

Implantação de ciclo de melhoria nos registros de saúde de serviço pré-hospitalar móvel de urgência

Implementation of improvement cycle in health records of mobile emergency prehospital care

Implementación del ciclo de mejora en los registros de salud de un servicio prehospitalario móvil de emergencia

Maria do Socorro Telma Batista Araújo Timóteo¹

ORCID: 0000-0003-1254-5211

Rodrigo Assis Neves Dantas¹

ORCID: 0000-0002-9309-2092

Ilanne Caroline Santos Costa¹

ORCID: 0000-0002-4687-3515

Tâmara Taynah Medeiros da Silva¹

ORCID: 0000-0002-6481-2150

Kauanny Vitoria Gurgel dos Santos¹

ORCID: 0000-0003-4679-1840

Eloysa dos Santos Oliveira¹

ORCID: 0000-0001-9635-3668

Daniele Vieira Dantas¹

ORCID: 0000-0003-0307-2424

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

Como citar este artigo:

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. 2020;73(4):e20190049. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0049>

Autor Correspondente:

Rodrigo Assis Neves Dantas
E-mail: rodrigoenf@yahoo.com.br

EDITOR CHEFE: Dulce Aparecida Barbosa

EDITOR ASSOCIADO: Rafael Silva

Submissão: 07-03-2019

Aprovação: 12-10-2019

RESUMO

Objetivos: avaliar o efeito da implantação de um ciclo de melhoria da qualidade no preenchimento das fichas de ocorrências de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Métodos:** estudo quase experimental de série temporal, quantitativo, sem grupo controle, com três avaliações da qualidade. Foi utilizado o ciclo de melhoria na adequação dos registros de saúde no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Patos. **Resultados:** houve melhorias em 100% dos sete critérios entre as avaliações e redução do não cumprimento desses critérios de 95 casos na primeira avaliação, para oito casos na terceira avaliação. **Conclusões:** a representação dos resultados conjuntos entre as três avaliações destacou a melhoria progressiva nos cumprimentos de cada critério.

Descritores: Qualidade da Assistência à Saúde; Registros de Saúde Pessoal; Segurança do Paciente; Assistência Pré-Hospitalar; Melhoria de Qualidade.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the effect of the implementation of a quality improvement cycle in the completion of occurrence forms of a Mobile Emergency Service. **Methods:** this is a time series, quantitative, quasi-experimental study without control group, with three quality assessments in which was used an improvement cycle for adequacy of health records in Mobile Emergency Service Patos. **Results:** in 100% of the seven criteria, there was improvement between evaluations. Noncompliance with criteria reduced from 95 cases in the first evaluation to eight cases in the third evaluation. **Conclusions:** the representation of joint results between the three evaluations highlighted progressive improvement in the compliance with each criterion.

Descriptors: Quality of Health Care; Personal Health Records; Patient Safety; Prehospital Care; Quality Improvement.

RESUMEN

Objetivos: evaluar el efecto de la implantación de un ciclo de mejora de la calidad al completar los formularios de ocurrencias de un Servicio Móvil de Atención de Emergencia. **Métodos:** esta es una investigación de series de tiempo, cuantitativa, cuasi experimental, sin grupo de control, con tres evaluaciones de calidad, utilizando un ciclo de mejora en la adecuación de los registros de salud en Servicio Móvil de Atención de Emergencia Patos. **Resultados:** el 100% de los siete criterios mostraron una mejora entre las evaluaciones y se observó que el incumplimiento de estos criterios se redujo de 95 casos en la primera evaluación a ocho casos en la tercera evaluación. **Conclusiones:** la representación de los resultados conjuntos entre las tres evaluaciones pudo destacar una mejora progresiva en el cumplimiento de cada criterio.

Descriptorios: Calidad de la Atención de Salud; Registros de Salud Personal; Seguridad del Paciente; Atención Prehospitalaria; Mejora de Calidad.

INTRODUÇÃO

Na perspectiva de qualificar a atenção à saúde, os programas de gestão da qualidade oportunizam um conjunto de elementos estruturados em atividades para melhoria contínua da qualidade dos serviços, dentre os quais estão os ciclos de melhoria da qualidade. Eles podem ser utilizados para fortalecer funções gestoras e detectar problemas ou oportunidades, com vistas a solucioná-los e/ou melhorá-los⁽¹⁾. Além disso, têm aplicabilidade em diferentes locais e produzem saberes acerca da implantação e resultados⁽²⁾.

Apesar de presentes no sistema de saúde público brasileiro, as avaliações externas dos programas de saúde desenhados para o desenvolvimento da saúde da população ainda são pouco empregadas. A literatura científica brasileira é escassa em relação à aplicabilidade dos ciclos de melhoria da qualidade que avaliem e proponham estratégias intervencionistas para aprimorar e elevar os níveis das práticas de saúde vigentes. Ainda existem fragilidades quanto ao conhecimento destas estratégias sustentadoras fomentadoras da melhoria da qualidade da Atenção à Saúde, principalmente no que tange à gestão do sistema de saúde⁽³⁾.

As informações dos prontuários são importantes para ações de gestão nas organizações. Trata-se de documento com valor jurídico que garante os direitos dos pacientes em situações de divergência durante o tratamento clínico⁽⁴⁻⁵⁾. A ausência de registros ou o preenchimento incompleto do prontuário pode ocasionar vários problemas que dificultam o processo de trabalho e comprometem a segurança do paciente⁽⁶⁾. O prontuário preenchido incorretamente pode representar inadequada relação médico paciente, uma vez que desrespeita o direito do usuário de ter o histórico registrado e disponível⁽⁷⁾.

A literatura traz documentos que especificam os critérios mínimos de qualidade para os prontuários clínicos. Na seção IV da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n.º 63/2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que versa sobre as Boas Práticas dos Serviços de Saúde, há três artigos especificando minimamente o que todos os prontuários dos serviços de saúde devem ter para assegurar as Boas Práticas do cuidado. São claramente estabelecidas a responsabilidade do registro pelos profissionais da saúde, a garantia das informações de acordo com os procedimentos prestados e o correto preenchimento de forma legível⁽⁶⁻⁸⁾.

Os registros são elementos imprescindíveis ao processo do cuidar. Quando redigidos de maneira que retrate a realidade a ser documentada, possibilitam a comunicação entre a equipe de saúde e servem a diversas outras finalidades, tais como ensino, pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamento, fins estatísticos e outros. Como os registros no prontuário do paciente são um documento legal de defesa dos profissionais, devem estar imbuídos de autenticidade e significado legal de acordo com a Resolução nº 0514/2016 do Conselho Federal de Enfermagem⁽⁹⁻¹⁰⁾.

No Atendimento Pré-Hospitalar (APH) móvel de urgência, esses registros não são realizados no momento da prestação do cuidado, mas após a estabilização e transporte do paciente. As anotações são feitas na ausência do paciente, o que requer empenho do profissional no resgate e sistematização das informações. Diante desta especificidade, surgem problemas de registro no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). As dificuldades encontradas tem relação com a falta de informações dos pacientes,

por exemplo: identificação, antecedentes patológicos, hábitos de vida; ausência de padronização das anotações; registros ilegíveis e ausência de identificação profissional⁽¹¹⁾.

Buscando melhorar os obstáculos nos registros do SAMU, tornou-se importante utilizar a estratégia do ciclo de melhoria. Tal estratégia é uma atividade de avaliação da qualidade e envolve a reflexão sobre o que necessita melhorar, o problema da qualidade, a decisão dos critérios adotados para medir o nível de qualidade atual, a coleta dos dados necessários para avaliar e discutir os resultados, a definição do que pode ser feito e como colocar em prática as ações de melhoria propostas⁽¹⁻²⁾.

OBJETIVOS

Avaliar o efeito da implantação de um ciclo de melhoria da qualidade no preenchimento das fichas de ocorrências de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Este estudo está em conformidade com a Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de estudo quase experimental de série temporal, sem grupo controle, com três avaliações da qualidade e abordagem quantitativa através de ciclo de melhoria na adequação dos registros de saúde no SAMU Patos. Seguiu o modelo e as normas adotadas pelo *Standards for Quality Improvement Reporting Excellence 2.0 (SQUIRE)* por apresentar estrutura e descrição dos padrões dos ciclos de melhoria⁽¹²⁾.

O estudo foi realizado no SAMU do município de Patos/PB. Este serviço é caracterizado como instituição pública com financiamento tripartite, contexto organizacional em estrutura Regionalizada, inserida na 6ª Região de Saúde da Paraíba, e cobertura de 22 municípios por Regulação Médica. O serviço tem uma média de 1.600 ocorrências mensais de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica, de saúde mental e orientação à população.

População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão

Os dados foram coletados com todos os profissionais (21 médicos, 45 enfermeiros e oito técnicos de enfermagem) após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e nos registros das fichas de ocorrências (prontuários) dos pacientes do SAMU Patos no biênio 2016-2018. Inicialmente, foram avaliados 100 casos por amostragem aleatória simples e mais 100 casos na reavaliação da segunda e terceira etapas pelo mesmo método de amostragem, considerando cálculo amostral⁽¹³⁾ e erro amostral de 10%.

A amostragem dos registros foi fundamentada no princípio de que todos os membros da população tiveram a mesma

probabilidade de serem incluídos. Quando a coleta não foi possível por inexistência da ficha de ocorrência, um mecanismo de substituição de casos foi adotado para a amostra falha, selecionando um número na lista imediatamente posterior ao escolhido⁽¹⁴⁾.

Para construção e desenvolvimento do trabalho, foram utilizadas as fases do programa de gestão de melhoria da qualidade nos serviços de saúde. As atividades compostas pelo ciclo de melhoria, monitoramento e planejamento foram estabelecidas a partir da Trilogia de Juran⁽¹⁵⁾.

Protocolo do estudo

O desenvolvimento do estudo englobou seis etapas: identificação e priorização do problema de qualidade, análise das causas do problema, desenvolvimento dos critérios para avaliação da qualidade, avaliação, intervenção de melhoria, reavaliação e registro de melhoria. As três primeiras etapas fazem parte do processo de trabalho rotineiro do Núcleo de Educação Permanente do SAMU Patos. Já as etapas quatro, cinco e seis foram alvo de investigação desta pesquisa e seus achados são abordados na seção resultados.

Primeira etapa - identificação e priorização do problema de qualidade. Envolveu a identificação e priorização da oportunidade de melhoria de forma participativa com profissionais da instituição, através da Técnica de Grupo Nominal e Matriz de Priorização. Foi utilizada a estratégia de consenso, com participação paritária e expressão individual de todos os membros da equipe para identificar as possíveis oportunidades de melhoria a serem trabalhadas pelos profissionais no serviço.

Segunda etapa - análise das causas do problema de qualidade. A fim de prosseguir com esta etapa, foi necessário conhecer melhor o problema para tomar as decisões corretas. A oportunidade de melhoria foi analisada com o diagrama de Causa-Efeito/Ishikawa, utilizando a técnica de "Chuva de ideias". Uma vez terminado o diagrama, as causas foram expostas e classificadas em função da sua tradução operativa e serviram para a continuidade do ciclo de melhoria.

Terceira etapa - desenvolvimento de critérios para avaliar a qualidade. Após identificação do problema e da análise, vieram as etapas de construção e validação de critérios, com descrição dos componentes do estudo. Os critérios utilizados foram relevantes, essenciais, realistas, aceitáveis e acima de tudo, confiáveis e válidos. Foi dada atenção especial às características de confiabilidade e validade⁽¹⁾.

Quarta etapa - avaliação do nível de qualidade. Avaliação da qualidade com o primeiro momento de coleta de dados, utilizando o processo como critério de qualidade, mediante as amostras de prontuários (fichas de ocorrência) e com base nos padrões aceitos pelo responsável legal da instituição, conforme disposto na carta de anuência e nos termos de autorização e concessão.

Foi avaliada a adequação do preenchimento direto da ficha de ocorrência. A coleta de dados foi realizada através de planilha elaborada com os sete critérios pré-estabelecidos, a saber: 1-Identificação (data da ocorrência, número da ocorrência, nome do paciente/ usuário, idade, sexo, local da ocorrência); 2-Dados Clínicos (tipo de agravo, sinais vitais, glicemia capilar, escala de coma de Glasglow, abertura de vias aéreas, queixas principais do paciente, nível de consciência e saturação de oxigênio); 3-Antecedentes Patológicos (doenças pré-existentes, hábitos de vida e uso de medicamentos); 4-Padronização (padrão dos registros, incluindo as ocorrências que

não mobilizaram ambulâncias); 5-Clareza (registros legíveis e sem rasuras); 6-Responsabilização Profissional (todos os profissionais da assistência são responsáveis diretos pelo preenchimento adequado das fichas de ocorrência); 7-Sistematização da Assistência de Enfermagem-SAE (obrigatória para o processo de enfermagem)⁽⁶⁻¹⁰⁾, usando o nível de cumprimento como base de avaliação, sendo zero-0 (não cumpre) e um-1 (cumpre). Os dados foram avaliados pela estimação do nível de cumprimento e cálculo de intervalo de confiança. Após análise, a demonstração ocorreu pelo Gráfico de Pareto.

Quinta etapa - intervenção de melhoria da qualidade. Após a primeira avaliação dos dados (etapa quatro), começou a intervenção da melhoria da qualidade, seguindo o modelo do ciclo de melhoria. Como o dado do prontuário era parte essencial e indiscutível do processo assistencial, a sua ausência ou incorreção demandou ações para melhoria.

Quadro 1 - Diagrama de afinidades: Quais ações podem ser realizadas na adequação dos registros de saúde?, Patos, Paraíba, Brasil

Diagrama de afinidades orientando as intervenções estratégicas para melhoria da qualidade na adequação dos registros de saúde.	
Desenvolvimento de liderança	Implementar estruturas organizacionais de liderança. Sensibilizar e responsabilizar os gestores e líderes no processo. Envolver a equipe de trabalho no processo de gestão da qualidade.
Formação do pessoal	Orientar sobre preenchimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem por meio de formação técnico-científica pelo Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba. Ações de educação aos profissionais: palestras, treinamentos, cursos e capacitação profissional, mostrando os aspectos legais envolvidos na adequação dos prontuários.
Regulação e padrões	Formular e implantar protocolos, normas e Procedimentos Operacionais Padrão. Estabelecer padrões de qualidade e metas através das políticas de regulamentações. Promover auditorias da qualidade internas.
Participação do usuário	Realizar ações de atenção com as pessoas, oferecendo mais informações, empoderamento e envolvimento nas decisões do processo assistencial pela equipe e pelos profissionais da central de regulação. Incentivar a utilização de documento do paciente na hora do atendimento, através da central de regulação e por orientação dos profissionais.
Mudanças nos sistemas de registros	Solicitar da coordenação a reabilitação do sistema informativo operacional da central de regulação. Mostrar à gestão a necessidade de atualizar as fichas de ocorrência, transpondo clareza nas informações, garantindo a melhoria nos sistemas de registros.
Organização do trabalho	Estabelecer a realização do <i>checklist</i> da viatura no início do plantão para manter a organização das fichas. Disponibilizar material adequado e de qualidade para os registros de saúde. Notificar os responsáveis pelo preenchimento sobre as falhas existentes. Mostrar a importância de manter atualizados os dados clínicos evidentes. Comunicar a quem é de competência sobre a recusa no preenchimento.

As ações para melhoria seguiram diretrizes principais. Foram realizadas reuniões com os profissionais de plantão envolvendo toda a equipe de trabalho do SAMU Patos (21 médicos, 45 enfermeiros e oito técnicos de enfermagem), nas quais as ações de intervenção foram direcionadas aos critérios de qualidade com pior conformidade. A princípio, diversas ações foram agrupadas por áreas de afinidade em um Diagrama de Afinidades, no qual as ações foram pontuadas e implementadas. Em seguida, um plano de ação foi conduzido conforme apresentado no Diagrama de Gantt⁽¹⁶⁾.

Sexta etapa - reavaliação do nível de qualidade e registro da melhoria. Realizada em dois momentos distintos (segundo e terceiro momento de coleta de dados), apresentando os mesmos conceitos metodológicos. Meses depois, uma nova coleta de dados foi efetuada para medir o efeito pós-período de adaptação da intervenção.

Como os critérios de Identificação, Padronização e SAE não mostraram significância estatística, foi necessário intensificar a intervenção e programar as práticas para um melhor resultado. Com isso, seis meses depois, foi realizada uma nova coleta utilizando os mesmos conceitos metodológicos, e esta apresentou resultados favoráveis à gestão da qualidade.

Seguindo o fluxo do processo do ciclo de melhoria, foi efetuada uma representação gráfica dos resultados das três avaliações, destacando as melhorias no cumprimento de cada critério. As linhas traçadas nos Gráficos de Pareto ilustram a frequência acumulada de não cumprimentos em cada avaliação da qualidade.

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram analisados com base na avaliação do cumprimento ou não cumprimento dos critérios pré-estabelecidos dos 100 prontuários selecionados e avaliados. Para isso, foi utilizada a avaliação da confiabilidade de cada critério por análise do índice *Kappa*, medindo concordância geral.

O passo seguinte foi analisar os dados para determinar o nível de qualidade alcançado e comprovar se houve melhoria da avaliação inicial. Foi realizado cálculo da estimativa pontual e do intervalo de confiança do nível de cumprimento dos critérios (IC = 95%).

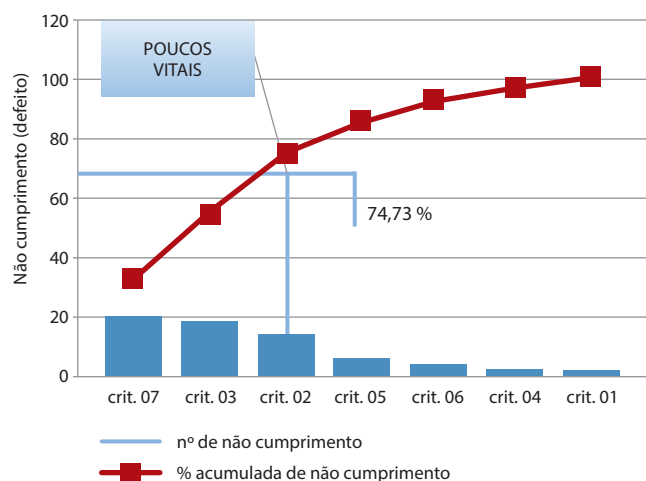
Em seguida, foi utilizado o cálculo para medição de frequência absoluta e relativa do teste de significação estatística da melhoria. Este é um teste de hipótese unilateral por meio do cálculo do valor de Z e utilizado para aceitar ou rejeitar a hipótese da diferença de cumprimento de critérios nas avaliações. Para valores de Z maiores ou iguais a 1,65, é considerada probabilidade de significação estatística (<0,05).

Os dados das avaliações foram analisados usando o Gráfico de Pareto. Esta ferramenta de controle de qualidade permite evidenciar a magnitude de melhoria global alcançada, expressa pelo número total de não cumprimentos da primeira para a segunda avaliação, e da primeira para a terceira avaliação.

RESULTADOS

Com a apresentação dos dados do primeiro momento de coleta e baseado nos critérios relacionados para desenvolvimento do processo de ciclo de melhoria, conforme a Figura 1 de Pareto, os

resultados preliminares corresponderam ao esperado quando há priorização do problema a ser trabalhado. Com isso, de 100 prontuários avaliados, em 95 deles foi descumprido pelo menos um dos critérios, que foram relacionados em ordem decrescente de frequência absoluta/relativa de não cumprimento e as seguintes taxas: 27/28, 42% de não cumprimento para SAE; 24/25, 26% ausência dos Antecedentes Patológicos; 20/21, 5% falta de Dados Clínicos; 10/10, 53% de problemas no que diz respeito a Clareza; 7/7, 39% de Responsabilização Profissional; 4/4, 21% ausência de Padronização; e 3/3, 16% de falta de Identificação.



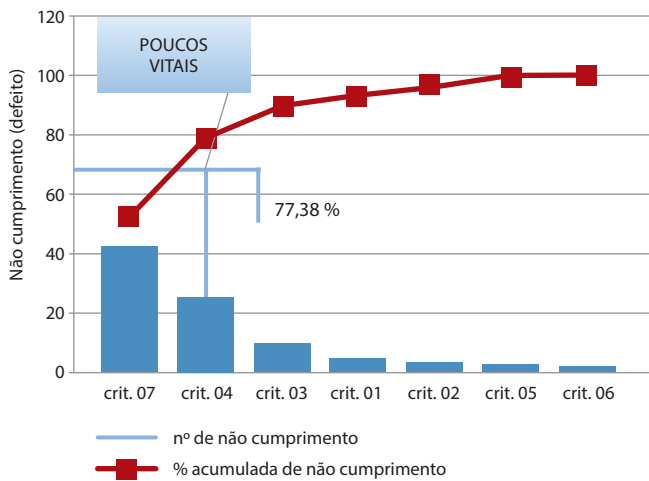
Nota: crit. - critério.

Figura 1 – Resultado do 1º momento de coleta de dados, Patos, Paraíba, Brasil

Após constatar inadequação no preenchimento dos registros, sua adequação foi estabelecida como oportunidade de melhoria. O conjunto de intervenções abrangentes foi implementado no serviço, o que pode ser aplicado como oportunidade de melhoria. Durante a intervenção, todos os profissionais foram esclarecidos sobre sua participação ativa no processo de implementação, garantindo a inserção da equipe na construção de melhorias no processo de trabalho, que traria benefícios conjuntos ao serviço, ao profissional e principalmente aos usuários.

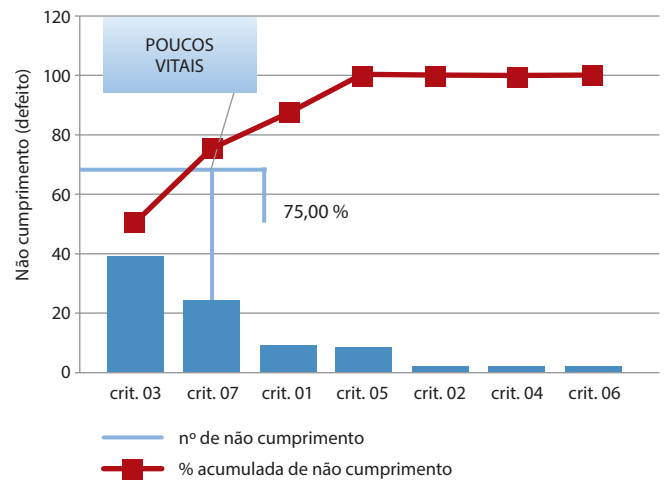
Depois de realizar a intervenção, uma segunda avaliação comparativa apresentou dados de não cumprimento em 84 dos 100 prontuários avaliados, mostrando melhoria absoluta geral, mas ainda aquém do desejado. Mesmo conseguindo melhoria geral comum aos critérios, em dois dos avaliados, aumentaram as frequências absoluta/relativa de não cumprimento, conforme segue: Sistematização da Assistência de Enfermagem (44/52, 38%) e Padronização (21/25, 00%). Com esse aumento, os dois critérios mencionados foram implicados no Gráfico de Pareto como “pouco vitais”. Mesmo sendo apenas dois critérios, eles podem causar grandes problemas no registro, mostrando ainda existir necessidade de intervenções para alcançar melhorias significativas da qualidade.

Na maioria dos critérios, os níveis de não cumprimento diminuíram: Antecedentes Patológicos (10/11, 90%); Dados Clínicos (3/3, 50%); Clareza (3/3, 50%); e Responsabilização Profissional (0/0, 00%), sendo que neste último não houve descumprimento na segunda avaliação. O critério Identificação (3/3, 16%) permaneceu com os mesmos índices estáveis (Figura 2).



Nota: crit. - critério.

Figura 2 – Resultado do 2º momento de coleta de dados, Patos, Paraíba, Brasil



Nota: crit. = critério.

Figura 3 – Resultado do 3º momento de coleta de dados, Patos, Paraíba, Brasil

Como ainda havia necessidade de melhorar, foi realizada nova intervenção propondo a instituição de normas no serviço, com condutas norteadoras para um correto preenchimento, conforme acordado entre a gestão e os profissionais. Desta forma, os índices de não cumprimento diminuíram, o que foi comprovado com taxas de frequências absoluta/relativa nos critérios a saber: Clareza (1/12, 50%); Identificação (2/25, 00%); e SAE (4/50, 00%). Nos critérios Antecedentes Patológicos, Dados Clínicos, Padronização e Responsabilização Profissional, não houve descumprimento na terceira avaliação, o que demonstrou diminuição do índice de não cumprimento em proporções absolutas e relativas.

A primeira avaliação apresentou inadequação em 95 dos prontuários avaliados, com diminuição para 84 na segunda avaliação, o que já configurou melhoria da qualidade, apesar de incipiente ao desejado. Na terceira avaliação, houve diminuição dos problemas de qualidade, com índices de apenas oito casos de não cumprimento do total de 100 amostras avaliadas (Figura 3).

Na diferença dos níveis entre a primeira e a segunda avaliação, os critérios Identificação, Padronização e SAE não melhoraram significativamente. O critério Identificação manteve-se com três

casos de não cumprimento, e os critérios SAE e Padronização aumentaram para 44 e 21 casos, respectivamente, tornando-se “poucos vitais” entre as avaliações. Já os critérios Dados Clínicos, Antecedentes Patológicos, Padronização e Responsabilização Profissional indicaram melhoria da qualidade através dos dados obtidos pelo teste estatístico de distribuição normal unilateral entre as duas avaliações. Os valores encontrados na Tabela 1 de distribuição normal podem afirmar que a diferença de melhoria foi real.

A representação dos resultados entre os conjuntos das três avaliações destacou melhoria progressiva nos cumprimentos de cada critério e diminuição dos defeitos (não cumprimentos) encontrados. A Tabela 1 mostra que entre os sete critérios estabelecidos, apenas o critério da Identificação não teve significância estatística, mas mesmo assim, houve melhoria em números de frequência absoluta, passando de 97 a 99 prontuários nos índices de cumprimentos. A probabilidade correspondente ao valor Z na diferenciação da primeira para a terceira avaliação mostrou Z com valores acima de 1,65 em outros seis critérios, validando o nível de significação do teste de diferença estatística.

Tabela 1 - Avaliação da qualidade do efeito do ciclo de melhoria no registro de saúde, diferença dos níveis de cumprimentos dos critérios na 1ª, 2ª e 3ª avaliações, Patos, Paraíba, Brasil

CRITÉRIOS	1ª Avaliação p1 (IC 95%)	2ª Avaliação p2 (IC 95%)	3ª Avaliação p3 (IC 95%)	Melhoria Absoluta p3-p1	Melhoria Relativa p3-p1/1-p1	Significação Estatística p
1-Identificação	(+/-0,0334) 97,0	(+/-0,0334) 97,0	(+/-0,0195) 99,0	2,0	0,7/70%	Z=1,4 (<0,05)
2-Dados Clínicos	(+/-0,0784) 80,0	(+/-0,0334) 97,0	(+/-0,196) 100,0	20,0	1/100%	Z=5 (<0,001)
3-Antecedentes Patológicos	(+/-0,0834) 76,0	(+/-0,1152) 90,0	(+/-0,0384) 96,0	20,0	0,8/80%	Z=5 (<0,001)
4-Padronização	(+/-0,0384) 96,0	(+/-0,03) 79,0	(+/-0,196) 100,0	4,0	1/100%	Z=2 (<0,020)
5-Clareza	(+/-0,0588) 90,0	(+/-0,0334) 97,0	(+/-0,0195) 99,0	9,0	0,9/90%	Z=2,25 (<0,005)
6-Responsabilização Profissional	(+/-0,05) 93,0	(+/-0,196) 100,0	(+/-0,196) 100,0	7,0	1/100%	Z=3,5 (<0,001)
7-Sistematização da Assistência de Enfermagem	(+/-0,087) 73,0	(+/-0,0972) 56,0	(+/-0,0274) 98,0	25,0	0,9/90%	Z=6,25 (<0,001)

Nota: p1 - cumprimento na primeira avaliação; p2 - cumprimento na segunda avaliação; p3 - cumprimento na terceira avaliação; NS - não significativa (Z<1,65); (-) - Diferença negativa não calculada significação.

Podemos expressar que os dados encontrados entre a segunda e a terceira avaliação mostraram que nos critérios Dados Clínicos, Antecedentes Patológicos, Padronização e SAE, também foi encontrada diferença de significação estatística. Já nos critérios Identificação, Clareza e Responsabilização, o teste não foi significativo, pois não houve necessidade de melhoria nesses critérios, que já havia sido alcançada desde a segunda avaliação, com enfoque nos critérios poucos vitais, como mencionado anteriormente.

A construção dos Gráficos de Pareto (Figuras 1, 2 e 3) evidenciou a magnitude de melhoria global alcançada, expressa pelo número total de defeito (não cumprimento) da primeira para a segunda avaliação, bem como da primeira para a terceira avaliação. Entre a primeira e a segunda, foi possível analisar e priorizar o que faltava melhorar, além de identificar os principais critérios que causaram os defeitos da qualidade, no caso de SAE, Antecedentes Patológicos e Padronização. Com os Gráficos de Pareto, foi possível comparar a melhoria (diminuição do número de não cumprimento) de cada critério individualmente, conforme apresentado na terceira avaliação.

Dentre os critérios com maior descumprimento nas três avaliações, SAE e Padronização se destacaram, pois na segunda avaliação foram considerados como “poucos vitais” por sua maior incidência de não cumprimento e que, após nova intervenção e participação coletiva dos envolvidos no processo, tiveram uma redução significativa. O critério SAE passou de 44,00% na segunda avaliação, para 2,00% na terceira; e o critério Padronização passou de 24,00% para 0,00%.

DISCUSSÃO

Com a primeira avaliação, não foi constatada melhoria até o nível desejado e foi considerado um ciclo não concluído. Alguns equívocos ocorreram no planejamento da intervenção, visto que este não foi efetivo para melhorar o necessário. Portanto, as fases do ciclo reiniciaram, com repetição dos passos de implementação das intervenções que contribuíram para o não alcance da melhoria, a fim de atingir o objetivo desejado⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

A partir do exposto, sobre a necessidade de ciclo de melhoria na avaliação da qualidade dos registros do SAMU Patos, foi feita uma comparação com estudos anteriores que citavam os prontuários como fonte de informação, ferramenta de produção de dados em inúmeras pesquisas da área da saúde⁽¹⁸⁾.

Semelhante aos achados da presente pesquisa, autores⁽¹⁹⁾ realizaram estudos nos prontuários de um hospital de oncologia em 2014, e com relação ao histórico clínico, 89% dos prontuários possuíam registros de admissão preenchidos corretamente, 45,5% foram preenchidos adequadamente, 39,6% parcialmente e 15% não preenchidos. Quanto à variável evolução do paciente, 3,7% estavam em branco mesmo que o paciente tivesse sido internado na instituição. Em mais da metade dos prontuários avaliados, as caligrafias encontradas eram de difícil compreensão. Os resultados mostraram falhas na prescrição e evolução médica quanto ao relato da alta hospitalar, falta do relato de alta do paciente por parte da equipe, coleta incompleta de dados do paciente e ausência dos exames em 13,8% dos prontuários.

Pesquisadores⁽²⁰⁾ consideram o prontuário de enfermagem um elemento fundamental na manutenção do Processo de

Enfermagem (PE). Ele fornece fundamento científico para as ações através de um registro sistemático e contém documentos sobre o paciente padronizados pela equipe de saúde, tais como anamnese, exame clínico, prescrições terapêuticas, relatos de enfermagem e de outros serviços. Esses registros também constituem um meio de comunicação importante para a equipe de saúde envolvida com o paciente, e facilitam a coordenação e continuidade do planejamento de saúde.

Na análise dos prontuários considerando os sete critérios pré-estabelecidos do SAMU Patos, chamaram a atenção os níveis de 95% e 84% de descumprimento em pelo menos um dos critérios estabelecidos na primeira e segunda avaliação. Como se trata de um serviço móvel de urgência e emergência, as condições oferecidas ao profissional de saúde que faz as anotações são mais precárias, uma vez que podem ser feitas em ambientes com pouca luminosidade, insalubres e em situações que requerem maior agilidade na assistência ao paciente, deixando pouco tempo para registros no prontuário. Além disso, em alguns casos, os pacientes não estão em condição de oferecer informações a respeito do seu estado de saúde ou de seus antecedentes por estarem inconscientes, desorientados e sem acompanhante, o que se caracterizou como limitação do estudo. Entretanto, cada profissional deve se dedicar a construir esse registro, pois trata-se de um documento importante, como já mencionado.

Com a implantação do ciclo de melhoria, os critérios Identificação, Dados Clínicos, Antecedentes Patológicos, Padronização, Clareza, Responsabilização Profissional e SAE obtiveram melhoria em seus índices de cumprimento. As estratégias de implantação do ciclo de melhoria, uma vez entendidas por suas considerações gerais e específicas, contribuíram para o envolvimento das ações de liderança, definição compartilhada de responsabilidade, capacitação profissional, elaboração e discussão de documentos no programa, conhecimento e sintonia das normas de adequação com o entorno interno e externo, além de redefinição e implementação, quando necessário, das atividades importantes para a gestão da qualidade.

Apesar da melhoria nos índices, alguns critérios tiveram menor taxa de cumprimento, como os Antecedentes Patológicos, Clareza e SAE. Os antecedentes patológicos são fundamentais para entender a complexidade dos atendimentos aos pacientes de ocorrências do SAMU e imprescindíveis para alimentar o registro das fichas.

Dada a importância da clareza dos registros, seu preenchimento deve ser claro e conciso, pois estes são documentos legais que podem comprometer ou defender os trabalhadores e a instituição em ações judiciais por atos de negligência, imprudência ou imperícia. O registro é um aspecto fundamental para conferir assistência em conformidade com os princípios de segurança e protocolos afins⁽²¹⁾.

Apenas o registro de execução de uma atividade pode, de fato, assegurar sua realização pelo profissional de saúde. O registro claro das atividades realizadas é sempre necessário porque promove maior visibilidade da categoria profissional e contribui para a integralidade do cuidado prestado ao paciente⁽²²⁾.

Quanto à Sistematização da Assistência de Enfermagem, estudo sobre a temática no SAMU Recife/Pernambuco evidenciou problemas na sua implantação, como falta de prática com a SAE, carência de estímulos para melhorar a sistematização, ausência de

conhecimento das etapas, descrença na assistência de enfermagem e baixa frequência na aplicação das etapas. Além das ações de cuidado direto com o paciente, o enfermeiro é responsável pelo planejamento e gerenciamento das ações de enfermagem⁽²³⁻²⁴⁾.

Estudo realizado em um hospital de ensino de Vila Velha/ES ressaltou que o registro adequado em saúde é fundamental para garantir a qualidade do cuidado prestado, mas com frequência ocorrem problemas tais como: ausência de informações básicas; registro incoerente e inadequado relacionado aos processos de trabalho; sobrecarga de atividades, atividades insalubres ou em locais de difícil acesso, como o SAMU; distorção entre salários e carga horária de trabalho; falta de conhecimento, conscientização profissional, incentivo, educação continuada, censura e de fiscalização eficaz, dentre outros. Segundo este estudo, uma das formas de minimizar estes problemas seria usar o prontuário eletrônico, que melhoraria a qualidade do cuidado, a produtividade dos profissionais de saúde, a facilidade de acesso aos serviços e reduziria custos administrativos⁽²⁵⁾.

Limitações do estudo

Uma limitação do estudo foi o seu tipo, quase experimental de série temporal e sem grupo controle, que não permite sustentar a melhoria identificada. Para isso, seria necessário que o SAMU Patos/PB repetisse as avaliações como as realizadas neste ciclo de melhoria para verificar a manutenção do nível de qualidade em uma série temporal.

Outra limitação foi o fato de ter sido realizado em um único Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, necessitando ser replicado em outros serviços no Brasil e até internacionalmente, para que outros achados sirvam de comparação com os desta

pesquisa. No entanto, isto não prejudicou o alcance dos resultados e a relevância da investigação.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Esta pesquisa trouxe a avaliação dos registros de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e propôs ações de melhoria. Pode servir como referência para a melhoria da qualidade dos registros de outros serviços pré-hospitalares móveis de urgência. Além disso, contribui para enfermagem enquanto integrante da equipe de saúde e na SAE, para saúde e para a Política Nacional de Segurança do Paciente.

CONCLUSÕES

A avaliação do efeito da implantação do programa de melhoria da qualidade no preenchimento das fichas de ocorrências do SAMU Patos mostrou que o nível de qualidade estava aquém do esperado, e que com o processo de gestão da qualidade houve uma margem significativa de melhoria, destacando os critérios relacionados com a Sistematização da Assistência de Enfermagem e Padronização.

É importante e essencial continuar o ciclo de melhoria com monitoramento e avaliações e aperfeiçoamento contínuo dos moldes de planejamento e intervenção. O presente estudo possibilitará a ampliação da discussão sobre os registros de saúde no âmbito dos serviços pré-hospitalares móveis de urgência e servirá de reflexão para os gestores e profissionais de saúde sobre a necessidade de maior cuidado no registro das informações nos prontuários dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Vasconcellos MM, Gribel EB, Moraes IHS. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [cited 2017 Oct 17];24(Sup.1):S173-S82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/21.pdf>
2. Portela MC, Pronovost PJ, Woodcock T, Carter P, Dixon-Woods M. How to study improvement interventions: a brief overview of possible study types. *BMJ Qual Saf*. 2015;24(1):325-36. doi:10.1136/bmjqs-2014-003620
3. Guimaraes WSG, Parente RCP, Guimaraes TLF, Garnelo L. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(5):3-13. doi: 10.1590/0102-311X00110417
4. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*. 1988;260:1743-8. doi:10.1001/jama.1988.03410120089033
5. Soares FV, Sales PRDS, Barbosa PMK, Salvi JA. Fatores que interferem na utilização do prontuário do paciente em suporte de papel. *Rev Adm Saúde* [Internet]. 2011 [cited 2017 Oct 17];13(50):53-9. Available from: www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=176&p_nanexo=278
6. Marchon SG, Mendes Jr WV. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 17];31(11):2313-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n11/0102-311X-csp-31-11-2313.pdf>
7. Silva GS, Tavares Neto J. Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil. *Rev Bras Educ Med*[Internet]. 2007 [cited 2017 Oct 17];31(2):113-26. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n2/01.pdf>
8. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). 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*, 25 nov. 2011; Seção 1:227.
9. Presidência da República (BR). Lei Federal 6.437/77 de 20 de agosto de 1977. Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências [Internet]. Brasília: Senado Federal; 1977[cited 2017 Oct 17]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6437.htm
10. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN 0514/2016. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem. Brasília: COFEN; 2016.

11. Dantas RAN, Torres GV, Salvetti MG, Dantas DV, Mendonça AEO. Instrument for assessing the quality of mobile emergency pre-hospital care: content validation. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(3):380-86. Available from: doi: 10.1590/S0080-623420150000300004
12. Squire. Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence SQUIRE 2.0 [Internet]. 2018 [cited 2018 Jun 12]. Available from: <http://squirestatement.org/index.cfm?fuseaction=Page.ViewPage&PageID=471>
13. Barbetta PA. Estatística aplicada às ciências sociais. 7ª ed. Florianópolis: UFSC; 2007.
14. Marconi M, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 8ª ed. São Paulo: Atlas; 2017. 320 p.
15. Juran JM, Gryna FM, Bingham RS. Manual de Control de localidade. 2ª ed. Barcelona: Reverté; 1990. 1520 p.
16. Figueiredo FM, Gama ZAS. Melhoria da proteção radiológica mediante um ciclo de avaliação interna da qualidade. *Radiol Bras*. [Internet]. 2012 [cited 2018 Jun 12];45(2):87-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rb/v45n2/v45n2a05>
17. Saturno PJ, Gascon JJ. Métodos de análisis de los problemas de calidad. Manual del máster engestión de lalocalidadenlosservicios de salud. Módulo 3: Actividades básicas para lamejora continua: métodos y herramientas para larealización de ciclos de mejora. Unidad temática 11. 1ª ed. Murcia: Universidad de Murcia; 2008.
18. Mesquita AMO, Deslandes SF. A construção dos prontuários como expressão da prática dos profissionais de saúde. *Saúde Soc* [Internet]. 2010 [cited 2018 Jun 12];19(3):664-73. Available from: <http://www.fug.edu.br/2018/revista/index.php/VitaetSanitas/article/download/48/40>
19. Souza CE, Tonini I, Pinheiro D. Avaliação da qualidade do preenchimento dos prontuários em um hospital de Goiânia, segundo os parâmetros da acreditação hospitalar. *Revista ACRED* [Internet]. 2017[cited 2018 Jun 12];4(7):66-87. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5626594.pdf>
20. Ochoa-Vigo K, Pace AE, Santos CB. Análise Retrospectiva Dos Registros De Enfermagem Em Uma Unidade Especializada. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2003 [cited 2018 Jun 12];11(2):184-91. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a07.pdf>
21. Seignemartin, BA, Jesus LR, Vergílio MSTG, Silva EMS. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem no pronto atendimento de um hospital escola. *Rev Rene* [Internet]. 2013 [cited 2019 Aug 12];14(6):1123-32. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3724>
22. Padilha EF, Haddad MCFL, Matsuda LM. Qualidade dos registros de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio da auditoria retrospectiva. *Cogitare Enferm*[internet]. 2014 [cited 2019 Aug 12];12(2):239-45. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32103>
23. Pereira TP, Motta LDN, Gomes NG, Vilela JÁ, Luna AA. Desafios da implementação da assistência de Enfermagem no âmbito nacional: um estudo Bibliométrico. *Rev Rede Cuid Saúde* [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 25];9(3). Available from: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/%20view/2563/150021>
24. Santana LC, Araujo TC. Análise da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários. *Rev ACRED* [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 25];6(11). Available from: <http://cbacred.tempsite.ws/ojs/index.php/Acred01/article/view/242/279>
25. Alves MA, Szpilman ARM, Poton WL. Avaliação do registro médico nos prontuários de um ambulatório de ensino, Vila Velha, ES. *Rev Bras Pesq Saúde* [Internet]. 2015 [cited 2019 Oct 15];17(3):69-77. Available from: <http://www.periodicos.ufes.br/RBPS/article/download/14138/9967>