

Indicadores de qualidade da documentação do processo de enfermagem na prática clínica

Quality indicators of the nursing process documentation in clinical practice

Indicadores de documentación de calidad del proceso de enfermería en la práctica clínica

Oswalcir Almeida de Azevedo^I

ORCID: 0000-0001-7466-6284

Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz^{II}

ORCID: 0000-0003-1373-409X

^ICentro Universitário Adventista de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{II}Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Azevedo OA, Cruz DALM. Quality indicators of the nursing process documentation in clinical practice. Rev Bras Enferm. 2021;74(3):e20201355.

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1355>

Autor Correspondente:

Oswalcir Almeida de Azevedo
E-mail: oswalcir@terra.com.br



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Mirty Reichembach

Submissão: 08-01-2021

Aprovação: 05-03-2021

RESUMO

Objetivos: propor indicadores de qualidade da documentação clínica de enfermagem. **Métodos:** estudo metodológico em que revisão da literatura norteou a composição de um instrumento de avaliação da documentação de enfermagem. Dois profissionais independentes avaliaram 204 prontuários de pacientes adultos. A análise dessa avaliação gerou indicadores de qualidade da documentação clínica de enfermagem. A concordância interavaliadores foi analisada pelo kappa de Cohen. **Resultados:** a revisão bibliográfica, análise pelos especialistas e pré-teste originaram 88 itens de avaliação distribuídos em sete tópicos; em 88,5% dos itens, observou-se concordância interavaliadores entre forte e quase perfeita ($k=0,61-1,0$). Análises das avaliações geraram um indicador global e sete indicadores parciais de qualidade da documentação. A conformidade nos dois serviços variou entre 62,3% e 93,4%. O indicador global mostrou diferença de 2,1% entre os serviços. **Conclusões:** foram propostos sete indicadores de qualidade da documentação clínica de enfermagem e seu método de aplicação em prontuários hospitalares.

Descritores: Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Documentação; Processos de Enfermagem; Registros de Enfermagem; Pesquisa Metodológica em Enfermagem.

ABSTRACT

Objectives: to propose quality indicators for clinical nursing documentation **Methods:** methodological study in which literature review guided the composition of an instrument for evaluating nursing documentation. Two independent professionals evaluated 204 medical records of adult patients. The analysis of this assessment generated quality indicators for clinical nursing documentation. Inter-rater agreement was analyzed by Cohen's kappa. **Results:** the bibliographic review, analysis by experts and pre-test resulted in 88 evaluation items distributed in seven topics; in 88.5% of the items, inter-rater agreement between strong and almost perfect ($k=0,61-1,0$) was observed. Analysis of the evaluations generated a global indicator and seven partial indicators of documentation quality. Compliance in the two services ranged between 62.3% and 93.4%. The global indicator showed a 2.1% difference between services. **Conclusions:** seven quality indicators of clinical nursing documentation and their method of application in hospital records have been proposed.

Descriptors: Quality Indicators, Health Care; Documentation; Nursing Process; Nursing Records; Nursing Methodology Research.

RESUMEN

Objetivos: proponer indicadores de calidad de la documentación clínica de enfermería. **Métodos:** estudio metodológico en que revisión de literatura orientó la composición de instrumento de evaluación de la documentación de enfermería. Dos profesionales independientes evaluaron 204 prontuarios de pacientes adultos. Análisis de esa evaluación generó indicadores de calidad de la documentación de enfermería. La concordancia interevaluadores fue analizada por Kappa de Cohen. **Resultados:** revisión bibliográfica, análisis por especialistas y pretest originaron 88 ítems de evaluación distribuidos en siete tópicos; en 88,5% de los ítems, observó concordancia interevaluadores entre fuerte y casi perfecta ($k=0,61-1,0$). Análisis de las evaluaciones generaron un indicador global y siete indicadores parciales de calidad de la documentación. La conformidad en los dos servicios varió entre 62,3% y 93,4%. Indicador global mostró diferencia de 2,1% entre los servicios. **Conclusiones:** fueron propuestos siete indicadores de calidad de la documentación de enfermería y su método de aplicación en prontuarios hospitalarios.

Descritores: Indicadores de Calidad de la Atención de Salud; Documentación; Procesos de Enfermería; Registros de Enfermería; Investigación Metodológica em Enfermería.

INTRODUÇÃO

A evolução do processo assistencial com a utilização do Processo de Enfermagem (PE) em diferentes cenários no mundo culminou com o advento da padronização das linguagens de enfermagem para os diagnósticos, intervenções e resultados, por entidades internacionais como: *NANDA International Nursing Diagnosis* (NANDA-I)⁽¹⁾; *Nursing Intervention Classification* (NIC)⁽²⁾ e *Nursing Outcomes Classification* (NOC)⁽³⁾, entre outras. Isso promoveu modificações no PE e atualização dos conceitos envolvidos⁽⁴⁾, compreendendo hoje as fases: avaliação de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; prescrição de enfermagem; evolução de enfermagem; e resultados do paciente sensíveis à enfermagem⁽⁵⁾.

Garcia⁽⁶⁾ identifica o PE como o “eixo fundante e estruturante” da sistematização da assistência de enfermagem. Suas diversas fases são registradas em impressos que integram o prontuário do paciente, e esses registros servem a diferentes finalidades: respaldar ética e legalmente o profissional, expressar a assistência prestada, estimar qualitativamente o trabalho desenvolvido pela enfermagem⁽⁷⁾; monitorar a qualidade do cuidado, estabelecer uma comunicação estruturada entre profissionais de saúde; garantir a continuidade do cuidado individualizado e definir o foco da assistência de enfermagem^(5,8); ou ainda ajudar a explicar a duração da internação e os custos hospitalares⁽⁷⁾.

Uma documentação adequada deve conter cinco elementos principais: informação pessoal do paciente com descrição dos dados admissionais tomados na entrevista; diagnósticos de enfermagem completos; intervenções planejadas e implementadas; registro dos resultados; ser precisa, completa e legível^(5,9). Para avaliar a qualidade da documentação do PE e assegurar a comparabilidade das avaliações, é preciso dispor de ferramentas que avaliem os registros de suas várias fases.

Registros de enfermagem de baixa qualidade podem apontar graves problemas, repercutindo diretamente na qualidade da assistência e na segurança do paciente, envolvendo não apenas os profissionais da prática assistencial, mas também gestores, órgãos de classe, pesquisadores e docentes⁽¹⁰⁾.

Uma maneira de obter registros mais fidedignos é utilizar instrumentos que avaliem o seu conteúdo e identifiquem com clareza os pontos frágeis. Essa identificação pode ser conseguida empregando indicadores. O uso de indicadores de qualidade que descrevam o tipo de desempenho esperado permite quantificar resultados e planejar ações tendo como base evidências pautadas em dados válidos e confiáveis⁽¹¹⁾. Um indicador é “um aspecto quantificável específico de um resultado ou processo”⁽¹²⁾, uma medida que reflete uma dada situação⁽¹³⁾, podendo ser empregado para respaldar ações que promovam melhoria na documentação de enfermagem.

Um indicador que avalie os registros de enfermagem existentes no prontuário pode orientar o enfermeiro a documentar as atividades assistenciais seguindo as boas práticas internacionais e a regulamentação nacional para o registro⁽⁵⁾. A compreensão de que o registro “promove a comunicação efetiva entre os cuidadores, facilitando a continuidade e individualidade do cuidado”⁽⁸⁾ motivou a realização deste estudo. Embora haja centenas de indicadores em uso na área da saúde e da enfermagem, uma

revisão inicial da literatura constatou ausência de indicadores de qualidade da documentação clínica de enfermagem mantida no prontuário do paciente, concernente às etapas do PE. O estudo realizado culminou no desenvolvimento de indicadores de qualidade que possibilitam uma análise detalhada da documentação clínica de enfermagem em prontuários.

OBJETIVOS

Propor indicadores de qualidade da documentação clínica de enfermagem.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) antes da participação dos especialistas e da coleta em prontuários. A dispensa da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi concedida por se tratar de pesquisa documental conduzida após a alta dos pacientes. O Termo de Confidencialidade foi assinado por todos que manusearam os prontuários, oficializando o compromisso com o sigilo.

Desenho, período e local do estudo

Trata-se de estudo metodológico que adotou os procedimentos de elaboração de escalas propostos por Pasquali⁽¹⁴⁾, organizados em três polos (teórico, empírico e analítico), e a estrutura das fases do Processo de Enfermagem, para o desenvolvimento de um conjunto de indicadores da qualidade da documentação de enfermagem encontrada no prontuário do paciente. Estudos metodológicos são utilizados quando se busca tratar do desenvolvimento de novos instrumentos e métodos de pesquisa⁽¹⁵⁾. Este trabalho, compreendendo os polos teórico, empírico e analítico, foi realizado entre fevereiro de 2014 e dezembro de 2019.

O teste do Instrumento de Avaliação da Documentação Clínica de Enfermagem (IADOCE) foi conduzido em duas instituições hospitalares localizadas no município de São Paulo: uma privada, de médio porte, onde todas as etapas do PE estavam implantadas há cerca de três anos, que oferecia atendimento a pacientes conveniados; a outra, um hospital público de grande porte, onde o PE estava implantado há mais de 30 anos⁽⁵⁾.

Amostra

Foram utilizados 204 prontuários de pacientes adultos hospitalizados no ano de 2013, com período de internação igual ou superior a quatro dias, para que fosse possível analisar os registros de enfermagem de três datas do período de hospitalização: entrada; central do período de internação; e saída do sistema de cuidados. Todos os registros de enfermagem na instituição particular estavam digitalizados; e, na pública, as anotações e evoluções eram manuscritas. Em ambas, os prontuários eram em papel⁽⁵⁾.

Protocolo do Estudo

Etapa Teórica

Foram adotados: o processo de enfermagem⁽¹⁶⁾ como o reservatório de princípios teóricos para a definição dos atributos dos registros clínicos de enfermagem contidos no prontuário⁽⁵⁾; e a Teoria Clássica dos Testes⁽¹⁴⁾, por ter como um dos seus princípios centrais a preocupação em verificar se determinado objeto possui um grupo de características-alvo predefinidas⁽¹⁷⁾.

Três procedimentos foram realizados na fase teórica: a geração de itens, a análise de conteúdo e a análise semântica⁽⁵⁾.

A *geração de itens* ocorreu com base em uma revisão da literatura que identificou as características da documentação a serem avaliadas. A busca foi realizada nas bases informacionais PubMed, CINAHL, Cochrane, Ovid e SciELO com as palavras-chaves: documentação, processos de enfermagem, registros de enfermagem, indicadores e medidas de resultados. O material coletado foi analisado pelos pesquisadores de forma independente, unificando conteúdos considerados redundantes e estabelecendo categorias ou conceitos capazes de reunir uma série de características do registro⁽⁵⁾. Cada característica singular e observável do registro foi considerada para constituir um *item* de avaliação da documentação⁽¹⁴⁾; e os conceitos/categorias que agregavam vários itens foram denominados *tópicos de conteúdo*.

Após a fase de delimitação dos itens e tópicos de conteúdo, procedeu-se à elaboração das definições conceitual e operacional dos tópicos de conteúdo. Entende-se por *definição conceitual* aquela que é construída tendo por alicerce outros conceitos, em termos de realidades abstratas; *definição operacional* é "aquela que descreve em termos quantificáveis aquilo que se quer medir e estabelece os passos a serem dados para obtenção da medida"⁽¹²⁾. As definições conceituais das fases do PE foram elaboradas com apoio da literatura especializada; e as operacionais, com documentos de entidades profissionais de enfermagem no Brasil e no exterior. Os demais tópicos tiveram suas definições elaboradas de acordo com o sentido ou aplicação profissional dos termos.

A *análise de conteúdo* baseou-se na opinião de especialistas que estabeleceram a pertinência dos tópicos de conteúdo e dos itens^(14,17). Estudos anteriores sugerem grupos de 3 a 12 profissionais para essa análise⁽⁸⁻⁹⁾. O grupo de especialistas foi constituído por cinco integrantes (mestres e doutores) com tempo médio de experiência superior a dez anos em documentação do PE e que participavam há mais de três anos em um grupo de estudos em diagnósticos de enfermagem, estando habituados a tomar decisões consensuais. Os especialistas analisaram inicialmente os tópicos de conteúdo e suas definições conceituais e operacionais em relação à sua pertinência (adequação aos princípios teóricos do PE) e clareza (a possibilidade de um avaliador julgar se os registros apresentam elementos do tópico em questão). Em seguida, foram analisadas a pertinência, clareza e abrangência dos itens: pertinência avalia se o item é consistente com o atributo a ser analisado; clareza verifica se o enunciado é de fácil compreensão; e a abrangência verifica a possibilidade de utilização do item para a análise dos registros clínicos de enfermagem em diferentes espaços da prática⁽⁵⁾.

Na *análise semântica*, o foco foi a adequação dos enunciados dos tópicos de conteúdo e dos itens em termos de clareza e

elegância⁽⁵⁾. Nessa fase, os mesmos especialistas buscaram assegurar a inteligibilidade ou compreensão dos itens⁽¹⁴⁾. As alterações sugeridas na redação e as inclusões de novos itens foram discutidas e incorporadas quando houve consenso, assegurando a validade aparente do conjunto de tópicos e itens^(14,17).

Após finalizar o trabalho com os especialistas, oito alunos concluintes da graduação em enfermagem e dois enfermeiros recém-graduados (estrato menos hábil), sem trocar informações, opinaram sobre a facilidade de compreensão e cobertura dos itens⁽¹⁷⁾; esse grupo não sugeriu modificações.

Os tópicos de conteúdo e respectivos itens, desenvolvidos nas etapas anteriores, originaram um instrumento impresso para coletar dados da documentação clínica de enfermagem de prontuários de pacientes hospitalizados, denominado "Instrumento para Avaliação da Documentação Clínica de Enfermagem - IADOCE", composto por sete tópicos de conteúdo: avaliação de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem, anotações de enfermagem, identificação do paciente e características gerais do registro⁽⁵⁾.

Etapa empírica

A fim de testar a confiabilidade do instrumento, foi utilizada como estratégia de coleta de dados a avaliação inter pares. Cada prontuário, selecionado randomicamente, foi analisado por dois enfermeiros de forma independente, considerando os registros de três momentos distintos do período de internação: data de ingresso no sistema, data central do período de permanência na instituição e data de saída. Os avaliadores verificaram a presença e a conformidade do registro com os critérios definidos em cada item do IADOCE, que poderia ser avaliado como: ausente (0 ponto); parcial ou incompleto (1 ponto); completo (2 pontos); não aplicável (NA). Cada resultado foi anotado no campo correspondente, ao lado do respectivo item⁽⁵⁾.

A etapa empírica iniciou com um pré-teste, sendo o IADOCE utilizado na avaliação de dez prontuários selecionados randomicamente, por dois enfermeiros que atuaram de modo independente. Como resultado, em cinco dos sete tópicos de conteúdo, foram redistribuídos os itens de identificação do executor do registro. Esses tópicos foram reordenados considerando a sequência das fases do PE e foram inseridos campos para anotação das observações referentes aos três momentos do registro em uma mesma folha, de modo a facilitar a coleta e tabulação dos dados (Quadro 1). Os dados do pré-teste não foram incluídos nos resultados finais.

Após os ajustes decorrentes do pré-teste, 204 prontuários foram analisados pelos mesmos enfermeiros, considerando os três momentos definidos: entrada, meio e saída do sistema de cuidados.

Análise dos resultados e estatística

A etapa analítica utilizou o kappa de Cohen e o intervalo de confiança 95% (IC95%) para estimar a confiabilidade interavaliadores; o percentual de conformidade foi utilizado para analisar a conformidade dos registros com os critérios dos indicadores. Essa análise representa a consistência de desempenho ou o grau de concordância na pontuação atribuída por diferentes avaliadores ao mesmo objeto. Um instrumento confiável resultará em

medidas muito próximas ou iguais quando aplicado à mesma situação em momentos ou por avaliadores diferentes^(5,18). O valor de kappa igual a 1,00 representa maior concordância possível entre avaliadores⁽¹⁷⁾. Como os dois avaliadores analisaram os mesmos prontuários, o esperado eram índices elevados de concordância interpares.

O conjunto de indicadores de qualidade da documentação clínica de enfermagem derivou dos dados obtidos com o IADOCE e dos procedimentos teóricos envolvidos no seu desenvolvimento. Os indicadores propostos foram aplicados aos dados dos dois locais de estudo como exemplo.

Por não haver diretrizes específicas para relato de estudos de desenvolvimento de instrumentos, este relato foi, sempre que pertinente, orientado pelo *Guidelines for Reporting Reliability and Agreement Studies* (GRRAS)⁽¹⁹⁾.

RESULTADOS

Os resultados apresentados representam parte dos estudos desenvolvido no programa de doutorado em saúde do adulto (PROESA) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo⁽⁵⁾.

Geração de itens – A revisão arrolou 316 conceitos e características potencialmente relevantes para avaliação da documentação clínica de enfermagem. Uma análise realizada de forma independente pelos autores definiu quais teriam aplicação ao contexto da análise documental e quais não. Desta análise, resultou a exclusão de 191 itens, a maioria por duplicidade, mantendo-se 125 (39,6%). Nessa fase, surgiam dois grupos de atributos do registro: os tópicos de conteúdo e os itens. Tópicos de conteúdo: conceitos que agregam várias características do registro. Itens: descrições de características específicas da documentação clínica.

Análise de conteúdo – As definições conceituais e operacionais propostas foram analisadas pelo comitê de especialistas, que, ao concluir os trabalhos, manteve oito tópicos com suas definições conceituais e operacionais revistas, complementadas e aprovadas por consenso. A exclusão de tópicos de conteúdo resultou em realocação e retirada de itens, reduzindo-os a 74.

Análise semântica – Esta análise resultou em: alteração do título do tópico “Características do registro” para “Características Gerais do registro”; inclusão de itens; adequação redacional de itens; aprimoramento da clareza dos termos usados; exclusão de dois itens — um do tópico CR (Item: o registro apresenta linguagem clara) e outro do tópico IP (Item: a documentação de enfermagem permite identificar a que paciente as informações se referem), por entender que repetiam informações já abordadas. O produto obtido originou a primeira versão do Instrumento de Avaliação da Documentação Clínica - IADOCE, o qual foi avaliado por oito graduandos e dois enfermeiros recémformados, representando o estrato menos hábil da população-alvo, que não sugeriu modificações.

Instrumento de Avaliação da Documentação Clínica de Enfermagem

O processo de revisão realizado pelos especialistas e o pré-teste modificaram os itens e tópicos inicialmente sugeridos. Na primeira apresentação aos especialistas, o instrumento contava 74

itens. Os trabalhos de análise de conteúdo/semântica resultaram em 81 itens. O instrumento, então com 81 itens, foi submetido ao pré-teste, após o que passou a contar com 88 itens devido a alterações incluindo itens de identificação do profissional nos tópicos documentados em impressos separados: avaliação de enfermagem, diagnósticos, prescrições, evoluções e anotações. Um modelo de um tópico é mostrado ao leitor, no Quadro 1, em que se vê o título do tópico, os itens de avaliação, os escores e o local para registro das avaliações. A área sombreada indica que, para estes itens, não está prevista condição de não aplicabilidade.

Quadro 1 – Instrumento de Avaliação da Documentação Clínica de Enfermagem — seção correspondente ao tópico Identificação do Paciente

Tópico de conteúdo: Identificação do Paciente (IP)		Entrada				Meio				Saída			
Itens de avaliação		0	1	2	NA	0	1	2	NA	0	1	2	NA
IP1	A documentação de enfermagem informa o nome completo do paciente.												
IP2	A documentação de enfermagem informa a data de nascimento ou a idade do paciente.												
IP3	A documentação de enfermagem informa o sexo do paciente.												
IP4	A documentação de enfermagem informa o número de registro único do paciente para o sistema de cuidado.												

Nota – Entrada – data de entrada no sistema de cuidado; Meio – data central do período de internação; Saída – data da saída do sistema de cuidado; NA – Não se aplica.

Para orientar o registro da avaliação da documentação, foram criadas as diretrizes de uso do IADOCE, buscando reduzir possíveis inconsistências decorrentes da interpretação do item ou do modo de anotar a resposta; serviram ainda para balizar os conceitos envolvidos na análise da documentação. Cada item foi analisado em termos das possibilidades do registro; e também foi indicado como pontuar a avaliação em cada situação, como se vê no modelo, no Quadro 2, que apresenta apenas um item do tópico. Cada um dos 88 itens conta com diretrizes para orientar a avaliação dos registros.

Quadro 2 – Diretrizes para preenchimento do Instrumento de Avaliação da Documentação Clínica de Enfermagem

DIRETRIZES PARA PREENCHIMENTO DO IADOCE		
Tópico de conteúdo: Avaliação de Enfermagem (AE) na admissão do paciente		Orientações aos avaliadores
Itens de análise		
AE1	A avaliação de enfermagem é documentada no prazo adequado.	0 – não há registro da AE; 1 – o registro da AE foi feito depois das primeiras 24 horas da entrada no sistema de cuidados, ou não é possível identificar quando foi feito; 2 – o registro da AE foi feito dentro das primeiras 24 horas da entrada no sistema de cuidados.

Nota: IADOCE – Instrumento de Avaliação da Documentação Clínica de Enfermagem.

O IADOCE foi aplicado por dois avaliadores independentes que avaliaram 204 prontuários, sendo 101 no hospital A e 103 no B. De cada prontuário, foram avaliados os registros de três datas, a saber: a de ingresso no sistema de cuidados, a da metade do período de permanência e a de saída do sistema, correspondendo à documentação de enfermagem referente a 612 dias de internação. Os prontuários analisados eram de pacientes admitidos em unidades de internação de adultos; destes, 62,7% eram mulheres; a média geral de idade foi de 56,2 anos; 64,7% eram para tratamentos clínicos; e o tempo médio de internação nessa amostra foi de 10,5 dias.

O tempo médio despendido para avaliar a documentação foi de 48 minutos por prontuário, correspondendo a 16 minutos por data da documentação de enfermagem analisada.

A Tabela 1 sintetiza os dados referentes à concordância interavaliadores calculada pelo kappa de Cohen (*k*), para cada tópico de conteúdo deste estudo. Os resultados são analisados obedecendo aos critérios de interpretação dos valores de *k* propostos por Landis e Koch⁽²⁰⁾, que sugerem uma interpretação conforme os valores expressos na tabela, sendo a concordância insignificante correspondente a valores de *k* < 0,20 e quase perfeita se *k* ≥ 0,81.

Na Tabela 1, observa-se que, para 88,5% dos itens, a concordância interavaliadores foi forte ou quase perfeita.

A utilização do IADOCE testou sua aplicabilidade e verificou os resultados numa situação real de avaliação da documentação para a qual foi criado, buscando identificar semelhanças e diferenças nos registros de enfermagem em duas instituições com características diversas.

Cada tópico de conteúdo foi considerado um indicador composto pelos seus respectivos itens que passam a ser denominados "critérios". Obtivemos, portanto, sete indicadores parciais de

qualidade da documentação clínica, entre os quais se distribuem 88 critérios.

Um indicador de qualidade da documentação clínica expressa o grau de conformidade da documentação com os critérios a ele correspondentes. Para o cálculo dos indicadores, é necessário considerar o número de dias em que cada critério é pontuado no IADOCE. A pontuação máxima depende do número de dias em que seus critérios podem ser avaliados.

A pontuação máxima estabelecida para cada critério foi 2 pontos, e cada indicador deve ser aplicado entre um dia (AE) até três dias (os demais indicadores). A possibilidade da ocorrência de critérios não aplicáveis tem implicação no cálculo dos indicadores. Havendo critérios "não aplicáveis", as pontuações máximas serão afetadas subtraindo-se 2 pontos para cada critério não aplicável. Para permitir comparações e facilitar as interpretações, o grau de conformidade do que é observado com o indicador correspondente deve ser calculado em termos de proporção, de modo que os critérios "não aplicáveis" não falseiem os valores calculados. As células sombreadas (Quadro 1) e sem um valor representam ausência de pontuação a ser atribuída ou computada.

As definições relevantes para os indicadores de qualidade da documentação clínica de enfermagem são: o indicador global de qualidade da documentação clínica de enfermagem (IQDC_{global}) representa o grau da conformidade dos registros clínicos de enfermagem com critérios recomendados, por órgãos de regulação da prática e pela literatura especializada nacional e internacional, como boas práticas do registro clínico no prontuário do paciente. Ele é expresso em porcentagem, correspondendo à média dos indicadores parciais de qualidade da documentação clínica de enfermagem.

Tabela 1 – Frequência de graus de concordância inter pares segundo tópicos de conteúdo e momento da avaliação da documentação clínica de enfermagem, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2015

Tópicos de Conteúdo**	Mto.**	Graus de concordância de Landis e Koch ⁽²⁰⁾					Total
		Quase Perfeito (0,81-1,00)	Forte (0,61-0,80)	Moderado (0,41-0,60)	Mediano (0,21-0,40)	Insignificante (0,0-0,20)	
AE	e	15	2	-	-	-	17
IP	e	4	-	-	-	-	4
	m	1	3	-	-	-	4
	s	2	2	-	-	-	4
DE	e	7	3	2	-	-	12
	m	11	1	-	-	-	12
	s	11	1	-	-	-	12
PE	e	9	3	1	1	-	14
	m	7	7	-	-	-	14
	s	10	3	1	-	-	14
EE	e	13	-	-	-	-	13
	m	10	2	1	-	-	13
	s	10	2	1	-	-	13
CR	e	5	1	1	2	-	9
	m	5	-	3	1	-	9
	s	6	1	2	-	-	9
AT	e	2	4	2	1	-	9
	m	2	3	3	-	-	8
	s	10	6	2	-	-	18
Total	n	140	44	19	5	-	208
	%	67,3	21,2	9,1	2,4	-	100,0

Nota: *Tópicos de conteúdo: AE – Avaliação de enfermagem; IP – Identificação do paciente; DE – Diagnósticos de enfermagem; PE – Prescrição de enfermagem; EE – Evolução de enfermagem; CR – Características gerais do registro; AT – Anotações de enfermagem; **Mto. – momento; e – entrada; m – meio; s – saída.

A fórmula para calcular o indicador global de qualidade da documentação clínica de enfermagem (IQDC_{Global}) é:

$$IQDC_{Global} = [(IQDCAE + IQDCIP + IQDCDE + IQDCPE + IQDCEE + IQDCCR + IQDCAT) : 7] \times 100$$

Fórmula geral para calcular os indicadores parciais de qualidade da documentação clínica:

$$IQDC_{Parcial} = [B / ((D \times C) - (A \times 2))] \times 100$$

A – número de critérios com avaliação não se aplica (N/A); B – soma dos pontos obtidos nos critérios aplicáveis; C – Total de prontuários analisados; D – total de pontos atribuíveis para o tópico de conteúdo de interesse (AE, IP, DE, PE, EE, CR, AT).

Tabela 2 – Indicador global de qualidade da documentação clínica de enfermagem (IQDC_{Global}) calculado para o conjunto de indicadores deste estudo, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2019

Indicador	Instituição A	Instituição B
Avaliação de enfermagem - IQDC-AE	82,40	73,74
Identificação do paciente - IQDC-IP	87,71	84,23
Diagnósticos de enfermagem - IQDC-DE	62,33	74,97
Prescrição de enfermagem - IQDC-PE	75,31	80,10
Evolução de enfermagem - IQDC-EE	79,95	82,03
Características gerais do registro - IQDC-CR	93,48	72,18
Anotações de enfermagem - IQDC-AT	76,99	76,09
IQDC-Global	79,74	77,62

Nota: IQDC – indicadores de qualidade da documentação clínica de enfermagem.

Os resultados sintetizados na Tabela 2 mostram que os IQDCs-Global das duas instituições foram muito próximos, apesar de os graus de conformidade em ambas terem variado substancialmente segundo os critérios de cada indicador e IQDCs parciais.

DISCUSSÃO

Este estudo foi conduzido com o intuito de desenvolver um indicador (uma medida) para avaliar a qualidade da documentação clínica de enfermagem arquivada em prontuários⁽²¹⁻²³⁾; e com o apoio da literatura especializada^(16,24-25).

Na enfermagem, os indicadores têm sido utilizados para monitorar a assistência, indicar falhas nos processos de trabalho, avaliação e melhoria da assistência⁽²⁶⁾ na descrição de um problema, na avaliação de mudanças e tendências⁽²⁷⁾ ou, ainda, para promover a segurança do paciente⁽²⁸⁾.

Desenvolver indicadores da documentação compartilháveis entre setores e tipos de atendimento facilita o monitoramento da conformidade dos serviços com as exigências formais de documentação do PE⁽²⁹⁾, sendo a documentação da assistência de enfermagem fundamental por facilitar a comunicação interprofissional⁽⁷⁻⁸⁾.

O emprego dos instrumentos de medida e indicadores depende da facilidade de sua aplicação⁽¹²⁾, da carga administrativa prevista e da facilidade de compreensão e interpretação por especialistas⁽³⁰⁾. Com 88 itens, o IADOCE pode ser considerado um instrumento longo, mesmo estando dividido em sete tópicos.

Após a aplicação, foram identificadas possibilidades de redução dos itens, como no caso dos quatro itens de identificação profissional, que podem ser reduzidos a dois: um sobre a assinatura e outro sobre o carimbo do profissional, uma vez que a Resolução COFEN 0545/2017⁽³¹⁾ estabelece uso obrigatório do carimbo, o qual deve conter nome completo, categoria profissional e número do registro profissional. Com essa alteração, 12 itens seriam removidos, restando 76 (redução de 13,6%), o que facilitaria a aplicação sem reduzir a qualidade da análise documental.

A avaliação da concordância interpares ao aplicar o IADOCE procurou averiguar os níveis de semelhança de respostas entre dois avaliadores, fornecendo evidências sobre a confiabilidade da medida⁽¹⁵⁾. Na síntese das avaliações apresentada na Tabela 1, observa-se que, das 208 averiguações realizadas — compreendendo as datas de entrada, meio e saída do sistema —, em 88,5%, os valores de kappa mostraram concordância entre forte e quase perfeita (0,61 a 1,00). Alguns critérios obtiveram percentuais baixos de conformidade. Esses resultados podem ter ocorrido devido aos termos utilizados, à descrição do critério ou à abordagem dos registros. Também deve-se considerar a possibilidade de haver erros de medição decorrentes de: contaminantes situacionais como horário do dia, temperatura e iluminação; fatores pessoais como fome, cansaço, interesse; questões administrativas; decisões precipitadas⁽¹⁵⁾; e, ainda, subjetividade das informações a serem avaliadas, efeito de acomodação aos fatos observados alterando o julgamento⁽¹⁸⁾.

Limitações do estudo

Podem ser consideradas como limitações do estudo: serem necessários três dias de internação para uma utilização completa do IADOCE e dos IQDCs a fim de contar com um maior número de registros, cobrindo os eventos mais críticos da documentação; avaliações por blocos de conteúdo contemplando as fases do PE não informam sobre o local exato onde as falhas documentais ocorrem; a aplicação dos instrumentos (IADOCE e IQDC) foi realizada apenas em registros hospitalares onde é mais frequente encontrar todas as fases do PE documentadas⁽²⁹⁾.

Contribuições para a Área

Os resultados do estudo permitem vislumbrar como possibilidades de aplicação dos indicadores: direcionamento da capacitação da equipe de enfermagem para em um registro mais completo das ações realizadas nas diferentes etapas do PE; realização de pesquisas sobre as atividades desenvolvidas pela enfermagem; maior aporte de recursos para a instituição pela redução das glosas feitas pela auditoria das instituições pagadoras das contas hospitalares. Os indicadores poderão, ainda, ser utilizados como recurso educacional no treinamento de estudantes de Enfermagem para os registros relativos ao PE.

CONCLUSÕES

O estudo possibilitou o desenvolvimento e validação de sete indicadores de qualidade da documentação clínica de enfermagem (IQDC), formulados para avaliar os registros das etapas do processo de enfermagem e outros dois conjuntos de características

do registro documentado no prontuário clínico, em diferentes momentos da internação. Sua utilização foi testada por meio da avaliação de prontuários clínicos conduzida mediante estimativa dos percentuais de conformidade entre os registros avaliados, em que foram constatados mais de 70% de conformidade entre os registros documentais e os critérios dos indicadores propostos.

Os indicadores foram propostos com base no Instrumento de Avaliação da Documentação Clínica de Enfermagem (IADOCE), validado por especialistas mediante consenso, cuja confiabilidade foi estabelecida pelos valores de concordância interavaliadores estimada pelo kappa de Cohen. Tais valores mostraram que 88,5% das avaliações realizadas apresentaram concordância entre forte e quase perfeita, com os valores de k entre 0,61 e 1,00,

bem como demais valores de k entre 0,21 e 0,60, o que permite afirmar tratar-se de um instrumento confiável.

Esses instrumentos e métodos testados em prontuários hospitalares podem ser refinados em novos testes e orientar o desenvolvimento de indicadores para avaliar a documentação clínica de enfermagem em outros ambientes de cuidado.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), financiadora do programa de doutorado (PROESA, EE-USP), em que este estudo foi desenvolvido - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1. Heather HT, Kamitsuru S. Nursing diagnoses: definitions and classification 2018-2020. 11th ed. New York: Thieme Publishers; 2018.
2. Butcher KH, Bulechek MG, Dochterman MJ, Wagner MC. Nursing intervention classification (NIC). 7th ed. St. Louis: Elsevier; 2018.
3. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas, LM. Nursing outcomes classification (NOC). 6th ed. St. Louis: Elsevier; 2018.
4. Carvalho EC, Cruz DALM, Herdman TH. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(n. esp):134-41. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700017>
5. Azevedo OA de, Cruz DALM. Documentação do processo de enfermagem na prática clínica: construção de indicadores [Tese] [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 17]. Available from: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-24022021-112410/>
6. Garcia TR. Systematization of nursing care: substantive aspect of the professional practice. *Esc Anna Nery.* 2016;20(1):5-10. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160001>
7. Pertille F, Ascari RA, Oliveira MCB. The importance of nursing records in hospital billing. *Rev Enferm UFPE.* 2018;12(6):1717-26. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a234419p1717-1726-2018>
8. Barbosa SF, Tronchin DMR. Manual for monitoring the quality of nursing home care records. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(2):253-60. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680210i>
9. Paans W, Sermeus W, Nieweg RMB, Van der Schans CP. D-Cath instrument: development and psychometric testing of a measurement instrument for nursing documentation in hospitals. *J Adv Nurs.* 2010;66(6):1388-400. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05302.x>
10. 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.* 2019;32(3):246-53. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900034>
11. Hinrichsen SL, Hinrichsen PEG, Vilella TAS, Oliveira CLF, Campos M, Sabino G, et al. Seleção de indicadores assistenciais para o monitoramento da qualidade em saúde. São Paulo: *Rev Adm Saúde* [Internet]. 2011 [cited 2020 Dec 17];13(53):199-206. Available from: https://cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=122
12. Lloyd RC. Quality health care: a guide to developing and using indicators. 2nd ed. Boston: Jones and Bartlett; 2019.
13. Pan American Health Organization (PAHO). Health Indicators: conceptual and operational considerations [Internet]. Washington, DC: PAHO; 2018 [cited 2020 Dec 17]. Available from: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49056/09789275120057_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y
14. Pasquali L. Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis: Vozes; 2011.
15. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
16. Cianciarullo TI, Melleiro MM, Gualda DMR, Anabuki MH. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. 5ª ed. São Paulo: Ícone; 2012.
17. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. Measurement in nursing health research. 4a ed. New York: Springer Publishing Co.; 2010.
18. Souza AC, Alexandre NMC, Girardello EB. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiol Serv Saude.* 2017;26(3):649-59. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022>
19. Kottner J, Audige L, Brorson S, Donner A, Gajewski BJ, Hróbjartsson A, et al. Guidelines for Reporting Reliability and Agreement Studies (GRRAS) were proposed. *J Clin Epidemiol.* 2011;64(1):96-106. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.03.002>
20. Landis RJ, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* 1977;33(1):159-74. <https://doi.org/10.2307/2529310>

21. American Nurses Association (ANA). Principles for nursing documentation: guidance for registered nurses [Internet]. New York: Silver Spring, 2010[cited 2020 Dec 17]. Available from: <http://www.nursingworld.org/~4af4f2/globalassets/docs/ana/ethics/principles-of-nursing-documentation.pdf>
 22. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução COFEN – 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem [Internet]. Brasília – DF; 2012 [cited 2020 Dec 17]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n-4292012_9263.html
 23. College of Registered Nurses of Nova Scotia (CRNNS); College of Licensed Practical Nurses of Nova Scotia. Documentation Guidelines for nurses. Canada: Halifax; 2017.
 24. Potter PA, Perry AGP. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan; 2018.
 25. White L. Documentation & the nursing process. Delmar: Cengage learning; 2003.
 26. Silveira TVL, Prado Jr PP, Siman AG, Amaro MOF. The importance of using quality indicators in nursing care. Rev Gaúcha Enferm. 2015;36(2):82-88. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.47702>
 27. Macedo RS, Santana LM, Bohomol E. Utilização dos indicadores de qualidade da assistência de enfermagem: opinião dos enfermeiros. Rev Enferm UFPE. 2017;11(Supl.-9):3617-22. <https://doi.org/10.5205/reuol.10620-94529-1-SM.1109sup201715>
 28. Cavalcante MLSN, Borges CL, Moura AMFTM, Carvalho REFL. Indicators of health and safety among institutionalized older adults. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(4):600-6. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500009>
 29. Azevedo OA, Guedes ES, Araújo SAN, Maia MM, Cruz DALM. Documentation of the nursing process in public health institutions. Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03471. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X201800370347>
 30. Huijben JA, Wieggers EJA, Keizer NF, Maas AIR, Menon D. Development of a quality indicator set to measure and improve quality of ICU care for patients with traumatic brain injury. Crit Care. 2019;23(1):95. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2377-x>
 31. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução COFEN nº 0545/2017. Atualiza a norma que dispõe sobre a forma de anotação e o uso do número de inscrição pelos profissionais de enfermagem [Internet]. 2017 [cited 2020 Dec 17]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0545_2017_52030.html
-