assistência prestada.

## MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de pesquisa quantitativa, quase experimental do tipo antes e depois da implementação de uma intervenção, desenvolvida no período de janeiro de 2017 a julho de 2018, em um Hospital do município de Farias Brito, no estado do CE. Optou-se pela realização do ciclo de melhoria que tem como principal objetivo definir o que se deve fazer para melhorar os aspectos avaliados e colocar essas atividades em prática<sup>(11)</sup>.

Este estudo seguiu as recomendações da *Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE 2.0)*<sup>(12)</sup>, e foi desenvolvido por meio da avaliação dos registros em prontuários realizados pela equipe multiprofissional, totalizando 35 profissionais, sendo cinco médicos, sete enfermeiros e 23 auxiliares e técnicos em enfermagem. Foi realizado em seis etapas:

**1ª Etapa - Identificação e priorização de um problema de qualidade:** desenvolvida em três reuniões com profissionais da instituição, nas quais foram utilizadas a Técnica de Grupo Nominal<sup>(13)</sup> juntamente a Técnica da Matriz de Priorização<sup>(13)</sup>. Nessa etapa, elegeu-se como problema de qualidade prioritário “Registros em prontuários deficientes”.

**2ª Etapa - Análise das causas do problema:** depois de identificada a oportunidade de melhoria, analisou-se de forma estruturada as causas potenciais do problema priorizado, para o planejamento e decisão do que seria necessário para a melhoria. Nesta etapa aplicou-se três ferramentas da qualidade: a Análise do Campo de Forças (ACF); a Enquete sobre Causas e o Diagrama de causa e efeito ou Diagrama de Ishikawa<sup>(13)</sup>.

**3ª Etapa - Desenvolvimento de critérios para avaliar o nível de qualidade:** foram elaborados oito critérios (C) para avaliar a qualidade técnico-científica do preenchimento dos registros em prontuários do Hospital e realizada medição da confiabilidade dos critérios, utilizando-se índice de *Kappa* (K). Referente ao eixo Identificação Correta, elencou-se cinco critérios, à saber: C1, C2, C3, C4 e C5. No critério C1 foram avaliadas as informações de cadastro quanto a data e hora do internamento, nome completo, endereço, filiação, idade, naturalidade, ocupação, número do cartão SUS e do documento de identificação oficial, data de nascimento, telefone e assinatura do responsável (K= 1,0). Em C2 foi avaliada a legibilidade dos registros (K= 0,6), que deveriam ser de preferência digitais, porém, diante da impossibilidade, utilizar letra legível<sup>(14, 15)</sup>. Foi considerado como legível o registro que obteve a mesma interpretação por três observadores. O item C3 analisou se os registros se encontravam sem rasuras (K= 0,7). Tendo em vista que os prontuários devem ser mantidos bem conservados e livre de rasuras, além de não ser utilizado líquido corretivo<sup>(14)</sup>. Já no critério C4 foram avaliados todos os registros em prontuários, realizados por médicos, enfermeiros e técnicos ou auxiliares de enfermagem, quanto a: identificação do profissional, data, hora e número do conselho de classe (K= -). Em C5 foi visualizado se os registros estavam escritos com caneta de tinta na cor azul ou preta (K= -), conforme é previsto em resolução<sup>(16)</sup>.

De igual modo, foram elencados três critérios referentes ao eixo Evolução Multiprofissional, que são: C6, C7 e C8. Em C6 foi buscada a existência de pelo menos uma evolução médica por dia contendo: hipótese diagnóstica, evolução e prescrição, visto que de acordo com resolução vigente o prontuário deve conter: evolução diária, anamnese, exame físico, hipótese diagnóstica,

diagnóstico definitivo, exames complementares solicitados e tratamento efetuado<sup>(17)</sup>. Outrossim, no critério C7, foi verificado se existe pelo menos uma evolução da/o enfermeira/o por dia, contudo, na ocasião da alta do paciente não se fez necessário avaliar este critério ( $K= 0,6$ ). Por fim, em C8 se analisou nos prontuários a existência de pelo menos duas anotações de enfermagem realizadas por auxiliar ou técnico de enfermagem, por dia. Todavia, em ocasião de alta do paciente, não foi necessário avaliar tal critério ( $K= 0,6$ ). Neste sentido, salienta-se tanto em relação a C7 como em C8, que é responsabilidade e dever dos profissionais da enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico, as informações do processo de cuidar e de trabalho<sup>(18)</sup>.

Após a definição dos critérios, foi realizado estudo piloto para avaliar a confiabilidade dos critérios e proporção do problema. Este piloto foi realizado com dois avaliadores da instituição e cada um, de forma independente, analisou o cumprimento do critério selecionado que foi o C4. Este critério foi analisado em 30 registros em prontuários, sendo 10 registros realizados por médicos/as, 10 por enfermeiras e 10 por técnicos/as ou auxiliares de enfermagem. Com base nos resultados, foi possível calcular a confiabilidade do critério analisado através da concordância geral observada (total de casos em que ambos os avaliadores concordam, dividido pelo total de casos avaliados), índice de *kappa* e prevalência estimada (média da proporção de cumprimentos de ambos os avaliadores). Para o critério avaliado encontrou-se concordância geral observada de 0,90; uma prevalência estimada de 0,19 que resultou num índice de *Kappa* de 0,87, não sendo necessário redefinir o critério.

**4ª Etapa - Avaliação do nível de qualidade:** como fontes de dados para identificar as unidades de estudo, foram utilizados os prontuários de 2016, sendo 623 no total, dos quais foram selecionados, de forma aleatória, 87 prontuários, considerando erro amostral tolerável de 10%<sup>(19)</sup>. Os prontuários foram avaliados quanto ao cumprimento dos critérios de qualidade.

**5ª Etapa - Intervenção de melhoria dirigida aos critérios mais problemáticos:** o planejamento das intervenções ocorreu a partir da análise dos resultados obtidos pelo estudo sobre causas

hipotéticas no intuito de elaborá-las de forma estruturada através de um Diagrama de Afinidades desenvolvido com os profissionais da instituição. Posteriormente foi elaborado Diagrama de *Gantt* para estabelecer sequência temporal, tempo de implementação e responsáveis por cada atividade.

**6ª Etapa - Reavaliação do nível de qualidade:** nesta etapa foram utilizados todos os prontuários de pacientes que foram internados após intervenção, totalizando 50, para medir novamente os oito critérios estabelecidos.

Quanto a análise de dados para avaliar a qualidade, antes e depois da intervenção, foi realizado cálculo da estimativa pontual e do intervalo de confiança (IC= 95%) do nível de cumprimento dos oito critérios. Para avaliar o efeito da intervenção, foi estimada melhoria absoluta e relativa de cada teste de hipótese unilateral por meio do cálculo do valor de Z, considerando como hipótese nula a ausência de melhoria, rejeitada quando o *p*-valor < 0,05. No ciclo de melhoria, os dados foram analisados pelo Gráfico de Pareto.

A pesquisa seguiu a Resolução 466/2012<sup>(20)</sup> do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, parecer 2.699.847, CAAE 88023018.2.0000.5537.

## RESULTADOS

**Avaliação inicial do nível de qualidade:** Primeiro foi realizada estimativa do nível de cumprimento dos critérios para grau de confiança de 95%, e verificou-se que as porcentagens de cumprimento na avaliação inicial se situaram entre 0,00% e 100,00%. Os critérios com maiores níveis de cumprimento foram C5 (100,00%) e C7 (80,40%). Por outro lado, os critérios com menor nível de cumprimento foram: C1 (8,00%), C2 (13,70%), C4 (0,00%) e C6 (8,00%) (Quadro 1). Estes critérios mais problemáticos da primeira coleta foram priorizados nas ações de intervenção realizadas.

**Reavaliação do nível de qualidade:** Observa-se que após a realização do plano de intervenção de melhoria da qualidade, houve melhorias absolutas e relativas em quase todos os critérios que tinham apresentado problemas na primeira avaliação



(Quadro 1), exceto no C7, que apresenta um número maior de não cumprimentos na reavaliação do que na primeira avaliação e o C5 que continuou com 100,00% de cumprimento. A melhoria relativa mínima foi de 6,00% para o C4, e a máxima para os critérios C2, C1 e C8 com 51,30%, 41,30% e 41,30%, respectivamente. Em relação à significância estatística, verificou-se que as melhorias do nível de qualidade foram significativas ( $p < 0,05$ ) em seis dos critérios. Visto que um dos critérios já tinham 100,00% de cumprimento na avaliação inicial, isto representa uma melhoria significativa em mais de metade do total de critérios avaliados.

Após a reavaliação, também foram calculadas as frequências absolutas, relativas e acumuladas dos não cumprimentos. Estes dados, conjuntamente com os da avaliação inicial, permitiram construir o Gráfico de Pareto antes-depois (Figura 1), no qual comparar os valores dos defeitos encontrados nas duas avaliações efetuadas. Foi possível observar que os critérios C1, C3, C4 e C6 representaram 69,80% dos casos de não cumprimentos verificados

na reavaliação, isto é, C1, C4 e C6 continuaram sendo os critérios mais problemáticos, porém todos tiveram uma melhoria significativa de cumprimentos.

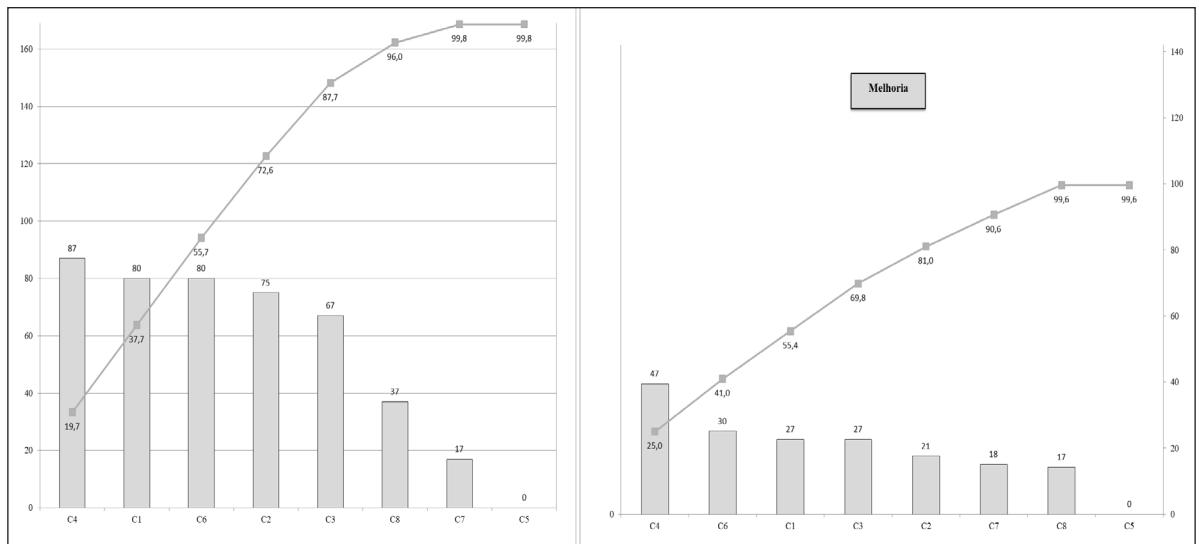
Segundo o Quadro 1 e a Figura 1 apontam, pode-se constatar que o conjunto dos oito critérios obtiveram melhoria relativa de aproximadamente 30,40% entre as avaliações. Contudo, o C4 obteve uma melhora significativamente baixa e o C7 negativa. A significação estatística da piora não foi calculada, visto que foi priorizada a sensibilidade do teste da hipótese de melhoria, com o método de análise unilateral descrito na metodologia.

Dos quatro critérios que foram considerados na primeira avaliação como sendo os “poucos vitais”, sobre os quais tiveram maior incidência as atividades de melhoria implementadas na intervenção, três tiveram redução do número de não cumprimentos na reavaliação, com exceção do C4 que teve uma melhoria relativa de 6,00%, enquanto C6, C1 e C2 tiveram uma melhoria relativa de 34,70%, 41,30% e 51,30%, respectivamente.

**Quadro 1.** Cumprimento dos critérios e efeito observado antes e depois do ciclo de melhoria no Hospital.

Critérios	1ª Avaliação		2ª Avaliação	
	p1 (IC 95%)		p2 (IC 95%)	
C1 As informações de cadastro tem data e hora do internamento; Nome completo, endereço, filiação, idade, naturalidade, ocupação, número do cartão SUS e do documento de identificação oficial, data de nascimento, telefone e assinatura do responsável.	8,00	(±5)	46,00	(±13)
C2 Os registros estão legíveis.	13,70	(±7)	58,00	(±13)
C3 Os registros estão sem rasuras.	22,90	(±8)	46,00	(±13)
C4 Todos os registros em prontuários, realizados por médicos, enfermeiros e técnicos ou auxiliares de enfermagem, contêm: identificação do profissional, data, hora e número do conselho de classe.	0,00	0,00	6,00	(±6)
C5 Os registros estão escritos com caneta de tinta na cor azul ou preta.	100,00	0,00	100,00	0,00
C6 Existe pelo menos uma evolução médica por dia contendo: hipótese diagnóstica, evolução e prescrição.	8,00	(±5)	40,00	(±13)
C7 Existe pelo menos uma evolução da enfermeira por dia.	80,40	(±8)	74,00	(±2)
C8 Existe pelo menos duas anotações de enfermagem realizada por auxiliar ou técnico de enfermagem por dia.	57,40	(±10)	76,00	(±12)
Média	36,30		55,70	

p1: cumprimento na primeira avaliação / p2= cumprimento na segunda avaliação.



**Figura 1.** Gráficos de Pareto mostrando as frequências absoluta, relativa e acumulada de não cumprimentos antes e depois da intervenção.

## DISCUSSÃO

O preenchimento adequado dos prontuários é um elemento fundamental para bom atendimento aos pacientes, permitindo comunicação efetiva entre profissionais, oferecendo mais segurança no cuidado em saúde e se torna grande aliado da equipe hospitalar em eventuais processos judiciais. Além de tudo, constitui ferramenta indispensável para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)<sup>(21)</sup>.

A melhoria percebida na reavaliação do Critério 1 sobre as informações de cadastro, na prática obteve maior evidência, tendo em vista que na primeira avaliação existia várias informações ausentes, enquanto na segunda deixava de cumprir o critério em virtude da ausência de apenas uma informação, como hora da internação, telefone ou naturalidade. Um estudo que analisou 203 prontuários, revela que dados imprescindíveis à identificação de todos os campos dos impressos, como nome completo do paciente, número do prontuário, data e hora do registro obtiverem um elevado percentual de preenchimento adequado<sup>(22)</sup>.

Com relação ao Critério 2 de legibilidade dos registros, também se obteve um grande passo na qualidade em virtude da implantação da prescrição

médica eletrônica, fato que diminuiu o risco de erros na administração de medicamentos. Pesquisa realizada em um hospital filantrópico de São Paulo, Brasil, demonstrou que após a implantação das prescrições eletrônicas, houve diminuição de 42,9% das inconsistências após dois meses e de 78% na redução das não-conformidades após quatro meses, das 34.208 prescrições avaliadas<sup>(23)</sup>. Dessa forma, é sabido que a ilegibilidade e inconsistências de informações podem dificultar a conferência correta durante a dispensação e administração medicamentosa, acarretando comprometimento na segurança do paciente e na qualidade da assistência, assim como gerar gastos adicionais à instituição<sup>(24)</sup>.

No que se refere ao Critério 3, que propõe manter os prontuários sem rasuras, apesar da melhoria absoluta de 23,1%, ainda pretende-se melhorar quesitos que não foram trabalhados, como estrutura de arquivo e intensificar e aumentar o leque de profissionais nas ações de educação permanente envolvendo também o setor administrativo. Sabendo que os registros completos facilitam a comunicação entre a equipe, possibilitam a continuidade do cuidado e resulta na qualidade da assistência, a ideia de que esses registros são apenas mais uma obrigação burocrática<sup>(25)</sup> deve ser superada suscitando a necessidade de

discussões acerca da cultura organizacional entre os profissionais, pacientes, lideranças e gestão, além da necessidade de manter monitoramento periódico dos critérios estabelecidos para progressão e efeitos comparativos.

Com relação ao Critério 4, no geral observou-se uma melhora significativa, entretanto o esquecimento de apenas um profissional em um único registro já incluía a amostra como não cumprimento do critério, isso explica o baixo índice de melhoria. Em estudo realizado em Natal<sup>(26)</sup>, foram encontradas 41,8% das não conformidades nos registros de técnicos de enfermagem, enquanto nas anotações dos enfermeiros, 61,2%, o que demonstra que apesar dos registros serem essenciais e obrigatórios, ainda são incipientes<sup>(27)</sup>.

O Critério 5, por sua vez, manteve-se com 100,00% de cumprimentos, não havendo necessidade de intervenção. A boa aplicação das normas e rotinas relacionadas aos registros em prontuário pode ser considerado um indicador de qualidade do serviço fortalecendo iniciativas de educação permanente para implementação de protocolos institucionais. Em estudo realizado em sete hospitais em New South Wales, Austrália, mais da metade dos profissionais da saúde ‘concordou fortemente’ ou ‘concordou’ que o treinamento de melhoria da prática clínica (79%) e a identificação de lacunas de evidência-prática (77%) otimizariam o uso de dados de registro<sup>(28)</sup>.

Já o Critério 6, não apresentou ausência de prescrição médica nenhum dia, porém ocasionalmente apresentava o registro apenas do diagnóstico e dias de internamento ou só da evolução, sendo necessário dar continuidade às ações de intervenção para este item. O prontuário deixa de ser um registro de informações com forte componente pertencente ao médico e à instituição, e incorpora a integração da informação, o trabalho em equipe, a multidisciplinaridade, acesso amplamente distribuído, atendendo vários fins legais e legítimos com normativas para implantação do prontuário eletrônico nos diversos serviços de saúde<sup>(29)</sup>. Um estudo que objetivou identificar os fatores de resistência dos médicos no uso do prontuário eletrônico observou-se a combinação de diferentes fatores em cada um dos profissionais, sendo os mais reconhecidos: a interferência na relação médico - paciente, uma demanda maior de tempo no início do processo, o temor ao desconhecido, falta de

adequação do sistema de trabalho, e interesses dos médicos<sup>(29)</sup>.

Um fator importante para o aumento do não cumprimento do Critério 7 de ter pelo menos uma evolução da/o enfermeira/o por dia se deve ao fato da sobrecarga de atividades deste profissional devido superlotação do hospital no período da reavaliação. A baixa qualidade nos documentos de enfermagem pode ser influenciada por fatores como alta demanda de serviços, sobrecarga de trabalho, número insuficiente de profissionais, déficit de educação permanente, desmotivação relacionada às más condições de trabalho, baixa remuneração, complexidade linguística e comunicação ineficaz da equipe<sup>(30)</sup>.

Já o critério 8 não houve ausência das duas anotações dos técnicos ou auxiliares de enfermagem por dia, em alguns registros faltava apenas uma anotação e outros a identificação do profissional. Estudo<sup>(31)</sup> afirma que a incompletude dos registros de enfermagem também é influenciada pela escassez de profissionais da enfermagem em relação ao número de pacientes, ocasionando aumento da sobrecarga de trabalho.

Os registros são fontes de comprovações dos serviços prestados pela equipe de enfermagem, de modo a assegurar e constatar a realização do cuidado e qualidade da assistência à saúde que foi oferecido. Estes profissionais devem sempre realizar suas anotações atentando-se a escrita legível, checagem correta dos horários terapêuticos, bem como, a monitorização dos horários e assinatura<sup>(32)</sup>. Estes registros possuem como finalidades apoiar o profissional ética e legalmente, expressar a assistência prestada, estimar qualitativamente o trabalho realizado pela enfermagem<sup>(33)</sup> e garantir a continuidade do cuidado individualizado definindo o foco do cuidado de enfermagem<sup>(34)</sup>.

Quanto às limitações vivenciadas durante o ciclo de melhoria, pode-se elencar: o pouco envolvimento dos profissionais durante as reuniões, correlacionar o trabalho com as atividades de coleta de dados e realização das ações de intervenção, realização de cálculos estatísticos não utilizados anteriormente, agendamento de reuniões com os profissionais, pouco tempo para realização plena das etapas do ciclo de melhoria, dentre outras. Para neutralizá-las foi utilizado ferramentas da qualidade (Técnica do Grupo Nominal, Técnica da Matriz de Priorização, Enquete sobre Causas) que permitiam maior



participação e engajamento dos profissionais, bem como utilizado vários momentos em dias distintos permitindo que a intervenção fosse realizada durante os plantões dos profissionais.

## CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo evidenciaram uma melhoria no registro em prontuários no Hospital do município de Farias Brito mostrando a eficácia da implementação do programa de qualidade, composto pelo ciclo de melhorias, planejamento e monitoramento das atividades, podendo ser reproduzido em qualquer serviço de saúde, desde a atenção básica até os serviços de alta complexidade, vinculados ao setor público ou privado.

Verificou-se que houve melhoria relativa, da maioria dos critérios, resultando em uma assistência mais segura e confiável. Apesar das iniciativas com foco na segurança do paciente, lacunas permanecem no processo de implantação, planejamento e monitoramento das ações.

## REFERÊNCIAS

- Ruschi G, Antônio F, Zandonade E, Miranda A. Qualidade dos dados de assistência pré-natal na Atenção Básica em prontuário eletrônico e relação com apoio matricial, Vitória, Espírito Santo, 2013-2014: corte transversal. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2018 [citado 2018 ago 13]; 12(39): 1-13. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmf12\(39\)1612](https://doi.org/10.5712/rbmf12(39)1612)
- Soranz D, Pinto LF, Camacho, LAB. Análise dos atributos dos cuidados primários em saúde utilizando os prontuários eletrônicos na cidade do Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2016 [citado 2018 ago 13]; 22(3): 819-830. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33142016>
- Almeida MJGG, Figueiredo BB, Salgado HC, Torturella IM. Discussão Ética sobre o Prontuário Eletrônico do Paciente. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2016 [citado 2018 ago 13]; 40(3): 521-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n3e01372015>
- Barbosa SF, Tronchin DMR. Manual de monitoramento da qualidade dos registros de enfermagem na assistência domiciliar. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 [citado 2018 ago 13]; 68(2): 253-260. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680210i>
- Melo LS, Figueiredo LS, Pereira JM, Flores PV, Cavalcanti AC. Effect of an educational program on the quality of Nursing Process recording. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2019 [citado 2021 ago 12]; 32(3): 246-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900034>
- Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-De WS et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a Revolution. *Lancet* [Internet]. 2018 [citado 2021 ago 13]; 11(6): e1196-e1252. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)
- World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development & International Bank for Reconstruction and Development. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage [Internet]. 2018 [citado 2021 ago 12]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272465>.
- Timóteo MSTBA, Dantas RAN, Costa ICS, Silva TTM, Santos KVG, Oliveira ES, et al. Implementation of improvement cycle in health records of mobile emergency prehospital care. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [citado 2021 ago 12]; 73(4): e20190049. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0049>
- Pertille F, Ascari RA, Oliveira MCB. The importance of nursing records in hospital billing. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2018 [citado 2021 nov 6]; 12(6): 1717-26. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a234419p1717-1726-2018>
- Gqaleni TM, Bhengu BR. Analysis of Patient Safety Incident reporting system as an indicator of quality nursing in critical care units in KwaZulu-Natal, South Africa. *Health SA* [Internet]. 2020 Mar 31 [citado 2021 ago 13]; 25: 1263. Disponível em: 10.4102/hsag.v25i0.1263.
- Saturno PJ, Gascon JJ. Métodos de análisis de los problemas de calidad. *Manual del Máster en gestión de la calidad en los servicios de salud*. 1ª ed. Murcia: Universidade de Murcia; 2008.
- Greg O, Louise D, Daisy G, Paul B, Frank D, David S. Standards for Quality Improvement Reporting Excellence 2.0: revised publication guidelines from a detailed consensus process. *Journal of Surgical Research* [Internet]. 2016 [citado 2021 nov 6]; 200(2): 676-682. ISSN 0022-4804. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jss.2015.09.015>
- Gama ZAS, Saturno PJ. Inspeção de boas práticas de gestão de riscos em serviços de saúde [Internet]. Natal: SEDIS-UFRN; 2017 [citado 2021 nov 6].

- ISBN 978-85-93839-25-2. Disponível em: [https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/25138/3/EBOOK\\_AGRASS.pdf](https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/25138/3/EBOOK_AGRASS.pdf)
14. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº. 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Diário Oficial da União [Internet]. 2011 Nov [citado 2021 ago 13]. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/anvisa/2011/rdc0063\\_25\\_11\\_2011.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html)
  15. Paans W, Sermeus W, Nieweg RMB, Van DSCP. D-Cath instrument: development and psychometric testing of a measurement instrument for nursing documentation in hospitals. J Adv Nurs [Internet]. 2010 [citado 2021 ago 13]; 66(6): 1388-400. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05302.x>
  16. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 345 de 02 de fevereiro de 2009. Altera a redação do item 23, letra “f”, do Manual de Procedimentos Administrativos para Registro e Inscrição dos Profissionais de Enfermagem constante da Resolução COFEN nº 291/2004. Diário Oficial da União [Internet]. 2009 2 Fev [citado 2018 ago 13]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3452009\\_4371.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3452009_4371.html)
  17. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1931 de 24 de setembro de 2009. Código de Ética Médica. Diário Oficial da União [Internet]. 2009 Set 24 [citado 2018 ago 13]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/etica-medica/codigo-2010/>
  18. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 429, de 8 de junho de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. Diário Oficial da União [Internet]. 2012 Jun 8 [citado 2018 ago 13]; Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4292012\\_9263.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4292012_9263.html)
  19. Barbetta PA. Estatística aplicada às ciências sociais. 7ª ed. Florianópolis: UFSC; 2007.
  20. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil [Internet]. 2012 [citado 2018 ago 13]. Disponível em: [https://www.academia.edu/32231809/BARBERETA\\_Estatistica\\_Aplicada\\_As\\_Ciencias\\_Sociais](https://www.academia.edu/32231809/BARBERETA_Estatistica_Aplicada_As_Ciencias_Sociais)
  21. Pereira EBF, Lima GP, Silva HAB, Teixeira KMH, Modesto BCM, Novaes MA. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem nos cuidados pós-operatórios imediatos. Rev SOBECC [Internet]. 2018 [citado 2018 ago 13]; 23(1): 21-27. Disponível em: 10.5327/Z1414-442520180010005
  22. Silva VA, Mota RS, Oliveira LS, Jesus N, Carvalho CM, Magalhães LGS. Auditoria da qualidade dos registros de Enfermagem em prontuários em um hospital universitário. Enferm foco [Internet]. 2019 Jul [citado 2021 nov 6]; 10(3): 28-33. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1049778>
  23. Souza AFF, Silveira MM, Beloni NMR. Impacto da implantação da prescrição eletrônica nas não conformidade de orescrição em um hospital filantrópico de Presidente Prudente – SP. Colloquium Vitae [Internet]. 2017 [citado 2021 nov 6]; 9: 118-121. Disponível em: <https://doi.org/10.5747/cv.2017.v09.nesp.000307>
  24. Santos PRA, Rocha FLR, Sampaio CSJC. Ações para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em unidades de ponto atendimento. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2019 [citado 2021 nov 6]; 40 (esp): e20180347. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180347>
  25. Gomes DC, Cubas MR, Pleis LE, Shmeil MAH, Peluci APVD. Terms used by nurses in the documentation of patient progress. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2016 [citado 2021 nov 6]; 37(1): e53927. Disponível em: 10.1590/1983-1447.2016.01.53927
  26. Ferreira LL, Chiavone FBT, Bezerril MS, Alves KYA, Salvador PTCO, Santos VEP. Analysis of records by nursing technicians and nurses in medical records. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020 [citado 2021 ago 17]; 73(2): e20180542. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0542>
  27. Maziero VG, Vannuchi MTO, Haddad MCL, Vituri DW, Tada CN. Quality control of patients' monitoring records in a university hospital. REME - Rev Min Enferm [Internet]. 2013 [citado 2021 ago 13]; 17(1): 165-70. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20130014>
  28. Gawthorne J, Fasugba O, Levi C, McInnes E, Ferguson C, McNeil JJ, et al. Are clinicians using routinely collected data to drive practice improvement? A cross-sectional survey, Int J Qual Health Care [Internet]. 2021 [citado 2021 nov 6]; 33(4): mzab141. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab141>
  29. Chá GMM. Historia clínica electrónica: factores de resistencia para su uso por parte de los médicos. Rev Méd Urug [Internet]. 2020 [citado 2021 nov 7]; 36(2): 122-143. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.29193/rmu.36.2.6>
  30. Magalhães AM, Dall'Agnol CM, Marck PB.

- Nursing workload and patient safety - a mixed method study with an ecological restorative approach. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2013 [citado 2021 nov 6]; 21(spec): 146-54. Disponível em: 10.1590/S0104-11692013000700019
31. Silveira LL, Almeida MA, Silva MB, Nomura ATG. Nursing registries of educational actions for patients submitted to hip arthroplasty. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2015 [citado 2021 nov 6]; 17(4): 1-8. Disponível em: 10.5216/ree.v17i4.31636
  32. Seignemartin A, Jesus RL, Vergílio MSTG, Silva EM. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem no pronto atendimento de um hospital escola. *Rev Rene* [Internet]. 2013 [citado 2018 ago 13]; 14(6): 1123-32. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3724/2944>
  33. Pertille F, Ascari RA, Oliveira MCB. The importance of nursing records in hospital billing. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2018 [citado 2021 ago 13]; 12(6): 1717-26. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a234419p1717-1726-2018>
  34. Barbosa SF, Tronchin DMR. Manual for monitoring the quality of nursing home care records. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 [citado 2021 ago 13]; 68(2): 253-60. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680210i>