



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF**

**DANIELLE BRANDÃO DOS SANTOS FONSECA CORRÊA**

**TREINAMENTO EM SERVIÇO DE ENFERMEIROS PARA O REGISTRO  
ELETRÔNICO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM:  
ESTUDO QUASE-EXPERIMENTAL**

**RIO DE JANEIRO  
2024**

DANIELLE BRANDÃO DOS SANTOS FONSECA CORRÊA

**TREINAMENTO EM SERVIÇO DE ENFERMEIROS PARA O REGISTRO  
ELETRÔNICO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM:  
ESTUDO QUASE - EXPERIMENTAL**

**Dissertação** apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Enfermagem: saberes e práticas de cuidar e ser cuidado

Orientadora: **PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> PRISCILLA  
ALFRADIQUE DE SOUZA**

**RIO DE JANEIRO  
2024**

B Brandão dos Santos Fonseca Corrêa, Danielle  
TREINAMENTO EM SERVIÇO DE ENFERMEIROS PARA O REGISTRO  
ELETRÔNICO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: ESTUDO QUASE-  
EXPERIMENTAL / Danielle Brandão dos Santos Fonseca Corrêa.  
-- Rio de Janeiro, 2024.  
115

Orientador: .  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado  
do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,  
2024.

1. Registro de Enfermagem. 2. Processo de Enfermagem.  
3. Treinamento em Serviço. I. Título.

CORRÊA, Danielle Brandão dos Santos Fonseca. **TREINAMENTO EM SERVIÇO DE ENFERMEIROS PARA O REGISTRO ELETRÔNICO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: ESTUDO QUASE-EXPERIMENTAL.** 2024. 115 t. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Enfermagem: saberes e práticas de cuidar e ser cuidado

Aprovada em 05/03/2024.

COMISSÃO EXAMINADORA

*Priscilla Alfradique de Souza*

---

PROFA. DRA. PRISCILLA ALFRADIQUE DE SOUZA (Orientadora)  
Doutora em Enfermagem  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

---

PROFA. DRA. DINA DE ALMEIDA LOPES MONTEIRO DA CRUZ (1º Examinador)  
Doutora em Enfermagem  
Universidade de São Paulo (USP)

---

PROFA. DRA. GRAZIELE RIBEIRO BITENCOURT (2º Examinador)  
Doutora em Enfermagem  
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

---

PROFA. DRA. ROSANE BARRETO CARDOSO (Suplente)  
Doutora em Enfermagem  
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

---

PROFA. DRA. ALINE AFFONSO LUNA (Suplente)  
Doutora em Ciências  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

*Dedico esta Dissertação a Deus,  
Nossa Senhora de Fátima e minha família.*

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por me conceder a oportunidade de realizar este mestrado. Sou imensamente grato por Sua provisão, força e sabedoria que me têm sustentado durante este período de estudo e pesquisa.

À Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, em especial ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, obrigado por fazer parte desta jornada e por todo o apoio oferecido.

Aos docentes do PPGENF, vocês contribuíram significativamente para a minha formação e trajetória acadêmica.

Ao Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, pela liberação parcial das minhas atividades.

À professora Dr<sup>a</sup> Priscilla Alfradique, minha mais profunda gratidão por sua disponibilidade e paciência. Sua expertise, orientação e encorajamento foram cruciais para o sucesso deste trabalho. Estou imensamente honrada por tê-la como mentora na minha trajetória acadêmica.

Agradeço aos membros da Comissão Examinadora por dedicarem parte do seu tempo para a leitura, análise e discussão da dissertação. Agradeço por compartilharem seus conhecimentos e experiências. Estou imensamente grata por ter tido a oportunidade de aprender com professores tão respeitáveis.

Ao meu marido, Tiago, por estar ao meu lado, um enorme presente em minha vida, uma fonte constante de apoio e amor. Sou profundamente grata por tê-lo como parceiro nesta jornada.

Aos meus três anjos Rafael, Mateus e Gabriel, mesmo diante dos desafios e demandas do dia a dia, vocês sempre compreendiam e me encorajavam a prosseguir, mesmo quando minha presença física era limitada.

Aos meus pais, Milton e Daysi, por todo o amor, apoio e sacrifício que dedicaram a mim ao longo da minha jornada acadêmica. Vocês me ensinaram a valorizar a educação e a perseguir meus sonhos com determinação e dedicação.

À minha irmã Ana Fátima, compartilhando as alegrias das conquistas, desde pequenina, e me apoiando nos momentos mais desafiadores, seja para me auxiliar na escrita ou para proporcionar momentos de diversão com meus filhos.

À minha madrinha Deíla, minha segunda mãe, sou imensamente grata por ter uma madrinha tão especial como você, e por todo o amor e cuidado que você dedicou

a mim ao longo de toda minha vida pessoal e acadêmica.

À minha avó Natividade, pela preocupação constante com minha alimentação e a de minha família, em especial dos bisnetos. Aos meus avós Amável, Domildes e Tereza que, embora já não estejam fisicamente presentes, sinto uma profunda gratidão por todo o amor, carinho, sabedoria e apoio que eles me proporcionaram durante suas vidas.

Aos meus sogros, cunhadas, tios e tias, primos e primas, afilhado e afilhadas, família Brandão e Corrêa, gostaria de expressar minha gratidão pelo apoio constante e pedir desculpas pela minha ausência nos eventos familiares. Suas compreensões e gestos de apoio significam muito para mim!

Às minhas chefes, Ana Caroline e Renata, e amigas Fátima, Gisele, Maria Lúcia e Maria do Rosário, é uma honra e um privilégio trabalhar ao lado de profissionais como vocês. Vocês tornaram os dias e as noites desses dois anos mais leves!

Aos amigos que o mestrado me deu: Camila, Edgar, Mariana, Márcia, Fabiana, Rachel, Milene, Leila e Michelle, obrigado por fazerem parte da minha jornada no mestrado e por tornarem cada momento especial nestes dois anos.

À CDSAE, a ideia deste trabalho começou numa simples reunião e espero que os frutos deste trabalho possam contribuir ainda mais para a equipe de enfermagem do HU.

À CIAGHU, obrigada pelo aprendizado diário em sistemas de informação.

A todos os demais amigos, obrigado por fazerem parte da minha vida e por serem amigos tão incríveis.

Aos pacientes, por serem uma parte tão importante da minha jornada como profissional de saúde.

*Se eu pudesse dar-lhe informações da  
minha vida seria para mostrar como uma  
mulher de capacidade muito comum tem  
sido liderada por Deus em caminhos  
estranhos e não acostumados a fazer em  
Seu serviço o que Ele tem feito nela.*

*Florence Nightingale*

CORRÊA, Danielle Brandão dos Santos Fonseca. **TREINAMENTO EM SERVIÇO DE ENFERMEIROS PARA O REGISTRO ELETRÔNICO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: ESTUDO QUASE-EXPERIMENTAL**. 2024. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

## Resumo

**Introdução:** O uso de um sistema informatizado documentando e processando dados do atendimento direto ao paciente, é fundamental no contexto do Processo de Enfermagem, que requer a integração e interpretação de complexas informações clínicas para a tomada de decisão individualizada. Partindo da prerrogativa da qualificação profissional, por vezes frágil, para um registro eletrônico acurado do processo de enfermagem, pressupõe-se que o treinamento em serviço seja capaz de contribuir para a compreensão da legislação vigente, aprimoramento profissional e apropriação da responsabilidade do registro de enfermagem como condição sine-qua-non para o cuidado. **Objetivo Geral:** Avaliar o efeito da intervenção treinamento em serviço “Eu registro!” na qualidade dos registros eletrônicos do processo de enfermagem realizados pelo enfermeiro a pacientes clínico-cirúrgicos hospitalizados. **Objetivos específicos:** Identificar o diagnóstico situacional (pré-mediato e pré- imediato) da qualidade dos registros eletrônicos do processo de enfermagem; Analisar o efeito na qualidade dos registros eletrônicos do processo de enfermagem dos enfermeiros após a intervenção treinamento em serviço "Eu Registro!" como parte do processo de aprendizado (pré- imediato e pós imediato) ; Analisar o efeito na qualidade dos registros eletrônicos do processo de enfermagem dos enfermeiros no período pré (pré-mediato) e pós (pós-mediato) treinamento em serviço como parte do desenvolvimento ou modificação de atitudes; Compreender os fatores envolvidos na realização dos registros eletrônicos do processo de enfermagem pelos enfermeiros. **Método:** Trata-se de um estudo quase-experimental com a participação de 23 enfermeiros que atuam em enfermarias de clínica médica e cirúrgica. Os enfermeiros foram convidados a participar de um treinamento em serviço sobre registro eletrônico do processo de enfermagem no próprio local de trabalho e durante sua carga horária de plantão. Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados um formulário eletrônico e o Q-DIO. A pesquisa constitui-se de 05 etapas: Avaliação pré-Mediata (agosto a outubro de 2022), Avaliação pré-Imediata (abril a junho de 2023) Intervenção, Avaliação pós-Imediata (abril a junho de 2023) e avaliação pós-Mediata (julho a outubro de 2023). Para avaliação pré e pós imediata (Aprendizado), no momento imediatamente anterior e, posterior a intervenção, eram avaliados os registros eletrônicos realizados pelos enfermeiros com o uso do instrumento Q-DIO adaptado. Para avaliação mediata (aderência), também fora utilizado o Q-DIO. A intervenção treinamento em serviço “Eu registro!” consistia de um treinamento em vídeo de aproximadamente 10 minutos contendo informações sobre legislação, processo de enfermagem e o sistema utilizado para o registro eletrônico. Ao término, além do feedback recebido, o enfermeiro era contemplado com um broche motivacional, um certificado e um card contendo sugestão de coleta de dados, diagnóstico e resultados de enfermagem. A análise dos dados foi realizada no R 4.2.2 com a interface do RStudio e o Jasp. Em relação ao tamanho do efeito, foi utilizado o D de Cohen. O estudo possui aprovação no comitê de ética em pesquisa, Parecer: 5.870.867. **Resultados/Discussão:** a amostra final foi composta por enfermeiros do sexo feminino (73,9%), com média de idade de 40,3 anos, escolaridade pós

graduação lato-senso (69,6%), atuando no hospital universitário aproximadamente por 5 anos e em enfermarias de clínica médica ou cirúrgica em média por 5 anos (65,2%). Todos os participantes preferem realizar os registros em meio eletrônico, entretanto 91,3% relataram não registrar todas as cinco etapas do processo de enfermagem. Os enfermeiros relatam tanto a ausência de treinamento em registro eletrônico do processo de enfermagem (69,6%) quanto de capacitação no sistema utilizado para tal. Houve diferença estatisticamente significativa entre as avaliações pré- imediato (escore Q-DIO=7,7) e pós- imediato (escore Q-DIO=12,7) intervenção treinamento em serviço, com um tamanho de efeito igual a 1,152. O diagnóstico situacional demonstrou uma predominância de registros da etapa de coleta de dados se comparado as demais etapas do processo de enfermagem. Ao comparar a qualidade dos registros no período, imediato, anterior e posterior ao treinamento, observa-se um p-valor significativo correspondente a  $p < 0,001$ , com um tamanho do efeito igual a 1,243, apesar de discreta queda na média dos domínios do Q-DIO e de seu escore total. Durante a intervenção algumas observações puderam ser feitas, tendo destaque a necessidade relatada pelos enfermeiros da necessidade de novos olhares para a liderança em serviço. **Conclusões:** O estudo concluiu que a intervenção, treinamento em serviço “Eu registro!”, proposta resultou em impactos significativos na qualidade dos registros eletrônicos do processo de enfermagem realizados pelos enfermeiros e alcançou um efeito relevante no período imediato que está relacionado ao aprendizado e a melhoria do conhecimento, sendo uma estratégia adotada para abordar a lacuna da insipiência na qualidade dos registros eletrônicos, demonstrando melhorias significativas nos domínios do Q-DIO após a intervenção. A liderança de enfermagem e a educação continuada emerge como um elemento crucial para aprimorar a acurácia dos registros eletrônicos relacionados ao processo de enfermagem e, como consequência, a qualidade da assistência de enfermagem e visibilidade profissional.

**Descritores:** Registros eletrônicos de saúde. Registros de enfermagem. Treinamento em serviço. Processo de enfermagem. Enfermagem médico-cirúrgica.

CORRÊA, Danielle Brandão dos Santos Fonseca. **IN-SERVICE TRAINING OF NURSES FOR THE ELECTRONIC RECORDING OF THE NURSING PROCESS: A QUASI-EXPERIMENTAL STUDY.** 2024. 115 f. Dissertation (Master in Nursing) - Graduate Program in Nursing, Federal University of Estate Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

### **Abstract**

**Introduction:** The use of a computerized system for documenting and processing patient care data is fundamental within the context of the Nursing Process, which necessitates the integration and interpretation of complex clinical information for individualized decision-making. Given the premise of professional qualification, sometimes fragile, towards accurate electronic documentation of the nursing process, it is assumed that on-the-job training can contribute to understanding current legislation, professional development, and the assumption of responsibility for nursing documentation as a sine qua non condition for care provision. **General Objective:** To assess the effect of the in-service training intervention "Eu registro!" on the quality of electronic records of the nursing process performed by nurses caring for hospitalized clinical-surgical patients. **Specific Objectives:** Identify the situational diagnosis (pre-immediate and post-immediate) of the quality of electronic records of the nursing process. Analyze the effect on the quality of electronic records of the nursing process by nurses following the in-service training intervention "Eu registro!" as part of the learning process (pre-immediate and post-immediate). Analyze the effect on the quality of electronic records of the nursing process by nurses in the pre (pre-immediate) and post (post-immediate) in-service training period as part of attitude development or modification. Understand the factors involved in the completion of electronic records of the nursing process by nurses. **Method:** This is a quasi-experimental study involving 23 nurses working in medical and surgical wards. Nurses were invited to participate in an in-service training on electronic nursing process documentation at their workplace during their shift hours. Data collection instruments included an electronic form and the Q-DIO questionnaire. The research comprised five stages: Pre-Immediate Assessment (August to October 2022), Pre-Immediate Assessment (April to June 2023), Intervention, Post-Immediate Assessment (April to June 2023), and Post-Immediate Assessment (July to October 2023). For pre- and post-immediate assessment (Learning), immediately before and after the intervention, electronic records made by nurses were evaluated using the adapted Q-DIO instrument. For mediate assessment (adherence), the Q-DIO was also used. The "Eu registro" in-service training intervention consisted of a approximately 10-minute video training containing information about legislation, nursing process, and the system used for electronic documentation. Upon completion, in addition to feedback, nurses received a motivational pin, a certificate, and a card containing suggestions for data collection, diagnosis, and nursing outcomes. Data analysis was performed using R 4.2.2 with RStudio interface and Jasp. Cohen's D was used for effect size. The study was approved by the research ethics committee, Research Report: 5.870.867. **Results/Discussion:** The final sample consisted of female nurses (73,9%), with an average age of 40,3 years, postgraduate education (69,6%), with approximately 5 years of experience in the university hospital and an average of 5 years in medical or surgical wards (65,2%). All participants preferred electronic documentation, however, 91,3% reported not documenting all five stages of the nursing process. Nurses reported both a lack of training in electronic nursing process documentation (69,6%)

and training in the system used for such documentation. There was a statistically significant difference between pre-immediate (Q-DIO score = 7,7) and post-immediate (Q-DIO score = 12,7) assessments following the “Eu registro!” in-service training intervention, with an effect size of 1,152. The situational diagnosis showed a predominance of data collection stage records compared to other stages of the nursing process. When comparing the quality of records in the immediate period before and after training, a significant p-value corresponding to  $p < 0,001$  was observed, with an effect size of 1,243, despite a slight decrease in the average domains of the Q-DIO and its total score. During the intervention, some observations were made, highlighting the need reported by nurses for new perspectives on leadership in service. **Conclusions:** The study concluded that the “Eu registro!” in-service training intervention resulted in significant impacts on the quality of electronic records of the nursing process performed by nurses and achieved a relevant effect in the immediate period related to learning and knowledge improvement, being a strategy adopted to address the gap in the quality of electronic records, demonstrating significant improvements in Q-DIO domains after the intervention. Nursing leadership and continuing education emerge as crucial elements to enhance the accuracy of electronic records related to the nursing process and, consequently, the quality of nursing care and professional visibility..

**Keywords:** Electronic health records. Nursing records. Inservice training. Nursing process. Medical-surgical nursing.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Dimensionamento de pessoal de enfermagem na Atenção Primária à Saúde.....	31
Figura 2 –	Linha do Tempo da Pesquisa.....	46
Quadro 1 –	Dimensionamento Equipe De Enfermagem Hospital Universitário.....	48
Figura 3 –	Esquema de seleção dos participantes da pesquisa.	50
Quadro 2 –	Aspectos positivos e negativos registrados no diário de campo.....	75

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Caracterização dos enfermeiros participantes do estudo (N = 23).....	59
Tabela 2 –	Caracterização profissional dos enfermeiros participantes do estudo (N = 23).....	60
Tabela 3 –	Informações sobre registro eletrônico e registro eletrônico em processo de enfermagem dos enfermeiros participantes do estudo (N = 23).....	61
Tabela 4 –	Caracterização pessoal dos enfermeiros participantes do estudo, segundo a clínica em que trabalha (N = 23).....	62
Tabela 5 –	Caracterização profissional dos enfermeiros participantes do estudo segundo a clínica em que trabalham (N = 23).....	63
Tabela 6 –	Etapas do processo de enfermagem não registradas pelos enfermeiros segundo a clínica que trabalham.....	64
Tabela 7 –	Caracterização pessoal dos enfermeiros participantes do estudo segundo o turno em que trabalham (N = 23).....	64
Tabela 8 –	Etapas do processo de enfermagem não registradas pelos enfermeiros segundo o turno que trabalham (N = 23).....	66
Tabela 9 –	Caracterização Pessoal e Profissional Dos Enfermeiros Participantes Do Estudo segundo escolaridade (N = 23).....	67
Tabela 10 –	Etapas do processo de enfermagem não registradas pelos enfermeiros segundo o nível de escolaridade (N = 23).....	68
Tabela 11 –	Correlação das dimensões do QDIO nos momentos Pré- imediato (2022) e o momento Pré-Imediato (2023) para diagnóstico situacional (N=23).....	69
Tabela 12 –	Correlação do Q-DIO nos períodos Pré e Pós Imediato dos Enfermeiros da Clínica Médica (n = 13).....	70
Tabela 13 –	Correlação do Q-DIO nos períodos Pré e Pós Imediato dos Enfermeiros da Clínica Cirúrgica (N = 10).....	71
Tabela 14 –	Correlação do Q-DIO nos períodos Pré e Pós Imediato dos Enfermeiros do Serviço Diurno (N = 13).....	72
Tabela 15 –	Correlação do Q-DIO nos períodos Pré e Pós Imediato dos Enfermeiros do Serviço Noturno (N = 10).....	72
Tabela 16 –	Correlação das dimensões do QDIO nos momentos Pré e Pós Imediato (N = 23).....	73
Tabela 17 –	Correlação das dimensões do QDIO nos momentos Pré Mediato e Pós Mediato (N = 23).....	74

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
1.1	MOTIVAÇÃO.....	15
1.2	PROBLEMATIZAÇÃO.....	16
1.3	OBJETIVOS.....	23
<b>1.3.1</b>	<b>Objetivo Geral</b> .....	23
<b>1.3.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b> .....	23
1.4	HIPÓTESES.....	24
<b>1.4.1</b>	<b>Hipótese Alternativa</b> .....	24
<b>1.4.2</b>	<b>Hipótese Nula</b> .....	24
1.5	JUSTIFICATIVA.....	24
1.6	RELEVÂNCIA.....	25
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL DA LITERATURA</b> .....	27
2.1	PROCESSO DE ENFERMAGEM E SEU CONTEXTO HISTÓRICO.....	27
2.2	REGISTRO DE ENFERMAGEM E IMPLICAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA.....	29
2.3	LEGISLAÇÕES NA PERSPECTIVA DO REGISTRO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	31
<b>2.3.1</b>	<b>Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986</b> .....	32
<b>2.3.2</b>	<b>Decreto/Lei nº 2848/40 – Art. 299 (Código Penal)</b> .....	32
<b>2.3.3</b>	<b>Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987</b> .....	33
<b>2.3.4</b>	<b>Resolução COFEN nº 736/2024 (substituindo a Resolução COFEN nº 358/2009)</b> .....	33
<b>2.3.5</b>	<b>Resolução COFEN nº 311/2007 (revogada pela Resolução COFEN nº 564/2017)</b> .....	34
<b>2.3.6</b>	<b>Resolução COFEN nº 374/2011</b> .....	35
<b>2.3.7</b>	<b>Resolução COFEN nº 429/2012</b> .....	36
<b>2.3.8</b>	<b>Resolução COFEN 514/2016</b> .....	36
<b>2.3.9</b>	<b>Resolução COFEN 545/2017</b> .....	37
<b>2.3.10</b>	<b>Resolução COFEN 727/2023</b> .....	37
2.4	CUIDADO DE ENFERMAGEM NAS CLÍNICAS MÉDICA E CIRÚRGICA.....	38
2.5	QUALIDADE DOS DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES E RESULTADOS (Q-DIO) E SUA APLICAÇÃO NO REGISTRO HOSPITALAR.....	40
2.6	TREINAMENTO EM SERVIÇO HOSPITALAR PARA ENFERMEIROS.....	41
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	45
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	45
3.2	LOCAL DO ESTUDO.....	46
3.3	PARTICIPANTES.....	49
<b>3.3.1</b>	<b>Critérios de inclusão</b> .....	49
<b>3.3.2</b>	<b>Critérios de exclusão</b> .....	49
3.4	COLETA DE DADOS.....	49
<b>3.4.1</b>	<b>Recrutamento e seleção</b> .....	49
<b>3.4.2</b>	<b>Instrumento de coleta de dados</b> .....	51
<b>3.4.3</b>	<b>Estratégia de coleta de dados</b> .....	52
<b>3.4.4</b>	<b>Coleta de dados pré – intervenção <u>mediato</u> – diagnóstico</b> .....	53

	situacional (agosto a outubro 2022).....	
3.4.5	Coleta de dados pré-intervenção <u>imediate</u> (abril a junho de 2023).....	53
3.4.6	Intervenção (abril a junho de 2023).....	54
3.4.7	Coleta de dados pós – intervenção <u>imediate</u> (abril a junho de 2023).....	55
3.4.8	Coleta de dados pós – intervenção <u>mediate</u> (julho a outubro de 2023).....	55
3.4.9	Diário de campo.....	56
3.5	ANÁLISE DE DADOS.....	56
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	57
4	<b>RESULTADOS</b> .....	59
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	59
4.2	DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO REGISTRO ELETRÔNICO DAS ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM PELOS ENFERMEIROS 2022 E 2023 (PRÉ MEDIATO E PRÉ-IMEDIATO).....	69
4.3	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO REGISTRO ELETRÔNICO DAS ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NOS PERÍODOS PRÉ E PÓS IMEDIATO AO TREINAMENTO EM SERVIÇO.....	70
4.4	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO REGISTRO ELETRÔNICO DAS ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NOS PERÍODOS DIAGNÓSTICO SITUACIONAL E TRÊS MESES POSTERIORES AO TREINAMENTO EM SERVIÇO.....	74
4.5	DIÁRIO DE CAMPO.....	75
5	<b>DISCUSSÃO</b> .....	80
6	<b>CONCLUSÃO</b> .....	89
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	91
	<b>APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO ENFERMEIRO PARTICIPANTE DA PESQUISA</b> .....	99
	<b>APÊNDICE B - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NO TREINAMENTO EM SERVIÇO</b> .....	103
	<b>APÊNDICE C - CARDS DA ENFERMAGEM</b> .....	104
	<b>APÊNDICE D - BROCHE MOTIVACIONAL</b> .....	105
	<b>APÊNDICE E - TCLE – FOLHAS 1 E 2</b> .....	106
	<b>APÊNDICE F – CRONOGRAMA</b> .....	108
	<b>APÊNDICE G - CARTA DE ANUÊNCIA</b> .....	109
	<b>ANEXO A - Q-DIO VERSÃO BRASILEIRA</b> .....	110
	<b>ANEXO B - APLICATIVO DE GESTÃO PARA HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS (AGHUX)</b> .....	111
	<b>ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b> .....	112

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 MOTIVAÇÃO

A escolha do tema de estudo foi impulsionada por razões pessoais e acadêmicas. No âmbito pessoal, ao longo de toda a minha vida, estive imersa no processo educacional, vindo de uma família repleta de educadores que constantemente me incentivaram a buscar conhecimento e aprimoramento. Na esfera acadêmica, essa inclinação se manteve, pois os trabalhos que mais me entusiasmavam eram aqueles que abordavam o processo de ensino e aprendizagem.

Em novembro de 2018, ao ser aprovada no concurso para o hospital universitário onde atualmente trabalho, recebi o convite para implementar o módulo de enfermagem do aplicativo utilizado para registro eletrônico, isso porque a forma como o processo de enfermagem (PE) era registrada divergia nas diferentes unidades de internação. Novamente, vi-me imersa no contexto educacional. No entanto, durante o processo de implantação, ao explorar o aplicativo, percebi que abrangia a maioria das etapas do processo de enfermagem, com exceção das metas e, apesar de todo o sistema facilitar o registro eletrônico do processo de enfermagem, parte dos enfermeiros continuavam registrando em sua maioria, o exame físico.

No início de 2019, fui convocada para uma reunião junto à educação permanente do hospital e, alguns enfermeiros diaristas para apresentar o sistema. Desta reunião, surgiu a criação da Comissão de Desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (CDSAE), objetivando o desenvolvimento da implantação do processo de enfermagem no hospital.

Neste contexto, venho, como enfermeira de um Hospital Universitário Federal, localizado no Rio de Janeiro, atuando na implantação de um aplicativo que contém, entre outros atributos, o prontuário eletrônico do paciente (PEP). Este sistematiza as informações, otimiza o trabalho dos profissionais e facilita os relatórios/indicadores para a gestão.

Como profissional de enfermagem, atuante na assistência e na gestão, compreendo a necessidade de cumprir o processo de enfermagem na prática, gerando indicadores, a exemplo, para a administração, cumprindo com a até então Resolução Cofen 358/2009 (hoje atualizada para Resolução Cofen 736/2024), mas que neste momento, ainda era realizada de modo informal na instituição.

Para tanto, seria necessário realizar um diagnóstico situacional, para a partir de então, abordar estes enfermeiros com treinamentos não apenas sobre o modo a utilizar o Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHUX) como também sobre o processo de enfermagem, objetivando o progresso nos registros eletrônicos de enfermagem.

Deste modo emergiu meu interesse pela temática, na qual eu poderia incentivar enfermeiros a realizarem um registro de enfermagem de maneira correta bem como do processo de enfermagem (PE) ser efetivamente integrado no ambiente hospitalar, seguindo as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

Minha motivação para esse trabalho foi além do profissionalismo; sendo impulsionada pela crença de que uma abordagem mais estruturada na assistência de enfermagem que poderá resultar em impactos positivos na qualidade do atendimento realizado. A jornada para incentivar e capacitar enfermeiros no uso do sistema eletrônico para registros eletrônicos em saúde, neste caso o AGHUX, e na compreensão profunda do processo de enfermagem foi, é e será uma busca constante pela excelência no cuidado ao paciente.

Assim, minha trajetória profissional se entrelaça com o compromisso de contribuir para a evolução do hospital universitário, promovendo práticas mais eficientes e centradas no paciente. Acredito que, ao capacitar a equipe e consolidar o registro do processo de enfermagem no prontuário eletrônico, estou não apenas transformando processos, mas também impactando positivamente a vida daqueles que confiam nos cuidados da equipe de enfermagem.

## 1.2 PROBLEMATIZAÇÃO

Segundo a Política Nacional de Informática e Informação em Saúde (Brasil, 2016), a necessidade de informações relacionadas à saúde está crescendo, assim como os desafios inerentes ao seu uso para simplificar a tomada de decisões no sistema de saúde brasileiro. Ressalta-se que as avaliações dos processos de trabalho em saúde, além de oferecerem melhorias na trajetória, desempenham um papel crítico na capacitação de recursos humanos e compartilhamento do conhecimento. Usuários, profissionais e gestores, bem como prestadores de serviços de saúde, instituições de ensino e sociedade civil organizada, são parceiros estratégicos na produção e

utilização de dados de saúde nesse cenário.

Desde a Constituição de 1988, a saúde foi declarada como um direito de todos e responsabilidade do Estado. Além disso, os princípios da Lei nº 1990. 8.080 (Brasil, 1990), que estabelece a universalidade do acesso, integralidade, igualdade e equidade na saúde, a sistematização de informações de saúde deve ser realizada com a finalidade de gestão, de vigilância e de atenção à saúde (Brasil, 2016).

Logo, estabelecer uma Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, capaz de subsidiar os processos de produção e disseminação de conhecimento, gestão, organização e controle social, tornou-se uma meta setorial para o Ministério da Saúde e seus filiados. A viabilidade desse objetivo será reforçada pela expansão e fortalecimento da base científico tecnológica de produtos e processos de trabalho em saúde, bem como a redução ou simplificação dos sistemas de informação em saúde (Brasil, 2016).

Apoiar a prática profissional, facilitando e organizando registros rotineiros, permitindo a realização de consultas e relatórios sobre as informações produzidas, facilitando o agendamento e permitindo a referência e contrarreferência dos usuários estão entre as práticas mais utilizadas do uso tecnologia da informação na atenção à saúde. Recursos como o Registro Eletrônico de Saúde, protocolos clínicos e programáticos, alertas, notificações, sistemas de apoio a decisão, e consulta assistida remota (Telessaúde) aprimoram o trabalho dos profissionais de saúde, beneficiando o público como resultado (Brasil, 2016).

À vista disso, surge a Estratégia e-Saúde para o Brasil, publicada em 2017, com o Plano de Ação, Monitoramento e Avaliação de Saúde Digital para o Brasil, aprovado em 2019 e publicado em 2020. A Estratégia Saúde Digital tem como objetivo conectar e alinhar as diversas atividades e projetos, tanto públicos quanto privados, em ordem para maximizar o poder da transformação digital da saúde no Brasil. Por sua vez, o Plano de Ação de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 descreve o conjunto de atividades a serem realizadas, bem como os recursos necessários para a implementação da Visão de Saúde Digital (Brasil, 2020a).

Quanto aos eixos estratégicos delineados no Plano de Ação de Saúde Digital para a concretização da Visão de Saúde Digital, chama-se a atenção para o Eixo 1 - "Ações do Ministério da Saúde para o SUS", que reconhece e valoriza o Programa Conecte SUS e suas iniciativas como ações essenciais para alcançar a Visão da Saúde Digital. Entre suas principais atividades, tem como objetivo fortalecer as

iniciativas da Rede Nacional de Dados e Informações Saúde (RNDS) (Brasil, 2020a).

A iniciativa da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), que faz parte do Programa Conecte O SUS, ambos sancionados pela portaria GM/MS n. 1.434, de 28 de maio de 2020, promove o conceito de uma plataforma bem estabelecida, moderna e interoperável de serviços, informações e conectividade que, por si só, são transformadores para a saúde. Pretende-se que a RNDS seja estabelecida e reconhecida como uma plataforma digital para inovação, informação e serviços de saúde para todo o Brasil até 2028, em benefício de usuários, cidadãos, pacientes, comunidades, gestores, profissionais, e organizações de saúde (Brasil, 2020b).

Corroborando as questões sobre incentivos ao avanço do registro eletrônico, no que diz respeito as prioridades do Plano de Ação de Saúde Digital, tem-se a "Informatização dos 3 níveis de Atenção", aconselhando a implementação de políticas de informatização dos sistemas de saúde bem como a adoção de prontuários eletrônicos e sistemas de gestão hospitalar como parte integrante dos serviços e processos (Brasil, 2020a).

Ainda neste contexto, há o Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde. versão 5.0 - 2020 define o Registro Eletrônico em Saúde como um repositório de informação a respeito da saúde de indivíduos, numa forma processável eletronicamente. Na enfermagem, o Conselho Nacional de Arquivos conceitua os registros de enfermagem como anotações produzidas pelos profissionais de enfermagem, em documentos próprios e formais, convencionais (em papel) ou eletrônicos, que relatam as atividades realizadas durante o exercício da profissão (Kiatake *et al.*, 2020).

O uso de um sistema informatizado documentando e processando dados do atendimento direto ao paciente, é fundamental no contexto do Processo de Enfermagem, que requer a integração e interpretação de complexas informações clínicas para a tomada de decisões individualizadas. Neste sentido, associa-se a documentação clínica de enfermagem informatizada, uma vez que permite a recuperação de dados e informações relacionadas à tomada de decisões clínicas, essencial para a prática baseada em evidências, e para o desenvolvimento eficaz do processo de enfermagem (Lima; Melo, 2012).

A execução do PE está relacionada aos registros assistenciais, aqueles que relatam a assistência ao paciente, por todos os membros da equipe de enfermagem. Já os registros gerenciais dizem respeito à sistematização da assistência de

enfermagem e são aqueles que auxiliam o enfermeiro na organização das rotinas e fluxos de trabalho. Essas duas categorias de registros são definidas segundo o Manual de Fiscalização, Resolução Cofen nº 374/2011, que normatiza e define os itens notificáveis por seus fiscais (Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, 2011).

Em conjunto a essa resolução, a Resolução Cofen nº 429/2012, 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. Em seu artigo 1º, é mencionado que é dever e obrigação dos profissionais da Enfermagem registrar, nos registros do paciente e em outros documentos específicos da área, seja em formato tradicional (papel) ou eletrônico, as informações relacionadas ao processo de cuidado e à gestão das atividades de enfermagem. Essas informações são consideradas essenciais para garantir a continuidade e a excelência da assistência prestada (COFEN, 2012).

Ademais, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resolução nº 564/2017, discorre que registrar é simultaneamente uma obrigação e um direito. Quando um profissional registra, assume a responsabilidade por suas ações, ao mesmo tempo em que gera evidências sobre sua conduta. Além disso, o registro em prontuário é uma precaução necessária para a segurança do paciente, assim como a comunicação entre os profissionais (COFEN, 2017a).

Embora os profissionais de enfermagem reconheçam a importância dos registros, ainda dissociam esta atividade dos procedimentos realizados em sua jornada de trabalho. A execução de um procedimento envolve três etapas: a preparação do ambiente, o material e o paciente; a execução da técnica adequada para a conclusão de qualquer tarefa; e o registro da atividade e seus resultados. Como resultado, é possível afirmar que um procedimento é concluído quando é registrado. Não registrar é um erro profissional comum na área da enfermagem (Carneiro; Silva; Linch, 2021).

Uma série de fatores contribuem para isso, incluindo o subdimensionamento pessoal, a desorganização do trabalho, a falta de supervisão efetiva da assistência, a qualificação profissional insuficiente para o trabalho e o desconhecimento das leis. Essas questões tomadas em conjunto, criam a noção de que o registro é uma "burocracia" e perpetuar o hábito de deixar o registro no segundo nível (Carneiro; Silva; Linch, 2021).

Estratégias educativas utilizadas no ensino-aprendizagem direcionadas a

profissionais da clínica médica de um hospital universitário contribuíram para o aumento do escore da qualidade de registros através do Q-DIO (*Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes* – Qualidade dos Diagnósticos, Intervenções e Resultados). Neste estudo, os registros de enfermagem foram avaliados antes e após a implantação de uma estratégia educativa, no caso deste, um grupo de estudos denominado GERE, demonstrando aumento dos escores em três domínios do referido estudo (Melo, 2016).

O processo de intervenção utilizado por estes autores, contribuiu para a construção do conhecimento de enfermagem à medida que identificou a qualidade dos registros de enfermagem, evidenciada pelos baixos escores na avaliação dos registros de enfermagem realizada antes da implementação do grupo de estudo, com a adoção de medidas que buscaram sua correção evidenciada pela melhora dos escores na avaliação realizada após a implementação e manifestação da necessidade da continuidade do grupo de estudos pelos participantes. Antes da implementação do grupo a média da soma do escore do Q-DIO foi  $9,25 \pm 4,71$  e, após a mesma a média da soma do escore do Q-DIO foi  $18,3 \pm 10,0$ , equivalendo a um  $p=0,003$ , significando uma melhora na qualidade do registro de enfermagem (Melo, 2016).

Partindo da prerrogativa da qualificação profissional insuficiente para um registro eletrônico acurado do processo de enfermagem, pressupõe-se que o treinamento em serviço seja capaz de contribuir para a compreensão da legislação vigente, aprimoramento profissional e mudança de paradigma para cultura do registro de enfermagem como condição sine-qua-non do enfermeiro.

O treinamento em serviço objetiva principalmente ensino para a prática. Ela compreende medidas para promover o empoderamento e a competência dos profissionais com a finalidade de melhorar o desempenho de suas tarefas, auxiliando a organização no alcance de seus objetivos. Quando devidamente estruturados, os treinamentos são capazes de produzir mudanças nos indivíduos através do desenvolvimento e melhoria das habilidades, conhecimento, atitudes e comportamentos. Além de melhorar seu processo de trabalho, atitudes profissionais e interações com colegas de trabalho e superiores (Bastos *et al.*, 2021).

Dentro deste mesmo contexto, Chiavenato (2004) observa que o treinamento tem o potencial de induzir mudanças comportamentais através de várias vias. Isso pode ocorrer por meio da transmissão de informações, onde os participantes recebem uma visão geral da cultura organizacional ou são apresentados a novos

conhecimentos. Além disso, o treinamento pode incluir o desenvolvimento de habilidades, capacitando os colaboradores para melhorar a execução de suas tarefas e operações. Essas mudanças também podem envolver o desenvolvimento ou a modificação de atitudes, levando à adoção de novos hábitos e comportamentos. Por fim, o treinamento pode estimular o desenvolvimento de conceitos, ampliando ideias e promovendo uma prática administrativa mais sofisticada.

Assim, usar o um instrumento que avalie a qualidade do registro do processo de enfermagem realizado pelo enfermeiro representa contar com uma ferramenta capaz de mensurar a qualidade dos registros antes e depois de um treinamento em serviço. Isso viabilizaria a avaliação da eficácia do treinamento a ser oferecido ao grupo de enfermeiros, resultando em registros eletrônicos mais eficientes.

A educação desempenha um papel importante no alcance das metas organizacionais por meio de uma combinação de interesses organizacionais e da força de trabalho. A educação dos trabalhadores da saúde é uma área que exige um foco no avanço de métodos de ensino aprendizagem para cumprir as metas estabelecidas, mas não deve se limitar a uma versão formalizada do conhecimento técnico da profissão (Bastos *et al.*, 2021).

Na enfermagem, para realizar os registros do processo de enfermagem, o enfermeiro precisa capacitar-se. O treinamento prepara as pessoas para enfrentar situações derivadas da função que exerce, muni-la de conhecimentos e possibilidades de criação. O recurso tecnológico contribui para o nivelamento da equipe, uma vez que um plano assistencial básico é garantido pelo fluxo do programa. No Brasil, há uma baixa adoção da informática pelos enfermeiros para registrar as etapas do PE. É essencial implementar estratégias de capacitação em informática em saúde e enfermagem, além de reconhecer a importância dessas competências específicas para os sistemas e serviços de saúde (Laynes *et al.*, 2021).

De acordo com a Resolução COFEN 736/2024, o processo de enfermagem é um método que orienta o pensamento crítico e o julgamento clínico do Enfermeiro. Ele é composto por cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes, recorrentes e cíclicas: avaliação de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação de enfermagem e evolução de enfermagem (COFEN, 2024). Todo esse processo precisa ser descrito em prontuário ou sistema de registro eletrônico de saúde de forma detalhada e organizada das informações coletadas durante o processo de enfermagem (COFEN, 2012). Independente da forma que é

feito o registro, ele precisa ter clareza dos problemas do indivíduo cuidado e das decisões tomadas pelo enfermeiro, assim como possibilitar a continuidade da assistência por toda a equipe. Cabe ressaltar que o registro eletrônico é uma ferramenta robusta de suporte à qualidade do registro e da apresentação de indicadores do cuidado.

Conforme as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem, o objetivo da formação do enfermeiro é fornecer ao profissional os conhecimentos necessários para o desenvolvimento de competências e habilidades essenciais. Entre elas, destacam-se a comunicação verbal e não verbal, bem como as habilidades de escrita e leitura. Além disso, é enfatizado o conhecimento em tecnologias de comunicação e informação, usando-as adequadamente para o cuidar de enfermagem (Brasil, 2001).

Kobayashi e Leite (2010) demonstra que as lacunas existentes na gestão de recursos humanos por competências são uma realidade em diferentes instituições de saúde. Desta forma, o desenvolvimento de competências nos colaboradores poderia ser um diferencial na enfermagem.

O desenvolvimento da competência profissional pressiona a transferência de conhecimento adquirido a partir dos conteúdos para o conhecimento baseado na integração da teoria e da prática. Como resultado de ações de prática profissional, os trabalhadores passam a refletir e desenvolver suas capacidades. Iniciar o processo de ensino em torno das competências profissionais tem, por definição, um componente prático e social. Os conteúdos são examinados, considerando-se o significado a eles atribuídos, sua consistência e funcionalidade para o enfrentamento de situações reais e complexas (Kobayashi; Leite, 2010).

Embora verificada na teoria a importância do desenvolvimento das competências e habilidades para o processo de ensino-aprendizagem na prática do enfermeiro, observa-se dificuldade em encontrar evidências na literatura na prática clínica.

Desse modo, o progresso nos registros eletrônicos de enfermagem torna-se objetivo almejado, mas, dificilmente, estudado por pesquisadores, levando-se em conta a escassez de pesquisas que abordem estratégias de intervenção voltadas ao treinamento do enfermeiro no que diz respeito ao registro eletrônico do processo de enfermagem em todas as suas etapas. Soma-se a isso, a falta de estudos que avaliem esses registros antes e depois do treinamento em serviço. Diante dessa lacuna,

emerge tal proposta de pesquisa: *Qual o efeito da intervenção treinamento em serviço “Eu registro!” para enfermeiros que realizam os registros eletrônicos do processo de enfermagem a pacientes clínico-cirúrgicos hospitalizados?*

### 1.3 OBJETIVOS

#### 1.3.1 Objetivo Geral

Avaliar o efeito da intervenção treinamento em serviço “*Eu registro!*” na qualidade dos registros eletrônicos do processo de enfermagem realizados pelo enfermeiro a pacientes clínico-cirúrgicos hospitalizados.

#### 1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar o diagnóstico situacional da qualidade dos registros eletrônicos do processo de enfermagem.
- Analisar o efeito na qualidade dos registros eletrônicos do processo de enfermagem dos enfermeiros após a intervenção treinamento em serviço “Eu Registro!” como parte do processo de aprendizado (pré- imediato e pós- imediato).
- Analisar o efeito na qualidade dos registros eletrônicos do processo de enfermagem dos enfermeiros no período pré (pré- mediato) e pós (pós- mediato) treinamento em serviço como parte do desenvolvimento ou modificação de atitudes.
- Compreender os fatores envolvidos na realização dos registros eletrônicos do processo de enfermagem pelos enfermeiros.

### 1.4 HIPÓTESES

#### 1.4.1 Hipótese Alternativa

O treinamento em serviço “EU registro!” tem efeito na qualidade dos registros eletrônicos do processo de enfermagem clínico-cirúrgicos realizados pelo enfermeiro.

### 1.4.2 Hipótese Nula

O treinamento em serviço “EU registro!” não tem efeito na qualidade dos registros eletrônicos do processo de enfermagem clínico-cirúrgicos realizados pelo enfermeiro.

## 1.5 JUSTIFICATIVA

A realização de uma revisão integrativa, em setembro de 2023, em três bases de dados (PUBMED, CINAHL, EMBASE), abordando essa temática compôs-se de três artigos, todos publicados nos últimos cinco anos. A revisão não revelou a predominância de um tipo específico de treinamento para o registro eletrônico, uma vez que diversos métodos foram empregados, abrangendo desde abordagens tradicionais até simulações clínicas. Além disso, não foi possível avaliar a eficácia dos treinamentos devido à falta de instrumentos avaliativos tanto no período pré quanto no pós-treinamento (Kallio *et al.*, 2020; Smailes *et al.*, 2019; Wilbanks; Aroke, 2020).

Num estudo realizado em uma unidade de pediatria, foram avaliados 1129 registros de enfermeiros, no período de julho a outubro de 2019, extraíndo dados referentes à assistência por meio da qualidade dos registros de enfermeiros. A ausência de registro e até mesmo sua inadequação resultam em atrasos na prestação direta de assistência e na tomada de decisão sobre o tratamento do paciente. Ao mesmo tempo, tal situação entra em conflito com o código de ética da profissão, que estipula como dever e responsabilidade do enfermeiro e da equipe de enfermagem registrar informações pertinentes à assistência no prontuário e em outros documentos específicos da área (Rissi *et al.*, 2020).

Outra revisão integrativa sobre a temática realizada em 2018 trouxe resultados mostrando que, apesar da obrigatoriedade imposta pela legislação, os profissionais persistem em não atender o que é imposto para o exercício legal da profissão, desconsiderando o que seria documento e respaldo legal de suas atividades. Nesta busca, quando analisado o conteúdo dos registros de enfermagem, nenhum dos prontuários encontrados foi classificado como satisfatório, uma vez que, embora estivessem adequados em termos de formato, revelaram-se incompletos em relação aos conteúdos analisados (Silva; Dias, 2018).

Em mais um estudo de revisão integrativa, Rodrigues e Batista (2016)

reforçaram a importância dos registros de enfermagem tanto para a qualidade da assistência ao paciente, quanto para o controle financeiro da instituição de saúde. Concluiu-se que a auditoria tem autonomia para incitar capacitação da equipe, possibilitando uma reflexão sobre a importância dos registros dentro da instituição hospitalar. As ações da enfermagem impactam diretamente na auditoria de custos, pois a assistência realizada gera receita por meio dos registros realizados (Guerrer; Lima; Castilho, 2015).

Quanto ao emprego do instrumento Q-DIO como ferramenta de avaliação do registro de enfermagem, alguns estudos indicam sua utilização exclusiva para uma avaliação, enquanto outros o integram a treinamentos, com o objetivo de promover a adoção do sistema de linguagens padronizadas. A ausência de descobertas acerca da relação do uso do Q-DIO como instrumento de avaliação de registros eletrônicos em uma comparação pré e pós-treinamento em serviço reforça a carência de estudos que abordem ambas as temáticas (Aini *et al.*, 2023; Gligor *et al.*, 2023; Melo *et al.*, 2019).

## 1.6 RELEVÂNCIA

Espera-se desta forma, contribuir com evidências que apontem possibilidades de treinamentos em serviço que possam qualificar os enfermeiros e, conseqüentemente os registros eletrônicos do processo de enfermagem, melhorar as estratégias de comunicação, otimizar e dar visibilidade às ações de enfermagem na prática assistencial.

Para os profissionais, um registro eletrônico acurado, usando um sistema de linguagens padronizadas, não apenas melhora a precisão e coerência das informações como também contribui para uma melhor tomada de decisão, geração de indicadores e otimização de processos administrativos, beneficiando não apenas o enfermeiro como demais membros da equipe de enfermagem e multiprofissional (D'Agostino *et al.*, 2019). Para os usuários, a implantação de um registro eletrônico por meio de uma identificação unívoca tal qual estabelece a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde.

No ensino, este estudo poderá reforçar a necessidade de incorporação de conteúdos relacionados a informatização dos sistemas de saúde no ensino de graduação e pós-graduação, possibilitando uma prática mais eficaz. Para a pesquisa

na enfermagem, possibilitar estratégias de maior acurácia dos registros para acompanhamento de indicadores e necessidade em saúde e enfermagem.

## 2 REFERENCIAL DA LITERATURA

### 2.1 PROCESSO DE ENFERMAGEM E SEU CONTEXTO HISTÓRICO

A expressão "processo de enfermagem" (PE) é utilizada para descrever uma forma de organização do trabalho do enfermeiro no cuidado ao indivíduo, família e/ou comunidade. Consiste em um método de planejamento do cuidado para dar à assistência (Azevedo *et al.*, 2019).

Este termo, segundo Wanda Horta (1979), difundiu-se na década de 70, sendo uma tecnologia estruturada em cinco etapas: histórico de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem, resultados de enfermagem e avaliação. Todas estas exigindo que o enfermeiro tenha conhecimento teórico e prático, sendo capaz de potencializar e desenvolver o raciocínio clínico (COFEN, 2009).

No Brasil, há 15 anos aproximadamente, o COFEN determinou a adoção do PE em unidade de atenção à saúde, tendo iniciado por meio da Resolução COFEN – 272/2002, em que estabeleceu as diretrizes gerais para o uso do processo de enfermagem em instituições de saúde com enfermeiros, determinando que esse método fosse implementado em todo o território nacional (COFEN, 2002).

Assim como representam atividades realizadas no cuidado do paciente, todas as etapas do processo de enfermagem exigem registro acurado, contando aspectos legais e profissionais para o enfermeiro, equipe multiprofissional e paciente. A documentação é a única maneira segura e viável de compreender o que foi feito de maneira sistemática (Azevedo *et al.*, 2019).

Neste contexto, é necessário o uso de estratégias que possam apoiar a documentação do PE em diferentes âmbitos, desde o educacional até o assistencial. Destaca-se então, a utilização de recursos tecnológicos, uma vez que, há inúmeras vantagens do uso dessas ferramentas para a enfermagem: aprimorar o cuidado de forma resolutiva e responsável, uso de linguagem padronizada e acesso às informações de modo dinâmico pela equipe de enfermagem (Carvalho *et al.*, 2018; Gomes *et al.*, 2017).

Na prática da enfermagem, a escolha de teorias de enfermagem podem sustentar todo o processo de enfermagem, orientando o cuidado e a documentação clínica, incluindo em sistemas informatizados. As teorias norteiam desde a escolha do

instrumento de coleta de dados até a análise específica de determinados fenômenos, além de guiar a implementação de intervenções em contextos específicos (Bitencourt *et al.*, 2023).

A acurácia do registro de enfermagem, que pode ser facilitada com o uso de programas computacionais, é citada na literatura como caminho para melhorar a comunicação entre os profissionais, dar continuidade ao plano de cuidados, bem como manter a integridade e regularidade das informações do paciente (Azevedo *et al.*, 2019).

Ao começar um programa de incentivo à adoção do PE e aos registros dele decorrentes, é importante ressaltar esses aspectos. No entanto, não seria sensato ignorar os desafios envolvidos no processo de implementação da documentação de PE, que devem ser reconhecidos durante o desenvolvimento do plano estratégico para o processo de mudança: questões operacionais (falta de recursos humanos, treinamento, excesso de trabalho, modelo tarefairo de divisão de tarefas, rotatividade dos enfermeiros), além das resistências à mudança associada ao conjunto de crenças e valores, ao uso de linguagem padronizada e à insatisfação com as condições de trabalho (Trindade *et al.*, 2016).

No Brasil, a documentação do Processo de Enfermagem é uma exigência, formalizada pelo COFEN através de suas resoluções: Resolução COFEN – 736/2024, substituindo a Resolução COFEN – 358/2009; Resolução COFEN – 374/2011; Resolução COFEN – 429/2012; Resolução COFEN – 374/2011; Resolução COFEN – 564/2017; e Resolução COFEN – 727/2023.

Dessa forma, implementar a documentação do processo de enfermagem exige que o envolvimento dos participantes se baseie na premissa sólida de que as ações resultantes do papel clínico do enfermeiro influenciam os resultados de saúde dos pacientes (Cruz, 2009). Se, porém, os enfermeiros não percebem que têm um papel clínico junto aos usuários dos serviços de saúde e, que suas ações de cuidado impactam a saúde das pessoas, não haverá preparações capazes de reduzir a resistência ao uso do PE ou políticas institucionais para adotar modelos de assistência compatíveis com o uso do processo de enfermagem (Azevedo *et al.*, 2019).

## 2.2 REGISTRO DE ENFERMAGEM E IMPLICAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA

A avaliação da qualidade da assistência de enfermagem tem sido alvo da área

de gestão em prol de melhores resultados, elaboração de indicadores e monitoramento de uma assistência qualificada. Esta avaliação considera tanto a formação acadêmica e a resolução do problema de saúde do paciente como também o resultado do produto hospitalar, mensurado pela qualidade dos registros de todas as ações de enfermagem (Setz; D’Innocenzo 2009).

Os registros mencionados são feitos no prontuário do paciente como parte essencial do Processo de Enfermagem. Com o objetivo de garantir a continuidade e excelência da assistência, cabe aos profissionais de Enfermagem, conforme a Resolução 429/2012 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), documentar no prontuário do paciente e em outros registros específicos da área as informações relativas ao processo de cuidado e ao gerenciamento do trabalho, fundamentais para assegurar a continuidade e qualidade do atendimento (Farias *et al.*, 2020).

De acordo com as diretrizes estabelecidas pelo COFEN (2012), os registros abrangem informações pessoais do paciente, diagnósticos de enfermagem, intervenções realizadas em relação aos diagnósticos, resultados alcançados por meio das intervenções e outras informações pertinentes que contribuem, mesmo que indiretamente, para um cuidado digno, empático, competente e eficaz.

A falta de registro ou registros inadequados pode acarretar diversas consequências, tais como: interrupção no acompanhamento do paciente, avaliação inadequada das mudanças em sua condição clínica, interpretação imprecisa dos resultados alcançados, e ausência de uma base jurídica sólida para a defesa do trabalho realizado ou do cuidado prestado ao paciente (Azevedo *et al.*, 2019).

Silva *et al.* (2022) em uma pesquisa realizada em um Hospital Geral do Rio de Janeiro, identificaram em 31 (83,8%) de 37 prontuários analisados, o registro da primeira etapa do processo de enfermagem, não sendo identificados registros correspondentes à segunda e terceira etapas em todos os prontuários. Quanto aos registros da quarta e quinta etapas do PE, 19 (51,4%) e 21 (56,8%) dos prontuários, respectivamente, contemplavam registros correspondentes a estas partes.

Além disso, intervenções educativas e a adoção de Instrumentos Padronizados do Processo de Enfermagem foram apontados como fatores que contribuem para a melhoria das informações registradas. Por outro lado, alguns desafios foram identificados. A falta de atenção por parte do enfermeiro, a sobrecarga de trabalho e a necessidade de um maior número de enfermeiros para realizar registros de qualidade e executar o processo de enfermagem foram mencionados como

obstáculos. Além disso, alguns artigos relataram que o enfermeiro pode se preocupar mais com a execução das atividades em detrimento do registro adequado (Farias et al., 2020).

No entanto, de acordo com o que já fora descrito anteriormente, a participação do enfermeiro na parte de documentação pode exigir uma maior carga horária, devido sua responsabilidade legal e ética, continuidade do cuidado, comunicação interdisciplinar, avaliação e monitoramento, ensino e pesquisa. Fato este, observado na figura 1, por exemplo, onde, de acordo com tabela estabelecida pelo COFEN para os procedimentos realizados na atenção primária, dentre os cuidados indiretos ao paciente pelo enfermeiro, a maior parte destina-se a documentação clínica. Ressalta-se a ausência de tabela semelhante para a atenção hospitalar.

**Figura 1 - Dimensionamento de pessoal de enfermagem na Atenção Primária à Saúde.**

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE				
ITEM	ORIGEM DOS PARÂMETROS:			CATEGORIA PROFISSIONAL ENFERMEIRO
	BRASIL	PROFISSIONAL	ENFERMEIRO	
TEMPO DO TRABALHO DISPONÍVEL (TTD)				
1	SEMANAS NO ANO (semanas por ano)			52
2	DIAS TRABALHADOS NA SEMANA (dias/profissional)			5
3	DIAS DE AUSÊNCIA POR FÉRIAS NO ANO (Dias no ano/profissional)			15
4	DIAS DE FÉRIAS (Média de dias por ano/profissional)			21
5	DIAS DE LICENÇAS DE SAÚDE (Média de Dias por ano/profissional)			12
6	DIAS DE AUSÊNCIAS EM RAZÃO DE OUTRAS LICENÇAS NO ANO (Média de Dias por ano/profissional)			8
7	JORNADA DE TRABALHO (Horas de trabalho por dia/profissional)			8
TTD	TEMPO DO TRABALHO DISPONÍVEL (Horas por ano/profissional)			1648
ITEM	INTERVENÇÕES DE CUIDADO DIRETO	PRODUÇÃO ANUAL DAS INTERVENÇÕES (P)	TEMPO MÉDIO DAS INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO (T) horas	QUANTIDADE REQUERIDA DE ENFERMEIRO $Q_{dir} = (P \times T) / TTD$
1	Atendimento à demanda espontânea	3000	0,39	0,71
2	Consulta	3000	0,42	1,28
3	Administração de medicamentos	1000	0,21	0,13
4	Assistência em exames	200	0,31	0,04
5	Procedimentos ambulatoriais	300	0,32	0,06
6	Controle de imunização e vacinação	1000	0,42	0,23
7	Sinais vitais e medidas antropométricas	7000	0,20	0,84
8	Punção de vaso: amostra de sangue ven.	200	0,31	0,04
9	Visita domiciliar	1200	0,59	0,43
10	Promoção de ações educativas	2000	0,47	0,57
$Q_{dir}$	TOTAL REQUERIDO DE ENFERMEIRO PARA CUIDADO DIRETO			4,3
ITEM	INTERVENÇÕES DE CUIDADO INDIRETO			PERCENTUAL DA PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO
1	Ações educativas dos trabalhadores de saúde			2,1
2	Controle de infecção			0,1
3	Controle de qualidade			0,8
4	Organização do processo de trabalho			5,7
5	Documentação			12,4
6	Interpretação de dados laboratoriais			0,2
7	Atendimento de urgência			0,2
8	Atendimento de emergência			0,2
9	Reunião administrativa			3,9
10	Reunião p/ avaliação dos cuidados profissionais			1,9
11	Supervisão dos trabalhos de unidade			0,4
12	Troca de informação sobre cuidados de saúde			6,2
13	Vigilância em saúde			1,3
14	Ocasionalmente indiretos			10,3
$Q_{ind} \%$	SOMA DOS PERCENTUAIS DAS INTERVENÇÕES DE CUIDADOS INDIRETOS			45,6
$Q$	TOTAL REQUERIDO DE ENFERMEIRO PARA A USB $Q = Q_{dir} / (1 - Q_{ind} \%/100)$			8

Fonte: COFEN, 2017b.

## 2.3 LEGISLAÇÕES NA PERSPECTIVA DO REGISTRO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Este capítulo abordará legislações que estabelecem normativas essenciais para o exercício da enfermagem no Brasil. Primeiramente, a Lei Do Exercício Profissional que regulamenta o exercício profissional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, delineando suas atribuições e competências corroborada pelo Decreto 94.406/1987 que complementa essa lei, detalhando as atividades privativas dos enfermeiros e traçando as competências específicas desses profissionais.

Acrescenta-se o Decreto/Lei 2848/1940 em seu art. 299 cujas penalidades estão estabelecidas para aqueles que omitirem em um documento público ou particular uma declaração que deveria estar presente nesse documento, a saber o registro do processo de enfermagem é um deles (Brasil, 1940).

Em seguida as Resoluções COFEN que apresentam diretrizes para o funcionamento dos serviços de enfermagem e definem a atuação do Enfermeiro Responsável Técnico bem como assegurar a qualidade da assistência, o cumprimento ético e legal, e a promoção de práticas seguras no âmbito da enfermagem.

### **2.3.1 Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986**

A Lei 7.498/86, também conhecida como Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, é uma lei brasileira que regulamenta as profissões de enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem. Ela identifica as qualificações e habilidades de cada categoria, bem como os requisitos para a prática da profissão (Brasil, 1986).

Dentre as competências definidas para o enfermeiro nesta legislação estão atividades privativas como prescrição de medicamentos e cuidados mais complexos, além de supervisionar a equipe de enfermagem (Brasil, 1986).

### **2.3.2 Decreto/Lei nº 2848/40 – Art. 299 (Código Penal)**

O Artigo 299 do Código Penal é uma disposição legal que trata do crime de falsidade ideológica. Ele estabelece que é crime omitir em um documento público ou

particular uma declaração que deveria estar presente nesse documento, ou inserir ou fazer inserir uma declaração falsa ou diferente da que deveria ser escrita. Isso ocorre com a intenção de prejudicar direitos, estabelecer obrigações indevidas ou modificar a verdade em relação a uma questão de relevância jurídica (Brasil, 1940).

As penalidades estabelecidas são, se o documento for público (emitido por autoridade governamental), a pena é de reclusão de um a cinco anos, além de multa; se o documento for particular (emitido por particulares, como contratos), a pena é de reclusão de um a três anos, e multa. Além disso, o parágrafo único destaca duas circunstâncias que podem aumentar a pena, sendo a primeira delas quando o autor do crime é funcionário público e comete o delito aproveitando-se do seu cargo e, a segunda, quando a falsificação ou alteração envolve assentamentos de registro civil (Brasil, 1940).

### **2.3.3 Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987**

O Decreto 94.406/1987 define como deve ser colocada em prática a Lei 7.498/1986, trazendo orientações específicas aos profissionais de enfermagem e garantindo a qualidade e a segurança dos serviços de saúde oferecidos pela categoria (Brasil, 1986).

O artigo 14 deste decreto trata das responsabilidades do enfermeiro como supervisor da equipe de enfermagem. Ele estabelece que o enfermeiro é o profissional responsável por organizar, planejar e supervisionar as atividades dos técnicos e auxiliares de enfermagem. Isto inclui garantir que os cuidados de enfermagem sejam prestados de forma segura e eficiente. Além disso, o enfermeiro deve manter registros detalhados de todas as e cuidados prestados pelos membros da equipe para garantir a qualidade dos serviços de enfermagem e a segurança do paciente (Brasil, 1986).

### **2.3.4 Resolução COFEN nº 736/2024 (substituindo a Resolução COFEN nº 358/2009)**

A Resolução COFEN 736/2024 estabelece a implementação do Processo de Enfermagem em todos os contextos sociais e ambientais onde o cuidado de enfermagem é realizado. Ela traz a definição de Processo de Enfermagem como *“um método que orienta o pensamento crítico e o julgamento clínico do Enfermeiro*

*direcionando a equipe de enfermagem para o cuidado à pessoa, família, coletividade e grupos especiais” (COFEN, 2024).*

Destaca a importância de embasar o processo em teorias e modelos de cuidado, linguagens padronizadas, protocolos baseados em evidências e outros conhecimentos pertinentes. Define as etapas do Processo de Enfermagem como: avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução. A consulta de enfermagem deve seguir essas etapas e a documentação deve ser realizada de forma adequada pelos profissionais de enfermagem. Enfermeiros têm a responsabilidade exclusiva pelo diagnóstico e prescrição de enfermagem, enquanto técnicos e auxiliares participam do processo sob supervisão.

A capacitação e formação dos profissionais, assim como a incorporação de resultados de pesquisa na prática, são incentivadas. O Conselho Federal e Regionais de Enfermagem são responsáveis pela fiscalização do cumprimento da resolução, que revoga disposições anteriores (COFEN, 2024).

### **2.3.5 Resolução COFEN nº 311/2007 (revogada pela Resolução COFEN nº 564/2017)**

O Conselho Federal de Enfermagem, ao revisar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), baseou-se em princípios essenciais que orientam a conduta profissional, enfatizando que o respeito pelos direitos humanos é intrínseco à profissão, abrangendo direitos como vida, saúde, liberdade, igualdade, segurança pessoal, livre escolha, dignidade e tratamento sem discriminação (COFEN, 2017a).

Dentre os artigos que fazem parte das diretrizes e responsabilidades dos profissionais de enfermagem em relação a documentação e comunicação no cuidado de pacientes destacamos o art.36; art.37 e o art.38 (COFEN, 2017a).

O artigo 36 enfatiza a importância de os profissionais de enfermagem documentarem todas as informações essenciais relacionadas ao cuidado do paciente. Essas informações devem ser registradas de maneira clara, objetiva, em ordem cronológica, de forma legível e completa, sem rasuras, garantindo que o histórico do paciente seja preciso e acessível a outros profissionais de saúde envolvidos em seu cuidado (COFEN, 2017a).

Além disso, o artigo 37 destaca a necessidade de documentar formalmente

todas as etapas do processo de enfermagem, de acordo com as competências legais do profissional. Isso significa que os enfermeiros devem registrar todas as intervenções, avaliações e cuidados prestados ao paciente de acordo com as diretrizes e regulamentos que governam sua prática profissional (COFEN, 2017a).

Acrescenta-se também o artigo 38 abordando a importância de fornecer informações completas e precisas, seja por escrito ou verbalmente, quando necessário para garantir a continuidade do cuidado e a segurança do paciente. Os profissionais de enfermagem devem compartilhar informações relevantes com outros membros da equipe de saúde e garantir que essas informações sejam confiáveis para tomar decisões informadas sobre o tratamento e o acompanhamento do paciente (COFEN, 2017a).

Ademais no parágrafo 1 do artigo 46, somado a recusa de realização de uma prescrição sem identificação adequada, os profissionais de saúde da área de enfermagem também devem recusar a realização de uma prescrição caso detectem erros ou dificuldades de leitura na mesma. Nesta situação deve-se entrar em contato com o prescritor para esclarecimentos, registrar essa recusa e as informações relevantes no prontuário do paciente, descrevendo o motivo da recusa (COFEN, 2017a).

Quando se trata do capítulo das proibições desta resolução, dois artigos (87 e 88) estão relacionados ao ato de registro de enfermagem. O artigo 87 exige dos profissionais de enfermagem registrar qualquer informação incompleta, imprecisa ou falsa sobre os cuidados de enfermagem prestados aos indivíduos, famílias ou à comunidade em geral. A veracidade das informações é crucial para o monitoramento adequado dos pacientes, a continuação dos cuidados e para fins de responsabilidade legal e profissional. Acrescenta-se o artigo 88, que proíbe os profissionais de enfermagem de registrar ou assinar ações de enfermagem que não realizaram efetivamente; proíbe que permitam que outras pessoas assinem em seu lugar ações que não executaram. Isso significa que a documentação de enfermagem deve refletir de forma precisa e verdadeira as atividades que realmente foram realizadas pelo profissional cadastrado. Falsificar registros ou permitir que outros o façam é uma violação grave da ética e da responsabilidade profissional que pode ter sérias repercussões jurídicas (COFEN, 2017a).

### **2.3.6 Resolução COFEN nº 374/2011**

A Resolução Cofen nº 374/2011 é uma regulamentação do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) que *“Normatiza o funcionamento do Sistema de Fiscalização do Exercício profissional da Enfermagem e dá outras providências.”*

Nesta resolução, em seu Artº 2 encontra-se o “Quadro de Irregularidades e Ilegalidades” (Figura 2) identificando as irregularidades a serem fiscalizadas destaca-se a *“Inexistência ou inadequação dos registros relativos a assistência de enfermagem.”* A fundamentação legal para esta fiscalização encontra-se nas Lei 7498/1986; no decreto 94406/1987; Resolução Cofen 311/2007 ou a que sobrevir; Resolução Cofen 514/2016; Resolução Cofen 429/2012 ou a que sobrevir; Resolução Cofen 191/1996 ou a que sobrevir; e o Decreto/Lei 2.848/40 – Art. 299 (Código Penal).

### **2.3.7 Resolução COFEN nº 429/2012**

A Resolução COFEN nº 429/2012 tem como principal finalidade regulamentar como as ações profissionais de enfermagem devem ser registradas, independentemente do formato em que esses registros são mantidos, seja em prontuários tradicionais (em papel) ou eletrônicos (COFEN, 2012).

Em seu art. 1º determina que os profissionais de enfermagem devem registrar informações relevantes nos prontuários dos pacientes e em documentos relacionados à enfermagem, seja em formato de papel ou eletrônico, garantindo a continuidade e a qualidade do atendimento (COFEN, 2012).

No art. 2º que devem ser registrados resumos de dados coletados, diagnósticos de enfermagem, ações realizadas e os resultados obtidos. E no art. 3º menciona que informações sobre gerenciamento de processos de trabalho, como condições ambientais e recursos, também devem ser registradas em documentos específicos de enfermagem para garantir cuidados dignos e eficazes (COFEN, 2012).

Ressalta-se em seu art. 4º que caso a instituição de saúde use registros eletrônicos e não tenha implementado assinatura digital, os documentos devem ser impressos com identificação e assinatura do responsável (COFEN, 2012).

Essas diretrizes visam garantir a qualidade, a continuidade e a segurança dos cuidados de enfermagem prestados aos pacientes, bem como a integridade da documentação (COFEN, 2012).

### **2.3.8 Resolução COFEN 514/2016**

A Resolução COFEN 514/2016 aprovou o Guia de Recomendações para o Registro de Enfermagem no Prontuário do Paciente. Esse guia estabelece orientações e diretrizes para a documentação adequada das atividades de enfermagem no prontuário do paciente. Ele visa garantir a qualidade, precisão e completude das informações registradas pelos enfermeiros, contribuindo assim para uma assistência de enfermagem segura e eficaz (COFEN, 2016).

O guia abrange diversos aspectos do registro de enfermagem, incluindo a estruturação e organização das informações, a linguagem utilizada, os métodos de documentação, a integração das anotações de enfermagem com as demais informações do prontuário, entre outros. Além disso, destaca a importância da confidencialidade e privacidade das informações registradas, respeitando sempre os direitos e a dignidade do paciente.

Ao seguir as diretrizes estabelecidas pela Resolução COFEN 514/2016 e pelo Guia de Recomendações, os enfermeiros garantem que o registro de enfermagem seja claro, objetivo, completo e seguro, possibilitando uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e contribuindo para a continuidade e qualidade da assistência prestada ao paciente (COFEN, 2016).

### **2.3.9 Resolução COFEN 545/2017**

A Resolução COFEN 545/2017 estabelece normas para a anotação e uso do número de inscrição, ou autorização, nos Conselhos Regionais pelos profissionais de Enfermagem. Baseando-se nas atribuições conferidas pela Lei nº 5.905/1973 e no Regimento Interno do COFEN, bem como em outras legislações pertinentes, a resolução define as formas de registro do número de inscrição, categorias profissionais e uso de carimbo. Também determina a obrigatoriedade do uso do carimbo em determinadas situações, como recibos, requerimentos e documentos profissionais, conforme o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. O descumprimento das normas estabelecidas pode acarretar penalidades conforme previsto no Código de Ética (COFEN, 2017c).

### 2.3.10 Resolução COFEN 727/2023

A Resolução COFEN Nº 727/2023 estabelece os procedimentos essenciais para a concessão, renovação e cancelamento do registro da Anotação de Responsabilidade Técnica (ART) pelo Serviço de Enfermagem, além de definir as responsabilidades do Enfermeiro Responsável Técnico (ERT) (COFEN, 2023).

No seu Artigo 16, parágrafo XII, é incumbência do Responsável Técnico de Enfermagem organizar o Serviço de Enfermagem com base na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), fazendo uso de instrumentos administrativos como regimento interno, normas, rotinas, protocolos, procedimentos operacionais padrão e o Processo de Enfermagem. No parágrafo subsequente, ele reafirma essas responsabilidades ao mencionar a elaboração, implantação e/ou implementação, e atualização de escala, regimento interno, manuais de normas e rotinas, procedimentos operacionais padrão, protocolos, Processo de Enfermagem e demais instrumentos administrativos de Enfermagem, podendo contar com o suporte dos profissionais de Enfermagem (COFEN, 2023).

## 2.4 CUIDADO DE ENFERMAGEM NAS CLÍNICAS MÉDICA E CIRÚRGICA

Ao se considerar as equipes de enfermagem nas áreas clínicas e cirúrgicas, é importante levar em conta o perfil da enfermagem. Pacientes com diversas necessidades de cuidados de saúde e de diversas especialidades, inclusive oncologia, recebem frequentemente atendimento em unidades clínicas médicas (CM). Na clínica cirúrgica (CLC), os pacientes são admitidos de diversas origens, como domicílios, clínicas ambulatoriais e departamentos de emergência, além do pós-operatório imediato. Para melhorar a segurança na assistência cirúrgica, um conjunto abrangente de medidas de segurança deve ser implementado de forma consistente, isto inclui documentação apropriada do processo de enfermagem. Em ambas as clínicas os enfermeiros desempenham importante papel na abordagem e tratamento das lesões de pele (Nascimento B., *et al.*, 2023).

Em ambas as clínicas, os enfermeiros desempenham atividades que podem ser classificadas em cuidados diretos e indiretos de enfermagem, destacando-se: comunicação, documentação, tarefas relacionadas à unidade, tempo pessoal e outras responsabilidades (Alencar; Barbosa; Lacerda, 2018). Por isso, o enfermeiro médico-

cirúrgico necessita de apoio nos níveis pessoal e organizacional para melhorar sua competência e aumentar a adesão às práticas baseada em evidências em sua rotina. Além disso, as lideranças desta equipe devem criar ambientes onde esta prática seja valorizada e as barreiras à implementação dela sejam eliminadas (Yoder *et al.*, 2022).

De acordo com a Academia de Enfermeiros Médico-Cirúrgicos (AMSN), única sociedade profissional de enfermagem dedicada à especialidade de enfermagem médico-cirúrgica, ela é considerada a principal especialidade de enfermagem fornecendo cuidados a adultos com uma variedade de problemas médicos ou que estão se preparando ou recuperando de cirurgias. Estes enfermeiros possuem uma ampla base de conhecimento e são especialistas em sua prática, demonstrando habilidades avançadas de organização, priorização, avaliação e comunicação na coordenação do cuidado entre a equipe interprofissional. A especialidade de enfermagem médico-cirúrgica ocorre em praticamente todos os cenários de cuidados de saúde, pois o foco está na prática em si, não no local onde é praticada (Academy of Medical-Surgical Nurses - AMSN, 2023).

A admissão do paciente em clínica médica (CM) tem como objetivo principal a obtenção de diagnóstico e tratamento de sua condição de saúde, sendo realizada de forma humanizada pela equipe multiprofissional. O enfermeiro desempenha um papel fundamental nesse processo, sendo responsável por admitir o paciente, coletar seu histórico, oferecer orientações e esclarecer dúvidas relacionadas à sua saúde e ao plano assistencial proposto. Para garantir uma assistência de qualidade, o enfermeiro deve seguir as etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), com base em um referencial teórico que auxilie na sistematização, considerando as fases de histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (Nascimento B., *et al.*, 2023).

Na admissão em clínica cirúrgica pode ocorrer em duas situações: pré-operatória e pós-operatória. Na admissão pré-operatória, todas as etapas da SAE devem ser aplicadas, incluindo a fornecimento de orientações sobre o plano assistencial e a cirurgia planejada, visando reduzir a ansiedade do paciente em relação ao procedimento cirúrgico. No retorno do paciente à clínica médica, o enfermeiro utiliza as informações obtidas no pré-operatório e no pós-operatório imediato, se aplicável, para dar continuidade ao plano assistencial, assegurando a qualidade da assistência prestada, incluindo intervenções adequadas às cirurgias realizadas (Nascimento B., *et al.*, 2023).

Todo esse processo de trabalho deve ser registrado pelo enfermeiro após avaliar o estado geral e conduzir um exame físico completo do paciente, abrangendo infusões e dispositivos invasivos. Este registro será utilizado para monitoramento da saúde do paciente e promoção da comunicação entre a equipe de saúde, assegurando a continuidade dos cuidados, de acordo com o COFEN, conforme a Resolução n.º 358, de 15 de outubro de 2009. Desta forma, a assistência de enfermagem é implantada de maneira que organiza o cuidado da equipe de enfermagem e controla os resultados (Soares *et al.*, 2015).

Todavia, os enfermeiros que atuam nas clínicas médica e cirúrgica, enfrentam algumas barreiras pessoais, dentre elas o despreparo e, por vezes, a falta de conhecimento e habilidades, desconhecimento sobre coleta de dados e metodologia de pesquisa, tradições culturais arraigadas, atitudes negativas sobre a aplicação de pesquisas e cuidados baseados em evidências, limitações de tempo e recursos para avaliar evidências de forma crítica, bem como restrições organizacionais, como falta de apoio administrativo, incentivos e mentores (Yoder *et al.*, 2022).

Em síntese, o registro de qualidade feito pelo enfermeiro médico cirúrgico é crucial para assegurar a continuidade e segurança dos cuidados prestados ao paciente. Ao documentar detalhadamente as intervenções, resultados e decisões ao longo do processo de enfermagem, esse registro não apenas facilita a comunicação entre os membros da equipe de saúde, mas também se torna uma ferramenta essencial para uma prática profissional eficaz e centrada no paciente.

## 2.5 QUALIDADE DOS DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES E RESULTADOS (Q-DIO) E SUA APLICAÇÃO NO REGISTRO HOSPITALAR

Neste estudo, a escolha do Q-DIO como instrumento de avaliação se justifica pela sua familiaridade e utilização prévia na instituição cenário do estudo. Além disso, usar a mesma ferramenta de avaliação, facilita a comparação de resultados ao longo do tempo. Isso contribui para a eficiência e eficácia do processo de avaliação, permitindo uma análise mais precisa e uma tomada de decisão fundamentada.

Os registros de enfermagem são essenciais para sistematizar a assistência, garantir a continuidade dos cuidados e facilitar a comunicação entre profissionais. A qualidade desses registros é fundamental para orientar a prática dos profissionais, acompanhar a evolução clínica dos pacientes e avaliar a assistência prestada

(Sulzbach *et al.*, 2022).

A implementação do Processo de Enfermagem e o uso de linguagens padronizadas são sugeridos como métodos para melhorar a qualidade dos registros e promover a visibilidade profissional. Além disso, destaca-se que os registros de enfermagem são avaliados em auditorias de instituições de saúde, o que contribui para a promoção de melhorias constantes na assistência (Sulzbach *et al.*, 2022).

Como uma ferramenta para avaliar a qualidade dos registros de enfermagem, pode-se utilizar o *Quality of Diagnoses, Interventions, and Outcomes* (Q-DIO), traduzido na língua portuguesa Qualidade Dos Diagnósticos, Intervenções e Resultados. Entretanto, ressalta-se que existem preocupações em relação à qualidade dos registros de enfermagem e que a avaliação dessa qualidade, utilizando o Q-DIO, ainda é incipiente no Brasil (Sulzbach *et al.*, 2022).

O principal propósito do Q-DIO é realizar uma avaliação da qualidade dos registros de enfermagem, focalizando especificamente as informações presentes no histórico de enfermagem e na evolução de enfermagem relacionadas aos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. Isso pode ser feito tanto com o uso de linguagem padronizada quanto sem ela, e a ferramenta pode ser aplicada em prontuários eletrônicos ou em formato físico. Ele apresenta-se como uma escala Likert com 29 itens distribuídos em quatro domínios, avaliando diagnóstico de enfermagem como processo, diagnóstico como produto, intervenções e resultados de enfermagem. Cada item é pontuado em uma escala de três pontos (0 a 2), refletindo o nível de documentação, no qual 0 corresponde a nenhum aspecto documentado; 1 se apenas um aspecto foi documentado; 2 se mais de um aspecto foi documentado (Linch *et al.*, 2015).

A avaliação do Q-DIO para comparações entre diversos domínios é realizada através da análise da média, em que um valor mais elevado indica uma melhor qualidade do registro. Além disso, é possível analisar a soma dos pontos em cada domínio ou em todo o instrumento (Linch, 2012).

## 2.6 TREINAMENTO EM SERVIÇO HOSPITALAR PARA ENFERMEIROS

Segundo Chiavenato (2022) explica, o treinamento tem seu foco no presente, direcionando-se para as responsabilidades atuais do cargo e visando aprimorar as habilidades e competências relevantes para o desempenho imediato. Através do

treinamento e do desenvolvimento pessoal, cada indivíduo tem a oportunidade de assimilar informações, adquirir novas habilidades, adotar diferentes atitudes e comportamentos, compreender conceitos abstratos e, principalmente, desenvolver competências individuais. Dentro desse contexto, uma parte significativa dos programas de treinamento busca transformar atitudes reativas e conservadoras em atitudes proativas e inovadoras, promovendo assim a melhoria do espírito de equipe e da criatividade.

O treinamento em serviço é uma prática fundamental em diversas áreas de emprego, pois permite o desenvolvimento das habilidades dos funcionários para oferecer serviços de alta qualidade com competência, segurança e eficiência. Esse tipo de treinamento, capacitação e desenvolvimento de pessoal é essencial para garantir o crescimento e o sucesso contínuo das instituições, à medida que a expertise dos recursos humanos é aprimorada. Geralmente, o treinamento em serviço envolve uma série de atividades educacionais planejadas de maneira lógica e científica, com o objetivo de aprimorar o desempenho dos funcionários dentro de uma instituição, contribuindo assim para a produtividade e a qualidade dos serviços oferecidos (Mutshatshi; Malema, 2022).

Nesse contexto, as abordagens de ensino convencionais estão sendo questionadas devido à crescente demanda por profissionais que sejam altamente críticos, flexíveis, criativos e proativos. Isso tem levado a um maior destaque das tendências pedagógicas que enfatizam a interação como, por exemplo, a simulação clínica e o e-learning. Estes são exemplos de Metodologias Ativas (MA) que têm sido incentivadas e estão ganhando cada vez mais relevância. Isso permite aos estudantes desenvolverem pensamento crítico e reflexivo, e promove uma transformação no processo de aprendizagem (Lovato; Michelotti; Loreto, 2018).

As Metodologias Ativas (MA) são abordagens de ensino em que o aluno desempenha um papel central, promovendo pensamento crítico e reflexivo. O professor atua como facilitador, orientando os alunos e incentivando sua participação ativa. A aprendizagem ocorre por meio da interação entre aluno e conteúdo, envolvendo questionamentos, discussões e reflexões, o que capacita o aluno a resolver situações-problema (Lovato; Michelotti; Loreto, 2018).

A simulação é um exemplo de metodologia ativa de ensino que possibilita o treinamento em situações realistas, fazendo uso de simuladores e atores, em um ambiente interativo e controlado. Nessa situação, o papel do professor passa de

provedor ativo de informações para facilitador, adotando uma abordagem mais dialógica em sala de aula, enquanto os alunos assumem um papel mais ativo como coautores do seu próprio processo de aprendizagem (Campanati *et al.*, 2022).

Numa revisão integrativa da literatura sobre treinamento em serviço para registro eletrônico de enfermeiros, identificaram-se, dois tipos de treinamentos, sendo um deles a simulação clínica. A aquisição de competências em registro eletrônico de saúde pode ser melhorada usando simulações clínicas que incorporam esses fatores contextuais, evitando consequências negativas, como riscos à segurança do paciente e ineficiências. Simulações clínicas proporcionam um ambiente seguro para o treinamento que incorpora esses fatores contextuais sem afetar a segurança do paciente (Wilbanks; Aroke, 2020).

Existem várias outras abordagens de ensino ativo, como a aprendizagem baseada em problemas, a abordagem construtivista em espiral, a utilização de jogos educativos, a aprendizagem colaborativa entre pares (peer instruction), a aplicação de estudos de caso e a utilização de simulações que incentivam a participação ativa dos alunos, entre outras estratégias. Além disso, a tecnologia pode ser uma ferramenta eficaz para otimizar a gestão do tempo e melhorar a satisfação dos estudantes em relação ao conteúdo apresentado. Professores que criam ambientes de aprendizagem envolventes desempenham um papel fundamental para que os alunos alcancem níveis mais elevados de satisfação, resultando em maior engajamento, melhor desempenho acadêmico e maior retenção dos alunos, tanto nas salas de aula quanto ao longo de seus cursos (Marques *et al.*, 2021).

Neste caso, a literatura também identificou como treinamento para registro eletrônico do enfermeiro, um aprendizado eletrônico individualizado denominado *eLearning*. Uma abordagem tradicional de treinamento para registros eletrônicos de saúde é demorada, mas um método mais eficiente, como o *eLearning* autodirigido, que aproveita o conhecimento existente sobre o registro eletrônico em saúde, pode acelerar a integração, aumentar a satisfação do usuário e economizar recursos organizacionais (Smailes *et al.*, 2019).

O *eLearning* reduz o tempo de palestras, aumenta a eficiência de aprendizado e pode economizar significativamente tempo, tanto para instrutores quanto para aprendizes. Além disso, a flexibilidade do *eLearning* permite que os enfermeiros melhorem seus conhecimentos e habilidades de forma independente, o que pode reduzir os custos de educação continuada para hospitais e profissionais de

enfermagem. Outra vantagem significativa, é que o eLearning oferece referência contínua e eficácia no treinamento de novos enfermeiros contratados (Smailes *et al.*, 2019).

Em síntese, a integração de metodologias ativas ao treinamento em serviço no registro eletrônico de saúde é um exemplo de uma abordagem dinâmica e eficaz para capacitar os enfermeiros a dominarem tarefa de documentação eletrônica. Ao envolver estes profissionais de forma ativa, promovendo a resolução de problemas reais e estimulando a colaboração, essas abordagens educacionais facilitam a aplicação prática do conhecimento e o desenvolvimento de habilidades essenciais. Como resultado, estes enfermeiros estão mais bem preparados para enfrentar os desafios do registro eletrônico de saúde e proporcionar um atendimento mais seguro e eficiente aos pacientes, enquanto garantem a integridade e a precisão dos registros eletrônicos de enfermagem.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

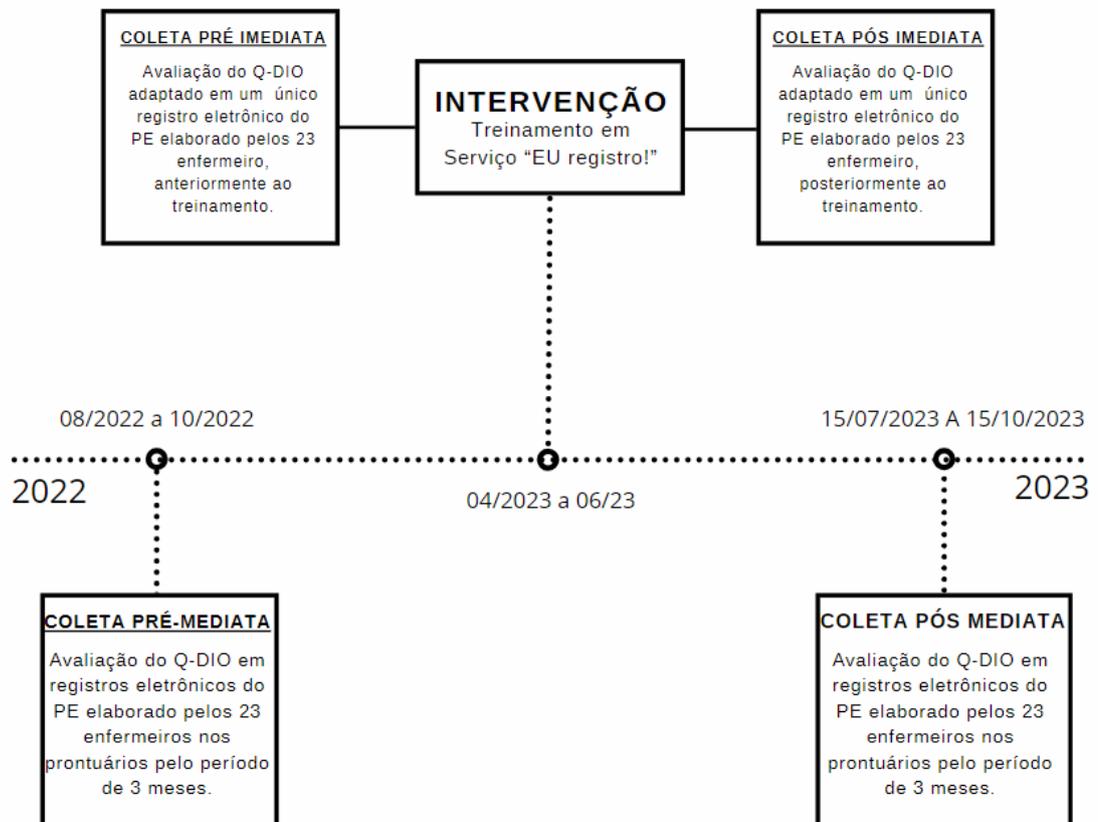
Trata-se de um estudo quase-experimental sobre avaliação da qualidade do registro eletrônico do processo de enfermagem realizado por enfermeiros após o uso da intervenção treinamento em serviço “Eu registro!”. Entende-se como estudo quase-experimental aquele que permite avançar no que se refere à identificação das reais contribuições de uma dada intervenção além de estimar os efeitos isolados que incorreram da existência de um programa controlando os efeitos adicionais, através de processo de análise por meio de diferentes técnicas estatísticas (Marques; Gasque, 2023).

O estudo foi conduzido de acordo com o checklist TREND (Transparent Reporting of Nonrandomized Designs), o qual foi publicado em 2004. Este instrumento é uma extensão do CONSORT, desenvolvido com o propósito de orientar a divulgação de estudos experimentais não randomizados. O referido checklist é composto por 22 itens, os quais são acompanhados de diretrizes explícitas sobre sua aplicação e origem (Des Jarlais *et al.*, 2004).

Embora estudos quase experimentais se assemelhem aos experimentais por envolverem também uma variável independente (no caso a intervenção), eles não incorporam características como aleatorização e a inclusão de grupo controle. No delineamento de tempo-série não há um grupo de controle, e a análise compara dados antes e depois da introdução da intervenção (pré e pós-teste). A coleta de dados ocorre ao longo de um período extenso, com a introdução da intervenção durante esse período. Todos os participantes foram acompanhados em todas as cinco etapas de estudo. Cada sujeito é seu próprio controle em várias etapas, e a amostra é selecionada com base em conveniência (Polit; Beck, 2011).

- ✓ **Variável Independente ou Intervenção:** treinamento em serviço para registro eletrônico do enfermeiro das clínicas médica e cirúrgica.
- ✓ **Variável dependente ou resposta primária:** qualidade do registro eletrônico do processo de enfermagem.

A figura 2 organiza as etapas do processo de coleta de dados em ordem cronológica de como a pesquisa ocorreu fornecendo uma visão ampla do desenvolvimento do estudo.

**Figura 2 - Linha do Tempo da Pesquisa.**

Fonte: Autora.

### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

O hospital universitário (HU) de 94 anos de fundação, localizado na cidade do Rio de Janeiro, foi o cenário escolhido para a coleta de informações neste estudo. A escolha de um Hospital Universitário se deve pela missão de promover assistência à saúde com excelência, formar e qualificar recursos humanos para a valorização da vida e produzir conhecimento de forma a contribuir para a melhoria da qualidade de vida do cidadão.

Este HU segue o modelo adotado nos demais Hospitais Universitários Federais da Rede Ebserh, priorizando a gestão centrada no paciente. Sua evolução para a versão "x" (AGHUX) é realizada de forma iterativa e incremental, com o uso de práticas de desenvolvimento ágil, orientadas por Centros de Competência temáticos. Esses Centros estabelecem as diretrizes de evolução dos 18 módulos assistenciais e administrativos que compõem a plataforma. A expansão do AGHUX para todos os 40

Hospitais Universitários da Rede, apoiada pelos Núcleos Gestores locais do AGHU, está introduzindo novos módulos, como Certificado Digital, Telemedicina, Hemoterapia, Compras, Oncologia e Faturamento, além de aprimorar funcionalidades nos módulos existentes, como rastreabilidade de estoque e farmácia, controle de prontuário físico e de acesso restrito, entre outras (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh, 2022).

De acordo com o Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHUX), pesquisa realizada em maio de 2023, este hospital localizado no município do Rio de Janeiro, possui atendimento ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade. A seção hospitalar é composta por 22 leitos complementares (terapia intensiva adulto e neonatal), 40 leitos cirúrgicos, 33 leitos clínicos, 10 leitos de hospital-dia, 18 leitos obstétricos, 10 leitos pediátricos.

As especialidades de clínica médica e cirúrgica abrangem um amplo espectro de áreas de atendimento. Na clínica médica, encontram-se pacientes atendidos individualmente ou em conjunto, pelas seguintes subespecialidades: cardiologia, pneumologia, endocrinologia, gastroenterologia, nefrologia, hematologia, reumatologia, neurologia e oncologia. Cirurgia Geral, Ortopédica, Plástica, Vascular Torácica, Urológica e Oncológica corresponde as subespecialidades que cuidam dos pacientes internados nas unidades cirúrgicas. Vale ressaltar que cada uma dessas especialidades visa diagnosticar, tratar e prevenir diferentes tipos de condições médicas e cirúrgicas.

Essas clínicas foram organizadas da seguinte maneira: uma enfermaria de clínica médica masculina com 15 leitos, uma enfermaria de clínica médica feminina com 18 leitos, uma enfermaria de clínica cirúrgica feminina com 19 leitos e uma enfermaria cirúrgica masculina com 21 leitos.

No que tange à equipe de enfermagem que opera no hospital universitário, o número total de enfermeiros, conforme os dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), é de 183 profissionais, dos quais 33 desempenham ativamente suas funções nas clínicas médicas e cirúrgicas. A alocação da equipe segue conforme apresentado no Quadro 1.

**Quadro 1 - Dimensionamento Equipe De Enfermagem Hospital Universitário.**

Especialidade	Leitos	Turno	Enfermeiro diarista	Técnico de enfermagem diarista	Enfermeiros	Técnicos de enfermagem
Cirúrgica masculina	21	Serviço diurno	1	1	4 divididos em duplas com escala de 12x36	16 (8 com escala 12x36 e 8 com escala 12x60)
		Serviço noturno	0	0	3 (escala 12x60)	14 (escala 12x60)
Cirúrgica feminina	19	Serviço diurno	1	2	4 divididos em duplas com escala de 12x36	15 (6 com escala 12x36 e 9 com escala 12x60)
		Serviço noturno	0	0	4 (escala 12x60)	12 (escala 12x60)
Clínica médica masculina	45	Serviço diurno	1	2	4 divididos em duplas com escala de 12x36	10 (escala 12x36)
		Serviço noturno	0	0	4 divididos em duplas com escala de 12x36	13 (6 com escala 12x36 e 7 com escala 12x60)
Clínica médica feminina		Serviço diurno	1	1	4 (2 com escala 12x36 e 2 com escala 12x60)	13 (12 com escala 12x36 e 1 com escala 12x60)
		Serviço noturno	0	0	6 (3 com escala 12x36 e 3 com escala 12x60)	13 (4 com escala 12x36 e 8 com escala 12x60)

FONTE: Divisão de Enfermagem. NOTA: Neste quadro, define-se enfermeiro diarista como aquele que realiza apenas atividades burocráticas dentro da enfermagem, não atuando diretamente na assistência ao paciente.

A presença de enfermeiros com diversos níveis de experiência e acesso, a recursos tecnologicamente avançados, também torna o ambiente favorável para o exame de questões relacionadas à eficácia e usabilidade do registro eletrônico do processo de enfermagem. Outros benefícios incluem a adaptabilidade às mudanças e a relevância para a prática clínica, o que torna os hospitais universitários o ambiente perfeito para este tipo de investigação.

Quanto ao número de internações, segundo os dados extraídos do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários, ao total, em 2022 foram registradas 6.093, enquanto em 2023 houve um aumento para 7.736. No que diz respeito às internações realizadas nas clínicas médica e cirúrgica, os números foram de 1.331 e 1.859, respectivamente, em 2022 e 2023. No ano de 2022, foram realizadas 943 internações

cirúrgicas e 388 internações clínicas, enquanto em 2023 esses números foram de 1.042 e 808, respectivamente.

### 3.3 PARTICIPANTES

Os participantes do estudo foram 23 enfermeiros das enfermarias de clínica médica e cirúrgica, cujos vínculos trabalhistas diferenciam-se entre o Regime Jurídico Único (RJU), vinculado ao Ministério da Educação e a CLT vinculada à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Não houve cálculo para amostra, esta deu-se por conveniência buscando-se aproximar da totalidade dos enfermeiros atuantes na clínica médica e cirúrgica.

#### 3.3.1 Critérios de inclusão

Enfermeiros dos regimes trabalhistas Regime Jurídico Único (RJU) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) que atuem no cenário de pesquisa há pelo menos 1 ano. Ao estabelecer um período mínimo de um ano de experiência teve-se a intenção de garantir que esses profissionais estivessem bem preparados, familiarizados e comprometidos com os desafios e requisitos específicos envolvidos no sistema e nas clínicas referidas.

#### 3.3.2 Critérios de exclusão

Enfermeiros que exercem funções de diaristas, dedicando sua carga horária exclusivamente a atividades burocráticas, bem como residentes, internos e estudantes de enfermagem que durante o período de um ano transitam por diferentes setores do hospital, incluindo as clínicas médicas e cirúrgicas.

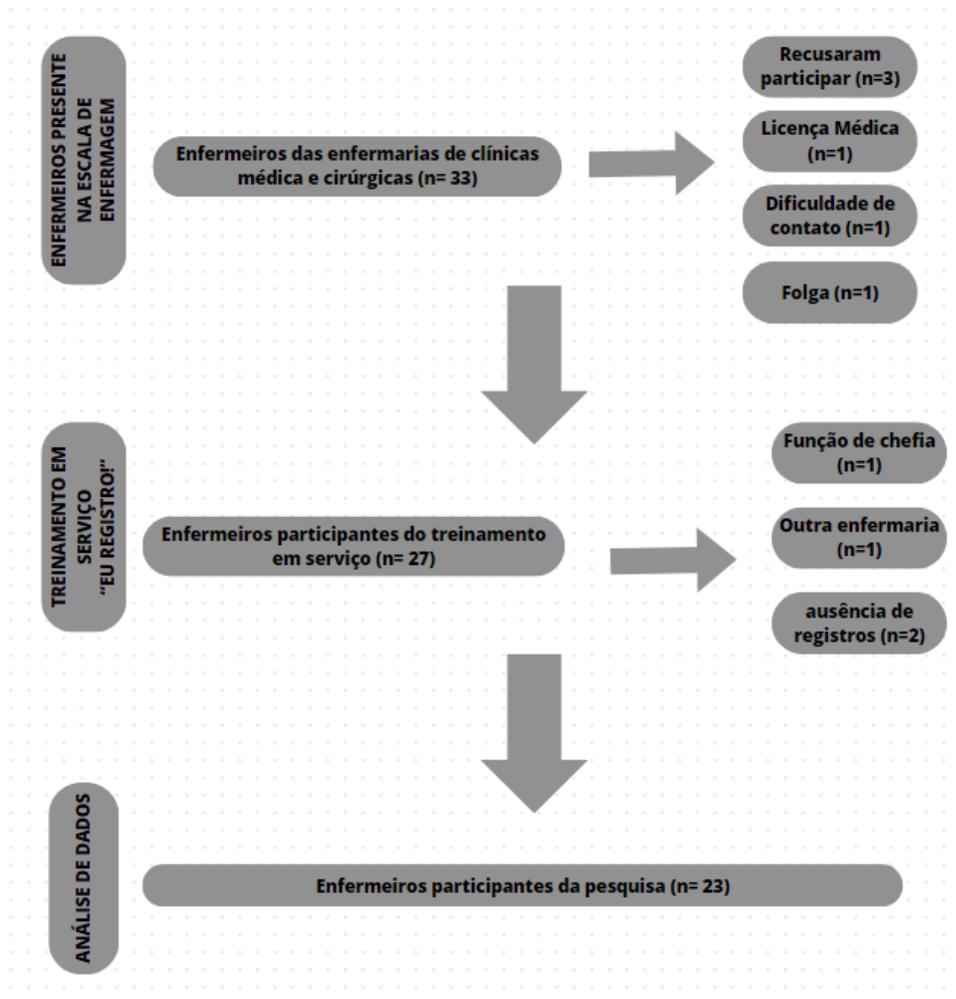
### 3.4 COLETA DE DADOS

#### 3.4.1 Recrutamento e seleção

Conforme o Quadro 1 anteriormente fornecido, a equipe era composta por um total de 33 enfermeiros, dos quais 27 participaram do treinamento, e, como resultado

final, 23 foram considerados aptos para participar da pesquisa. Tal fato ocorreu, primeiramente, devido a diferença de três enfermeiros que recusaram participar, à ausência de 1 enfermeiro devido a folga e, dificuldade de contato posteriormente, à licença médica de 1 enfermeiro e à impossibilidade de estabelecer contato com 1 enfermeiro, seja presencialmente ou por telefone, para agendar o treinamento. Em seguida, dos 27 enfermeiros que concordaram em participar do treinamento em serviço, ocorreu uma perda adicional de 4 profissionais. Esses quatro enfermeiros não puderam ter seus registros avaliados por diversos motivos, como assumir funções de chefia (1, representando 3%), atuar nas enfermarias de isolamento devido à COVID-19 (1, representando 3%) e dois enfermeiros cujos registros eletrônicos não foram encontrados nos prontuários analisados durante o período do diagnóstico situacional em 2022.

**Figura 3** – Processo de seleção dos participantes da pesquisa.



Fonte: Autora.

### 3.4.2 Instrumento de coleta de dados

Os instrumentos de coleta de dados foram constituídos por um formulário eletrônico de caracterização dos participantes (APÊNDICE A) contendo informações sociodemográficas e profissionais, auto-preenchido pelos enfermeiros que aceitaram participar do treinamento e o instrumento Q-DIO – Versão brasileira – (ANEXO A) (Linch, 2012).

Em relação ao Q-DIO, sua estrutura consiste em quatro domínios: Diagnóstico de enfermagem como processo, avaliado por 11 itens que apresentam como possibilidade de pontuação de 0 a 2 (Escore máximo 22), Diagnóstico de enfermagem como produto, avaliado por 8 itens (Escore máximo 16), Intervenções de enfermagem, avaliadas por 3 itens (Escore máximo 6), e Resultados de enfermagem, avaliados por 7 itens (Escore máximo 14), lançando mão de uma escala Likert de 3 pontos. No instrumento traduzido, todas as subescalas têm três pontos, sendo: 0 = não documentado; 1 = parcialmente documentado, e 2 = totalmente documentado (Linch, 2012).

Para cada domínio, existe um quantitativo de itens avaliados. O Q-DIO avalia o domínio "Diagnóstico de Enfermagem como Processo" em 11 itens. Apresenta 22 pontos como pontuação máxima. Esse domínio está relacionado ao registro completo da primeira etapa do Processo de Enfermagem, que é a avaliação de enfermagem (COFEN, 2024). Por ser uma etapa inicial, os enfermeiros identificam nesse momento os dados cruciais que orientarão as etapas subsequentes do processo (Melo *et al.*, 2019).

A qualidade do domínio Diagnóstico de Enfermagem como produto é medida através de 8 itens. Apresenta 16 pontos como pontuação máxima. Sua relevância está vinculada à precisa descrição do diagnóstico de enfermagem, sendo avaliada por meio do formato "problemas/etiologia/sinais e sintomas" em registros que não utilizam linguagem padronizada. Para registros que adotam linguagem padronizada, a avaliação foca a precisão na descrição do diagnóstico de enfermagem, a partir do uso de uma linguagem padronizada (Linch, 2012).

No domínio de intervenção de enfermagem, foram desenvolvidos 3 itens. Apresenta 6 pontos como pontuação máxima. Uma intervenção de enfermagem, por definição, consiste em uma ação autônoma realizada pela enfermeira, embasada em conhecimento científico, e tem como objetivo beneficiar o paciente. Essas

intervenções seguem as diretrizes estabelecidas pelo Diagnóstico de Enfermagem e incluem a definição de metas a serem alcançadas (Linch, 2012).

O último domínio, "Resultado de Enfermagem," apresenta 7 itens e apresenta como pontuação máxima 14 pontos, aborda a avaliação dos registros relacionados às reavaliações dos Diagnósticos e Resultados de Enfermagem (Melo *et al.*, 2019).

Durante os períodos designados para a coleta de dados, o instrumento Q-DIO era aplicado aos primeiros quatro dias dos registros eletrônicos do processo de enfermagem, os quais eram elaborados pelos enfermeiros nos prontuários dos pacientes com um período mínimo de internação de quatro dias.

### **3.4.3 Estratégia de coleta de dados**

Este estudo busca medir a qualidade dos registros tanto no aprendizado imediato, comparando o período imediatamente pré e pós-intervenção, com a melhoria da execução dos registros eletrônicos de saúde, quanto no desenvolvimento ou modificação de atitudes a longo prazo, abrangendo o período anteriores e posteriores ao treinamento em serviço. Dessa forma, busca-se compreender não apenas o impacto imediato das intervenções, mas também sua sustentabilidade e eficácia ao longo do tempo, fornecendo uma visão abrangente do processo de intervenção e seus resultados.

A pesquisa foi organizada em 5 etapas: diagnóstico situacional por meio da análise documental em prontuário; coleta de dados imediata pré intervenção, aplicando o Q-DIO em um registro do PE realizado pelo enfermeiro que receberá a intervenção; aplicação da intervenção "Eu registro"; coleta de dados imediata pós intervenção, aplicando o Q-DIO em um registro do PE realizado pelo enfermeiro que recebeu o treinamento/intervenção; e coleta de dados mediata pós intervenção por meio da análise documental em prontuário (FIGURA 2). Emprega-se, aqui, o termo "imediatamente" semelhante ao termo usado na clínica cirúrgica, cuja definição corresponde às 24 horas anteriores ou posteriores do ato cirúrgico e o termo "mediato" equivalente ao período cirúrgico posterior a 24 horas (Brasil, 2003).

Desta forma, estabeleceu-se os seguintes períodos de coleta de dados:

- ✓ PRÉ-Mediato: Diagnóstico situacional realizado nos meses de agosto a outubro de 2022.

- ✓ PRÉ-Imediato: coleta do registro eletrônico do enfermeiro imediatamente antes da realização intervenção.
- ✓ Intervenção: momento em que o enfermeiro recebe o treinamento em serviço sobre o registro eletrônico das etapas do processo de enfermagem.
- ✓ PÓS-Imediato: coleta do registro eletrônico do enfermeiro imediatamente após a intervenção.
- ✓ PÓS-Mediato: período de coleta de dados iniciada um mês após a realização da intervenção nos meses de julho a outubro de 2023.

#### **3.4.4 Coleta de dados pré – intervenção mediato – diagnóstico situacional (agosto a outubro 2022)**

A coleta de dados pré-intervenção referente ao diagnóstico situacional, ocorreu entre agosto e outubro de 2022, durante um período de coleta de dados de três meses, utilizando-se o Q-DIO. Durante esse intervalo, registrou-se um total de 1331 internações em leitos clínicos e cirúrgicos, representando 388 e 943 casos, respectivamente. Dentro desse conjunto, foi examinado um total de 268 prontuários de internações com registros realizados pelos vinte e três enfermeiros. Estes registros possuíam um período mínimo de quatro dias de internação e foram avaliados os quatro primeiros dias de registros eletrônicos do processo de enfermagem realizados pelos enfermeiros.

#### **3.4.5 Coleta de dados pré-intervenção imediato (abril a junho de 2023)**

Antes de iniciar a intervenção, questionava-se ao enfermeiro se já havia realizado o registro eletrônico de algum paciente sob seus cuidados naquele dia. Em caso afirmativo, utilizava-se o Q-DIO de forma adaptada para avaliar o registro. Caso contrário, solicitava-se que ele efetuasse um registro eletrônico antes de aplicar o Q-DIO adaptado. Após o participante realizar o registro, fazia-se a coleta pré-imediata e posterior intervenção. Destaca-se que foram utilizados registros eletrônicos reais do processo de enfermagem nos prontuários dos pacientes hospitalizados. O termo "Q-DIO adaptado" foi adotado devido à coleta de registros eletrônicos dos enfermeiros em apenas um dia, exigindo uma adaptação do instrumento utilizado. Itens relacionados à mudança de diagnósticos e alcance de metas não foram aplicados ou

pontuados naquele momento, uma vez que o objetivo era avaliar a realização do registro em todas as suas etapas para avaliar a aprendizagem, sem a necessidade de acompanhamento em dias consecutivos.

#### **3.4.6 Intervenção (abril a junho de 2023)**

A intervenção denominada “*Eu registro!*” constituiu-se de um treinamento em serviço realizado na própria enfermaria de clínica médica e cirúrgica. A pesquisadora principal realizava um contato prévio via aplicativo de mensagens do celular convidando o participante para participação na pesquisa e combinando dia e hora para que o treinamento fosse realizado. No dia/hora marcado, podendo este contemplar final de semana, feriado, dia ou noite, era apresentado o TCLE ao enfermeiro participante e, após sua aceitação, solicitado autopreenchimento do formulário eletrônico, coletado o registro eletrônico que ele havia feito previamente e avaliando, o registro realizado, com o instrumento Q-DIO.

Posteriormente, era conectado o treinamento no computador da própria unidade para uma apresentação de vídeo de aproximadamente 10 min. Era utilizado, também um fone de ouvido, para que ruídos externos não causassem distração. Entretanto, caso fosse necessário, o treinamento era interrompido para que o enfermeiro pudesse ser acionado a atender as demandas dos pacientes internados na enfermaria.

O vídeo foi registrado na plataforma eduCAPES (CORRÊA, 2023), iniciava com uma pergunta reflexiva, seguindo então com informações sobre as principais legislações brasileiras que norteiam o registro de enfermagem bem como todas as telas do AGHUX para que esse registro eletrônico pudesse ser realizado cumprindo todas as etapas do processo de enfermagem. Ao término do vídeo, era solicitado que o enfermeiro realizasse um novo registro de um dos pacientes que estavam sob seus cuidados e, dos quais ele já havia realizado um registro anterior ao treinamento para que as comparações pudessem ser apontadas.

Uma vez realizado novo registro a pesquisadora lia o mesmo e dava o feedback ao enfermeiro parabenizando-lhe quando o fazia em sua completude bem como informando-lhe sobre ausências de etapas do processo de enfermagem no registro eletrônico.

Tal processo possibilitava ao enfermeiro relacionar as etapas do processo de

Enfermagem utilizando o módulo de enfermagem do aplicativo da instituição e registrar todo o processo de forma sistemática e detalhada no aplicativo usado na unidade para registro eletrônico.

Após receber o feedback, a pesquisadora expressava seu agradecimento pela participação do enfermeiro, entregando-lhe um certificado de participação (APÊNDICE B), um cartão contendo um resumo dos diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e metas (APÊNDICE C). Além disso, também recebiam um broche motivacional (APÊNDICE D), como uma estratégia de reforço positivo, associando a lembrança da atividade ao símbolo físico que receberam, o que pode ajudar na retenção de aprendizado e no estímulo à aplicação prática das lições aprendidas. Segundo Gavaia *et al.* (2023), é importante ressaltar que o elemento motivacional influencia uma série de reações que resultam em uma maior disposição para estudar e absorver os conteúdos.

#### **3.4.7 Coleta de dados pós – intervenção imediate (abril a junho de 2023)**

Imediatamente após o término da intervenção, era solicitado ao enfermeiro a realização de um novo registro eletrônico do mesmo paciente, sendo aplicado o Q-DIO adaptado ao registro realizado pelo enfermeiro.

#### **3.4.8 Coleta de dados pós – intervenção mediato (julho a outubro de 2023)**

A coleta de dados após a intervenção ocorreu no período de 15 de julho a 15 de outubro de 2023, utilizando-se do instrumento Q-DIO para avaliação dos registros. Os dados foram acessados no sistema por meio do aplicativo utilizado na instituição. Neste período, ocorreram 1850 internações, sendo 1042 correspondentes a clínica cirúrgica e 808 na clínica médica. Do total, apenas 306 internações apresentavam período mínimo de internação de quatro dias e, também possuíam os primeiros quatro dias de registros eletrônicos das internações realizados pelos enfermeiros que participaram da intervenção.

#### **3.4.9 Diário de campo**

Acredita-se que o diário possa auxiliar na identificação dos padrões, desafios e

possíveis descobertas permitindo uma análise mais profunda da pesquisa da mesma maneira que entendimentos possam ocorrer além dos métodos tradicionais de pesquisa. Desta forma, ele foi utilizado de forma complementar descritiva como estratégia de registro das principais observações dos participantes da pesquisa.

### 3.5 ANÁLISE DE DADOS

Foi realizada análise estatística descritiva e inferencial. A análise dos dados foi realizada no R 4.2.2 (R Core, 2023) com a interface do RStudio (RStudio, 2023) e o Jasp (Team, 2024).

A primeira etapa a ser realizada neste conjunto de dados foi a análise univariada a fim de descrever o perfil dos participantes, identificar o número de não respostas (*missing values*) e a presença de *outliers* que foi realizada no R (R Core, 2023). Em seguida, fez-se a análise bivariada realizada no JASP com aplicação de métodos estatísticos não paramétricos com o teste de Mann-Whitney, o teste de Wilcoxon e o teste de Qui-quadrado com a correção de continuidade e os respectivos tamanhos de efeitos. Foram considerados valores de significância os valores de  $p \leq 0,05$ .

O teste de Mann-Whitney (Marôco, 2018) é um teste estatístico não-paramétrico para amostras independentes com a finalidade de testar se há evidências de diferenças significativas entre as variáveis com 2 categorias de respostas relacionada a uma variável do tipo quantitativa.

O teste de Wilcoxon (Marôco, 2018) é um teste estatístico não-paramétrico para amostras pareadas com a finalidade de testar se há evidências de diferenças significativas entre variáveis com 2 categorias de respostas relacionada a uma variável do tipo quantitativa. Teste de Qui-quadrado (Marôco, 2018) com a correção de continuidade teste estatístico aplicado para amostras independentes e com poucas observações, no intuito de verificar se há associação entre as variáveis dicotômicas.

Em relação ao tamanho do efeito foi utilizado o D de Cohen que é uma medida de magnitude para comparar a diferença entre as médias de dois grupos num estudo. A sugestão de interpretação do D de Cohen é da seguinte forma (Cohen, 1988; Maher; Markey; Ebert-May, 2013): muito pequeno ( $< 0,1$ ); pequeno ( $0,10 - 0,29$ ); moderado ( $0,30 - 0,49$ ) e; grande ( $> 0,50$ ).

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com as Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, este estudo foi apresentado ao Comitê de Ética do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, responsável por auxiliar na regulação de todas as pesquisas envolvendo humanos ou partes de humanos, incluindo a gestão de dados, devendo garantir e respeitar os direitos dos participantes (Brasil, 2012, 2016). O projeto foi aprovado sob parecer número: 5.870.867 (ANEXO C).

A primeira Resolução em questão citada acima tem como principal objetivo garantir o respeito aos princípios bioéticos, como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, assegurando os direitos e deveres dos participantes da pesquisa, da comunidade científica e do Estado. Ela estabelece que toda pesquisa envolvendo seres humanos apresenta diferentes níveis e tipos de riscos, que devem ser cuidadosamente considerados para minimizá-los (Brasil, 2012).

Durante o contato com os enfermeiros, foram apresentados os objetivos da pesquisa e esclarecidos os potenciais benefícios que poderiam advir da participação na investigação. Antes do treinamento em serviço, os participantes foram informados sobre a natureza do estudo, seus objetivos e procedimentos, bem como uma consulta sobre sua vontade de participar do estudo, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E), cujo aceite resultaria na emissão da resposta via e-mail tanto para o pesquisador e o participante da pesquisa.

Todos os enfermeiros envolvidos no estudo receberam explicações sobre a participação voluntária no projeto e sobre o direito de desistir ou retirar seu envolvimento em qualquer etapa da pesquisa. Foi enfatizado, que a recusa em participar não acarretaria prejuízos de qualquer tipo, nem representaria riscos para sua integridade física ou psicológica.

É importante ressaltar que os participantes foram expostos ao potencial riscos do trabalho diário e uso do computador. O treinamento foi realizado com ênfase na qualificação e na melhoria dos registros eletrônicos de enfermagem, sem intenção punitiva. O estudo ocorreu no fluxo de trabalho atual do hospital da pesquisa. Os participantes foram informados de que participar do estudo poderia expô-los a riscos menores, como ser observado, o que poderia resultar em um desconforto durante as discussões de treinamento.

## 4 RESULTADOS

Atendendo a dinâmica da apresentação dos resultados, estes serão apresentados conforme a sequência dos objetivos da pesquisa. Inicialmente, será abordada a caracterização dos participantes, como parte da estratégia de perfil profissional. Em seguida, será discutido o diagnóstico situacional realizado no ano de 2022. Posteriormente, serão apresentados os resultados da coleta de dados realizada no momento imediatamente anterior e posterior a realização da intervenção treinamento em serviço “*Eu registro!*”. Para concluir o capítulo, será feita uma comparação entre os resultados obtidos nos três meses de diagnóstico situacional em 2022 e nos três meses de avaliação após a intervenção em 2023.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Procedeu-se a caracterização dos enfermeiros que participaram da pesquisa descrevendo o perfil dos profissionais que desempenham suas funções no âmbito do hospital universitário. A amostra final compreendeu um total de 23 enfermeiros, sendo notável uma predominância do sexo feminino, representando 74% da amostra. Quanto à faixa etária desses profissionais, esta se mostrou delimitada por uma população de adultos jovens com média de 40 anos de idade. Aproximadamente 91% dos enfermeiros participantes estão formados há mais de 11 anos e, destes, cinco enfermeiros tem tempo de formação maior ou igual a 20 anos. Quando questionados sobre a escolaridade, 30% possuem mestrado ou doutorado (TABELA 1).

**Tabela 1** - Caracterização dos enfermeiros participantes do estudo (N = 23).

<b>Características pessoais</b>	<b>n (%)</b>
<b>Gênero</b>	
Feminino	17 (73,9%)
Masculino	6 (26,1%)
<b>Idade</b>	
30 a 39 anos	11 (47,8%)
40 a 49 anos	10 (43,5%)
50 a 59 anos	2 (8,7%)
<b>Tempo de formação</b>	
11 anos ou mais	21 (91,3%)
Até 10 anos	2 (8,7%)
<b>Escolaridade</b>	

Pós-graduação Lato Sensu	16 (69,6%)
Pós-graduação Stricto Sensu	7 (30,4%)

Nota. n = número de participantes; sd = desvio-padrão; q25% = 1º quartil (25% da amostra se encontra abaixo do valor do 1º quartil); q75% = 3º quartil (25% da amostra se encontra acima do valor do 3º quartil); mínimo = representa o valor mínimo da variável em estudo; máximo = representa o valor máximo da variável em estudo.

Do total da amostra, a maioria dos enfermeiros atuavam nas enfermarias de clínica médica. Há uma discreta predominância (56,5%) de enfermeiros trabalhando no serviço diurno. No que diz respeito ao vínculo desses profissionais com a instituição, constatou-se que a maioria estava sob o regime de contratação da EBSEH (CLT) (TABELA 2).

Em relação ao tempo de serviço na instituição, são observados pontos extremos, desde um a vinte anos de serviço no hospital universitário. Além disso, a grande maioria dos enfermeiros (65,2%) já atuam, no mínimo, há cinco anos em enfermarias de clínica médica e cirúrgica (TABELA 2).

**Tabela 2** - Caracterização profissional dos enfermeiros participantes do estudo (N = 23).

<b>Características Profissionais</b>	<b>n (%)</b>
<b>Especialidade da clínica</b>	
Clínica Médica	13 (56,5%)
Clínica Cirúrgica	10 (43,5%)
<b>Turno de Trabalho</b>	
Serviço Diurno	13 (56,5%)
Serviço Noturno	10 (43,5%)
<b>Vínculo Profissional</b>	
EBSEH	16 (69,6%)
RJU	7 (30,4%)
<b>Tempo de Atuação no HU (anos)</b>	
Média (Desvio Padrão)	5,5 (5,0)
Mediana (AIQ)	5,0 (3,0 – 5,5)
Amplitude	0,0 – 20,0
<b>Anos de Atuação em Clínica Médica e Cirúrgica</b>	
Até 5 anos	15 (65,2%)
6 a 10 anos	5 (21,7%)
11 anos ou mais	3 (13,0%)

Nota. n = número participantes.

De acordo com os resultados encontrados, ao serem questionados, todos os enfermeiros participantes relatam preferir o registro eletrônico ao registro manual do processo de enfermagem. Entretanto, a maioria deles (56,5%) informa nunca ter

recebido treinamento sobre o registro eletrônico do processo de enfermagem. Especificamente, em relação ao sistema institucional para registros eletrônicos em saúde, um pouco mais da metade dos enfermeiros (52,2%) também informam não ter recebido treinamento. E, quando questionados sobre treinamento do registro do processo de enfermagem, 70% dos enfermeiros também negam o recebimento de treinamento (TABELA 3).

Cabe ressaltar que 21 enfermeiros (91,3%) afirmaram não documentar o processo de enfermagem em sua totalidade. Contudo, 20 (87%) deles reconhecem a existência de leis que estabelecem a obrigatoriedade do registro do processo de enfermagem.

**Tabela 3** - Informações sobre registro eletrônico e registro eletrônico em processo de enfermagem dos enfermeiros participantes do estudo (N = 23).

<b>Registro eletrônico do processo de enfermagem</b>	<b>n (%)</b>
<b>Preferência de Registro</b>	
Registro De Enfermagem Eletrônico	23 (100,0%)
Registro De Enfermagem Manual	0 (0,0%)
<b>Recebeu treinamento em Registro Eletrônico do Processo de Enfermagem</b>	
Sim	8 (34,8%)
Não	13 (56,5%)
Não Quero Declarar	2 (8,7%)
<b>Recebeu treinamento para uso do AGHUX</b>	
Sim	11 (47,8%)
Não	12 (52,2%)
<b>Uso de Outro Sistema para Registro Eletrônico</b>	
Sim	14 (60,9%)
Não	9 (39,1%)
<b>Recebeu treinamento sobre Registro do Processo de Enfermagem</b>	
Sim	6 (26,1%)
Não	16 (69,6%)
Não Quero Declarar	1 (4,3%)
<b>Registra Todo o Processo de Enfermagem</b>	
Sim	2 (8,7%)
Não	21 (91,3%)
<b>Etapa do Processo de Enfermagem não registrada pelo enfermeiro</b>	
Diagnóstico de Enfermagem	3 (13,0%)
Diagnóstico de Enfermagem, Avaliação de Enfermagem	3 (13,0%)
Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação	3 (13,0%)
Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação, Avaliação de Enfermagem	3 (13,0%)

<b>Registro eletrônico do processo de enfermagem</b>	<b>n (%)</b>
Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem	2 (8,7%)
Avaliação de Enfermagem	2 (8,7%)
Coleta de Dados/Histórico, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem	1 (4,3%)
Coleta de Dados/Histórico, Implementação, Avaliação de Enfermagem	1 (4,3%)
Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Avaliação de Enfermagem	1 (4,3%)
Planejamento de Enfermagem, Avaliação de Enfermagem	1 (4,3%)
Planejamento de Enfermagem, Implementação, Avaliação de Enfermagem	1 (4,3%)
Não Se Aplica	2 (8,7%)
<b>Ciência sobre Legislação que Aborde o Processo de Enfermagem</b>	
Sim	20 (87,0%)
Não	3 (13,0%)

Nota. n = número participantes

Observa-se na TABELA 4 que não há diferença significativamente estatística entre as características pessoais e profissionais dos enfermeiros quando comparada as clínicas nas quais trabalham, o que ratifica homogeneidade entre os grupos.

**Tabela 4** - Caracterização pessoal dos enfermeiros participantes do estudo, segundo a clínica em que trabalha (N = 23).

<b>Variáveis</b>	<b>Total n = 23</b>	<b>Clínica n = 13</b>	<b>Cirúrgica n = 10</b>	<b>p-valor</b>
<b>Gênero</b>				0,288
Feminino	17 (73,9%)	8 (61,5%)	9 (90,0%)	
Masculino	6 (26,1%)	5 (38,5%)	1 (10,0%)	
<b>Turno de Trabalho</b>				>0,999
Serviço Diurno	13 (56,5%)	7 (53,8%)	6 (60,0%)	
Serviço Noturno	10 (43,5%)	6 (46,2%)	4 (40,0%)	
<b>Idade</b>				0.0675
30 a 39 anos	11 (47,8%)	5 (38,5%)	6 (60,0%)	
40 a 49 anos	10 (43,5%)	8 (61,5%)	2 (20,0%)	
50 a 59 anos	2 (8,7%)	0 (0,0%)	2 (20,0%)	
<b>Vínculo Profissional</b>				>0,999
EBSERH	16 (69,6%)	9 (69,2%)	7 (70,0%)	
RJU	7 (30,4%)	4 (30,8%)	3 (30,0%)	
<b>Tempo de Atuação no HU (anos)</b>				>0,999
média (sd)	5,5 (5,0)	5,3 (4,9)	5,7 (5,5)	
mediana (q25% - q75%)	5,0 (3,0 – 5,5)	5,0 (5,0 – 5,0)	5,0 (2,5 – 5,7)	
(mínimo – máximo)	0,0 – 20,0	0,0 – 20,0	1,0 – 20,0	
<b>Tempo de formação</b>				0,581
Até 10 anos	2 (8,7%)	2 (15,4%)	0 (0,0%)	

Variáveis	Total n = 23	Clínica n = 13	Cirúrgica n = 10	p-valor
11 anos ou mais	21 (91,3%)	11 (84,6%)	10 (100,0%)	0,619
<b>Escolaridade</b>				
Pós-graduação Lato Sensu	16 (69,6%)	8 (61,5%)	8 (80,0%)	
Pós-graduação Stricto Sensu	7 (30,4%)	5 (38,5%)	2 (20,0%)	

Nota. n = número participantes; sd = desvio-padrão; q25% = 1º quartil (25% da amostra se encontra abaixo do valor do 1º quartil); q75% = 3º quartil (25% da amostra se encontra acima do valor do 3º quartil); mínimo = representa o valor mínimo da variável em estudo; máximo = representa o valor máximo da variável em estudo; Teste de Qui-quadrado com correção de continuidade para variáveis qualitativas; Teste de Mann-Whitney para variáveis quantitativas

Embora se tenha mencionado a homogeneidade, é importante ressaltar que, ao serem analisados entre as clínicas, não foi identificado nenhum enfermeiro da clínica cirúrgica que afirmasse registrar todo o processo de enfermagem (TABELA 5).

**Tabela 5 - Caracterização profissional dos enfermeiros participantes do estudo segundo a clínica em que trabalham (N = 23).**

Variáveis	Total n = 23	Clínica n = 13	Cirúrgica n = 10	p-valor
<b>Anos de Atuação em Clínica Médica e Cirúrgica</b>				0,399
Até 5 anos	15 (65,2%)	7 (53,8%)	8 (80,0%)	
6 a 10 anos	5 (21,7%)	4 (30,8%)	1 (10,0%)	
11 anos ou mais	3 (13,0%)	2 (15,4%)	1 (10,0%)	
<b>Recebeu treinamento em Registro Eletrônico do Processo de Enfermagem</b>				0,948
Sim	8 (38,1%)	4 (33,3%)	4 (44,4%)	
Não	13 (61,9%)	8 (66,7%)	5 (55,6%)	
Não declarado	2	1	1	
<b>Recebeu treinamento para uso do AGHUX</b>				0,546
Sim	11 (47,8%)	5 (38,5%)	6 (60,0%)	
Não	12 (52,2%)	8 (61,5%)	4 (40,0%)	
<b>Uso de Outro Sistema para Registro Eletrônico</b>				0,223
Sim	14 (60,9%)	6 (46,2%)	8 (80,0%)	
Não	9 (39,1%)	7 (53,8%)	2 (20,0%)	
<b>Recebeu treinamento sobre Registro do Processo de Enfermagem</b>				0,827
Sim	6 (27,3%)	4 (33,3%)	2 (20,0%)	
Não	16 (72,7%)	8 (66,7%)	8 (80,0%)	
Não declarado	1	1	0	
<b>Registra Todo o Processo de Enfermagem</b>				0,581
Sim	2 (8,7%)	2 (15,4%)	0 (0,0%)	
Não	21 (91,3%)	11 (84,6%)	10 (100,0%)	
<b>Ciência sobre Legislação que Aborde o Processo de Enfermagem</b>				0,807
Sim	20 (87,0%)	12 (92,3%)	8 (80,0%)	
Não	3 (13,0%)	1 (7,7%)	2 (20,0%)	

Nota. n = número participantes; teste de Qui-quadrado com correção de continuidade.

Independentemente da unidade clínica onde trabalhem, também não foi observada diferença estatística significativa na ausência das etapas do processo de enfermagem registradas eletronicamente (TABELA 6).

**Tabela 1-** Etapas do processo de enfermagem não registradas pelos enfermeiros segundo a clínica que trabalham.

Variáveis	Total n = 23	Clinica n = 13	Cirúrgica n = 10	p-valor
Avaliação de Enfermagem	12 (52,2%)	8 (61,5%)	4 (40,0%)	0,546
Coleta de Dados/Histórico	2 (8,7%)	1 (7,7%)	1 (10,0%)	>0,999
Diagnóstico de Enfermagem	16 (69,6%)	7 (53,8%)	9 (90,0%)	0,158
Implementação	8 (34,8%)	3 (23,1%)	5 (50,0%)	0,367
Planejamento de Enfermagem	12 (52,2%)	5 (38,5%)	7 (70,0%)	0,280

Nota. n = número participantes; teste de Qui-quadrado com correção de continuidade

Assim como na clínica em que estão inseridos, também existe uma homogeneidade nas características pessoais e profissionais dos enfermeiros independentes dos horários de trabalho que desempenham (TABELA 7).

**Tabela 7 -** Caracterização pessoal dos enfermeiros participantes do estudo segundo o turno em que trabalham (N = 23).

Variáveis	Total n = 23	SD n = 13	SN n = 10	p-valor
<b>Gênero</b>				0,393
Feminino	17 (73,9%)	11 (84,6%)	6 (60,0%)	
Masculino	6 (26,1%)	2 (15,4%)	4 (40,0%)	
<b>Especialidade</b>				>0,999
Clinica	13 (56,5%)	7 (53,8%)	6 (60,0%)	
Cirúrgica	10 (43,5%)	6 (46,2%)	4 (40,0%)	
<b>Idade</b>				0.1389
30 a 39 anos	11 (47,8%)	8 (61,5%)	3 (30,0%)	
40 a 49 anos	10 (43,5%)	5 (38,5%)	5 (50,0%)	
50 a 59 anos	2 (8,7%)	0 (0,0%)	2 (20,0%)	
<b>Vínculo</b>				0,183
<b>Profissional</b>				
EBSERH	16 (69,6%)	11 (84,6%)	5 (50,0%)	
RJU	7 (30,4%)	2 (15,4%)	5 (50,0%)	
<b>Tempo de Atuação no HU (anos)</b>				0.136
média (sd)	5,5 (5,1)	3,7 (2,1)	7,8 (6,7)	
mediana (q25% - q75%)	5,0 (3,0 – 5,5)	5,0 (2,0 – 5,0)	5,0 (5,0 – 7,5)	
(mínimo – máximo)	0,0 – 20,0	0,0 – 6,0	0,0 – 20,0	
<b>Tempo de formação</b>				0,347

<b>Variáveis</b>	<b>Total n = 23</b>	<b>SD n = 13</b>	<b>SN n = 10</b>	<b>p-valor</b>
Até 10 anos	2 (8,7%)	0 (0,0%)	2 (20,0%)	
11 anos ou mais	21 (91,3%)	13 (100,0%)	8 (80,0%)	
<b>Escolaridade</b>				0,676
Pós-graduação Lato Sensu	16 (69,6%)	10 (76,9%)	6 (60,0%)	
Pós-graduação Stricto Sensu	7 (30,4%)	3 (23,1%)	4 (40,0%)	

Nota. n = número participantes; sd = desvio-padrão; q25% = 1º quartil (25% da amostra se encontra abaixo do valor do 1º quartil); q75% = 3º quartil (25% da amostra se encontra acima do valor do 3º quartil); mínimo = representa o valor mínimo da variável em estudo; máximo = representa o valor máximo da variável em estudo; teste de Qui-quadrado com correção de continuidade para variáveis qualitativas; Teste de Mann-Whitney para variáveis quantitativas

Daqueles enfermeiros que afirmaram ter recebido treinamento em registro eletrônico do processo de enfermagem (53,8%), a maioria significativa trabalha no turno diurno bem como os que receberam o treinamento para o uso do AGHUX (61,5%).

**Tabela 7-** Caracterização profissional dos enfermeiros participantes do estudo segundo o turno em que trabalham (N = 23).

<b>Variáveis</b>	<b>Total n = 23</b>	<b>SD n = 13</b>	<b>SN n = 10</b>	<b>p-valor</b>
<b>Anos de Atuação em Clínica Médica e Cirúrgica</b>				0,686
Até 5 anos	15 (65,2%)	9 (69,2%)	6 (60,0%)	
6 a 10 anos	5 (21,7%)	3 (23,1%)	2 (20,0%)	
11 anos ou mais	3 (13,0%)	1 (7,7%)	2 (20,0%)	
<b>Recebeu treinamento em Registro Eletrônico do Processo de Enfermagem</b>				0,152
Sim	8 (38,1%)	7 (53,8%)	1 (12,5%)	
Não	13 (61,9%)	6 (46,2%)	7 (87,5%)	
Desconhecido	2	0	2	
<b>Recebeu treinamento para uso do AGHUX</b>				0,280
Sim	11 (47,8%)	8 (61,5%)	3 (30,0%)	
Não	12 (52,2%)	5 (38,5%)	7 (70,0%)	
<b>Uso de Outro Sistema para Registro Eletrônico</b>				0,613
Sim	14 (60,9%)	9 (69,2%)	5 (50,0%)	
Não	9 (39,1%)	4 (30,8%)	5 (50,0%)	
<b>Recebeu treinamento sobre Registro do Processo de Enfermagem</b>				>0,999
Sim	6 (27,3%)	4 (30,8%)	2 (22,2%)	
Não	16 (72,7%)	9 (69,2%)	7 (77,8%)	
Desconhecido	1	0	1	
<b>Registra Todo o Processo de Enfermagem</b>				>0,999
Sim	2 (8,7%)	1 (7,7%)	1 (10,0%)	
Não	21 (91,3%)	12 (92,3%)	9 (90,0%)	
<b>Ciência sobre Legislação que Aborde o Processo de Enfermagem</b>				0,807

Variáveis	Total n = 23	SD n = 13	SN n = 10	p-valor
Sim	20 (87,0%)	12 (92,3%)	8 (80,0%)	
Não	3 (13,0%)	1 (7,7%)	2 (20,0%)	

Nota: n = número participantes; teste de Qui-quadrado com correção de continuidade.

A ausência das etapas do processo de enfermagem no registro eletrônico informado pelos enfermeiros participantes mostrou-se homogêneo quando comparado pelos turnos de trabalho (TABELA 8).

**Tabela 8** - Etapas do processo de enfermagem não registradas pelos enfermeiros segundo o turno que trabalham (N = 23).

Variáveis	Total n = 23	SD n = 13	SN n = 10	p-valor
Avaliação de Enfermagem	12 (52,2%)	6 (46,2%)	6 (60,0%)	0,812
Coleta de Dados/Histórico	2 (8,7%)	0 (0,0%)	2 (20,0%)	0,347
Diagnóstico de Enfermagem	16 (69,6%)	10 (76,9%)	6 (60,0%)	0,676
Implementação	8 (34,8%)	6 (46,2%)	2 (20,0%)	0,388
Planejamento de Enfermagem	12 (52,2%)	8 (61,5%)	4 (40,0%)	0,546

Nota: n = número participantes; teste de Qui-quadrado com correção de continuidade.

Nas TABELAS 09 e 10 observa-se presença de diferenciação nas características pessoais e profissionais, bem como na forma de registrar as etapas do processo de enfermagem entre os enfermeiros com especialização e os enfermeiros com mestrado ou doutorado. No vínculo profissional, observou-se diferença significativamente estatística predominando enfermeiros com especialização entre os profissionais com vínculo EBSERH e enfermeiros com mestrado e doutorado no grupo de enfermeiros com vínculo RJU ( $p=0,002$ ).

**Tabela 9** - Caracterização Pessoal e Profissional Dos Enfermeiros Participantes Do Estudo segundo escolaridade (N = 23).

Variáveis	Total (n = 23)	Pós- graduação Lato Sensu. n = 16	Pós- graduação Stricto Sensu. n = 7	p-valor
<b>Gênero</b>				>0,999
Feminino	17 (73,9%)	12 (75,0%)	5 (71,4%)	
Masculino	6 (26,1%)	4 (25,0%)	2 (28,6%)	
<b>Especialidade</b>				0,619
Clinica	13 (56,5%)	8 (50,0%)	5 (71,4%)	

Variáveis	Total (n = 23)	Pós- graduação Lato Sensu. n = 16	Pós- graduação Stricto Sensu. n = 7	p- valor
Cirúrgica	10 (43,5%)	8 (50,0%)	2 (28,6%)	
<b>Turno de Trabalho</b>				0,676
SD	13 (56,5%)	10 (62,5%)	3 (42,9%)	
SN	10 (43,5%)	6 (37,5%)	4 (57,1%)	
<b>Idade</b>				0,589
30 a 39 anos	11 (47,8%)	7 (43,8%)	4 (57,1%)	
40 a 49 anos	10 (43,5%)	7 (43,8%)	3 (42,9%)	
50 a 59 anos	2 (8,7%)	2 (12,5%)	0 (0,0%)	
<b>Vínculo Profissional</b>				0,020*
EBSERH	16 (69,6%)	14 (87,5%)	2 (28,6%)	
RJU	7 (30,4%)	2 (12,5%)	5 (71,4%)	
<b>Tempo de Atuação no HU (anos)</b>				0,023*
média (sd)	5,5 (5,0)	4,6 (4,7)	7,6 (5,5)	
mediana (q25% - q75%)	5,0 (3,0 - 5,5)	5,0 (1,7 - 5,0)	6,0 (5,0 - 6,0)	
(mínimo - máximo)	0,0 - 20,0	0,0 - 20,0	5,0 - 20,0	
<b>Tempo de formação</b>				>0,999
Até 10 anos	2 (8,7%)	1 (6,2%)	1 (14,3%)	
11 anos ou mais	21 (91,3%)	15 (93,8%)	6 (85,7%)	
<b>Anos de Atuação em Clínica Médica e Cirúrgica</b>				0,848
Até 5 anos	15 (65,2%)	11 (68,8%)	4 (57,1%)	
6 a 10 anos	5 (21,7%)	3 (18,8%)	2 (28,6%)	
11 anos ou mais	3 (13,0%)	2 (12,5%)	1 (14,3%)	
<b>Recebeu treinamento em Registro Eletrônico do Processo de Enfermagem</b>				0,434
Não	13 (61,9%)	8 (53,3%)	5 (83,3%)	
Sim	8 (38,1%)	7 (46,7%)	1 (16,7%)	
Desconhecido	2	1	1	
<b>Recebeu treinamento para uso do AGHUX</b>				>0,999
Não	12 (52,2%)	8 (50,0%)	4 (57,1%)	
Sim	11 (47,8%)	8 (50,0%)	3 (42,9%)	
<b>Uso de Outro Sistema para Registro Eletrônico</b>				0,480
Não	9 (39,1%)	5 (31,2%)	4 (57,1%)	
Sim	14 (60,9%)	11 (68,8%)	3 (42,9%)	
<b>Recebeu treinamento sobre Registro do Processo de Enfermagem</b>				0,222
Não	16 (72,7%)	10 (62,5%)	6 (100,0%)	
Sim	6 (27,3%)	6 (37,5%)	0 (0,0%)	
Desconhecido	1	0	1	
<b>Registra Todo o Processo de Enfermagem</b>				0,861
Não	21 (91,3%)	14 (87,5%)	7 (100,0%)	
Sim	2 (8,7%)	2 (12,5%)	0 (0,0%)	
<b>Ciência sobre Legislação que Aborde o Processo de Enfermagem</b>				0,578
Não	3 (13,0%)	3 (18,8%)	0 (0,0%)	
Sim	20 (87,0%)	13 (81,2%)	7 (100,0%)	

Nota. n = número participantes; sd = desvio-padrão; q25% = 1º quartil (25% da amostra se encontra

abaixo do valor do 1º quartil); q75% = 3º quartil (25% da amostra se encontra acima do valor do 3º quartil); mínimo = representa o valor mínimo da variável em estudo; máximo = representa o valor máximo da variável em estudo; Teste de Qui-quadrado com correção de continuidade para variáveis qualitativas; Teste de Mann-Whitney para variáveis quantitativas

Com exceção da fase de coleta de dados do processo de enfermagem, realizada por todos os enfermeiros com pós-graduação stricto sensu, estes informam não registrar as demais etapas bem como os enfermeiros com pós-graduação lato sensu.

**Tabela 102** - Etapas do processo de enfermagem não registradas pelos enfermeiros segundo o nível de escolaridade (N = 23).

Variáveis	Total n = 23 <sup>1</sup>	Pós- graduação Lato Sensu N = 16 <sup>1</sup>	Pós- graduação Stricto Sensu N = 7 <sup>1</sup>	p-valor
Avaliação de Enfermagem	12 (52,2%)	7 (43,8%)	5 (71,4%)	0,442
Coleta de Dados/Histórico	2 (8,7%)	2 (12,5%)	0 (0,0%)	0,861
Diagnóstico de Enfermagem	16 (69,6%)	11 (68,8%)	5 (71,4%)	>0,999
Implementação	8 (34,8%)	6 (37,5%)	2 (28,6%)	>0,999
Planejamento de Enfermagem	12 (52,2%)	8 (50,0%)	4 (57,1%)	>0,999

Nota. n = número participantes; teste de Qui-quadrado com correção de continuidade.

#### 4.2 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO REGISTRO ELETRÔNICO DAS ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM PELOS ENFERMEIROS 2022 E 2023 (PRÉ MEDIATO E PRÉ-IMEDIATO)

Os resultados deste diagnóstico situacional foram utilizados para estabelecer uma correlação dos registros eletrônicos do processo de enfermagem elaborados pelos 23 enfermeiros participantes da pesquisa entre o ano de 2022 e, o momento imediatamente anterior ao do treinamento em serviço, em 2023 (TABELA 11). Nesta, foi observada significância estatística no domínio "Diagnóstico de Enfermagem como Produto" ( $p < 0,005$ ) e no "Escore Total" ( $p < 0,019$ ), ambos apresentando discreta queda na qualidade do registro no pré- imediato, embora os valores máximos tenham alcançado qualidade superior em todas as dimensões e no escore total.

**Tabela 11** - Correlação das dimensões do QDIO nos momentos Pré-mediato (2022) e o momento Pré-Imediato (2023) para diagnóstico situacional (N=23).

Dimensões do QDIO	Medidas descritivas			p-valor
	média (sd)	mediana (q25% - q75%)	(mínimo – máximo)	
<b>Diagnóstico De Enfermagem Como Processo</b>				0,104
Pré_Mediato	3,5 (0,3)	3,5 (3,2 – 3,7)	3,0 – 4,2	
Pré_Imediato	3,6 (1,3)	4,0 (4,0 – 4,0)	0,0 – 5,0	
<b>Diagnóstico De Enfermagem Como Produto</b>				0,005*
Pré_Mediato	2,2 (0,2)	2,2 (2,0 – 2,4)	2,0 – 2,8	
Pré_Imediato	1,6 (2,4)	1,0 (1,0 – 1,0)	0,0 – 9,0	
<b>Intervenção De Enfermagem</b>				0,231
Pré_Mediato	1,0 (0,1)	1,1 (1,0 – 1,1)	0,7 – 1,2	
Pré_Imediato	1,1 (1,0)	1,0 (1,0 – 1,0)	0,0 – 4,0	
<b>Resultados De Enfermagem</b>				-
Pré_Mediato	0,0 (0,0)	0,0 (0,0 – 0,0)	0,0 – 0,0	
Pré_Imediato	0,0 (0,0)	0,0 (0,0 – 0,0)	0,0 – 0,0	
<b>Score Total</b>				0,021*
Pré_Mediato	6,8 (0,6)	7,0 (6,2 – 7,1)	5,9 – 8,1	
Pré_Imediato	6,2 (3,8)	6,0 (5,0 – 6,0)	0,0 – 17,0	

Nota. sd = desvio-padrão; q25% = 1º quartil (25% da amostra se encontra abaixo do valor do 1º quartil); q75% = 3º quartil (25% da amostra se encontra acima do valor do 3º quartil); mínimo = representa o valor mínimo da variável em estudo; máximo = representa o valor máximo da variável em estudo; Teste de Wilcoxon.

#### 4.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO REGISTRO ELETRÔNICO DAS ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NOS PERÍODOS PRÉ E PÓS IMEDIATO AO TREINAMENTO EM SERVIÇO

Ao analisar os domínios do Q-DIO nos registros eletrônicos do processo de enfermagem feitos pelos enfermeiros da clínica médica antes e depois da intervenção em serviço, notou-se um discreto declínio no domínio “Diagnóstico de Enfermagem como Processo”. Todos os demais domínios e o escore total apresentaram melhoria na qualidade do registro (TABELA 12).

**Tabela 12 – Correlação do Q-DIO nos períodos Pré e Pós Imediato dos Enfermeiros da Clínica Médica (n = 13).**

Dimensões do QDIO	Medidas descritivas			p-valor	D de Cohen
	média (sd)	Mediana (q25% - q75%)	(mínimo – máximo)		
<b>Diagnóstico De Enfermagem Como Processo</b>				>0,999	0,277
Pré_Imediato	4,0 (0,7)	4,0 (4,0 – 4,0)	2,0 – 5,0		
Pós_Imediato	3,9 (0,6)	4,0 (4,0 – 4,0)	2,0 – 5,0		
<b>Diagnóstico De Enfermagem Como Produto</b>				0,008*	-1,208
Pré_Imediato	2,3 (3,0)	1,0 (1,0 – 1,0)	1,0 – 9,0		
Pós_Imediato	5,3 (2,6)	6,0 (6,0 – 6,0)	1,0 – 9,0		
<b>Intervenção De Enfermagem</b>				0,008*	-1,198
Pré_Imediato	1,4 (1,2)	1,0 (1,0 – 1,0)	0,0 – 4,0		
Pós_Imediato	3,3 (1,3)	4,0 (4,0 – 4,0)	1,0 – 4,0		
<b>Resultados De Enfermagem</b>				-	-
Pré_Imediato	0,0 (0,0)	0,0 (0,0 – 0,0)	0,0 – 0,0		
Pós_Imediato	0,1 (0,4)	0,0 (0,0 – 0,0)	0,0 – 1,0		
<b>Escore Total</b>				0,011*	-1,152
Pré_Imediato	7,7 (4,2)	6,0 (6,0 – 7,0)	4,0 – 17,0		
Pós_Imediato	12,7 (4,0)	14,0 (12,0 – 15,0)	6,0 – 17,0		

Nota.sd = desvio-padrão; q25% = 1º quartil (25% da amostra se encontra abaixo do valor do 1º quartil); q75% = 3º quartil (25% da amostra se encontra acima do valor do 3º quartil); mínimo = representa o valor mínimo da variável em estudo; máximo = representa o valor máximo da variável em estudo; teste de Wilcoxon.

Quando examinados os registros dos enfermeiros da clínica cirúrgica antes e depois do treinamento em serviço, não foi observada significância estatística em nenhuma dos domínios do Q-DIO (TABELA 13). No entanto, mesmo sem alcançar significância estatística, a comparação entre os períodos pré e pós treinamento em serviço revelou um impacto substancial na avaliação dos domínios do Q-DIO, com resultados próximos a -1, tais quais os encontrados no domínio “Diagnóstico de Enfermagem como Produto” (d=0,941), “Intervenção de Enfermagem” (d= 0,737) e “Escore Total” (d = 0,831).

**Tabela 13 - Correlação do Q-DIO nos períodos Pré e Pós Imediato dos Enfermeiros da Clínica Cirúrgica (N = 10).**

Domínios do QDIO	Medidas descritivas			p-valor	D de Cohen
	média (sd)	Mediana (q25% - q75%)	(mínimo- máximo)		
<b>Diagnóstico De Enfermagem Como Processo</b>				0,371	-0,428

Domínios do QDIO	Medidas descritivas			p-valor	D de Cohen
	média (sd)	Mediana (q25% - q75%)	(mínimo - máximo)		
Pré_Imediato	3,0 (1,8)	4,0 (2,2 - 4,0)	0,0 - 5,0	0,053	-0,941
Pós_Imediato	3,7 (1,1)	4,0 (3,2 - 4,0)	2,0 - 5,0		
<b>Diagnóstico De Enfermagem Como Produto</b>					
Pré_Imediato	0,6 (0,5)	1,0 (0,0 - 1,0)	0,0 - 1,0	0,073	-0,737
Pós_Imediato	3,3 (2,3)	3,5 (1,0 - 6,0)	0,0 - 6,0		
<b>Intervenção De Enfermagem</b>					
Pré_Imediato	0,7 (0,5)	1,0 (0,2 - 1,0)	0,0 - 1,0	-	-
Pós_Imediato	2,3 (1,9)	2,5 (1,0 - 4,0)	0,0 - 4,0		
<b>Resultados De Enfermagem</b>					
Pré_Imediato	0,0 (0,0)	0,0 (0,0 - 0,0)	0,0 - 0,0	0,075	-0,831
Pós_Imediato	0,3 (0,5)	0,0 (0,0 - 0,7)	0,0 - 1,0		
<b>Escore Total</b>					
Pré_Imediato	4,3 (2,4)	5,0 (4,2 - 6,0)	0,0 - 6,0		
Pós_Imediato	9,6 (5,2)	9,0 (4,5 - 14,0)	4,0 - 16,0		

Nota. sd = desvio-padrão; q25% = 1º quartil (25% da amostra se encontra abaixo do valor do 1º quartil); q75% = 3º quartil (25% da amostra se encontra acima do valor do 3º quartil); mínimo = representa o valor mínimo da variável em estudo; máximo = representa o valor máximo da variável em estudo; teste de Wilcoxon.

Ao analisar os registros dos enfermeiros do turno diurno, antes e depois do treinamento em serviço, observou-se que a significância estatística não foi alcançada, apenas, nos domínios "Diagnóstico de Enfermagem como Processo" e "Resultados de Enfermagem" (TABELA 14). No entanto, ao avaliar o tamanho do efeito nesses domínios, a única irrelevância estatística foi nos "Resultados de Enfermagem" em que, novamente, constatou-se a ausência nos registros eletrônicos dos enfermeiros.

**Tabela 14** - Correlação do Q-DIO nos períodos Pré e Pós Imediato dos Enfermeiros do Serviço Diurno (N = 13).

Dimensões do QDIO	Medidas descritivas			p-valor	D de Cohen
	média (sd)	Mediana (q25% - q75%)	(mínimo - máximo)		
<b>Diagnóstico De Enfermagem Como Processo</b>				>0,99 9	-0,277
Pré_Imediato	3,5 (1,4)	4,0 (3,0 - 4,0)	0,0 - 5,0		
Pós_Imediato	3,6 (1,0)	4,0 (3,0 - 4,0)	2,0 - 5,0		
<b>Diagnóstico De Enfermagem Como Produto</b>				0,004*	-1,724
Pré_Imediato	1,0 (0,4)	1,0 (1,0 - 1,0)	0,0 - 2,0		
Pós_Imediato	4,9 (2,2)	6,0 (6,0 - 6,0)	1,0 - 6,0		
<b>Intervenção De Enfermagem</b>				0,004*	-1,698
Pré_Imediato	0,8 (0,4)	1,0 (1,0 - 1,0)	0,0 - 1,0		
Pós_Imediato	3,3 (1,3)	4,0 (4,0 - 4,0)	1,0 - 4,0		
<b>Resultados De Enfermagem</b>				-	-

Dimensões do QDIO	Medidas descritivas			p-valor	D de Cohen
	média (sd)	Mediana (q25% - q75%)	(mínimo – máximo)		
Pré_Imediato	0,0 (0,0)	0,0 (0,0 – 0,0)	0,0 – 0,0		
Pós_Imediato	0,2 (0,5)	0,0 (0,0 – 0,0)	0,0 – 1,0		
<b>Escore Total</b>				0,005*	-1,670
Pré_Imediato	5,3 (1,9)	6,0 (5,0 – 6,0)	0,0 – 8,0		
Pós_Imediato	12,0 (4,0)	14,0 (12,0 – 14,0)	4,0 – 16,0		

Nota. <sup>1</sup>sd = desvio-padrão; q25% = 1º quartil (25% da amostra se encontra abaixo do valor do 1º quartil); q75% = 3º quartil (25% da amostra se encontra acima do valor do 3º quartil); q75% = 3º quartil (25% da amostra se encontra acima do valor do 3º quartil); mínimo = representa o valor mínimo da variável em estudo; máximo = representa o valor máximo da variável em estudo; teste de Wilcoxon.

Ao examinar o resultado do Q-DIO dos enfermeiros durante o turno noturno, tanto antes quanto depois da intervenção, ao contrário do que ocorreu durante o turno diurno, não foi observada diferença significativa em nenhum dos domínios avaliados (TABELA 15). No entanto, nos domínios "Diagnóstico de Enfermagem como Produto" (d=0,618) e "Intervenção de Enfermagem" (d=0,457), foi observado um tamanho de efeito considerável (>0,5), assim como no escore total, que apresentou efeito moderado (d=0,514).

**Tabela 15** - Correlação do Q-DIO nos períodos Pré e Pós Imediato dos Enfermeiros do Serviço Noturno (N = 10).

Dimensões do QDIO	Medidas descritivas			p-valor	D de Cohen
	média (sd)	mediana (q25% - q75%)	(mínimo – máximo)		
<b>Diagnóstico De Enfermagem Como Processo</b>				>0,999	-0,243
Pré_Imediato	3,7 (1,3)	4,0 (4,0 – 4,0)	0,0 – 5,0		
Pós_Imediato	4,1 (0,3)	4,0 (4,0 – 4,0)	4,0 – 5,0		
<b>Diagnóstico De Enfermagem Como Produto</b>				0,174	-0,618
Pré_Imediato	2,3 (3,6)	1,0 (0,2 – 1,0)	0,0 – 9,0		
Pós_Imediato	3,9 (3,7)	3,5 (1,0 – 6,0)	0,0 – 9,0		
<b>Intervenção De Enfermagem</b>				0,276	-0,457
Pré_Imediato	1,4 (1,4)	1,0 (1,0 – 1,0)	0,0 – 4,0		
Pós_Imediato	2,3 (1,8)	2,5 (1,0 – 4,0)	0,0 – 4,0		
<b>Resultados De Enfermagem</b>				-	-
Pré_Imediato	0,0 (0,0)	0,0 (0,0 – 0,0)	0,0 – 0,0		
Pós_Imediato	0,2 (0,4)	0,0 (0,0 – 0,0)	0,0 – 1,0		
<b>Escore Total</b>				0,396	-0,514
Pré_Imediato	7,4 (5,4)	6,0 (5,0 – 6,7)	0,0 – 17,0		
Pós_Imediato	10,5 (5,7)	10,0 (6,0 – 15,7)	4,0 – 17,0		

Nota. <sup>1</sup>sd = desvio-padrão; q25% = 1º quartil (25% da amostra se encontra abaixo do valor do 1º quartil); q75% = 3º quartil (25% da amostra se encontra acima do valor do 3º quartil); q75% = 3º quartil (25% da amostra se encontra acima do valor do 3º quartil); mínimo = representa o valor mínimo da variável em estudo; máximo = representa o valor máximo da variável em estudo; teste de Wilcoxon.

A qualidade dos registros eletrônicos dos enfermeiros foi avaliada no período imediatamente anterior e posterior a intervenção treinamento em serviço "Eu registro!" conforme demonstrado na TABELA 16. Observa-se significância estatística e um tamanho de efeito considerável nos domínios "Diagnóstico de Enfermagem como Produto" (p=0,001), "Intervenção de Enfermagem" (p=0,001) e no escore total (p=0,001). Embora a domínio "Diagnóstico de Enfermagem como Processo" não tenha apresentado significância estatística, evidenciou, assim como os domínios previamente mencionados, um tamanho de efeito considerável como  $d = 0,229$ .

**Tabela 16** - Correlação das dimensões do QDIO nos momentos Pré e Pós Imediato (N = 23).

Dimensões do QDIO	Medidas descritivas			p-valor	D de Cohen
	média (sd)	mediana (q25% - q75%)	(mínimo - máximo)		
<b>Diagnóstico De Enfermagem Como Processo</b>				0,423	-0,229
Pré_Imediato	3,6 (1,3)	4,0 (4,0 - 4,0)	0,0 - 5,0		
Pós_Imediato	3,8 (0,8)	4,0 (4,0 - 4,0)	2,0 - 5,0		
<b>Diagnóstico De Enfermagem Como Produto</b>				< 0,001*	-1,104
Pré_Imediato	1,6 (2,4)	1,0 (1,0 - 1,0)	0,0 - 9,0		
Pós_Imediato	4,4 (2,9)	6,0 (1,0 - 6,0)	0,0 - 9,0		
<b>Intervenção De Enfermagem</b>				0,001*	-0,973
Pré_Imediato	1,1 (0,996)	1,0 (1,0 - 1,0)	0,0 - 4,0		
Pós_Imediato	2,9 (1,604)	4,0 (1,0 - 4,0)	0,0 - 4,0		
<b>Resultados De Enfermagem</b>				-	-
Pré_Imediato	0,0 (0,0)	0,0 (0,0 - 0,0)	0,0 - 0,0		
Pós_Imediato	0,2 (0,4)	0,0 (0,0 - 0,0)	0,0 - 1,0		
<b>Escore Total</b>				0,001*	-0,989
Pré_Imediato	6,2 (3,9)	6,0 (5,0 - 6,0)	0,0 - 17,0		
Pós_Imediato	11,3 (4,7)	14,0 (6,0 - 15,0)	4,0 - 17,0		

Nota. <sup>1</sup>sd = desvio-padrão; q25% = 1º quartil (25% da amostra se encontra abaixo do valor do 1º quartil); q75% = 3º quartil (25% da amostra se encontra acima do valor do 3º quartil); q75% = 3º quartil (25% da amostra se encontra acima do valor do 3º quartil); mínimo = representa o valor mínimo da variável em estudo; máximo = representa o valor máximo da variável em estudo; teste de Wilcoxon.

#### 4.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO REGISTRO ELETRÔNICO DAS ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NOS PERÍODOS DOS MESES ANTERIORES E POSTERIORES AO TREINAMENTO EM SERVIÇO

Quando avaliado o efeito da intervenção a longo prazo, correlacionando-se os períodos pré-mediato (2022) e pós-mediato (2023), observa-se discreta queda na média dos domínios do Q-DIO e de seu escore total. No ano de 2023 observou-se o aumento do número de 21% das internações realizadas nas clínicas médica e cirúrgicas, fator que pode ter contribuído para os enfermeiros não terem comprometimento com o registro eletrônico do processo de enfermagem (TABELA 17).

**Tabela 17** - Correlação das dimensões do QDIO nos momentos Pré Mediato e Pós Mediato (N = 23).

Dimensões do QDIO	Medidas descritivas			p-valor	D de Cohen
	média (sd)	mediana (q25% - q75%)	(mínimo – máximo)		
<b>Diagnóstico De Enfermagem Como Processo</b>				< 0,001*	1,772
Pré_Mediato	3,5 (0,3)	3,5 (3,2 – 3,7)	3,0 – 4,2		
Pós_Mediato	3,0 (0,3)	3,0 (2,9 – 3,2)	2,2 – 3,5		
<b>Diagnóstico De Enfermagem Como Produto</b>				0,080	0,425
Pré_Mediato	2,2 (0,2)	2,2 (2,0 – 2,3)	2,0 – 2,8		
Pós_Mediato	2,1 (0,3)	2,0 (1,9 – 2,2)	1,8 – 2,7		
<b>Intervenção De Enfermagem</b>				> 0,999	-0,008
Pré_Mediato	1,0 (0,1)	1,0 (1,0 – 1,1)	0,7 – 1,2		
Pós_Mediato	1,0 (0,1)	1,0 (1,0 – 1,1)	0,8 – 1,2		
<b>Resultados De Enfermagem</b>				-	
Pré_Mediato	0,0 (0,0)	0,0 (0,0 – 0,0)	0,0 – 0,0		
Pós_Mediato	0,0 (0,0)	0,0 (0,0 – 0,0)	0,0 – 0,0		
<b>Escore Total</b>				< 0,001	1,243
Pré_Mediato	6,8 (0,6)	7,0 (6,2 – 7,1)	5,9 – 8,1		
Pós_Mediato	6,1 (0,5)	6,1 (5,9 – 6,5)	5,1 – 7,3		

Nota. <sup>1</sup>sd = desvio-padrão; q25% = 1º quartil (25% da amostra se encontra abaixo do valor do 1º quartil); q75% = 3º quartil (25% da amostra se encontra acima do valor do 3º quartil); mínimo = representa o valor mínimo da variável em estudo; máximo = representa o valor máximo da variável em estudo; teste de Wilcoxon.

#### 4.5 DIÁRIO DE CAMPO

Com o objetivo de ter uma fonte adicional de evidência para apoiar os achados da pesquisa realizou-se um diário de campo, em que eram registrados momentos,

opiniões, dúvidas, críticas e percepções durante a intervenção com os enfermeiros. Desta forma, emergiram como categorias: aspectos positivos (CATEGORIA 1) e aspectos negativos (CATEGORIA 2)

**Quadro 2 – Aspectos positivos e negativos registrados no diário de campo.**

<b>Enfermeiros</b>	<b>Pontos positivos</b>	<b>Pontos negativos</b>
Enfermeiro 1	Conhecimento do sistema - trabalha em outra instituição que faz uso de sistema semelhante; faz prescrições no sistema no outro vínculo empregatício;	Reclama do quantitativo de assinaturas eletrônicas limitado; ausência de internet funcionando para conexão do celular na assinatura eletrônica;
Enfermeiro 2	Conhecimento do sistema; realizava prescrições no CTI quando atuava neste setor;	Computador insuficiente; ausência de aprazamento via sistema; impossibilidade de deletar informações do sistema
Enfermeiro 4	Uso do broche	Não faz histórico de enfermagem focando no pré-operatório; desconhecimento do lápis de edição para descrição de como deseja que as condutas sejam tomadas; desconhecimento dos resultados de enfermagem;
Enfermeiro 6	Trabalha com este sistema em outro hospital da rede de hospitais universitários.	Questiona necessidade de preenchimento do sistema e de muitos papéis da segurança do paciente; ; aguarda posicionamento da chefia sobre como serão os registros a partir de agora;
Enfermeiro 8	Reconheceu que não colocou os resultados;	Acredita na demora no registro de todas as etapas do processo de enfermagem quando enfermagem estiver cheia; dificuldade no uso do sistema;
Enfermeiro 9	Interesse pelo conhecimento a cerca dos resultados de enfermagem	Dificuldade no uso do sistema
Enfermeiro 10	Sem pontos positivos	Dificuldade de usar o sistema; profissional impaciente no treinamento (desmotivada?)
Enfermeiro 11	Conhecimento de um sistema semelhante;	Dificuldade no uso do sistema;
Enfermeiro 12	Sugeriu inserir os benefícios do registro no treinamento; reconheceu ausência dos resultados; questionou realização da escala de morse x ausência de diagnóstico do risco de queda.	Apressado quanto a realização do treinamento; preocupado se o registro usado no treinamento era o dele; distraído no celular enquanto o treinamento ocorria;
Enfermeiro 13	Reconheceu a ausência e importou-se com o registro	Treinamento interrompido inúmeras vezes pela demanda do setor; justifica

<b>Enfermeiros</b>	<b>Pontos positivos</b>	<b>Pontos negativos</b>
	das etapas do processo de enfermagem.	falta de tempo para o registro; após o treinamento só se preocupou com o crescimento dos diagnósticos de enfermagem no seu registro; não mencionou da ausência dos resultados.
Enfermeiro 14	Preocupa-se em treinar os técnicos sobre a importância da prescrição de enfermagem	Não consegue imprimir as evoluções, pois para emitir seu QR CODE precisa da identificação da chefia no sou gov e, a mesma não tem isso registrado; questiona necessidade de mais computadores; questiona ausência de sistematização de enfermagem no centro cirurgico.
Enfermeiro 15	Mostrou-se interessado em aprofundar os conhecimentos a cerca do processo de enfermagem.	Questionou como faria o registro agora; aguarda posicionamento da chefia; mostra dificuldades com o uso do computador;
Enfermeiro 16	Reconheceu ausência de todas as etapas do processo de enfermagem no seu registro; solicitou print das telas com o passo a passo do registro; agradeceu muito o treinamento.	Nunca teve treinamento sobre registros;
Enfermeiro 17	Mostrou interesse pela teoria de marjorie gordon; reconheceu ausência dos resultados nos registros.	Mesmo demonstrando interesse não teve alteração no registro imediato pós intervenção;
Enfermeiro 18	Preocupa-se em como os registros influenciam no cuidado e na descontinuidade dos mesmos.	Aguarda posicionamento da chefia sobre como serão os registros a partir de então.
Enfermeiro 19	Reconhece a importância do registro do processo de enfermagem.	Interrompida diversas vezes durante o treinamento; preocupada do sistema não ser reconhecido como prontuário eletrônico devido ao longo período que teve problema com sua senha e não ter impresso, assinado e carimbado seus registros;
Enfermeiro 21	Sem pontos positivos	Não mudaria a forma de escrita do registro quando questionada por estar sozinha no plantão com 19 pacientes; registro apenas com o processo de avaliação.
Enfermeiro 22	Como faz mestrado precisa de indicadores vindos do sistema, entende a importância do registro do processo de enfermagem.	Dificuldade do uso do sistema; fez registro pós e diz "não enfeitar pavão"; continuará fazendo da forma que sempre fez - apenas o registro da primeira etapa do processo de enfermagem;
Enfermeiro 23	Entende a importância do registro, mas acredita que	Acelerou a velocidade do treinamento por saber mexer no sistema; não

<b>Enfermeiros</b>	<b>Pontos positivos</b>	<b>Pontos negativos</b>
	precisa passar do "pro forme" para a verdadeira prática na assistência.	registrou pós treinamento pois fizemos no início do plantão a pedido do próprio profissional;
Enfermeiro 24	Entende a importância do registro.	Início o treinamento em meio a diversas mudanças na enfermagem; informa não pretender alterar o modo do registro devido a dinâmica do setor e de os cuidados serem sempre os mesmos;
Enfermeiro 25	Sem pontos positivos	Informa dificuldade de realizar a prescrição no aghu; fazia no início, mas desistiu devido a dificuldade no sistema; interrompemos o treinamento devido a recepção de paciente do cti; informa que já conversou com a chefia e encontra-se desmotivada e abalada emocionalmente; informa não conseguir registrar ultimamente deixando isso informado em livro de ordem e ocorrência;
Enfermeiro 26	Solicitou tempo maior de treinamento.	sem pontos negativos.
Enfermeiro 27	Sugere colocar no treinamento pontos importantes a serem registrados para faturamento hospitalar; sugere roda de conversa com todos os enfermeiros e a chefia pós-treinamento.	Fazia prescrição de enfermagem quando existia mais enfermeiros; registra importância da gestão cobrar os registros para dar continuidade ao cuidado - exemplifica dar certo no cti porque há alguém cobrando; normatizações oferecendo apenas treinamentos online distanciam-se da equipe.

Fonte: Autora.

O diário de campo trouxe aspectos positivos e negativos relatados pelos enfermeiros a fim de clarear quais fatores estão envolvidos envolvendo a questão do registro eletrônico do processo de enfermagem desde o conhecimento do próprio sistema ou de sistemas semelhantes como também aspectos motivacionais que possam contribuir ou prejudicar a elaboração desses registros.

Os enfermeiros destacaram alguns aspectos positivos em relação ao uso do registro eletrônico do processo de enfermagem. O conhecimento do sistema utilizado pela instituição ou de outro semelhante para o registro eletrônico foi um ponto apontado pelos enfermeiros 1, 2, 6 e 11. O enfermeiro 14 destacou a importância do treinamento aplicado aos técnicos de enfermagem no cumprimento da prescrição de enfermagem bem como os enfermeiros 18 e 23 trouxeram a importância desses registros para a continuidade do cuidado na assistência de enfermagem. Diversos enfermeiros participantes da pesquisa (enfermeiros 15,19,20,22 e 23) ressaltaram a

importância do registro do processo de enfermagem e, um deles (enfermeiro 24), destacou do registro acurado para o faturamento hospitalar. O aspecto motivacional foi percebido pela pesquisadora quando o enfermeiro 4 demonstrou interesse pelo uso do broche.

Por outro lado, alguns enfermeiros (1,2,14 e 19) criticaram o sistema utilizado na instituição apontando a inviabilidade de aprazamento eletrônico, o acúmulo de assinaturas eletrônicas e o sistema ainda não ser reconhecido como prontuário eletrônico necessitando, portanto, dessas assinaturas. Uma grande maioria dos enfermeiros (04,07,08,09,10,11 e 20) relatou dificuldades no uso do sistema AGHUX reforçando o achado de 52,2% deles nunca terem recebido treinamento para uso deste sistema. Os enfermeiros 05,06,15 e 18 questionaram sobre qual posicionamento a chefia estava tendo perante os registros eletrônicos do processo de enfermagem. E tal qual os aspectos positivos mencionados, o aspecto motivacional foi percebido pela pesquisadora de maneira negativa pelo enfermeiro 12, distraíndo-se durante o treinamento mexendo em seu celular e apressando-se para o término do mesmo.

Diante da análise do diário de campo, observa-se uma gama de aspectos tanto positivos quanto negativos relacionados ao registro eletrônico do processo de enfermagem, conforme relatado pelos enfermeiros participantes. No que diz respeito aos aspectos favoráveis, destaca-se a importância do conhecimento do sistema de registro, ressaltada por vários profissionais, assim como a ênfase na relevância dos registros para a continuidade do cuidado e para questões relacionadas ao faturamento hospitalar.

Além disso, o interesse demonstrado por alguns enfermeiros pelo uso de recursos como o broche indica uma motivação positiva em relação ao registro eletrônico. Por outro lado, surgem críticas em relação ao sistema utilizado, incluindo questões de praticidade e treinamento insuficiente, bem como preocupações sobre o posicionamento da chefia em relação aos registros eletrônicos. Ademais, observou-se a falta de engajamento de alguns profissionais durante o treinamento, evidenciando um aspecto motivacional negativo. Em suma, a compreensão desses aspectos é fundamental para orientar estratégias de melhoria e otimização do processo de registro eletrônico do processo de enfermagem, visando garantir sua eficácia e adesão por parte dos profissionais.

## 5 DISCUSSÃO

O efeito da intervenção treinamento em serviço “*Eu registro!*” na qualidade dos registros eletrônicos do processo de enfermagem realizados pelo enfermeiro a pacientes clínico-cirúrgicos hospitalizados foi efetiva uma vez que se observou aumento na pontuação dos domínios e do escore total do Q-DIO quando comparados registros eletrônicos elaborados no momento imediatamente anterior e posterior a pesquisa. “Diagnóstico de Enfermagem como Processo” e “Diagnóstico de Enfermagem como Produto” aumentando de 3,0 e 0,6 em média para 3,7 e 3,3, respectivamente. Da mesma maneira, “Intervenção de Enfermagem” e “Resultados de Enfermagem” subindo de 0,7 e 0,0 para 2,3 e 0,3 respectivamente. O escore total passou de 4,3 antes da intervenção para 9,6 imediatamente depois da intervenção.

Quanto a caracterização dos enfermeiros participantes da pesquisa, observou-se que as mulheres representam a grande maioria (73,9%) da força de trabalho nas enfermarias de clínica médica e cirúrgica. Segundo a Organização Mundial de Saúde (World Health Organization - WHO, 2023), as mulheres representam 70% da força de trabalho social e de saúde em todo o mundo, sendo a enfermagem o maior grupo ocupacional. Em todos os continentes, as enfermeiras representam mais de 75% da força de trabalho, chegando a 87% no continente americano (WHO, 2020) e, no Brasil 86.3% dos profissionais são mulheres (WHO, 2023).

Os enfermeiros que atuam nas clínicas médicas e cirúrgicas apresentam, em média 40 anos de idade e, de acordo com a estratificação por faixa etária publicada pela OPAS em 2023, 60% dos enfermeiros se encontram na faixa etária de 25 a 44 anos. Conforme Silva e Machado (2020), a equipe de enfermagem é composta principalmente por jovens adultos, uma vez que 61% deles tem aproximadamente 40 anos de idade.

A maior parte dos enfermeiros participantes da pesquisa concluíram graduação Lato-Sensu. No contexto brasileiro, observa-se um total de 63 programas de doutorado, o que corresponde a 65% em comparação com outros países da América Latina e do Caribe, conforme informações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2023).

Contudo, é importante ressaltar que esse cenário pode não traduzir totalmente um aprimoramento significativo da prática profissional, uma vez que a caracterização dos profissionais participantes da pesquisa demonstrou que apenas sete enfermeiros

possuem mestrado ou doutorado. Situação semelhante encontrada por Soares *et al.* (2015) em que os dados da pesquisa revelaram que alguns profissionais possuíam algum tipo de Pós-Graduação Lato-Sensu, enquanto apenas uma enfermeira tinha uma Pós-graduação Stricto-Sensu.

Importante destacar que o relatório sobre o Estado da Enfermagem no Mundo 2020 (WHO, 2020), concluiu que investir em profissionais de enfermagem não só permitirá avanços no campo da saúde, mas também desempenhará um papel crucial na melhoria da qualidade da educação, na promoção da igualdade de gênero bem como do emprego digno e do crescimento econômico.

A propósito, sobre a existência de treinamentos, a grande maioria dos enfermeiros participantes desta pesquisa relataram nunca ter recebido orientação sobre o registro do processo de enfermagem, tal qual mais da metade nunca receberam treinamento para registrar este processo em meio eletrônico. Estes dados apoiam o relatório publicado pela OMS destacando a importância do aprimoramento profissional.

Durante a graduação, o enfermeiro recebe o conteúdo teórico-prático sobre o processo de enfermagem. Entretanto, apenas durante a vida profissional, é que o aprimoramento e a verdadeira aplicação ocorrem (Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – COREN/SP, 2015). Almeida *et al.* (2023) relatam que é evidente que persiste uma lacuna entre o conhecimento apreendido sobre os conceitos de SAE (outrora apresentados), PE e sua efetiva aplicação na prática clínica.

Isso pode ser ratificado com os resultados mensurados pelo Q-DIO no diagnóstico situacional em que buscou avaliar as etapas que antecederam a intervenção. Pôde-se observar a baixa pontuação nos domínios do Q-DIO e no escore total. Houve domínio, isto é, etapa do processo de enfermagem, como os Resultados de Enfermagem, cuja pontuação mínima sugerida pelo Q-DIO não foi alcançada ou por vezes, inexistente, reforçando o desconhecimento observado no diário.

Em um estudo realizado em 2019 avaliando o efeito de um programa educativo na qualidade do registro do processo de enfermagem, também utilizando o Q-DIO como instrumento avaliador deste registro, observa-se no período anterior ao programa educativo, o domínio “Resultados de Enfermagem” com pontuações zerada, refletindo, portanto, na ausência do registro desta etapa do processo de enfermagem (Melo *et al.*, 2019).

Todavia, não apenas a lacuna do conhecimento torna-se um fator para

colaborar na deficiência dos registros eletrônicos dos enfermeiros, trabalhar no serviço diurno ou noturno também impacta nesta situação. Silva e Dias (2018) constataram que durante o período noturno há uma taxa de não conformidades mais alta (7.25%) em comparação com o período diurno (4.12%). Quando comparado os resultados do Q-DIO imediato Pré e Pós Treinamento em Serviço, entre os plantões diurno e noturno, os valores relacionados a avaliação da qualidade dos registros eletrônicos dos enfermeiros que trabalham a noite permanecem maior.

Outro aspecto comparável é a especialidade em que esses enfermeiros exercem suas atividades. Nessa área específica, a alteração significativa nos registros feitos de forma imediata só não foi possível no domínio de Resultados de Enfermagem.

Isso pode ser atribuído à ausência de uma interface facilitadora no sistema eletrônico utilizado para o registro dos resultados de enfermagem, o que leva a uma minoria de profissionais que realiza esse registro. Essa situação também foi observada no diário de campo, com alguns enfermeiros demonstrando desconhecimento desta etapa do processo de enfermagem.

Inicialmente, o diagnóstico situacional revelou uma lacuna na documentação das etapas do processo de enfermagem. Considerando as práticas assistenciais realizadas no Hospital Universitário no período Pré-intervenção, o diagnóstico situacional revelou o foco do registro dos enfermeiros nos domínios de Diagnóstico de Enfermagem como Processo e Produto do instrumento de coleta de dados, o que está alinhado com o registro da etapa de coleta de dados e diagnóstico de enfermagem, respectivamente. Entretanto, as intervenções e os resultados de enfermagem eram registrados por vezes, de maneira precária ou suprimidas em alguns registros, como observado no domínio Resultados de Enfermagem. Essa deficiência na documentação pode levar a interpretações conflitantes, comprometendo a avaliação dos cuidados prestados e a continuidade do cuidado ao paciente.

Em um trabalho apresentado no 4<sup>o</sup> Congresso Sul Brasileiro de Sistematização da Assistência de Enfermagem e na 3<sup>a</sup> Mostra Internacional de Cuidado de Enfermagem no Ciclo da Vida, os autores afirmam que os registros desempenham um papel fundamental ao incorporar e respaldar os cuidados de enfermagem. Eles proporcionam o acompanhamento da evolução do paciente e servem como um dos principais instrumentos de comunicação entre os profissionais de enfermagem, além de serem essenciais para a avaliação dos serviços prestados. A qualidade da

assistência fica evidenciada a partir de registros que são coerentes e completos (Coco *et al.*, 2021).

A falta de registros ou registros incompletos podem resultar em interpretações conflitantes, visto que dentre outras perspectivas, utiliza-se para avaliar se o cuidado de enfermagem foi ou não realizado. Isso pode acarretar, por vezes, prejuízos na avaliação dos cuidados prestados, nas glosas hospitalares e no reconhecimento do impacto do trabalho realizado pelos profissionais de Enfermagem (RODRIGUES *et al.*, 2023). Vale lembrar que a documentação incompleta ou ausente das etapas do PE pode dificultar a comunicação entre a equipe de saúde, comprometer a tomada de decisão clínica e prejudicar a continuidade do cuidado, impactando negativamente à qualidade do cuidado prestado aos pacientes (Bunting; Klerk, 2022; Duclos-Miller, 2016). Desta forma, observa-se o desafio das equipes de treinamento em saúde, sensibilizar os profissionais para melhoria diária dos registros eletrônicos.

Paese, Dal Sasso e Colla (2018) destacam que o registro das etapas do PE é organizado por cada instituição de saúde de acordo com seus recursos, dimensionamento de pessoa e procedimentos assistenciais. À medida que a tecnologia da informação avançou no setor da saúde, vários formatos de registros eletrônicos foram discutidos, desenvolvidos e colocados em uso. A forma ou sequência de como os dados são inseridos, associados a aspectos de usabilidade do sistema, podem influenciar no tempo gasto, na quantidade e qualidade da informação registrada.

Desta forma, investir recursos em programas de formação e atualização profissional sobre o registro do processo de enfermagem, pode desempenhar um papel significativo na melhoria da prática e no fortalecimento da rotina assistencial. Somado a isso, é essencial disponibilizar recursos e suporte apropriados, como sistemas informatizados e treinamentos, a fim de simplificar a documentação e assegurar sua eficácia (Lopes Junior *et al.*, 2023).

Os resultados da pesquisa indicaram que um pouco mais da metade dos enfermeiros em exercício, segundo relato dos próprios, não foram capacitados para realizar o registro eletrônico no sistema adotado pela instituição. Aponta-se que, historicamente, o treinamento em registros eletrônicos de saúde tem sido feito com palestras teóricas e experiência prática em sala de aula, o que pode gerar dificuldades em preparar adequadamente os aprendizes para usá-los de maneira eficaz, pois não inclui os fatores contextuais do mundo real (Domingos *et al.*, 2017). Desta forma,

buscar estratégias que sensibilizem e motivem os enfermeiros a participarem de atividades de treinamento e capacitação para o uso dos registros eletrônicos são fundamentais.

Assim, foi apresentado o treinamento em serviço “Eu Registro!” para auxiliar no fortalecimento do registro das etapas do processo de enfermagem e apresentação das funcionalidades proporcionadas pelo sistema implementado na instituição para esses registros. Acrescenta-se a isso, o reforço e ensino de todas as legislações sobre a temática.

O treinamento com o uso da simulação clínica tem sido observado como uma metodologia ativa que permite o desenvolvimento de competências necessárias para o cuidado seguro ao paciente, sem expor os participantes a riscos desnecessários. Além disso, ensina competências para o registro eletrônico de saúde resultando em mudanças persistentes quanto a identificação de questões relacionadas à segurança do paciente. Por isso, esse método tem sido amplamente utilizado na formação de enfermeiros devido à sua eficácia na promoção da aprendizagem significativa (Mutshatshi; Malema, 2022; Wilbanks; Aroke, 2020).

Em contraste com a abordagem tradicional de treinamento para registros eletrônicos de saúde, que tende a ser demorada, outro método se apresenta como uma alternativa mais eficiente. O *eLearning* é uma ferramenta a qual utiliza a tecnologia para fornecer soluções de aprendizagem, aprimorando conhecimento e habilidades com o uso de sistemas eletrônicos cujo benefício resultará no ganho de horas para a enfermagem (Almeida; Sousa; Bezerra, 2023).

Essa abordagem capitaliza o conhecimento prévio sobre registros eletrônicos de saúde, acelerando a integração, melhorando a satisfação do usuário e otimizando os recursos organizacionais. É considerada uma ferramenta de ensino-aprendizagem essencial, oferecendo flexibilidade e acessibilidade. Isso permite que a equipe de enfermagem aprenda em seu próprio ritmo e de qualquer local que escolherem, proporcionando conteúdo personalizado e métodos de ensino adaptados às necessidades individuais (Almeida; Sousa; Bezerra, 2023).

No que diz respeito ao treinamento em registro eletrônico, um estudo de revisão revelou poucas iniciativas focadas na formação de alunos para se envolverem com registros eletrônicos de saúde tanto no atendimento individual do paciente como na melhoria da saúde da população (Rajaram *et al.*, 2020). Lee *et al.* (2017) menciona que, embora o registro eletrônico de saúde tenha sido adotado rapidamente, poucos

currículos abordam habilidades de comunicação e melhores práticas para seu uso focando no paciente.

Algumas análises indicaram que a falta de formação ou uma formação inadequada geram impacto significativo no sucesso e na eficiência das tecnologias usadas no ambiente de saúde. Além disso, a ausência de treinamento leva os profissionais de saúde a sentirem falta de confiança no uso das tecnologias. Desta forma, podem resultar em atitudes negativas em relação ao seu uso (Nascimento I. *et al.*, 2023).

A inspiração para a proposta de treinamento em serviço surgiu de uma combinação dessas abordagens pedagógicas, resultando em uma abordagem personalizada, eletrônica e com diretrizes para a realização de um debriefing. Após analisar os resultados dos domínios do Q-DIO antes e depois do treinamento em serviço, observa-se uma melhoria relevante na qualidade dos registros eletrônicos elaborados pelos enfermeiros participantes da pesquisa. Embora a domínio "Resultado de Enfermagem" tenha apresentado uma alteração discreta, não suficiente para gerar um dado estatisticamente significativo, ela ainda demonstra um efeito positivo do treinamento em serviço.

Sobre o processo de aprendizado, observado pela avaliação imediata pós-treinamento, observa-se que a intervenção foi claramente eficaz para atualização do conhecimento científico que se refletiu no aumento dos escores alcançados no Q-DIO. Ademais a avaliação do aprendizado do enfermeiro na comparação do Q-DIO pré e pós imediato demonstrou uma melhora significativa no desempenho dos participantes, indicando que o sistema eletrônico também contribuiu para a rápida aprendizagem e consolidação do conhecimento, uma vez que nele está contido as etapas do processo de enfermagem, permitindo a otimização do tempo de registro.

Um estudo realizado para avaliar o impacto de um programa educacional na qualidade dos registros do processo de enfermagem revelou que a intervenção foi eficaz na melhoria da qualidade dos registros realizados pelos enfermeiros. Isso confirma a importância de programas educacionais para a implementação de sistemas de linguagem padronizada na prática hospitalar, os quais orientam o raciocínio diagnóstico e a tomada de decisões por parte dos enfermeiros. O instrumento Q-DIO utilizado nesta pesquisa demonstrou que a média do escore total da qualidade dos registros de enfermagem apresentou uma melhoria significativa (Melo *et al.*, 2019).

Outro estudo realizado em 2017, com o objetivo de avaliar o impacto de uma

intervenção educativa na qualidade dos registros de enfermagem, empregou o Q-DIO como instrumento em dois momentos: basal e pós-intervenção. Esse estudo demonstrou a eficácia da intervenção na melhoria da qualidade dos registros de enfermagem. No entanto, também evidenciou a falta de qualidade nos registros avaliados, como indicado pelos baixos valores médios e pela fragilidade de algumas questões específicas, que não apresentaram um aumento significativo. Portanto, ações educativas, especialmente aquelas focadas em situações reais, podem ter impactos positivos na prática de enfermagem (Linch *et al.*, 2017).

Embora tenha-se alcançado o efeito da intervenção, alguns enfermeiros demonstram barreiras no desenvolvimento de um registro de qualidade. Fato observado em alguns aspectos mencionados no diário de campo como plantões conduzidos por apenas um enfermeiro, enfermarias lotadas, problemas na rede de cabeamento ou de internet e mudanças na gestão durante o período da pesquisa. Ainda que essas dificuldades tenham sido mencionadas, a grande maioria dos enfermeiros participantes da pesquisa buscou melhorar seus registros e observar potenciais melhorias.

Omizzolo e Ramos (2021) apontam como dificuldades para a realização dos registros a concentração no tempo de escrita e a sobrecarga de trabalho. Santos, Perrini e Miranda (2020) relatam como percalços enfrentados pela enfermagem a sobrecarga de trabalho, baixos salários levando o profissional a uma jornada dupla e a escolher entre a assistência e registro do cuidado.

A análise dos resultados do Q-DIO, nos três meses seguintes a intervenção feita, demonstrou discreta queda na qualidade dos registros eletrônicos do processo de enfermagem e, alguns dos fatores que possam ter contribuído para este resultado foram os desafios enfrentados pela equipe do hospital, como a falta de recursos humanos, mudanças na liderança e aumento no número de internações quando comparado o período de 2022 com o de 2023.

Com base na obra de Chiavenato (2022), pode-se deduzir que o treinamento contribuiu para aprimorar a realização dos registros eletrônicos do processo de enfermagem após a intervenção treinamento em serviço. No entanto, não foi suficiente para alcançar o nível afetivo de profundidade de aprendizagem definido pela taxonomia de Bloom, que corresponde aos aspectos de sensibilização, uma vez que não foi suficiente para instaurar novos hábitos e comportamentos, possivelmente devido aos desafios enfrentados pela equipe durante o período de coleta de dados da

pesquisa.

Ressalta-se que a liderança e a gestão são os principais alicerces de um sistema de saúde. Quando uma liderança de enfermagem de alta qualidade é implementada são demonstrados resultados positivos para o paciente, o prestador de cuidados e o sistema (Sulosaari; Kosklin; Munter, 2023). A Resolução COFEN 727/2023 corrobora essa questão ao incumbir ao RT a responsabilidade de implantação e/ou implementação o processo de enfermagem no seu art. 16 parágrafo XII (COFEN, 2023).

Somando a esta questão, conforme relatos observados no diário de campo, é possível destacar ainda o aspecto motivacional dos enfermeiros. A motivação é um princípio crucial para garantir que o cuidado de enfermagem seja oferecido com qualidade, dedicação e empenho. A satisfação no trabalho pode influenciar diretamente o desempenho dos profissionais, destacando a importância do reconhecimento profissional por parte dos gestores em saúde. Esse reconhecimento, considerado de grande impacto no bem-estar do colaborador, influencia positivamente na saúde mental, produtividade e satisfação no cumprimento das tarefas (Silva *et al.*, 2021).

Por isso, após o feedback dado aos enfermeiros na elaboração de seus registros pela pesquisadora, os enfermeiros recebiam um certificado de participação válido para progressão funcional dentro da instituição, um card contendo um resumo do conteúdo do treinamento em vídeo e um broche cuja frase descrita “Eu registro!” o que seria uma estratégia para lembrá-los do treinamento oferecido.

Deste modo, espera-se que o estudo contribua para a visibilidade do sistema de registro eletrônico como um aliado no processo de enfermagem e no registro realizado pelo enfermeiro, melhorando sua qualidade, facilitando o acesso às informações de enfermagem e automatizando tarefas administrativas permitindo aos enfermeiros maior concentração no cuidado ao paciente.

Diante do exposto, evidencia-se que os treinamentos demonstram resultados favoráveis. Tem-se a necessidade de junto deles, ocorrer monitoramento contínuo, gestão presente e aspectos motivacionais empoderando esses enfermeiros sobre seu verdadeiro papel na assistência.

Este estudo apresentou algumas limitações que podem influenciar na ocorrência de vieses. Entre elas, destaca-se a coleta de dados realizada pela própria pesquisadora em todas as etapas da pesquisa e a realização da pesquisa em um

contexto de transição na liderança da equipe de enfermagem, embora tenha-se buscado deixar os participantes o mais confortável possível. Além disso, a solicitação do registro no momento da coleta de dados pode introduzir um viés na pesquisa, pois os participantes podem dedicar mais atenção ao registro na presença do avaliador. Outro ponto que pode ter contribuído para um viés é a ausência de um campo no sistema utilizado para o registro eletrônico da etapa dos "Resultados de Enfermagem", o que indica a necessidade de incluir essa etapa no registro eletrônico do processo de enfermagem.

## 6 CONCLUSÃO

O estudo concluiu que a intervenção: treinamento em serviço “Eu registro!”, resultou em impactos significativos na qualidade dos registros eletrônicos do processo de enfermagem realizados pelos enfermeiros e alcançou um efeito relevante no período imediato que está relacionado ao aprendizado e a melhoria do conhecimento. Desta forma, apresenta-se como uma estratégia adotada para abordar a lacuna da insipiência na qualidade dos registros eletrônicos, demonstrando melhorias significativas nos domínios do Q-DIO após a intervenção.

Os resultados evidenciaram a importância do investimento em programas de formação e atualização profissional sobre o registro eletrônico do processo de enfermagem, bem como na implementação de sistemas informatizados e suporte adequado para simplificar a documentação e garantir sua eficácia. Quando combinados com monitoramento contínuo e gestão presente, podem empoderar os enfermeiros em seu papel na assistência e contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Dessa maneira, espera-se contribuir para aprimorar a prática clínica, tornando-a mais eficaz, eficiente e segura, resultando em melhores resultados para os pacientes e para o sistema de saúde como um todo. A realização de mais treinamentos em serviço, especialmente no contexto do registro eletrônico do processo de enfermagem, tem o potencial de promover melhorias substanciais, dentre elas o aprimoramento da qualidade dos registros, a facilitação da comunicação interprofissional, a viabilização do monitoramento e avaliação contínuos, a promoção da padronização e conformidade na documentação, e, por fim, o fortalecimento da segurança do paciente.

Para estudos futuros, sugere-se explorar áreas que aprofundem o entendimento e melhorem a implementação do registro eletrônico do processo de enfermagem. Isso inclui estudos para avaliar o impacto a longo prazo do treinamento em serviço e da adoção do registro eletrônico na prática clínica. Além disso, é essencial investigar os custos e benefícios associados à implementação do registro eletrônico.

Explorar novos tipos de treinamentos também pode melhorar a eficácia do treinamento em serviço e aumentar a aceitação e adesão dos enfermeiros ao registro eletrônico. Estudos qualitativos buscando compreender as percepções, experiências

e desafios enfrentados pelos enfermeiros na utilização do registro eletrônico, identificando possíveis áreas de melhoria e necessidades não atendidas. Dessa maneira, os estudos futuros podem fornecer insights valiosos para fortalecer ainda mais a prática clínica e aprimorar a qualidade dos cuidados de enfermagem no contexto do registro eletrônico do processo de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

- AINI, N. F. *et al.* The Effect Standardized Nursing Terminology Education Program on Quality of Nursing Documentation: A Systematic Review. **Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences**, [S. l.], v. 19, p. 125-134, 2023.
- ALENCAR, S. G.; BARBOSA, S.; LACERDA, I. B. Demanda do enfermeiro na clínica médica de um hospital público do Distrito Federal. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 419-28, 2017.
- ALMEIDA, E. P. O.; SOUSA, M. N. A.; BEZERRA, A. L. D. (Orgs.). **Preparação Pedagógica: concepções para a prática educativa no Ensino Superior**. Campina Grande: Licuri, 2023.
- ALMEIDA, S. L. P. *et al.* Guide for Systematization of Care and Nursing Process: educational technology for professional practice. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 76, p. e20210975, 2023.
- APRESENTAÇÃO. Brasília: **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**, 04 mar. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hc-ufg/governanca/aghux-1/apresentacao>. Acesso em: 19 mar. 2024.
- AZEVEDO, O. A. *et al.* Documentação do processo de enfermagem em instituições públicas de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 53, p. e03471, 2019.
- BASTOS, M. P. *et al.* Panorama retrospectivo na visão de enfermeiros do programa de capacitação profissional - trainee num hospital privado. **Nursing (São Paulo)**, São Paulo, v. 24, n. 283, p. 6666–6676, 2021.
- BITENCOURT, G. R. *et al.* Teoria de enfermagem padrões funcionais de saúde no contexto hospitalar: avaliação segundo Meleis. **Global Academic Nursing Journal**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, 2023.
- BRASIL. Casa Civil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 1940.
- BRASIL. Casa Civil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 1986.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2013.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente

obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001**. Define as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem. Brasília, DF: Diário Oficial da União, Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ação, Monitoramento e Avaliação de Saúde Digital para o Brasil 2019 – 2023**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.434, de 28 de maio de 2020**. Institui o Programa Conecte SUS e altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede Nacional de Dados em Saúde e dispor sobre a adoção de padrões de interoperabilidade em saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Profissionalização de auxiliares de enfermagem - Cadernos do aluno: Saúde do Adulto**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 1990.

BUNTING, J.; KLERK, M. Strategies to improve compliance with clinical nursing documentation guidelines in the acute hospital setting: A systematic review and analysis. **SAGE Open Nursing**, Thousand Oaks, v. 8, p. 23779608221075165, 2022.

CAMPANATI, F. L. S. *et al.* Clinical simulation as a Nursing study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, n. 2, p. e20201155, 2022.

CARNEIRO, F. A.; SILVA, L. P.; LINCH, G. F. C. Tutoriais como ferramenta de educação para registros de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 12, n. 2, p. 230-236, 2021.

CARVALHO, L. A. *et al.* O uso de tecnologias no trabalho em enfermagem: revisão integrativa. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 8, n. 1, p. e188104, 2018.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas: e o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier/Campus, 2004

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas - O novo papel da Gestão do Talento Humano**. 5. ed. São Paulo: Atlas Ltda. 2022.

COCO, L. *et al.* **Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem de uma**

**unidade de terapia intensiva adulto por meio do Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes (Q-DIO).** In: CONGRESSO SUL BRASILEIRO DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM, 4., 25-27 de outubro de 2021.

COHEN, J. **Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences.** [S. l.]: L. Erlbaum Associates, 1988.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 272, de 27 de ago de 2002.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Brasília, DF: Conselho Federal de Enfermagem, 27 ago. 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: Conselho Federal de Enfermagem, 15 out. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 374, de 23 de março de 2011.** Normatiza o funcionamento do Sistema de Fiscalização do Exercício profissional da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF: Conselho Federal de Enfermagem, 22 mar. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 429, de 30 de maio 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. Brasília, DF: Conselho Federal de Enfermagem, 11 jun. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução Cofen nº 514, de 05 de maio de 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, DF: Conselho Federal de Enfermagem, 06 jun. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução Cofen nº 514, de 05 de maio de 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, DF: Conselho Federal de Enfermagem, 06 jun. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 543, de 18 de abril de 2017.** Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Brasília, DF: Conselho Federal de Enfermagem, 12 maio 2017b.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 545, de 9 de maio de 2017.** Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. Brasília, DF: Conselho Federal de Enfermagem, 18 maio 2017c.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 564, de 06 de novembro de 2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, DF: Conselho Federal de Enfermagem, 06 dez. 2017a.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 727, de 27 de setembro de 2023**. Institui os procedimentos necessários para concessão, renovação e cancelamento do registro da Anotação de Responsabilidade Técnica (ART), pelo Serviço de Enfermagem, e define as atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico (ERT). Brasília, DF: Conselho Federal de Enfermagem, 03 out. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024**. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem). Brasília, DF: Conselho Federal de Enfermagem, 23 jan. 2024.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). **Processo de enfermagem: guia para a prática**. São Paulo: COREN-SP, 2015.

CORRÊA, D.B.S.F. **Treinamento Em Serviço De Enfermeiros Para O Registro Eletrônico Do Processo De Enfermagem: Estudo Quase – Experimental**. PortaleduCapex. Mai 2023. Disponível em: <http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/739818>

CRUZ, D. A. L. M. *et al.* Nurses' perception of power regarding their clinical role. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 234-239, 2009.

D'AGOSTINO, F. *et al.* Nursing Diagnoses as Predictors of Hospital Length of Stay: A Prospective Observational Study. **Journal of nursing scholarship**, Indianapolis, v. 51, n. 1, p. 96-105, 2019.

DES JARLAIS, D. C. *et al.* Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. **American journal of public health**, Nova York, v. 94, n. 3, p. 361-366, 2004.

DOMINGOS, C. S. *et al.* A aplicação do processo de enfermagem informatizado: revisão integrativa. **Enfermería Global**, Murcia, n. 48, p. 620-636, 2017.

DUCLOS-MILLER, P. A. **Improving nursing documentation and reducing risk**. [S. l.]: Hcpro, a division of BLR, 2016.

ENFERMAGEM na Região das Américas – 2023. Washington: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/enfermagem/enfermagem-na-regiao-das-americas-2023>. Acesso em: 20 out. 2023.

FARIAS, A. V. *et al.* Registro de Enfermagem: Uma Revisão Integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], 2020.

MARQUES, C. L.; GASQUE, K. C. G. D. A influência dos estilos de aprendizagem na aplicação de atividades de letramento informacional. **Em Questão**, [S. l.], v. 29, e-129046, 2023.

GAVAIA, B *et al.* Cartada Motivacional De Ciências – Recurso Steam Manipulável. **APEduC Revista**, Vila Real, v. 4, n. 2, p. 53-70, 2023.

GLIGOR, L. E. *et al.* The quality of nursing diagnoses, interventions, and outcomes in Romanian nursing documentation measured with the Q-DIO: A cross-sectional study. **International journal of nursing knowledge**, Malden, 2023.

GOMES, A. T. L. *et al.* Tecnologias aplicadas à segurança do paciente: uma revisão bibliométrica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 7, p. 1-11, 2017.

GUERRER, G. F. F.; LIMA, A. F. C.; CASTILHO, V. Estudo da auditoria de contas em um hospital de ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 3, p. 358-363, 2015.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.  
**JASP (Version 0.18.3)**. TEAM, J. 2024.

KALLIO, H. *et al.* In-service training to enhance the competence of health and social care professionals: A document analysis of web-based training reports. **Nurse education today**, Edinburgh, v. 92, p. 104493, 2020.

KIATAKE, L. *et al.* **Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde - versão 5.0**. [S. l.]: Sociedade Brasileira de Informática em Saúde, 2020.

KOBAYASHI, R. M.; LEITE, M. M. J. Desenvolvendo competências profissionais dos enfermeiros em serviço. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 243-249, 2010.

LAYNES, R. L. *et al.* Modelo de capacitação para processo de enfermagem informatizado - fase exploratória. **Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, [S. l.], p. 104, 2021.

LEE, W. W. *et al.* Incorporating the human touch: piloting a curriculum for patient-centered electronic health record use. **Medical education online**, E. Lansing, v. 22, n. 1, p. 1396171, 2017.

LIMA, A. F. C.; MELO, T. O. Nurses' perception regarding the implementation of computer-based clinical nursing documentation. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 175-183, 2012.

LINCH, G. F. C. *et al.* An educational intervention impact on the quality of nursing records. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, p. e2938, 2017.

LINCH, G. F. *et al.* Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes utilizado como ferramenta para avaliação da qualidade dos registros de enfermagem com ou sem linguagem padronizada. *In:* HERDMAN, T. H.; SILVA, V. M.; NAPOLEON, A. A. (Eds.). **Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artet Panamericana, 2015. p. 133-156.

LINCH, G. F. **Validação do Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes (Q-DIO) para uso no Brasil e nos Estados Unidos da América**. 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

LOPES JUNIOR, W. *et al.* Documentação do processo de enfermagem: desafios e potencialidades. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, [S. l.], v. 16, n. 8, p. 9416-9441, 2023.

LOVATO, F. L.; MICHELOTTI, A.; LORETO, E. L. S. Metodologias ativas de aprendizagem: uma breve revisão. **Acta Scientiae**, Canoas, v. 20, n. 2, p. 154-171, 2018.

MAHER, J. M.; MARKEY, J. C.; EBERT-MAY, D. The other half of the story: effect size analysis in quantitative research. **CBE life sciences education**, Bethesda, v. 12, n. 3, p. 345-351, 2013.

MARÔCO, J. **Análise Estatística com o SPSS Statistics**: 7. ed. [S. l.]: ReportNumber, Lda., 2018.

MARQUES, H. R. *et al.* Inovação no ensino: uma revisão sistemática das metodologias ativas de ensino-aprendizagem. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 718-741, 2021.

MELO, L. S. **Efeito do grupo de estudos para o ensino-aprendizagem de registros de enfermagem (GERE): estudo descritivo**. 2016. 103 f. Dissertação (Mestrado Profissional Enfermagem Assistencial) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016.

MELO, L. S. *et al.* Efeito do programa educativo na qualidade do registro do Processo de Enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 246-253, 2019.

MUTSHATSHI, T. E.; MALEMA, T. M. Exploration of In-Service Training Needs for Nurses Implementing the Nursing Process at Regional Hospitals of Limpopo Province, South Africa. **The Open Public Health Journal**, [S. l.], v. 15, 2022.

NASCIMENTO, B. M. *et al.* Cuidados de Enfermagem nas clínicas médica e cirúrgica. *In:* LIMA, R. A.; NASCIMENTO, B. M.; AGUIAR, B. G. C. (Orgs.). **Ensino e práticas assistenciais de Enfermagem: cenários de atuação**. Ponta Grossa: Atena Editora, 2023. p. 1-20.

NASCIMENTO, I. J. B. *et al.* Barriers and facilitators to utilizing digital health technologies by healthcare professionals. **NPJ digital medicine**, Londres, v. 6, n. 1,

p. 161, 2023.

OMIZZOLO, J. E.; RAMOS, K. S. Registros de enfermagem: um instrumento para a qualidade da assistência. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, v. 11, n. 1, 2021.

PAESE, F.; DAL SASSO, G. T. M.; COLLA, G. W. Structuring methodology of the Computerized Nursing Process in Emergency Care Units. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1079-1084 2018.

POLIT, D. F.; BECK, C. **Fundamentos de enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Artmed, 2011.

**R**: A language and environment for statistical computing. R Core, T. R. A. 2023.

RAJARAM, A. H. *et al.* Training medical students and residents in the use of electronic health records: a systematic review of the literature. **Journal of the American Medical Informatics Association**, Philadelphia, v. 27, n. 1, p. 175-180, 2020.

RISSE, G. P. *et al.* Avaliação dos registros de enfermagem em pediatria: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, 2020.

RODRIGUES, F. T. *et al.* A interface da auditoria de enfermagem com a qualidade da assistência e o registro de enfermagem. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 23, n. 5, 2023.

RODRIGUES, M. S.; BATISTA, I. M. C. A relevância do correto registro de enfermagem para a auditoria. *In*: ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 20., 2016, [S. l.]. **Anais do XX Encontro Latino Americano de Iniciação Científica**. [S. l.]: Universidade do Vale do Paraíba, 2016. p. 1-6.

**RStudio**: integrated development for R. RStudio, T. 2023.

SANTOS, K. R.; PERINI, S. A.; MIRANDA, V. D. **Qualidade de registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados**: uma revisão de literatura. 2020. 38 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus, 2020.

SETZ, V. P.; D'INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 313-317, 2009.

SILVA, A. G.; DIAS, B. R. Registros de enfermagem: uma revisão. **Nursing**, São Paulo, v. 21, n. 247, p. 2476-2481, 2018.

SILVA, A. M. *et al.* Fatores de motivação e insatisfação da equipe de enfermagem no trabalho em saúde. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 10, p. e951, 2021.

SILVA, M. C.; MACHADO, M. H. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a

Enfermagem no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 7-13, 2020.

SILVA, N. C. *et al.* Processo de enfermagem direcionado a pacientes com COVID-19: registro de suas etapas. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 14, p. e-11086, 2022.

SMAILES, P. S. *et al.* An Electronic Medical Record Training Conversion for Onboarding Inpatient Nurses. **Computers, Informatics, Nursing**, Hagerstown, v. 37, n. 8, p. 405-412, 2019.

SOARES, M. I. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 47-53, 2015.

SULOSAARI, V.; KOSKLIN, R.; MUNTER, J. D. Nursing Leaders as Visionaries and Enablers of Action. **Seminars in oncology nursing**, Orlando, v. 39, n. 1, p. 151365, 2023.

SULZBACH, S. R. *et al.* Avaliação dos registros de enfermagem por meio do Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 12, p. e26, 2022.

TRINDADE, L. R. *et al.* Processo de enfermagem: desafios e estratégias para sua implementação sob a ótica de enfermeiros. **Saúde**, Santa Maria, v. 42, n. 1, p. 75-82, 2016.

WHAT is med-surg nursing? [S. I.]: **Academy of Medical-Surgical Nurses (AMSN)**, 2023. Disponível em: <https://www.amsn.org/about-amsn/what-med-surg-nursing>. Acesso em: 05 out. 2023.

WILBANKS, B. A.; AROKE, E. N. Using Clinical Simulations to Train Healthcare Professionals to Use Electronic Health Records: A Literature Review. **Computers, Informatics, Nursing**, Hagerstown, v. 38, n. 11, p. 551-561, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership**. Geneva: WHO, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The Global Health Observatory: explore a world of health data. Geneva: **WHO**, 2023. Disponível em: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/nurses-by-sex-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/nurses-by-sex-(-)). Acesso em: 20 jan. 2024.

YODER, L. H. *et al.* Medical-surgical nurses' EBP beliefs and competencies. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, Malden, v. 19, n. 2, p. 149-159, 2022.

## APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO ENFERMEIRO PARTICIPANTE DA PESQUISA



### PARTICIPANTES DA PESQUISA

Este formulário destina-se a caracterizar o público participante da pesquisa intitulada: TREINAMENTO EM SERVIÇO PARA O REGISTRO ELETRÔNICO DO ENFERMEIRO: ESTUDO QUASE-EXPERIMENTAL.

E-mail \*

E-mail válido  
.....

Este formulário está coletando e-mails. [Alterar configurações](#)

SEXO \*

feminino

masculino

IDADE \*

Texto de resposta curta  
.....

VÍNCULO \*

RJU

EBSERH

VÍNCULO \*

- RJU
- EBSERH
- ACADÊMICO
- CONTRATO
- ESTAGIÁRIO
- RESIDENTE DE ENFERMAGEM

HÁ QUANTO TEMPO ATUA NA ENFERMARIA \*

- < 1 ANO
- 1 A 3 ANOS
- > 3 ANOS

JÁ RECEBEU ALGUM TREINAMENTO PARA USO DO AGHU \*

- SIM
- NÃO

JÁ RECEBEU ALGUM TREINAMENTO SOBRE REGISTRO DE ENFERMAGEM \*

- SIM
- NÃO

VOCÊ PREFERE: \*

- REGISTRO DE ENFERMAGEM MANUAL
- REGISTRO DE ENFERMAGEM ELETRÔNICO

JÁ USOU OUTRO SISTEMA DE REGISTRO ELETRÔNICO \*

- SIM
- NÃO

VOCÊ REGISTRA TODO O PROCESSO DE ENFERMAGEM \*

- SIM
- NÃO

EM CASO NEGATIVO, QUAL ETAPA DO PE VOCÊ NÃO REGISTRA? \*

- COLETA DE DADOS/HISTÓRICO
- DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
- PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM
- IMPLEMENTAÇÃO
- AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

VOCÊ CONHECE QUAL A LEGISLAÇÃO ABORDA A QUESTÃO DO REGISTRO DE ENFERMAGEM? \*

- SIM
- NÃO

EM CASO AFIRMATIVO, CITE UMA LEGISLAÇÃO:

- NÃO SEI RESPONDER
- LEGISLAÇÃO:

OBRIGADA PELA PARTICIPAÇÃO! \*

Mês, dia, ano



**APÊNDICE B - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NO  
TREINAMENTO EM SERVIÇO**

<div data-bbox="370 1496 574 1671" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="400 846 474 1406" data-label="Section-Header"> <h1>CERTIFICADO</h1> </div> <div data-bbox="521 792 564 1462" data-label="Text"> <p>CERTIFICAMOS, PARA OS DEVIDOS FINS, QUE</p> </div> <div data-bbox="715 920 743 1384" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="786 448 1005 1816" data-label="Text"> <p>participou do treinamento em serviço sobre <b>REGISTRO DE ENFERMAGEM EM PRONTUÁRIO ELETRÔNICO</b>, ministrado pela Enfermeira Danielle Brandão dos Santos Fonseca Corrêa no dia ___ / ___ /2023, com duração de 2h, de modo presencial, como atividade desenvolvida pelo Grupo Sistematização da Assistência de Enfermagem, Teorias, Taxonomias e Tecnologia (SAETTT).</p> </div> <div data-bbox="1134 1155 1203 1783" data-label="Text"> <p><b>Danielle Brandão dos Santos Fonseca Corrêa</b> Mestranda PPGENF/UNIRIO e membro da SAETTT</p> </div> <div data-bbox="1225 1344 1305 1608" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="1134 486 1228 1079" data-label="Text"> <p><b>Profª. Drª Priscilla Alfradique de Souza</b> Professora EEAP/UNIRIO, Orientadora PPGENF/UNIRIO e coordenadora da SAETTT</p> </div> <div data-bbox="1238 734 1305 855" data-label="Image"> </div>
--

## APÊNDICE C - CARDS DA ENFERMAGEM



**HU** Gaffrée  
Guinle

**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS



CARDS DA ENFERMAGEM  
(AUTORA: DANIELLE CORRÊA)

**DIAGNÓSTICOS  
DE ENFERMAGEM**





CARDS DA ENFERMAGEM  
(AUTORA: DANIELLE CORRÊA)

**RESULTADOS DE  
ENFERMAGEM**





CARDS DA ENFERMAGEM  
(AUTORA: DANIELLE CORRÊA)

**ROTEIRO**



## APÊNDICE D - BROCHE MOTIVACIONAL



Fonte: Autora.

## APÊNDICE E - TCLE – FOLHAS 1 E 2



Ministério da  
Educação

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE – HUGG  
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA E COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

### ***Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE***

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa “Treinamento Em Serviço Para O Registro Eletrônico do Enfermeiro: Estudo Quase-Experimental”, sob a responsabilidade da pesquisadora Danielle Brandão dos Santos Fonseca Corrêa. O projeto busca através da capacitação em serviço para os registros eletrônicos do enfermeiro sistematizar a assistência de enfermagem, já prevista pelo conselho de enfermagem, mas que neste momento, ainda é realizada de modo informal na instituição.

O objetivo geral desta pesquisa é avaliar o efeito da capacitação em serviço nos registros eletrônicos de enfermeiros de unidades clínica e cirúrgica pré e pós capacitação teórico-prática. Os objetivos específicos são: Comparar o registro eletrônico do enfermeiro pré e pós capacitação em serviço; Analisar os efeitos da capacitação na assistência pós capacitação no grupo experimento.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de uma capacitação em serviço teórico-prática sobre a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) bem como o registro eletrônico do Processo de Enfermagem. Esta será realizada no auditório geral do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle após aprovação do projeto no CEP-HUGG e coleta de dados pré, com duração de um dia – 8 horas – dividida em seis etapas com duração média de 60 minutos para cada etapa.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa serão mínimos, relacionado às dúvidas quanto o procedimento. Serão, portanto, retirada as possíveis dúvidas e oferecido suporte com apoio de equipe multidisciplinar do HUGG, caso necessário. Se você aceitar participar, estará contribuindo para ampliar a divulgação do referido tema; estimular estudos na área; e incentivar a melhoria nos registros eletrônicos de enfermeiros na assistência ao paciente clínico-cirúrgico hospitalizado.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Nos comprometemos a seguir todas as recomendações do Conselho Nacional de Saúde e as Resoluções 466/12 e 510/2016 que versam sobre a ética em pesquisa com seres humanos.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação, que será voluntária.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação nessa pesquisa, você receberá assistência integral e gratuita, pelo tempo que for necessário, obedecendo os dispositivos legais vigentes no Brasil. Caso você sinta algum desconforto relacionado aos procedimentos adotados durante a pesquisa, o senhor(a) pode procurar o pesquisador responsável para que possamos ajudá-lo.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no HUGG-UNIRIO podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados para esta pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador, podendo ser armazenados em formato digital, sendo preservados o anonimato e a indisponibilidade de qualquer informação que permita a sua identificação em qualquer pesquisa que os utilize.

RUBRICA

1/2



**HU Gaffrée  
Guinle**

**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Ministério da  
Educação

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE – HUGG  
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA E COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Danielle Brandão dos Santos Fonse Corrêa, no Hospital Universitário Gaffree e Guinle, no telefone 998550773 e 2264-3210, disponível inclusive para ligação a cobrar, e no e-mail: dany\_uerj@hotmail.com.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle -UNIRIO/EBSERH. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (21) 2264-5177, whatsapp (21)97138-5971 ou e-mail cephugg@gmail.com, horário de atendimento das 08h:00 às 17h:00, de segunda a sexta-feira. O CEP-HUGG se localiza no quarto andar do HUGG, pavilhão hospitalar, acesso pela escada ou elevador ao final do corredor que leva à enfermaria de Ortopedia – Rua Mariz e Barros 775, Tijuca, Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20270-004.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

\_\_\_\_\_  
Nome / assinatura

\_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável  
Nome e assinatura

Rio de Janeiro, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

RUBRICA

2/2



**APÊNDICE G - CARTA DE ANUÊNCIA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE - HUGG

 **UNIRIO**  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

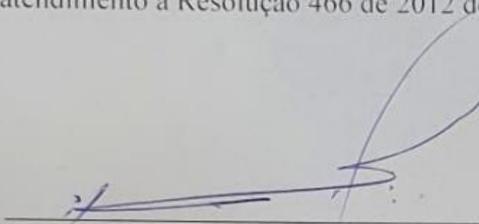
**HU** Gaffrée  
Guinle

**EBSERH**

Ministério da  
Educação

**TERMO DE ANUÊNCIA**

Eu, **JOÃO MARCELO RAMALHO ALVES**, responsável pelo(a) **HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE**, estou ciente, de acordo e autorizo a execução da pesquisa intitulada **"TREINAMENTO EM SERVIÇO PARA O REGISTRO ELETRÔNICO DO ENFERMEIRO: ESTUDO QUASE - EXPERIMENTAL"**, coordenada pela pesquisadora **DANIELLE BRANDÃO DOS SANTOS FONSECA CORRÊA**. Esta instituição se compromete a assegurar a segurança e bem estar dos participantes em atendimento a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.



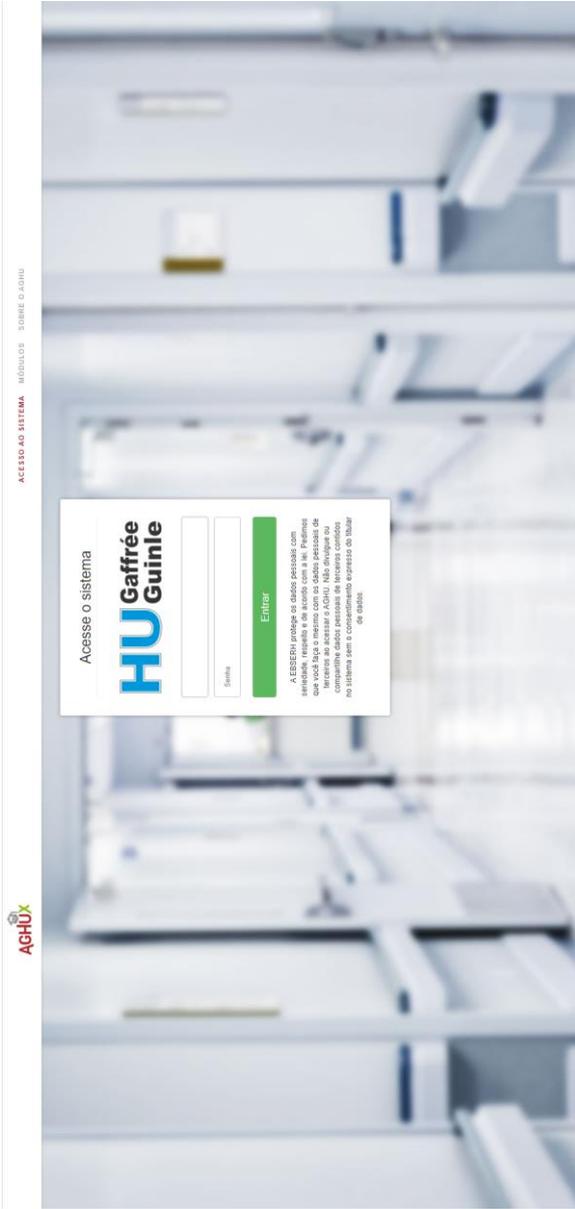
Prof. Dr. Daniel Aragão  
Gerente de Ensino e Pesquisa  
HUGG UNIRIO/EBSERH  
Portaria SEI nº 136 de 02/09/2011

**João Marcelo Ramalho Alves**  
Superintendente HUGG-UNIRIO

Prof. Dr. Daniel Aragão  
Gerente de Ensino e Pesquisa  
HUGG UNIRIO/EBSERH  
Portaria SEI nº 136 de 02/09/2011



# ANEXO B - APLICATIVO DE GESTÃO PARA HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS (AGHUX)



## ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
GAFFREE E GUINLE -  
HUGG/UNIRIO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** TREINAMENTO EM SERVIÇO PARA O REGISTRO ELETRÔNICO DO ENFERMEIRO: ESTUDO QUASE-EXPERIMENTAL

**Pesquisador:** DANIELLE BRANDAO DOS SANTOS FONSECA CORREA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 65864722.3.0000.5258

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário Gaffree e Guinle/HUGG/UNIRIO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.870.867

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa sobre a avaliação da qualidade do registro eletrônico de enfermeiros de clínica médica e cirúrgica de um Hospital Universitário da cidade do Rio de Janeiro. Será realizado sob a forma de um estudo quase-experimental onde os participantes da pesquisa serão enfermeiros com seguintes critérios de inclusão e exclusão.

#### Critério de Inclusão:

Enfermeiros dos regimes trabalhistas RJU e EBSERH que atuem no cenário de pesquisa há pelo menos 1 ano.

#### Critério de Exclusão:

Enfermeiros residentes e acadêmicos.

A amostra do estudo será constituída pelos registros de pacientes hospitalizados nas unidades de internação clínica e cirúrgica. Um estudo piloto utilizando o Q-DIO será desenvolvido com a participação de 10 prontuários do clínica médica e 10 prontuários da clínica cirúrgica. O pesquisador realizará essa investigação preliminar. Esta análise será utilizada para calcular uma amostra com base em um desvio da norma.

A coleta será retrospectiva três meses anterior a capacitação teórico-prática e a coleta de dados

**Endereço:** Rua Mariz e Barros nº 775

**Bairro:** Tijuca

**CEP:** 22.270-004

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2264-5317

**Fax:** (21)2264-5177

**E-mail:** cephugg@gmail.com

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
GAFFREE E GUINLE -  
HUGG/UNIRIO



Continuação do Parecer: 5.870.867

pós ocorrerá três meses após a capacitação intervenção.

A capacitação em serviço – intervenção, corresponderá a uma oficina realizada durante um único dia e dividida em seis momentos: apresentação do caso-clínico, solicitação de registro de enfermeiros do mesmo; evolução do caso clínico após 24h com conseqüente registro; apresentação de vídeo-teórico sobre linguagem padronizada; reapresentação do caso-clínico e da evolução 24h posterior com os respectivos registros de enfermeiros e feedback do processo de registro dos participantes.

O instrumento de coleta de dados será constituído por um formulário de caracterização dos participantes e o Q-DIO – Versão brasileira.

A análise dos dados será realizada por meio da comparação da pontuação do escore total do instrumento Q-DIO - Versão brasileira. Ela ocorrerá de forma descritiva e inferencial.

**Objetivo da Pesquisa:**

Os objetivos do estudo descritos pela pesquisadora:

**Objetivo Primário:**

Avaliar o efeito da intervenção capacitação em serviço de registros eletrônicos para o enfermeiro no cuidado a pacientes clínico-cirúrgicos hospitalizados.

**Objetivo Secundário:**

Comparar a qualidade dos registros eletrônicos dos enfermeiros pré e pós intervenção capacitação em serviço.

Analisar os efeitos da capacitação na assistência pós capacitação no grupo experimento.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

De acordo com a pesquisadora os riscos e benefícios do estudo são:

**Riscos:**

É importante ressaltar que os participantes estarão expostos ao potencial riscos do trabalho diário e uso do computador. A capacitação será realizada com ênfase na qualificação e na melhoria dos

**Endereço:** Rua Mariz e Barros nº 775  
**Bairro:** Tijuca **CEP:** 22.270-004  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2264-5317 **Fax:** (21)2264-5177 **E-mail:** cephugg@gmail.com

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
GAFFREE E GUINLE -  
HUGG/UNIRIO



Continuação do Parecer: 5.870.867

registros eletrônicos de enfermagem, sem intenção punitiva. O estudo ocorrerá no fluxo de trabalho atual do hospital da pesquisa. Os participantes serão informados de que participar do estudo pode expô-los a riscos menores, como ser observado/monitorado, o que pode resultar em um desconforto durante as discussões de treinamento.

**Benefícios:**

Como Benefícios do estudo, a aplicação dos instrumentos do estudo auxiliará na avaliação dos registros eletrônico do enfermeiro e na compreensão da efetividade de suas atividades. Serão apresentados os escores dos registros aos participantes, para que as dúvidas na capacitação em serviço sejam avaliadas. Ressalta-se também o caráter inédito, pois ainda não há uma intervenção estruturada voltada a acurácia do registro eletrônico do enfermeiro ao registrar o processo de enfermagem, de modo a nortear e dar visibilidade às ações de enfermagem institucionais.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O pesquisador atendeu as solicitações e orientações deste CEP. Desta forma, reajustou e solicitou adequadamente a dispensa de TCLE referente aos pacientes justificando sua impossibilidade de acesso à estes, visto que a coleta será retrospectiva e relaciona-se a pacientes com alta hospitalar e impossibilidade de acesso. Continuando em conformidade, o projeto apresenta-se estruturado contemplando o tipo de estudo, participante da pesquisa e metodologia. Informa os riscos e benefícios do estudo. O cronograma mostra as diversas etapas da pesquisa e ressalta que a coleta de dados ocorrerá após aprovação deste CEP. Apresenta o orçamento com lista detalhada dos custos do estudo. O Termo de consentimento livre e esclarecido referente ao participante da pesquisa Enfermeiro, apresenta-se de acordo com a Resolução CNS 466/2012. Apresenta instrumento de coleta de dados.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: Adequada
- 2) Projeto de Pesquisa: Adequado
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: Adequado
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido referente ao participante da pesquisa Enfermeiro: Adequado.
- 5) Solicita Dispensa de TCLE/pacientes: Adequado
- 6) Cronograma: Adequado
- 7) Anuência da Instituição cenário: Adequado

**Endereço:** Rua Mariz e Barros nº 775  
**Bairro:** Tijuca **CEP:** 22.270-004  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2264-5317 **Fax:** (21)2264-5177 **E-mail:** cephugg@gmail.com

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
GAFFREE E GUINLE -  
HUGG/UNIRIO



Continuação do Parecer: 5.870.867

8) Instrumentos de coleta de dados: Adequado

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

A pesquisa apresenta-se aprovada após apreciação ética.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2047859.pdf	20/12/2022 10:16:06		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_ATUALIZADO.pdf	20/12/2022 10:11:52	DANIELLE BRANDAO DOS SANTOS FONSECA CORREA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP_HUGG_AJUSTADO_D E_ACORDO_COM_2_PENDENCIA.pdf	20/12/2022 10:04:33	DANIELLE BRANDAO DOS SANTOS FONSECA CORREA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CARTA_DE_SOLICITACAO_DE_DISPENSA_DE_TCLE.pdf	20/12/2022 10:03:58	DANIELLE BRANDAO DOS SANTOS FONSECA CORREA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP_HUGG_AJUSTADO_D E_ACORDO_COM_PENDENCIA.pdf	30/11/2022 15:17:51	DANIELLE BRANDAO DOS SANTOS FONSECA CORREA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_AJUSTADO_DE_ACORDO_COM_PENDENCIA.pdf	30/11/2022 15:17:03	DANIELLE BRANDAO DOS SANTOS FONSECA CORREA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_HUGG.pdf	10/11/2022 13:36:15	DANIELLE BRANDAO DOS SANTOS FONSECA CORREA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	10/11/2022 13:33:25	DANIELLE BRANDAO DOS SANTOS FONSECA CORREA	Aceito

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775

Bairro: Tijuca

CEP: 22.270-004

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2264-5317

Fax: (21)2264-5177

E-mail: cephugg@gmail.com

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
GAFFREE E GUINLE -  
HUGG/UNIRIO



Continuação do Parecer: 5.870.867

Declaração de concordância	TERMO_ANUENCIA.pdf	10/11/2022 13:32:51	DANIELLE BRANDAO DOS SANTOS FONSECA CORREA	Aceito
Orçamento	APENDICE_6_CALCULO_ORCAMENTARIO.pdf	10/11/2022 08:59:27	DANIELLE BRANDAO DOS SANTOS FONSECA CORREA	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	10/11/2022 08:54:18	DANIELLE BRANDAO DOS SANTOS FONSECA CORREA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 31 de Janeiro de 2023

---

**Assinado por:**  
**Jorge Francisco da Cunha Pinto**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rua Mariz e Barros nº 775

**Bairro:** Tijuca

**CEP:** 22.270-004

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2264-5317

**Fax:** (21)2264-5177

**E-mail:** cephugg@gmail.com