

MESTRADO PROFISSIONAL EM
SAÚDE COLETIVA E CONTROLE DO CÂNCER

PPGCan

LIA MACHADO PIMENTEL

**PLANO DE AÇÃO PARA MELHORIAS NA QUALIDADE DOS
REGISTROS EM PRONTUÁRIOS DE PACIENTES EM CUIDADOS
PALIATIVOS**

Rio de Janeiro
2024

LIA MACHADO PIMENTEL

**Plano de ação para melhorias na qualidade dos registros em prontuários de
pacientes em cuidados paliativos**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva e Controle do Câncer do Instituto Nacional de Câncer, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Oncologia.

Orientadora: Prof. Dra. Anke Bergmann
Coorientador: Prof. Dr. Luiz Claudio Santos Thuler

**Rio de Janeiro
2024**

CATALOGAÇÃO NA FONTE
INCA/COENS/SEITEC/NSIB
Elaborado pela bibliotecária Izani Saldanha – CRB7 5372

P644p Pimentel, Lia Machado.

Plano de ação para melhorias na qualidade dos registros em prontuários de pacientes em cuidados paliativos / Lia Machado Pimentel. – Rio de Janeiro, 2024.
174 f.: il. color.

Dissertação (Mestrado) – Instituto Nacional de Câncer, Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva e Controle do Câncer, Rio de Janeiro, 2024.

Orientadora: Profª. Dra. Anke Bergmann.

Coorientador: Prof. Dr. Luiz Claudio Santos Thuler.

1. Neoplasias. 2. Qualidade da assistência à saúde. 3. Segurança do paciente. 4. Cuidados paliativos. 5. Auditoria clínica. I. Bergmann, Anke. II. Thuler, Luiz Claudio Santos. III. Instituto Nacional de Câncer. IV. Título.

CDD 616.994 024 58

CDD edição 23ª

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta monografia/tese/dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

LIA MACHADO PIMENTEL

**Plano de ação para melhorias na qualidade dos registros em prontuários de
pacientes em cuidados paliativos**

Dissertação de mestrado apresentada
ao Programa de Pós-graduação
Stricto Sensu em Saúde Coletiva e
Controle do Câncer do Instituto
Nacional de Câncer, como requisito
parcial para obtenção do grau de
Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Anke Bergmann
Instituto Nacional de Câncer

Prof. Dr. Mario Jorge Sobreira da Silva
Instituto Nacional de Câncer

Prof. Dr. Rafael Tavares Jomar
Instituto Nacional de Câncer

Prof. Dra. Sabrina da Costa Machado Duarte
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Carlo Alberto Ferreira
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro
2024

DEDICATÓRIA

À toda força de trabalho do Instituto Nacional de Câncer - exemplo de resiliência e perseverança, dedico esta dissertação.

AGRADECIMENTOS

Como é bom poder agradecer a Deus por esse desafio e pela minha vida. Foi infinitamente melhor do que eu esperava.

Minha gratidão aos meus pais, Antonio e Eliete, minhas irmãs, Lavínia e Gabrielle, minha avó Dorinha, minha madrinha Luiza, tias e primas que rezaram por mim e meu namorado Pablo – sem vocês eu não conseguiria.

Agradeço aos meus orientadores, Dra. Anke Bergmann e Dr. Luiz Claudio Santos Thuler, por compartilharem seus conhecimentos e me guiarem com tanto esmero.

Às minhas parceiras de trabalho, Andrea Frossard, Regina Nigri e Nair Bittencourt, meu apreço pelo companheirismo e dedicação nas horas difíceis. Nada aconteceria sem vocês.

Às colegas Suzana Aguiar, Fádía Pacheco e Izani Saldanha, pelo apoio em meio à correria do dia a dia dos nossos trabalhos, muito obrigada!

Os meus sinceros agradecimentos aos colegas de turma e amigos próximos, por serem parte integrante da torcida do bem para o alcance dessa linda vitória.

Meu reconhecimento aos profissionais do Hospital do Câncer IV pelo compromisso na assistência ao paciente com câncer e pelas contribuições neste estudo, em especial à Comissão de Revisão de Prontuários, ao Núcleo de Segurança do Paciente e às gestoras Renata Freitas e Luciana Oliveira.

Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

PIMENTEL, Lia Machado. **Plano de ação para melhorias na qualidade dos registros em prontuários de pacientes em cuidados paliativos**. 2024. 170f. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-graduação em Saúde Coletiva e Controle do Câncer) – Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, 2024.

Introdução: A complexidade do câncer e o seu tratamento exigem múltiplas facetas de melhoria em processos assistenciais. Somado a isso, se observa uma crescente necessidade de avaliação dos registros em prontuário acerca das atividades desenvolvidas pelos profissionais que participam do cuidado em saúde e uso de evidências científicas para impulsionar a educação e a sensibilização dos profissionais quanto a necessidade de registros integrais, sendo premente elaborar um plano de ação que possibilite a intervenção nos serviços de saúde. **Objetivo:** Construir e validar um plano de ação para melhoria na qualidade dos registros em prontuários de paciente em cuidados paliativos. **Método:** É uma investigação retrospectiva e de caráter quali-quantitativo desenvolvido em três etapas. Na primeira etapa foram mapeadas as conformidades e as não conformidades nos registros de cada categoria profissional conforme as listas de verificação preenchidas pela Comissão de Revisão de Prontuários, entre fevereiro de 2021 e março de 2023 e apresentadas as frequências absolutas e relativas. Na segunda, foi realizado painel de especialistas e grupo focal – base para a elaboração do plano de ação institucional. Na etapa final, foi manejado o método Delphi para validação de conteúdo do plano de ação e optou-se pelo índice de validade de conteúdo (IVC). **Resultados:** na etapa inicial foram incluídas 365 listas de verificação, onde verificou-se elevado percentual de conformidade nos registros dos cuidados prestados que expressaram a maturidade dos processos assistenciais da unidade para o alcance dos objetivos dos cuidados paliativos. Em contraposição, áreas críticas foram identificadas nos registros da Enfermagem. Na segunda etapa foram categorizadas as não conformidades de acordo com o potencial de gravidade, bem como elaborado a primeira versão do plano de ação. Na última etapa, se definiu a versão final que propõe estratégias de intervenção para as não conformidade. **Conclusão:** a auditoria clínica interna por meio da revisão de prontuário é uma importante ferramenta de qualidade no campo dos cuidados paliativos em Oncologia. Espera-se que o plano de ação possa subsidiar as atividades institucionais no campo educativo para diminuir as não conformidades dos registros em prontuário para alcançar e manter níveis desejáveis de qualidade e segurança do paciente e, consequentemente, propiciar benefícios diretos na assistência prestada ao paciente.

Palavras-chave: qualidade da assistência à saúde; segurança do paciente; cuidados paliativos; neoplasias; auditoria clínica.

ABSTRACT

Pimentel, Lia Machado. **Palliative care in Oncology**: retrospective audit analysis of health records to develop an action plan to improve professional records. 2024. 154f. Dissertation (professional master's degree in public health and cancer control) – National Cancer Institute, Rio de Janeiro, 2024.

Introduction: The complexity of cancer and its treatment requires multiple facets of improvement in care processes. Added to this, there is a growing need to evaluate records in medical records relating to activities carried out by professionals who directly participate in health care and to use scientific evidence to increase education and awareness of professionals about the need for integrated records being appropriate to the development of an action plan that enables intervention in health services. **Objective:** It Built and validate an action plan to improve the quality of records in palliative care patient records. **Method:** It is a retrospective and qualitative-quantitative investigation developed in three stages. In the first stage, the conformities and non-conformities in the records of each professional category were mapped according to the checklists completed by the Medical Records Review Committee, between February 2021 and March 2023 and presented the absolute and relative frequencies. In the second stage, a panel of experts and a focus group was held – the basis for the elaboration of the technical-technological product: institutional action plan to improve records in medical records of patients in palliative care. In the final stage, the Delphi method was used to validate the content of the action plan by the content validation index (IVC). **Results:** in the initial stage, 365 checklists were included and a high percentage of adherence was observed in the records of the care provided, which expressed the maturity of the unit's care processes in achieving the objectives of palliative care. On the order hand, critical areas were identified in the Nursing records. In the second stage, non-conformities were categorized according to their potential severity, as well as the first version of the action plan was elaborated. In the last stage, the final version was defined, which proposes intervention strategies for non- conformities. **Conclusion:** internal clinical auditing through medical record review is an important quality tool in the field of palliative care in Oncology. It is expected that the proposed tool can support institutional activities in the educational field to reduce non-conformities in medical records to achieve and maintain desirable levels of quality and patient safety and, consequently, provide direct benefits in the care provided to patients.

Keywords: quality of healthcare; patient safety; palliative care; neoplasms; clinical audit.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Seis passos sequenciais da auditoria clínica (adaptado de Cabtree; Sundararaj; Pease, 2020).....	32
Figura 2 -	Categorização quanto ao potencial de gravidade dos itens gerais para todas as categorias.....	73
Figura 3 -	Categorização quanto ao potencial de gravidade dos itens de avaliação e cuidado ao paciente referente à Medicina, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia e Serviço Social.....	74
Figura 4 -	Categorização quanto ao potencial de gravidade dos itens de avaliação e cuidado ao paciente da Enfermagem.....	75
Figura 5 -	Categorização quanto ao potencial de gravidade dos itens de avaliação, cuidado ao paciente, cirurgia e anestesia referente à Medicina	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Perfil dos profissionais participantes do comitê de especialistas (N=12)....	85
Tabela 2 -	Índice de validade do conteúdo do plano de ação na primeira rodada.....	86
Tabela 3 -	Índice de validade do conteúdo do plano de ação na rodada final.....	91

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Consenso obtido para indicadores de cuidados paliativos (adaptado de Capelas <i>et al</i> , 2018).....	37
Quadro 2 - Relação das variáveis referentes a qualidade de processo e das categorias responsáveis pelo preenchimento	43
Quadro 3 - Ferramenta de gestão 5W2H (adaptado de Sebrae/SC (SD)).....	46
Quadro 4 - Não conformidades identificadas como prioridades em ordem de urgência	77
Quadro 5 - Primeira versão do plano de ação para melhoria dos registros em prontuários de pacientes em cuidados.....	81
Quadro 6 - Sugestões de alterações no plano de ação na primeira rodada.....	88
Quadro 7 - Sugestões de alterações no plano de ação na segunda rodada.....	92
Quadro 8 - Versão final do plano de ação para melhoria dos registros em prontuários de pacientes em cuidados	93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

5W2H	Who/What/Where/When/Why/How/How Much
AMB	Ambulatório
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFV	Cuidados de fim de vida
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Conep	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
Coren	Conselho Regional de Enfermagem
CRP	Comissão de Revisão de Prontuários
IVC	Índice de validade de conteúdo
Ensp	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
EVA	Escala Visual Analógica
HC IV	Hospital do Câncer IV
IAHPC	Associação Internacional de Hospice e Cuidados Paliativos
IH	Internação hospitalar
Inca	Instituto Nacional de Câncer
KPS	<i>Karnofsky Performance Status</i>
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDSA	<i>Plan-Do-Study-Act</i>
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	16
2 INTRODUÇÃO	17
3 JUSTIFICATIVA	19
4 OBJETIVOS	20
4.1 Objetivo geral	20
4.2 Objetivos específicos	20
5 BASES CONCEITUAIS	20
5.1 Cuidados paliativos em Oncologia	20
5.2 Qualidade em saúde e segurança do paciente	24
5.2.1 <i>Improvement science</i> – Ciência da melhoria.....	27
5.3 Gestão da clínica.....	29
5.3.1 Auditoria clínica e revisão de prontuário: uma aproximação conceitual	31
5.3.2 Comissão de Revisão de Prontuários	34
5.3.3 Indicadores de qualidade em cuidados paliativos	35
6 METODOLOGIA DA PESQUISA	40
6.1 Tipo de estudo.....	40
6.2 Cenário do estudo	41
6.3 Etapa 1: análise descritiva.....	41
6.3.1 Amostra do estudo da etapa 1	42
6.3.2 Critérios de Inclusão e Exclusão	42
6.3.3 Considerações sobre variáveis coletadas na lista de verificação.....	42
6.4 Etapa 2: elaboração do plano de ação	44
6.4.1 Painel de especialistas para categorização das não conformidades	44
6.4.2 Execução do grupo focal	45
6.4.2 Produção da primeira versão do plano de ação pelos pesquisadores	46
6.5 Etapa 3: validação do conteúdo do plano de ação	47
6.5.1 Construção do comitê de especialistas	47
6.5.2 Aplicação do questionário semiestruturado	48
6.5.3 Análise dos dados:.....	49
6.6 Esclarecimentos acerca dos aspectos éticos de todas as etapas da investigação	50
6.7 Riscos.....	51
6.7.1 Etapa 1: análise descritiva	51
6.7.2 Etapa 2: elaboração do plano de ação	51

6.7.3 Etapa 3: validação do conteúdo do plano de ação.....	51
6.8 Benefícios	52
6.8.1 Benefícios diretos	52
6.8.2 Benefícios indiretos.....	52
7 RESULTADOS	53
7.1 Resultados da etapa 1: análise descritiva	53
7.2 Resultados da etapa 2: elaboração do plano de ação	73
7.2.1 Painel de especialistas para categorização das não conformidades	73
7.2.2 Execução de grupo focal	76
7.2.3 Primeira versão do plano de ação produzido pelos pesquisadores.....	77
7.3 Resultados da etapa 3: validação do conteúdo do plano de ação.....	85
7.3.1 Primeira rodada	86
7.3.2 Segunda rodada	90
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
Apêndice A.....	109
Termo de consentimento livre e esclarecido para o grupo focal	110
Apêndice B.....	113
Questionário estruturado para categorização das conformidades e não conformidades.....	114
Apêndice C.....	123
Termo de consentimento livre e esclarecido para o comitê de especialistas	124
Apêndice D.....	129
Questionário semi-estruturado encaminhado ao comitê de especialistas na primeira rodada de validação do conteúdo do plano de ação.....	130
Apêndice E.....	142
Questionário semi-estruturado encaminhado ao comitê de especialistas na segunda rodada de validação do conteúdo do plano de ação.....	143
Apêndice F	154
Avaliação dos juízes de cada tema de acordo com a escala <i>Likert</i>	155
Anexo A.....	158
Lista de verificação dos registros de cuidados prestados	159
Anexo B.....	160
Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do Inca.....	161
Anexo C.....	166
Parecer da aprovação da emenda sobre o produto técnico-tecnológico	167

1 APRESENTAÇÃO

O estudo deriva fundamentalmente do meu envolvimento direto com a temática em foco na qualidade de membro da Comissão de Revisão de Prontuários e do Núcleo de Segurança do Paciente do Instituto Nacional de Câncer (Inca). Com larga experiência profissional no campo oncológico, ousei suspender meu cotidiano laboral para transformá-lo em conhecimento, tornando-o objeto de estudo.

Desde criança me sentia atraída pelas simples formas de cuidado que podia oferecer. Certa vez, ao entrar no quarto de uma idosa doente, recordo-me do meu interesse em ajudá-la, ajeitando o seu travesseiro. Essa passagem da minha “pequena” vida seria citada inúmeras vezes pela minha mãe.

Durante a minha adolescência, acompanhei uma amiga cadeirante em várias consultas de fisioterapia e aulas de dança, que havia ficado paraplégica após um acidente de carro. Ela tinha apenas 4 anos e eu não sabia o que viria pela frente, mas pude entender que o cuidado estava trazendo qualidade de vida.

Assim, foi com pequenos gestos que na época do vestibular escolhi o curso de Fisioterapia. Eu vivenciei quatro anos repletos de conhecimento sobre o corpo humano, o indivíduo e suas necessidades, bem como seu potencial e resiliência. Além disso, conheci diversos profissionais que engrandeceram minha trajetória acadêmica.

Certo dia uma supervisora me conduziu para a Oncologia e nunca mais consegui sair. Já no Inca passei por um breve estágio e uma Especialização em Fisioterapia em Oncologia. Oito longos anos se passaram quando obtive grande recompensa por todo esforço empreendido ao ser aprovada em certame público para o cargo de tecnologista- fisioterapeuta, na mesma unidade integrante do conceituado Inca. Na qualidade de fisioterapeuta paliativista busquei minha segunda especialização na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) na área de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente.

Atualmente, encontro-me em um momento especial, ao acreditar que sonhos são para serem realizados e estou concluindo o curso de mestrado com duplo propósito: como devolutiva do investimento institucional na minha formação profissional e para o aprimoramento das práticas assistenciais em curso. Finalmente, e não menos importante, é a minha certeza de que não irei parar por aqui. Os meus estimados orientadores me ajudaram a criar asas e agora vislumbro prosseguir minha trajetória acadêmica encerrando o ciclo de formação com o curso de doutorado e, quem sabe, a realização de estágio pós-doutoral.

2 INTRODUÇÃO

Em nível mundial, o interesse por caminhos para aprimorar o cuidado de saúde remonta ao século XIX. A busca das relações entre estrutura, processo e resultado descritos por Avedis Donabedian (1980) como os três componentes da qualidade, se constitui num campo de forte interesse para pesquisadores na área da avaliação em saúde e, como tal, norteia a presente investigação (Mellett; O'Donovan; Hayes, 2020).

Destaca-se que os processos, foco do presente estudo são atividades interrelacionadas empreendidas para atingir os objetivos do cuidado e denotam o que é realmente ofertado, incluindo diagnóstico, tratamento, reabilitação e demais interações com o paciente (Mainz, 2003; Martins, 2019).

Considera-se, que o paciente com câncer e sua família têm direito a cuidados de qualidade, independentemente de onde o recebem, como esses cuidados são prestados ou quem os presta. Esteja o doente sendo assistido em hospital ou em casa, por voluntários treinados ou por equipe médica, a qualidade do atendimento deve ser avaliada (Selman; Harding, 2010; Kaasa *et al.*, 2018; Kuusisto *et al.*, 2022).

A avaliação da qualidade do cuidado de saúde, em particular nos cuidados paliativos, é essencial para responsabilização dos profissionais e gestores, incorporação das prioridades dos doentes nas políticas de saúde, reconhecimento como uma especialidade, mitigação de erros clínico, identificação de efetividade e de eficiência. Para além, medir a qualidade dos cuidados paliativos é quantificar os aspectos estruturais, processuais e resultados dos serviços que são identificados como representativos de alta qualidade (NQF, 2006; Capelas, 2019; Mellett; O'Donovan; Hayes, 2020).

Segundo Capelas (2019), para que sejam alcançados os princípios dos cuidados paliativos e a integralidade do cuidado é indispensável à avaliação das necessidades com plano terapêutico, controle de sintomas, suporte psicológico, informação e comunicação, respeito aos valores e ética na assistência, mudanças na organização do trabalho de equipe e dos recursos, monitorização dos resultados e melhoria contínua da qualidade.

Em todos os níveis é primordial ter a documentação do estado de saúde do paciente e dos cuidados prestados, assim como as necessidades devidamente registradas e comunicadas a todos os envolvidos no processo assistencial para que ocorra a continuidade dos cuidados, sendo

possível por meio das anotações ter fonte segura para pesquisas e auditorias no campo em questão (Poscia *et al.*, 2018; Capelas, 2019; McCarthy *et al.*, 2019).

Segundo Vaghmare *et al.* (2022), os registros detalhados em prontuário são ferramentas que garantem atendimento de alta qualidade ao paciente, e estudos direcionados para o aprofundamento da sua importância vêm auxiliando na educação das equipes de saúde. Assim posto, estratégias estão sendo implementadas para reduzir as deficiências nos prontuários com diferentes níveis de sucesso, incluindo a adoção de modelos de registros de atendimentos, lembretes, programas de treinamento educacional e auditorias.

De acordo com a literatura científica (Antunes *et al.*, 2018; Kanwal *et al.*, 2023; Triandafilidis *et al.*, 2024), a auditoria clínica é uma ferramenta valiosa para a melhoria contínua da qualidade e comum nos cuidados paliativos dos países desenvolvidos. A sua importância está na análise crítica sistemática da qualidade do atendimento clínico, incluindo procedimentos usados para diagnóstico, tratamento, uso de recursos e impacto dos resultados na qualidade de vida do paciente, além da identificação de potenciais áreas de melhorias. Os gestores podem então, utilizar esses dados para melhorar a prática clínica, decidir onde os recursos devem ser concentrados e definir metas localmente relevantes para a qualidade da assistência no futuro, e assim, garantir o melhor nível de excelência (Portela, 2000; Selman; Harding, 2010; Antunes, *et al.*, 2018; Capelas, 2019).

Nesse contexto, a proposta deste estudo está direcionada à análise dos resultados de auditoria clínica interna de prontuários, por meio da lista de verificação dos registros de cuidados prestados da Comissão de Revisão de Prontuários de uma unidade de referência em cuidados paliativos em Oncologia – Hospital do Câncer IV (HC IV), para verificar se as ações são executadas em conformidade com seus objetivos e a partir dessa premissa, elaborar e validar um plano de ação para melhoria dos registros.

Intenta-se dar resposta à pergunta norteadora: a qualidade dos registros profissionais nos prontuários de pacientes pode ser base para melhoria de processos e práticas em cuidados paliativos do HC IV?

Esclarece-se, que o plano de ação tem como propósito subsidiar as atividades educacionais institucionais para diminuir as não conformidades em prontuário, vislumbrando alavancar e manter níveis desejáveis de qualidade e segurança do paciente. Assim, para a sua produção foram utilizadas as bases conceituais da pesquisa, as prioridades evidenciadas pela visão coletiva do grupo focal e a expertise dos pesquisadores.

3 JUSTIFICATIVA

O câncer é o principal problema de saúde pública mundialmente e corresponde à primeira ou à segunda causa de morte prematura, antes de 70 anos, na maioria dos países. A sua incidência e mortalidade vêm aumentando pelo envelhecimento populacional e pela mudança na distribuição e na prevalência dos fatores de risco, especialmente aqueles associados ao desenvolvimento socioeconômico (Sung *et al.*, 2021). No território brasileiro, a magnitude da doença estimada para o triênio 2023-2025 é de 704 mil casos novos de câncer, sendo 483 mil se excluídos os cânceres de pele não melanoma (Santos *et al.*, 2023).

No Brasil, Oliveira *et al.* (2022) citam que os cidadãos costumam descobrir o câncer já em estágio avançado da doença, assim como em outros países onde predominam cobertura insuficiente de programas de triagem, atrasos no diagnóstico e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, levando ao aumento da necessidade dos serviços de assistência paliativa.

Assim posto, cada vez mais se torna importante medir a qualidade dos cuidados paliativos ofertados e da documentação hospitalar, pois o alto nível da informação é fundamental para a segurança do paciente e um indicador dos serviços da saúde.

Desse modo, torna-se necessária a revisão de prontuário que abarque a avaliação dos itens que devem constar obrigatoriamente conforme a legislação e protocolos, bem como dos processos de trabalho dentro dos domínios e dos objetivos dos cuidados paliativos para identificação de áreas críticas e promoção de melhorias. É fundamental que as instituições revejam suas ações e estratégias para atingir a qualidade de processo rotineiramente com o intuito de realizar mudanças na rotina institucional, caso seus objetivos não estejam sendo alcançados.

Destaca-se, que para os cuidados paliativos a complexidade da doença e seus tratamentos podem exigir tipos diferentes ou multifacetados de melhoria da qualidade quando comparados com doenças crônicas como asma ou hipertensão. Para além, é urgente o uso de evidências científicas para impulsionar a educação e a sensibilização dos profissionais que prestam assistência direta ou indireta aos pacientes quanto à necessidade dos registros integrais e detalhados nos prontuários, sendo premente elaborar um plano de ação que possibilite a intervenção nos serviços de saúde.

Finalizam-se, os argumentos postos enfatizando que é um tema atual e relevante com aplicabilidade prática. Portanto, aderente ao que se espera como resultado de conclusão de uma dissertação de mestrado profissional.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Construir e validar um plano de ação para melhoria na qualidade dos registros em prontuários de paciente em cuidados paliativos.

4.2 Objetivos específicos

1. Mapear as conformidades e as não conformidades nos registros de cada categoria profissional de acordo com as listas de verificação preenchidas na auditoria clínica interna da Comissão de Revisão de Prontuários;
2. Categorizar as conformidades e não conformidades nos registros dos prontuários de acordo com o potencial de gravidade;
3. Propor estratégias de intervenção para as não conformidades nos registros nos prontuários.

5 BASES CONCEITUAIS

5.1 Cuidados paliativos em Oncologia

Segundo McCoughlan (2004), a filosofia dos cuidados paliativos era exercida desde a idade média na Europa em locais onde doentes, necessitados e viajantes podiam procurar abrigo e cuidado (*Hospices*). Em sua origem, “palio” ou “paliativo” deriva da palavra latina *pallium* que, originalmente, significa cobertura e designa o manto usado para aquecer e proteger os peregrinos, tornando-se costume os antigos *Hospices* cederem um *pallium* no momento em que seus hóspedes partiam ou retornavam de suas viagens (ANCP, 2012).

Em 1967, Cicely Saunders fundou o *St. Christopher Hospice* e passou a ser uma das maiores referências mundiais introduzindo o conceito de cuidado holístico ao avaliar os aspectos multidimensionais do paciente e a complexidade dos problemas decorrentes da trajetória da doença, além do diagnóstico e do prognóstico. Para Saunders é fundamental considerar que cada pessoa tem sua própria história e deve ser respeitada como um ser único, o que inclui disponibilizar cuidados para que viva bem o quanto for possível, observando suas preferências individuais, culturais e os sistemas de crenças sobre o tratamento e a morte (Antunes *et al.*, 2019).

Desse modo, valorizando os seus próprios registros sobre os cuidados ofertados, Saunders pôde identificar e conceituar as dimensões física, emocional, social e espiritual que abarcam os vários aspectos inerentes ao ser humano e mostram valores que transcendam a vida cotidiana, reforçando a importância de uma abordagem assistencial não reducionista (Bittencourt *et al.*, 2023).

De acordo com Kaasa *et al.* (2018), a persistente imprecisão do termo “cuidados paliativos”, apesar de sua redefinição, data a década de 70 com uso pela primeira vez pelo cirurgião canadense Balfour Mount. Os cuidados paliativos eram identificados como uma assistência restrita nos cuidados de fim de vida tanto no imaginário social quanto no próprio campo da saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu uma definição revisada de cuidados paliativos para adultos e crianças cuja introdução foi modificada para: uma assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (WHO, 2002).

De acordo com Radbruch *et al.* (2020), apesar de não ter sido adotada pela OMS, a Associação Internacional de Hospice e Cuidados Paliativos (IAHPC) apresentou uma nova definição que expressa o consenso de mais de 450 especialistas do mundo, afirmando ser o cuidado holístico de indivíduos de todas as idades com sofrimentos relacionados à saúde (devido a doenças graves ou lesão de qualquer tipo) e, especialmente, aqueles próximos ao fim da vida, que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes, familiares e cuidadores.

Assim posto, os cuidados paliativos representam uma potência capaz de ser simultaneamente uma filosofia e um sistema organizado, altamente estruturado e tecnicamente

competente para acrescentar ao modelo médico tradicional uma concepção humanista que visa à promoção de qualidade de vida aos pacientes e seus familiares (Capelas, 2019).

Diante da magnitude das intervenções oferecidas, os cuidados paliativos têm uma natureza especializada para além dos campos monodisciplinares, o que exige a união de várias categorias. Para Vayne-Bossert *et al.* (2017) e Kaasa *et al.* (2018) as equipes atuam de forma interdisciplinar sendo compostas por médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, capelães e voluntários, entre outros. E, dispõem de profissionais capacitados para o desenvolvimento dos trâmites burocráticos, bem como da assistência indireta ao paciente em palição, como: recepcionistas, copeiros, auxiliares de serviços gerais, entre outros (Oliveira; Alves, 2021).

Em consonância com o exposto, destacam-se os princípios: apoiar o paciente a viver mais ativamente possível até a morte, proporcionar alívio da dor e de outros sintomas, integrar aspectos psicológicos e espirituais, afirmar a vida e a morte como processos naturais e apoiar a família a lidar com o paciente e o seu próprio luto (WHO, 2002).

Ainda, a OMS ressalta os valores: preservação da autonomia e da dignidade, relacionamento colaborativo entre o doente e o profissional, qualidade de vida, inviolabilidade da vida humana e comunicação como um elemento-chave para interação entre doentes, profissionais e familiares, e entre os profissionais nos diversos serviços envolvidos na assistência. No que se refere ao processo comunicativo, Capelas (2019) afirma que a boa comunicação interprofissional é capaz de assegurar a coordenação e a continuidade dos cuidados sendo um objetivo e um pré-requisito básico para a sua organização.

Cabe destacar que a integração da Oncologia e dos cuidados paliativos está fundamentada em planos centrados no paciente: a Oncologia se concentra no tumor e os cuidados paliativos no doente de forma associada para o alcance de índices elevados de efetividade, e seus benefícios são indiscutíveis (Kaasa *et al.*, 2018; Castro; Hannon; Zimmermann, 2023).

Compreende-se, que o início dos cuidados paliativos deve fazer parte das fases da gestão da patologia oncológica desde o momento do diagnóstico como abordagem de promoção da qualidade de vida de pacientes e de seus familiares, uma vez que inúmeras intervenções são direcionadas para aplacar o sofrimento dentro dos domínios físico, psicossocial e espiritual, e quando prestadas precocemente se dá oportunidade para os pacientes se beneficiem ao máximo dos recursos paliativos dentro da ideia de tempo imposta pela evolução da doença (Temel *et al.*, 2010; Zimmermann *et al.*, 2014; Vayne-bossert *et al.*, 2017; Hui *et al.*, 2018; WHO, 2020a).

Importa salientar, que a referida integração não implica em pacientes e familiares terem que tomar decisões sobre os cuidados de fim de vida antes da hora ou sem estarem seguros emocionalmente (Ferrell *et al.*, 2017).

Segundo Bakitas *et al.* (2020), para pacientes com metástase e alta carga de sintomas, os cuidados paliativos configuram tratamento oncológico de alta qualidade. Porém, em todo o mundo, embora tenha sido declarado pela OMS como um direito humano, identificou-se que os serviços especializados em cuidados paliativos para pessoas com câncer estão sendo ofertados de forma desigual, se concentrando em áreas urbanas onde existem mais recursos. Indubitavelmente, é necessário buscar o reconhecimento dos pacientes elegíveis; o aprimoramento dos processos de comunicação entre as equipes de saúde e seus usuários, e um correto encaminhamento para serviços especializados, incluindo o acompanhamento até o fim da vida (Frossard; Almeida, 2022).

Neste sentido, de acordo com Bittencourt *et al.* (2023), no campo dos cuidados paliativos, considera-se a segurança do paciente uma prioridade estratégica, uma vez que o paciente tem maior chance de estar vulnerável e, isso leva a riscos isolados ou associados, como: perda de força muscular, dificuldade para sair do leito, caquexia, alteração cognitiva, fragilidade da pele, prescrição de sedativos e opioides, presença de dispositivos invasivos, isolamento social, entre outros. Além disso, revela-se uma complexidade que exige articulação de diversos saberes para acurada atenção nos processos assistenciais que contêm riscos inerentes, apenas variando a natureza e a escala.

Sendo assim, maximizar a qualidade do atendimento é, particularmente, importante ao se evidenciar que os pacientes podem estar gravemente doentes, com múltiplos sintomas e apresentando um amplo espectro de necessidades, que aumentam as demandas conforme a doença avança tornando essencial a prestação de cuidados de excelência (Lau *et al.*, 2014; Schweighoffer; Blaese; Liebig, 2021). Para além, várias organizações têm incorporado abordagens de melhoria da qualidade para elevar o nível de excelência no campo dos cuidados paliativos em Oncologia (Satija *et al.*, 2022; Triandaflidis *et al.*, 2024).

5.2 Qualidade em saúde e segurança do paciente

A história da melhoria da qualidade tem a sua origem no cirurgião geral Ernest Codman (Cameron; Rangel, 2016), pioneiro no conceito de medição contínua e *feedback* como princípio essencial na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. No sentido moderno de medicina baseada em evidências, Codman (Young; Smith, 2022) defendeu a padronização da prática e a manutenção de registros que permitissem uma análise retrospectiva de como os processos afetam os resultados. Ao longo da sua jornada, objetivou medir e rastrear dados para determinar se a qualidade foi entregue e/ou como poderia melhorá-la.

Ainda segundo Young e Smith (2022), foi na década de 60 que o estudioso Avedis Donabedian, começou a defender que os gestores da qualidade da saúde deveriam quantificar os processos de atendimento, além de medir as estruturas dos sistemas e os resultados, seguindo a liderança de Codman e, também de Deming conhecido por sua influência no controle de qualidade da fabricação de automóveis. Donabedian (1980) absorveu da teoria de sistemas a noção de indicadores de estrutura, processo e resultado, adaptando-a à realidade da assistência em saúde que o transformou em um clássico nos estudos de qualidade em saúde. Além disso, sinalizou o conceito de cuidado de qualidade, definindo-o como aquele capaz de potencializar o bem-estar do paciente, considerando ganhos e perdas esperados em todas as etapas do processo. Assim, concebeu a histórica classificação da qualidade do cuidado por meio da tríade: estrutura, processo e resultado, pressupondo a existência de uma interligação entre eles, ou seja, um recurso ou tecnologia – estrutura, que contribui para o diagnóstico e tratamento adequados – processo, do qual resulta um estado de saúde favorável – resultado.

O *Institute of Medicine*, agora chamado de *National Academy Medicine*, após a passagem de uma década, propõe que a qualidade do cuidado é o grau com que os serviços de saúde, voltados para cuidar de pacientes ou de populações, aumentam a chance de produzir os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual (Chassin; Galvin, 1998). Atualmente, considerando essas definições, a qualidade nos cuidados de saúde é uma estrutura multidimensional que abrange seis pilares para garantir que o cuidado seja seguro, oportuno, eficaz, equitativo, eficiente e centrado no paciente (IOM, 2001).

Em consonância com esse conjunto de ideias, a OMS compreende que a melhoria da qualidade é um sistema iterativo que visa melhorar o desempenho por meio de identificação das necessidades, implementação de mudanças e monitoramento, além de fundamental na avaliação sistemática dos processos que evidenciam como os cuidados de saúde são prestados

pelos profissionais de saúde aos pacientes (WHO, 2022). Outros autores se referem à melhoria da qualidade como o esforço para modificar a estrutura, o processo e os resultados do atendimento, desenvolvendo uma mudança organizacional com novas decisões políticas e intervenções estratégicas, como: a educação continuada, as auditorias e o *feedback* ou retorno de dados de qualidade aos envolvidos, e suporte à decisão clínica para a assistência preconizada (Lau *et al.*, 2014).

Evidente, que medir a qualidade da assistência e da documentação hospitalar tem um caráter prioritário na maioria dos sistemas de saúde, a fim de retratar a qualidade da assistência, reforçar a transparência, garantir a responsabilização e a continuidade do cuidado. A realização de registros completos, além de necessidade legal e ética, é parte integrante da prática clínica e essencial para a segurança (McCarthy *et al.*, 2019). Sabe-se que as consequências da descontinuidade do cuidado estão associadas a fatores como aumento do custo e tempo de internação, reinternações, eventos adversos, erros no diagnóstico ou tratamento e queda da satisfação do paciente (Azzolini *et al.*, 2019).

O'Hanlon *et al.* (2021), sinalizam que embora os resultados relatados por familiares e cuidadores possam ser fonte preciosa de informações para promoção de melhorias, outros aspectos do cuidado como os processos de atendimento, particularmente em destaque neste estudo, são de grande importância. De forma progressiva, as medidas de processo revelam falhas que as ações para maximizar a qualidade podem mitigar, mas muitas vezes, não são realizadas por não serem coletadas sistematicamente.

Assim posto, desenvolver bons critérios de avaliação da qualidade da assistência tem a capacidade de fazer com que os prestadores de serviços de saúde entendam melhor suas formas de trabalho e desenvolvam abordagens mais efetivas e, para tal, padrões de processo constituem-se em elementos centrais de sistemas de auditoria de práticas e serviços de saúde. Além disso, o enfoque na qualidade de processo permeia os estudos que buscam identificar e explicar as variações no uso de recursos de saúde, inclusive tecnológicos, na atenção a um problema e as ocorrências de assistência fora dos padrões de atendimento (Portela, 2000).

Diante deste cenário, consolida-se a segurança do paciente que é uma dimensão da qualidade de fundamental importância. Ressalta-se, o Plano Global para a Segurança do Paciente da OMS, que define a segurança do paciente como um conjunto de atividades organizadas que criam culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes no cuidado de saúde, e que de forma coerente e sustentável, reduzem riscos e danos

evitáveis, bem como tornam os erros menos prováveis e reduzem seu impacto quando eles de fato ocorrem (WHO, 2020).

Destaca-se, ainda que todos os anos, milhões de pacientes sofrem lesões devido a cuidados de saúde inseguros chegando a ser uma das dez principais causas de morte e incapacidade no mundo (WHO, 2019). Sendo assim, as diversas circunstâncias envolvidas deram origem às seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente: identificar o paciente corretamente; melhorar a eficácia da comunicação; melhorar a segurança dos medicamentos de alta-vigilância; assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde e reduzir o risco de danos ao paciente decorrente de quedas (JCI, 2017).

Em relação ao processo comunicativo, Goldraj *et al.* (2021) registram que a falta de comunicação eficaz é frequentemente motivo de descontinuidade do cuidado e de recorrência de sintomas previamente controlados, podendo causar sofrimento desnecessário no final da vida, além de ser uma causa bem documentada na literatura de eventos sentinela, considerados os mais graves que devem ser notificados

O posicionamento posto anteriormente, deixa explícito que o compartilhamento insuficiente de informações entre os profissionais pode impactar negativamente na segurança do paciente, enquanto seu uso consistente e a avaliação de processos colaborativos podem favorecer positivamente. Assim, são fundamentais o compromisso e a responsabilidade no fornecimento de informações acerca das condições do paciente nos cenários da assistência especializada, pois não só possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional, como os melhores resultados (Schweighoffer; Blaese; Liebig, 2021, Kuusisto *et al.*, 2022).

Nesse contexto, fatores organizacionais devem atuar facilitando a transferência de informações entre as equipes, sendo fundamental o aprimoramento dos processos internos de comunicação para um melhor cuidado disponibilizado pelos profissionais (Schweighoffer; Blaese; Liebig, 2021; Goldraj *et al.*, 2021). Para Kuusisto *et al.* (2022), espera-se que sejam seguidas diretrizes para que o conteúdo e o significado das informações permaneçam sempre os mesmos, independentemente de quem os registra.

5.2.1 *Improvement science* – Ciência da melhoria

Nos últimos anos, as propostas de intervenções para a melhoria do cuidado de saúde têm ganhado destaque, ao saírem da intuição pessoal para o planejamento e a sistematização, com real incorporação das ciências sociais e maior valorização do papel do ambiente. Assim, a Ciência da Melhoria do cuidado de saúde vem gradativamente se estabelecendo, propiciando referencial conceitual e metodológico para tais pesquisas (Portela *et al.*, 2016).

Ainda de acordo com Portela *et al.* (2016), a Ciência da Melhoria é o estudo voltado para o desenvolvimento e a avaliação de ações direcionadas à melhoria da qualidade do cuidado, analisando como funcionam e produzem resultados esperados em determinado contexto, bem como o estabelecimento de estratégias para a sua disseminação. Deste prisma, estudiosos vêm buscando melhorar a segurança, os processos e a eficácia dos cuidados de saúde, compreendendo como os fatores organizacionais e os processos favorecem à melhoria contínua dos cuidados por meio de práticas estabelecidas ou adaptadas à realidade, vislumbrando conciliar com a sistematização científica para posterior generalização. No seu fundamento encontram-se os projetos de melhoria de qualidade que valorizam a concepção e a implementação de mudanças, e o conhecimento adquirido a partir da experiência de realizá-las.

Em nível mundial, em termos metodológicos existem inúmeras possibilidades para apresentação desses projetos de melhorias. Destaca-se a aplicação de ciclos *Plan-Do-Study-Act* (PDSA), em português Planejar-Executar-Estudar-Agir, que se concentra no cerne da mudança, por meio do planejamento antes da implementação da intervenção, visando respeitar o rigor da avaliação, o tempo, a experiência dos participantes, o suporte gerencial e o financiamento necessário (Young; Smith, 2022). Neste sentido, trata-se de uma abordagem para aperfeiçoar sistematicamente processos e resultados, que deve ser realizada pela repetição dos seus ciclos. Gaudreault-Tremblay *et al.* (2020) explicam a referida abordagem explanando que o primeiro verbo do acrônimo é planejar e se refere ao estágio inicial do ciclo onde é necessário definir um objetivo, descrever detalhadamente o que será feito e incluir previsões para as próximas etapas. Alertam que devido à alta importância do planejamento é recomendável contar com ferramentas de apoio como plano de ação visando explicitar qual será a intervenção, quem são os responsáveis pelas ações, suas finalidades e prazos. A segunda etapa do ciclo corresponde a executar que significa a aplicação propriamente dita da intervenção planejada anteriormente. Já a etapa de estudo diz respeito à análise dos dados e seu objetivo é se dedicar a comparar os resultados obtidos com as previsões iniciais. Para o fechamento do ciclo se tem o agir, que

pressupõe que o aprendizado das etapas anteriores será considerado para ajustes no próximo ciclo com o intuito de garantir a qualidade.

Ressalta-se que, no que concerne ao planejamento, a proposta do plano de ação visando melhoria da qualidade pode ser pormenorizada na ferramenta 5W2H, conhecida por seus questionamentos orientadores - compõe-se de sete perguntas para cada plano: o que?, por que?, onde?, quem?, quando?, como? e quanto custa?. Assim, proporciona sistematização e objetividade com intuito de realizar um roteiro que permite entender as particularidades do problema para, então, propor estratégias para mitigá-lo (Santos; Santos; Fernandes, 2023).

Entre as vantagens do planejamento está reduzir ao máximo gasto de tempo e perda financeira, concomitante com mudanças que tendem a ser melhores uma vez que se aprende com os processos viáveis e com aqueles que não são indicados seja pela baixa qualidade ou falta de segurança (McQuillan *et al.*, 2016).

Além disso, segundo Lachman (2018), como a segurança do paciente tem liderado o caminho em pesquisa na área da qualidade, seus avanços envolvem a testagem de teorias para que possam ser aplicadas em diferentes contextos, logo, também tem sido uma área de estudo com muitas falhas na generalização dos resultados e soluções divulgadas. Assim, para evitar o aumento dos riscos, efeito contrário ao almejado pelo campo em questão, o autor sugere que pesquisas envolvendo segurança do paciente sejam fundamentadas em sólidas teorias que considerem a estrutura organizacional, as culturas e o contexto para o alcance de melhorias nos sistemas de crenças e comportamento humano. Desse modo, a investigação necessariamente apresentará a relação entre os construtos; a capacidade de testar a teoria para estabelecer causalidade e, ainda, medirá os processos e resultados com método estatístico definido. Além disso, deverá ter uma conclusão parcimoniosa, que poderá ser generalizada dentro de uma base de evidências.

Em consonância com o exposto, para os cuidados paliativos, a melhoria da qualidade se inicia com a avaliação sobre o que uma intervenção pode gerar tanto positivamente quanto negativamente, em qual nível de qualidade está posicionada e como podem surgir alterações na prática. Desse modo, só será possível um processo de melhoria, se for desenvolvido cuidadosamente um planejamento estratégico, comunicação clara e consensos organizacionais quanto à missão e à visão para almejar mudança de comportamento (Capelas, 2019).

5.3 Gestão da clínica

No Brasil, tem ganhado destaque a concepção sobre a integralidade do cuidado, a partir das transformações ocorridas nos programas de saúde direcionados à oferta, no âmbito dos princípios do Sistema único de Saúde (SUS), quais sejam: universalidade, equidade e integralidade (Padilha *et al.*, 2018).

A concepção de integralidade no SUS está associada à uma conexão com a entrega de valor em saúde que varia com contexto social, familiar e cultural no qual estão inseridas. A integração de ações diz respeito à promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Além disso, na perspectiva do cuidado considera as pessoas como um todo, para o atendimento às suas demandas e necessidades de cuidado em todas as suas dimensões, quer dizer não se restringe a condição de beneficiárias incluindo-as como provedoras de cuidado (Brasil, 2023).

Nessa direção, Barros *et al.* (2020) sinalizam que a criação do SUS teve inspiração no modelo do *National Health Service*, preconizando modificações para financiamentos, cobertura assistencial, acesso aos serviços e integralidade do cuidado. O modelo de saúde em redes foi uma inovação fundamental para o desenvolvimento global do sistema com unidades independentes e, ao mesmo tempo, articuladas entre si, aptas à coordenação das práticas clínicas assegurando a continuidade e a globalidade dos serviços.

No estudo clássico de Mendes (2001), é possível compreender a ideia de execução do modelo em questão por meio da gestão da clínica. Para o autor, a gestão da clínica é um conjunto de tecnologias de microgestão com bases em diretrizes clínicas que promove atenção qualificada à saúde, centrado na pessoa, efetivo e estruturado por evidências científicas. Por essas características, considerado um caminho seguro evitando danos aos pacientes e profissionais, já que induz eficiência por meio de custos ótimos, com prestação de assistência no tempo certo sendo equitativo com intenção de reduzir desigualdades e pautado na humanização do cuidado.

Segundo Padilha *et al.* (2018), por meio da gestão da clínica se prioriza o trinômio saúde-gestão-educação, onde os indivíduos estão implicados no cuidado integral à saúde e nos processos de aprendizagem para transformar a prática assistencial no país. Destaca-se, a articulação de diversos saberes e compartilhamento do poder de decisão entre gestores, profissionais e usuários, sendo possível atingir um cuidado integral, qualificado e seguro,

voltado a atender às necessidades de saúde de indivíduos e populações, por meio de renovações nas rotinas de atenção, gestão e educação.

Ressalta-se, que a gestão da clínica se constitui de tecnologias sanitárias que advêm das diretrizes clínicas para a partir delas desenvolver outros métodos, como: gestão da condição de saúde, gestão de caso, lista de espera e auditoria clínica (Barros *et al.*, 2020). Vale pôr em relevo, que as diretrizes clínicas são recomendações que guiam decisões sobre cuidados de saúde apropriados em condições clínicas específicas sistematicamente desenvolvidas para apoiar profissionais e pacientes. Adiciona-se, que são eficazes para aumentar a qualidade dos cuidados, as conhecidas *Guidelines* (linhas-guia) e protocolos clínicos (IOM, 1990).

Complementando o exposto anteriormente, se recorre a Mendes (2011) visando elucidar os conceitos-chave da gestão da clínica. Para o estudioso, a gestão da condição de saúde é um processo de gerenciamento de determinada condição de saúde crônica por meio de intervenções gerenciais, educacionais e propostas de cuidados. Para o seu desenvolvimento são necessários os conhecimentos sobre linha de cuidado, gestão de risco, programação de condições de saúde e mudanças comportamentais baseadas em educação permanente para profissionais e educação em saúde para usuários.

Em relação a gestão de caso, se compreende como processo cooperativo entre o profissional gestor do caso e a pessoa portadora de uma condição de saúde crônica, identificando sua rede de apoio para o planejamento dentro da situação real do paciente, inclusive financeira, adaptando seu tratamento e facilitando a autonomia até quando for possível. Já a lista de espera é considerada uma tecnologia fundamental que normatiza o uso de serviços por meio de critérios de ordenamento em consonância com necessidades e riscos promovendo a transparência em pontos de atenção à saúde.

Chama a atenção, a definição de Mendes (2011) sobre auditoria clínica, que é um processo de autoanálise onde os profissionais de saúde podem avaliar seu desempenho e propor mudanças visando melhorias no atendimento ofertado.

Relacionando esse universo teórico com o contexto dos cuidados paliativos, se afirma com base nos estudos de Schweighoffer; Blaese e Liebig (2021), que existem lacunas entre as diretrizes clínicas e as práticas em saúde que tem potencial para resultar em cuidados ineficazes e falhas na segurança do paciente. Por outro lado, os autores se referem ao gerenciamento de caso como útil para uma boa troca de informações pela existência de um coordenador e, conseqüentemente, para uma melhora da qualidade do atendimento ao paciente, mas tal fato ainda não está muito claro. Somando-se a isso, para Antunes *et al.* (2018) e Triandafilidis *et al.*

(2024), as auditorias clínicas internas periódicas são importantes ferramentas da qualidade para medir a prática em relação a um padrão definido.

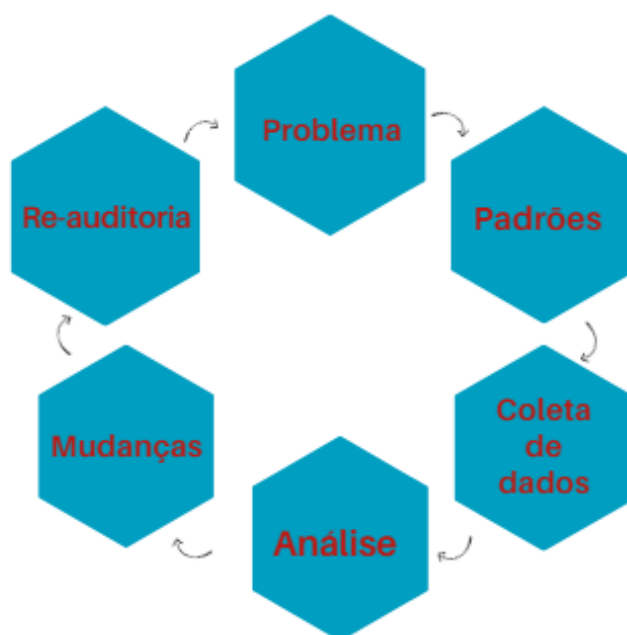
5.3.1 Auditoria clínica e revisão de prontuário: uma aproximação conceitual

Há décadas, a auditoria médica foi formalmente introduzida nos serviços de saúde e evoluiu para auditoria clínica quando foram unidas as auditorias médica, de enfermagem e terapêutica. Consiste em medir um resultado clínico ou um processo, considerando quais são os padrões estabelecidos nos princípios da medicina baseada em evidências, buscando revelar as não conformidades entre a prática e as metas, a fim de identificar as mudanças necessárias para melhorar a qualidade do atendimento (Esposito; Dal Canton, 2014; Crabtree; Sundararaj; Pease, 2020).

Destaca-se, a auditoria clínica interna que além de sua função de medição é uma atividade essencial para apoiar as organizações na conquista de seus objetivos e no alcance do desempenho profissional de alta qualidade. Diante das dificuldades econômicas enfrentadas devido ao aumento das demandas de saúde, se percebe que a eficiência e a eficácia representam elementos fundamentais para garantir a otimização dos recursos e para os melhores resultados em saúde (Azzolini *et al.*, 2019).

É notória, a importância da auditoria na prática clínica. Reconhecida como primordial na monitorização e aperfeiçoamento da qualidade dos cuidados em saúde considerada ferramenta robusta para mudanças. Salienta-se, que um ciclo de auditoria bem executado por si só, não estabelece obrigatoriamente a melhoria da qualidade, mas sinaliza a evidência de necessidade de recursos específicos para efetuar avanços (Esposito; Del Canton, 2014; Crabtree; Sundararaj; Pease, 2020), conforme demonstrado na figura 1.

Figura 1 - Seis passos sequenciais da auditoria clínica:



Fonte: adaptado de Crabtree; Sundararaj; Pease, 2020.

No losango de partida, se encontra o campo: problema, que se refere a identificação de uma dificuldade e definição de uma pergunta. Sugere-se investir tempo para que a atividade seja elaborada, certificando-se que existe um método para diferenciar os registros de saúde que serão revisados. Segue-se o ciclo com o campo intitulado padrões, que corresponde à identificação de padrões específicos, mensuráveis e alcançáveis. Alerta-se, que muitas vezes, a auditoria não é realizada porque não há normas publicadas, mas se pode recorrer a padrões estabelecidos por órgãos nacionais e internacionais por meio de pesquisa bibliográfica, escolhidos e acordados de forma coletiva.

No terceiro losango, se posiciona o campo de coleta de dados, que está associado à captação retrospectiva de informações da documentação em revisão. Embora possa ser prospectiva, é possível haver vieses inerentes à comunicação de uma auditoria em andamento ou ter que aguardar a ocorrência de um evento. Prossegue-se o ciclo com o campo análise, entendido como momento de analisar e interpretar. Aqui, podem ser incluídas limitações como falhas em localizar uma porcentagem dos registros de saúde solicitados ou tabelas de medicamentos, entre outros. Ressalta-se que a falta de informações vai limitar a extração de dados.

Caminhando para a conclusão do ciclo, se destaca o campo denominado mudanças. Nesta fase, se busca fazer alterações na coleta de dados, assim como um plano de ação para

tomar providências. Onde várias mudanças forem necessárias é fundamental acompanhá-las para que o processo seja envolvente e construtivo, dando tempo para que sejam aceitas. E, encerrando o ciclo se encontra o campo nomeado reauditoria, que permite estabelecer uma comparação com os resultados do primeiro ciclo, verificar se uma melhoria de fato aconteceu e, ainda, refinar a pergunta ou os padrões.

Assim posto, chama-se atenção para o processo de auditoria clínica interna onde é recomendado o uso da metodologia de revisão de prontuários como uma medida objetiva de avaliação dos cuidados prestados (Jazieh *et al.*, 2019). Recordar-se, que conforme, a Resolução CFM nº 1.638/2002, o prontuário médico é definido como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (Brasil, 2002).

Em complementação ao exposto anteriormente, para Vayne-Bossert *et al.* (2017) a metodologia de revisão de prontuários tem sido utilizada com sucesso em diversos campos de pesquisa e deve ser feita sempre que necessária a avaliação da qualidade dos registros hospitalares. É, frequentemente, escolhida para realizar pesquisas retrospectivas, avaliações de cuidados, conduzir atividades de melhoria de qualidade e facilitar investigações epidemiológicas, educação e pesquisa clínica, sendo a confiabilidade e a validade da revisão de prontuários dependentes das características da mesma, bem como da subjetividade dos elementos da revisão (Siems *et al.*, 2020).

As características desafiadoras da revisão de prontuários incluem documentação incompleta, variação na localização dos dados, divergências nas informações, jargões ou interpretação de caligrafia, informações irrecuperáveis, treinamento de revisores e resolução de discordâncias entre os mesmos (Siems *et al.*, 2020). Além disso, é possível que haja falha em localizar uma porcentagem dos registros documentados (Crabtree; Sundararaj; Pease, 2020).

Evidencia-se, que critérios de revisão objetiva com conteúdo definido e mensurável provavelmente têm alta confiabilidade e validade, enquanto critérios de revisão subjetiva podem ter concordância, validade e reprodutibilidade comparativamente reduzidas (Siems *et al.*, 2020).

A avaliação sistemática dos prontuários é imprescindível, destacando-se que a alta qualidade de um prontuário tem grande valor para: a definição do diagnóstico e do tratamento, a continuidade dos cuidados, a segurança do paciente, a comunicação estruturada e eficaz entre

os que cuidam e a eficiência dos cuidados prestados. Em oposição, a falta de informação e os registros imprecisos podem trazer prejuízo ao paciente ou danos irreversíveis, e não são dignos de organizações que queiram ser de excelência dentro do sistema de saúde (Azzolini *et al.*, 2019).

5.3.2 Comissão de Revisão de Prontuários

A Comissão de Revisão de Prontuários atende a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.638 de 10 de julho de 2002, que a torna obrigatória onde se presta assistência médica. A Comissão tem natureza consultiva, deliberativa, normativa e independente, e tem por objetivo analisar e acompanhar os prontuários médicos confeccionados em papel ou na forma eletrônica (Andrade, 2020).

Ainda de acordo com Andrade (2020), a implementação da Comissão nas instituições de saúde brasileiras contribui para a solidificação de um método de fiscalização, orientação, incentivo e capacitação do corpo clínico, no que se refere à melhoria na qualidade das informações que são inseridas nos prontuários dos pacientes. Nestes termos, sabe-se que algumas instituições realizam seus registros de forma híbrida, portanto, destaca-se a Resolução CFM nº 1.821 de 11 de julho de 2007, que aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes (Brasil, 2007).

Diante do exposto, cabe destacar outra competência da Comissão no que tange à verificação dos itens que devem constar obrigatoriamente do prontuário: identificação do paciente, data de nascimento, sexo, nome da mãe, naturalidade, endereço completo, anamnese, exame físico, exames solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo, tratamento efetuado no paciente, evolução diária com data e hora, discriminação dos procedimentos e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando armazenados em meio eletrônico, legibilidade da letra do profissional no prontuário de papel, bem como a identificação dos prestadores do atendimento com a assinatura e o respectivo número do Conselho Regional (Brasil, 2002).

Em conexão com as ideias anteriores, se alerta para a existência dos casos onde há impossibilidade de extração de elementos integrantes da história clínica do paciente. A ausência desses conteúdos não impede o relato médico completo dos procedimentos realizados que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

Considerando a importância do registro, é adequado o mergulho na literatura corrente (Azzolini *et al.*, 2019; Schweighoffer; Blaese, Liebig, 2021), para destacar que o prontuário é um documento que pode ser auditado e deve expressar uma assistência qualificada sem desperdícios ou uso irregular de recursos, atos de negligência e omissões. Os registros de saúde são a comprovação da execução realizada com base nos princípios técnicos e científicos, bem como, a garantia da qualidade dos conteúdos inseridos nos prontuários e a manutenção de registros precisos e completos são primordiais para os relatórios administrativos e demandas judiciais.

Adicionado a isso, se afirma que por meio das ações da Comissão de Revisão de Prontuários com uso de instrumento de auditoria e da padronização da coleta de dados, é possível identificar quais são os processos que estão bem definidos, maduros e organizados para garantir a excelência do atendimento ao paciente e seus familiares, do ponto de vista multidisciplinar (Simplicio; Dini, 2023).

Levando em conta essa concepção, é fundamental uma lista de verificação dos registros para realização de auditoria clínica interna de prontuários com itens obrigatórios e pertinentes ao perfil do serviço de saúde. Dessa forma, a Comissão pode desempenhar um papel de destaque na construção de indicadores de qualidade dos serviços da saúde, além de favorecer a segurança do paciente (Andrade, 2020; Simplicio, Dini, 2023). Por fim, deverá existir uma estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade de saúde para oportuna discussão acerca dos resultados das avaliações realizadas (Brasil, 2002).

Cabe ponderar que há uma probabilidade de ampliação do uso do instrumento utilizado, ou seja, a lista de verificação pode abarcar a avaliação dos registros por categoria profissional. Alerta Grabois (2011), que os indicadores de qualidade podem favorecer uma discussão ampla acerca das atividades dos profissionais envolvidos no cuidado, de forma que a avaliação realizada pela Comissão possa gerar comprometimento significativo da força de trabalho na melhoria dos processos assistenciais.

5.3.3 Indicadores de qualidade em cuidados paliativos

Os indicadores de qualidade, considerados na prática clínica como elementos mensuráveis, objetivos, confiáveis e válidos, são indispensáveis para mensuração, monitoramento e melhoria dos padrões, especialmente quando se propõem a criar evidências e fornecer dados que permitam a identificação de áreas onde o desempenho pode ser melhorado.

Portanto, são a base quantitativa para ações como: avaliar uma determinada estrutura, processo ou resultado dos cuidados de saúde; monitorar e avaliar a qualidade de importantes funções de governança e de gestão clínica; servir de ferramenta de medição com capacidade de melhorar a qualidade do atendimento, dos serviços de suporte clínico e das funções organizacionais que afetam os resultados dos pacientes (Mainz, 2003; Capelas, 2019; WHO, 2022; Tanaka *et al.*, 2023).

Ao longo da história, os serviços de cuidados paliativos exploraram minimamente os indicadores que medem rotineiramente a qualidade do cuidado e para aqueles que desejam não existe um conjunto de indicadores que se aplique a todas as populações e ambientes ou que possa ser comparável (Dy *et al.*, 2015). Surge, então, a reflexão se as equipes paliativistas estão realizando os cuidados fielmente ao seu propósito, bem como se ocorreram mais acertos do que erros ou se faltou à oferta de suporte físico, social, psicológico e espiritual, o que uma avaliação sistemática pode evidenciar (Frossard, 2016).

Nos últimos anos, alguns indicadores de qualidade de cuidados paliativos foram discutidos e aprovados com o intuito de servir como referência sobre a qual um sistema de medição de estruturas, processos e resultados e de relatório de qualidade deve ser construído (NQF, 2006; Vayne-Bossert *et al.*, 2017; Tanaka *et al.*, 2023). Assim, de acordo com Capelas *et al.* (2018), o *National Consensus Project for Quality Palliative Care*, o *National Quality Forum* e o *National Coalition for Hospice and Palliative Care* descrevem que esses indicadores devem abarcar 8 domínios: estrutura e processo de cuidados, aspetos físicos do cuidado, aspetos psicológicos e psiquiátricos do cuidado, aspectos sociais, aspectos espirituais, aspectos culturais, cuidados ao doente em morte iminente e aspetos éticos e jurídicos.

Com base no modelo de Donabedian, os indicadores de processo são os mais comuns (Tanaka *et al.*, 2023; Mellett; O'Donovan; Hayes, 2020). Em consonância encontra-se o consenso evidenciado no estudo de Capelas *et al.* (2018) que definiu os indicadores prioritários portugueses, conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Consenso obtido para indicadores de cuidados paliativos (continua)

	Estrutura	Processo	Resultado	
Processo de cuidar	Equipe interdisciplinar constituída por profissionais com formação em cuidados paliativos: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, assistentes espirituais, entre outros	Plano de cuidados interdisciplinar, único por doente, por escrito ou informatizado, com descrição da avaliação, diagnósticos, plano terapêutico e cuidados prestados		
	Protocolos clínicos, de apoio emocional e familiar, e organização estrutural	Avaliação inicial e regular das necessidades: prognóstico, estado funcional, sintomas físicos, psicossociais e outros sintomas geradores de sofrimento, qualidade de vida, sobrecarga dos cuidadores, questões espirituais e existenciais, necessidades de apoio prático e financeiro, planeamento avançado dos cuidados do doente e necessidades da família, por equipe multidisciplinar, utilizando instrumentos validados com subsequente registo no processo do doente		
	As unidades de internação e as equipes de cuidados paliativos domiciliares deverão incluir na sua estrutura física um espaço para reuniões entre a equipe de saúde e os familiares dos doentes	Conhecimento do doente acerca da sua situação clínica, quando este for desejado pelo doente		
		Partilha na equipe, e entre os diversos locais de prestação de cuidados sobre objetivos, preferências, diretivas antecipadas de vida, valores do doente e informação clínica que permita a continuidade dos cuidados, educação prestada ao doente através de um documento que sumarize a assistência prestada a ser-lhe entregue no momento da alta		
		Formação da família e do cuidador informal de maneira a conseguirem cuidar de forma segura do doente		
		Registo dos objetivos dos cuidados nas primeiras 72h		
		Avaliação e registo de sintomas e do estado global de saúde, com uso de instrumentos validados, nas primeiras 48h de admissão		
		Existência de plano terapêutico para resgate nos casos de agravamento ou retorno súbito de sintomas		

Quadro 1 – Consenso obtido para indicadores de cuidados paliativos (continuação)

Processo de cuidar		Utilização dos opioides para o controlo da dor, segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde	
		Reavaliação dos sintomas físicos, avaliação funcional, dor, dispneia, disfagia, fadiga, mucosite, insónia, anorexia, náuseas, vômitos, anemia e sintomas relacionados, em todas as consultas	
		Ajuste do plano terapêutico em função do controle de sintomas, até 24-48h após o início ou alteração da terapêutica, dos sintomas com intensidade grave à severa, ou o registo das razões para não o fazer	
		Utilização de opioides para o controle da dispneia no doente que não responde à terapêutica com não-opioides ou de causa desconhecida, ou o registo de contra-indicação da terapia	
Aspetos psicológicos e psiquiátricos do cuidar	Existência de programa de apoio ao luto, meios de acesso, identificação de casos de risco e diferentes protocolos de atuação	Elaboração e disponibilização de plano individualizado de apoio ao luto que disponibilize cuidados antes da morte do doente e se prolongue pelo tempo necessário pelo familiar	
		Utilização de antipsicóticos ou outras medidas dirigidas à causa, nos casos de agitação terminal	
Aspectos sociais do cuidar		Identificação do cuidador principal nas primeiras 48h de admissão do doente	
		Discussão dos objetivos dos cuidados com a família do doente	
Aspetos espirituais, religiosos e existenciais do cuidar		Disponibilização de suporte espiritual baseado na avaliação da religião do doente, preocupações existenciais e espirituais, utilizando um instrumento de avaliação estruturado, integrando a informação obtida no plano terapêutico geral do doente	

Quadro 1 – Consenso obtido para indicadores de cuidados paliativos (conclusão)

<p>Aspetos culturais do cuida</p>		<p>Avaliação cultural que inclua valores que orientem a tomada de decisão, preferências quanto à transmissão da informação e de comunicação da verdade, tomadas de decisão, hábitos alimentares, linguagem, comunicação familiar, desejo de medidas de suporte, assim como de medidas paliativas, terapêuticas complementares, perspectivas sobre a morte, sofrimento e luto, rituais de velório/funeral</p>	
<p>Cuidados ao doente em morte iminente</p>		<p>Registo da transição para a fase de morte iminente e comunicação ao doente, família e equipe</p> <p>Utilização de opioides e sedativos para a promoção do conforto do doente, se apresentar sintomatologia que justifique a sua indicação, trabalhando com a família os mitos dos mesmos anteciparem a morte</p> <p>Cuidados ao corpo pós-morte de acordo com os valores religiosos e espirituais do doente e de acordo com a legislação em vigor, quando os mesmos são efetuados pela equipe de saúde</p>	<p>Presença de familiares, se assim desejarem, no momento da morte do doente</p>

Fonte: adaptado de Capelas *et al.*, 2018.

Outro ponto relevante, diz respeito à avaliação do impacto dos cuidados paliativos, que é ainda mais complexo do que em outras áreas da saúde quando se pensa em melhoria da qualidade de vida e aplicação de instrumentos de medição fiáveis. Por outro lado, especialmente quando a terminalidade está próxima, as prioridades clínicas mudam, assim as medidas de avaliação dos cuidados devem ser sempre ajustar aos novos objetivos, sendo necessário aprimorar os processos assistenciais para almejar uma morte confortável e segura como resultado da atenção ofertada (Capelas, 2019).

Nestes termos, destaca-se que a análise sistematizada dos indicadores na rotina institucional contribui para o avanço da cultura de avaliação do cuidado ofertado, a partir da qual se busca melhorias na assistência ao paciente, na efetividade e na eficiência (Capelas *et al.*, 2018).

6 METODOLOGIA DA PESQUISA

6.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo retrospectivo e de caráter quali-quantitativo desenvolvido em três etapas.

Na primeira etapa foram mapeadas as conformidades e não conformidades nos registros de cada categoria profissional de acordo com as listas de verificação preenchidas na auditoria clínica interna da Comissão de Revisão de Prontuários do HC IV;

Na segunda etapa, foi realizado um painel de especialistas para categorização das conformidades e não conformidades de acordo com o potencial de gravidade e um grupo focal para determinar as prioridades do plano de ação, bem como a produção pelos pesquisadores da primeira versão do produto técnico-tecnológico, qual seja: Plano de ação para melhoria dos registros em prontuário de pacientes em cuidados paliativos, que propõe estratégias de intervenção para as não conformidades;

Na terceira etapa realizou-se a validação do plano de ação por um comitê de especialistas, com a aplicação do método *Delphi*.

6.2 Cenário do estudo

O cenário do estudo foi a unidade de cuidados paliativos do Inca, denominada HC IV, localizado na cidade do Rio de Janeiro/RJ. Este hospital é responsável pelo atendimento integral dos pacientes com câncer sem possibilidades de cura provenientes das demais unidades assistenciais do Inca. É considerado um centro de referência de cuidados paliativos em Oncologia no país, onde são atendidos anualmente cerca de 1.600 novos pacientes (Inca, 2023). O seu corpo clínico é constituído por 21 médicos, 53 enfermeiros, 95 técnicos de enfermagem, 8 nutricionistas, 6 psicólogos, 6 fisioterapeutas, 8 assistentes sociais, 7 farmacêuticos e 20 técnicos de farmácia. Além de 20 recepcionistas, 3 técnicos de arquivo e 19 voluntários na Capelania.

6.3 Etapa 1: análise descritiva

Esta etapa foi desenvolvida por meio de uma análise retrospectiva. Foram analisados os itens das listas de verificação preenchidas pela Comissão de Revisão de Prontuários do HC IV no período estudado. Considerou-se importante as informações referentes aos “itens gerais”, “consentimento livre e esclarecido”, “avaliação e cuidado ao paciente”, “cirurgia e anestesia”, e os campos “encaminhamento para comissão de óbito”, “encaminhamento para comissão de ética”, “notificações” aos serviços envolvidos, data da internação e data do óbito.

Em 2015, a Comissão de Revisão de Prontuários do HC IV desenvolveu uma lista de verificação dos registros de cuidados prestados (Anexo A) referentes à qualidade de processo, por meio do engajamento de partes interessadas, ou seja, os membros da equipe de saúde e a liderança institucional. Esclarece-se que são considerados itens quantitativos que correspondem aos cuidados disponibilizados na internação hospitalar quando ocorreu o óbito.

O instrumento de auditoria do prontuário identifica os itens obrigatórios, bem como as atividades profissionais durante a avaliação e o acompanhamento do paciente, que remetem aos processos de cuidado.

Ressalta-se, ainda, que no HC IV o prontuário é híbrido, isto é, uma parte da documentação é realizada de forma manual e a outra no formato eletrônico, sendo ambas avaliadas.

6.3.1 Amostra do estudo da etapa 1

No período compreendido entre fevereiro de 2022 e março de 2023, foi definida uma amostra de 366 listas de verificação dos registros da assistência prestada, preenchidas pela Comissão de Revisão de Prontuários do HC IV. Todas as informações coletadas foram armazenadas em planilha eletrônica (Excel®).

6.3.2 Critérios de Inclusão e Exclusão

- **Critério de Inclusão**

Foram incluídas as listas de verificação dos registros de cuidados prestados preenchidas pela Comissão de Revisão de Prontuários do HC IV, no período compreendido entre fevereiro de 2021 a março de 2023.

- **Critério de Exclusão**

Para este estudo, foi excluída a lista de verificação que pertencia a um paciente que ficou menos de 48 horas internado antes do óbito.

6.3.3 Considerações sobre variáveis coletadas na lista de verificação

Para cada item da lista de verificação (Anexo A) foi atribuído **conforme** para atendido; **não conforme** quando não atendido, seguido da categoria que não realizou o registro; **não se aplica** para sem indicação e **missing** para informação não encontrada. No Quadro 2, apresenta-se a relação das variáveis e das categorias responsáveis pelo preenchimento no prontuário.

Quadro 2 – Relação das variáveis referentes a qualidade de processo e das categorias responsáveis pelo preenchimento

Variáveis	Categorias responsáveis
Identificação do paciente nos formulários	Medicina, Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia e Serviço social
Letra legível	
Identificação do profissional com nome completo por extenso e número do conselho na falta do carimbo	
Assinatura do profissional	
Carimbo do profissional	
Data nas evoluções diárias	
Hora nas evoluções diárias	
Espaços em branco na evolução em prontuário	
Registro do encaminhamento/oferta de suporte espiritual especializado	
Avaliação da Nutrição	Nutrição
Avaliação da Psicologia	Psicologia
Avaliação da Fisioterapia	Fisioterapia
Avaliação do Serviço Social	Serviço Social
Avaliação funcional pela <i>Karnofsky Performance Status</i> (KPS) considerada uma escala validada para avaliar o estado funcional de pacientes com doença grave (Mehta <i>et al.</i> , 2021)	Medicina, Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia
Avaliação de admissão no dia da internação hospitalar	Medicina, Enfermagem
Avaliação cognitiva diária	
Registro do óbito	
Termo de consentimento livre e esclarecido para procedimentos invasivos	Medicina
Termo de consentimento livre e esclarecido para hemotransfusão	
Necessidades clínicas imediatas (primeira avaliação médica pela rotina da internação hospitalar)	
Exames solicitados/checados	
Definição de cuidado ao fim da vida	
Cópia da declaração de óbito	
Diagnóstico pré-operatório/indicação	
Nome do cirurgião e assistentes	
Sinais vitais e nível de consciência no pós-operatório	
Plano de cuidados de enfermagem	Enfermagem
Avaliação do 5º sinal vital (dor)	
Controle de dor pela escala visual analógica após uso de medicação analgésica de resgate (EVA pós-resgate)	
Relato sobre o preparo do corpo	
Ficha de avaliação de Capelania com indicação das necessidades espirituais	Voluntários

Fonte: Inca, 2021.

Em um segundo momento, foram incluídos na análise os itens de finalização da lista de verificação. Para esse campo foram atribuídos os resultados: **sim** para necessário, **não** para não necessário e **missing** para informação não encontrada. São eles:

- Encaminhamento do prontuário para Comissão de Revisão de Óbito;
- Encaminhamento do prontuário para Comissão de Ética Médica;
- Notificação realizada para à chefia médica, Divisão de Enfermagem, chefia do apoio técnico, Núcleo de Segurança do Paciente ou outros.

Os dados referentes à etapa 1 do estudo foram analisados por meio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 24.0. Para as variáveis categóricas foram descritas a frequência absoluta (n) e a relativa (%), e para a variável numérica tempo de internação foi apresentada a mediana, valor mínimo e máximo.

6.4 Etapa 2: elaboração do plano de ação

A etapa 2 está associada ao processo de elaboração do produto técnico-tecnológico intitulado: Plano de ação para melhoria dos registros em prontuário de pacientes em cuidados paliativos. Para tal, foram realizadas três ações distintas e complementares: painel de especialistas para categorização das não conformidades de acordo com o potencial de gravidade; execução de grupo focal para discussão dos resultados considerados **muito grave** e **gravíssimo**, bem como definição de prioridades para o plano de ação e classificação de urgência para cada intervenção e produção da primeira versão do plano de ação pelos pesquisadores.

6.4.1 Painel de especialistas para categorização das não conformidades

Para participação nesta fase, os membros da Comissão de Revisão de Prontuários e chefes de serviço foram convidados a opinar tecnicamente sobre o resultado da análise descritiva da etapa 1 respondendo um questionário estruturado via *Google Forms* (Apêndice B). Optou-se pelo uso da escala *Likert* sendo as respostas 1- **nada grave**, 2- **pouco grave**, 3- **grave**, 4- **muito grave** e 5- **gravíssimo**, para categorização das não conformidades de acordo com o potencial de gravidade sob a ótica dos participantes. Além disso, a intenção foi diminuir o tempo de realização do grupo focal, uma vez que o conteúdo para discussão coletiva se tornou mais consistente e objetivo.

6.4.1.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

- **Critérios de Inclusão**

Ser membro da Comissão de Revisão de prontuários ou chefe da Divisão de Enfermagem ou do apoio técnico ou do ambulatório ou da internação hospitalar (IH) ou da assistência domiciliar ou chefia da Enfermagem na IH e assinar o TCLE (Apêndice A).

- **Crêterios de Exclusão**

Não houve critério de exclusão.

A análise dos dados foi realizada pelo próprio *Google Forms* e apresentadas a frequências absoluta (n) e relativa (%).

6.4.2 Execu o do grupo focal

A inclusão de um grupo focal na metodologia deste estudo justifica-se por aumentar o potencial de adesão nas propostas de um plano de a o de melhoria da qualidade. Segundo Jones, Kwong e Warburton (2021)   crucial envolver a equipe clínica desde o início, quando são definidos as aspira es e os objetivos. Além disso, os autores afirmam que os profissionais de saúde que promovem o cuidado integrado demonstram maior envolvimento quando o foco principal está na melhoria da qualidade e não na inten o de redu o de custos.

Esclarece-se, que por escolha dos pesquisadores e do moderador, a análise conjunta dos dados foi idealizada para discussão dos itens categorizados como **muito grave** e **gravíssimo** visando o estabelecimento de prioridades para a elabora o do plano de a o institucional, bem como a classifica o da urgência para uma interven o.

6.4.2.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

- **Crêterios de Inclusão**

Ser membro da Comissão de Revisão de Prontuários ou chefe da Divisão de Enfermagem ou do apoio técnico ou do ambulatório ou da intern o hospitalar (IH) ou da assistência domiciliar ou chefe da Enfermagem na IH, assinar o TCLE (Apêndice A) e ter disponibilidade para participar na data e local estabelecido.

- **Crêterios de Exclusão**

Não houve critério de exclusão.

Segundo as indica es de Toledo *et al.* (2018), os autores sugerem a participa o de seis e quinze pessoas para garantir que todos participem de forma efetiva. Para garantir a memória

do evento foram utilizados dois aparelhos celulares para gravação do áudio, cujo arquivo foi transcrito em texto seguindo rigorosamente as disposições do Comitê de Ética em Pesquisa e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/Conep) visando assegurar os direitos dos participantes da pesquisa.

6.4.2 Produção da primeira versão do plano de ação pelos pesquisadores

O plano de ação tem como propósito subsidiar as atividades educacionais institucionais para diminuir as não conformidades em prontuário, vislumbrando alavancar níveis desejáveis de qualidade e segurança do paciente. A partir das prioridades evidenciadas pela visão coletiva do grupo focal, foram utilizadas as bases conceituais da pesquisa e a expertise dos pesquisadores para elaboração do conteúdo do plano de ação.

Decidiu-se, para apresentação das estratégias de intervenção no formato da ferramenta de gestão de 7 perguntas básicas para gerenciamento de problemas conhecida como 5W2H, sendo elas: o que, porque, onde, quem, quando, como e quanto custa, conforme quadro 3 (Santos; Santos; Fernandes, 2023).

Quadro 3 - Ferramenta de gestão 5W2H

5W					2H	
WHAT (O que?)	WHY (Por que?)	WHERE (Onde?)	WHO (Quem?)	WHEN (Quando?)	HOW (Como?)	HOW MUCH (Quanto custa?)
O que será feito? Qual é o objetivo?	Por que será feito?	Onde será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?	Como será feito?	Quanto custará fazer?

Fonte: adaptado de Sebrae/SC (SD).

6.5 Etapa 3: validação do conteúdo do plano de ação

Os princípios da psicometria elucidam que a validade de conteúdo de um instrumento diz respeito a sua capacidade de conter itens representativos do construto que se pretende avaliar, com clareza e relevância. Sabe-se, que na área da saúde o processo de validação de conteúdo direcionado para fins diversos como prática clínica, pesquisa, educação e administração, pode ser realizado por meio de instrumentos (Cook, Beckman, 2006).

Neste estudo, para a validação de conteúdo do plano de ação foi manejado o método Delphi, que prevê a análise e o consenso de especialistas no tema em questão (Marques; Freitas, 2018), e o uso da escala *Likert* de cinco pontos (Simms *et al.*, 2019).

Segundo Marques e Freitas (2018), o método Delphi se propõe a favorecer e aperfeiçoar a tomada de decisões de um grupo de especialistas, geralmente utilizando questionários respondidos em rodadas e individualmente pelos participantes visando uma resposta coletiva. Os resultados passam por análise criteriosa dos pesquisadores em cada rodada, assim, são observadas as opiniões dissonantes, bem como suas justificativas, para que produzam um compilado que será recebido pelo grupo posteriormente. Logo, os participantes terão a oportunidade de alterar ou defender suas respostas para reenvio aos pesquisadores. Esse processo deverá ser repetido até que se atinja um consenso.

6.5.1 Construção do comitê de especialistas

O comitê de juízes especialistas foi planejado para ser composto pelos membros do Núcleo de Segurança do Paciente atuantes no HC IV (NSP HCIV) com o intuito de alcançar uma análise precisa sobre a realidade estudada, viabilizando a participação de 10 a 17 participantes - número máximo de membros no NSP HC IV, mediante aceite do TCLE (Apêndice C) e seleção a partir dos critérios de inclusão estabelecidos. Segundo Pizzol (2004), com 6 a 15 participantes é possível uma participação efetiva e uma discussão adequada dos temas relevantes.

6.5.1.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

- **Critérios de Inclusão**

Os juízes especialistas deveriam ter no mínimo 01 (hum) ano de experiência na área de segurança do paciente; ou produção científica e/ou apresentação de trabalhos com a temática segurança do paciente; ou participação em 3 eventos de segurança do paciente nos últimos cinco anos.

- **Critérios de Exclusão**

Foram excluídos os juízes especialistas da área de saúde que não retornaram o questionário de avaliação preenchido no prazo estipulado após o seu recebimento.

6.5.2 Aplicação do questionário semiestruturado

Para a validação de conteúdo do instrumento foram previstas mais de uma rodada de avaliação pelos especialistas. Mesmo que na primeira rodada já fosse alcançado o IVC acima de 80%, ocorrendo o surgimento de sugestões de alteração de qualquer item seria realizada a análise criteriosa e os devidos ajustes quando considerados pertinentes para aprimoramento.

6.5.2.1 Primeira rodada

A aplicação do questionário teve o seguinte fluxo de investigação: primeiro foi estabelecido contato pessoalmente com os profissionais, em seguida o instrumento formatado no padrão da plataforma *Google Forms* foi encaminhado por e-mail para os membros do NSP HC IV (Apêndice D). Na carta de apresentação constavam os objetivos do estudo, as instruções quanto ao preenchimento e a importância da avaliação do conteúdo do plano de ação por especialistas. O acesso ao questionário digital era condicionado aos critérios de inclusão e ao aceite do TCLE.

Foi admitida apenas uma afirmativa para cada um dos itens, considerando a clareza quanto à forma escrita, isto é, se foi elaborada de modo a permitir leitura adequada e compreensão do conteúdo, a relevância que indica quanto o item representa o conteúdo que está

sendo medido e a pertinência que considera se os itens do instrumento são adequados e específicos no conteúdo em avaliação (Lemos *et al.*, 2017).

Quando a resposta foi precedida de **nada** ou **pouco** disponibilizou-se um espaço para comentários que pudessem justificar a discordância e contribuir para a posterior discussão do item em questão (Coluci; Alexandre; Milani, 2015).

6.5.2.2 Segunda rodada

A segunda rodada de avaliação quanto aos critérios de validade de conteúdo consistiu em enviar um novo questionário (Apêndice E) com as alterações referentes à opinião dos especialistas e seguiu as mesmas condições da primeira rodada.

6.5.3 Análise dos dados:

A escala aplicada foi composta por respostas que variam de um extremo ao outro e a posição central deve refletir um valor médio do atributo sem dar margem à dupla interpretação (Monteiro, 2013).

Para avaliar a clareza, as respostas incluíam: 1 = não claro, 2 = pouco claro, 3 = claro, 4 = muito claro e 5 = totalmente claro. Quanto à relevância, as respostas eram: 1 = nada relevante, 2 = pouco relevante, 3 = relevante, 4 = muito relevante e 5 = totalmente relevante. Assim também para a pertinência, as respostas eram: 1 = nada pertinência, 2 = pouco pertinência, 3 = pertinência, 4 = muito pertinência e 5 = totalmente pertinência.

A análise dos dados do estudo de validação foi realizada utilizando estatística descritiva para a obtenção do índice de validade de conteúdo (IVC), que mede a proporção ou porcentagem de respostas concordantes entre os especialistas. O cálculo foi realizado pela divisão do somatório das respostas **4** e **5** de cada profissional sobre o somatório do número total de respostas (Trindade *et al.*, 2018). Segundo Alexandre e Coluci (2011), o IVC aceitável deve ser de no mínimo 0,80 e preferencialmente maior que 0,90.

6.6 Esclarecimentos acerca dos aspectos éticos de todas as etapas da investigação

● Etapa 1: análise descritiva

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Inca (CEP-Inca) de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS N° 466/2012, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e aprovado sob o CAAE: 64553522.4.0000.5274, no dia 02 de dezembro de 2022 (Anexo B).

Releva-se, a importância da Resolução CNS N° 510/2016, que dispõe sobre normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvem 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.

Os dados da pesquisa serão mantidos em instrumentos próprios (impressos) e planilha no Excel®, sob minha guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa (Res. 466/12 - CNS, item XI.2f).

● Etapa 2: elaboração do plano de ação

Para realização desta etapa do projeto foi solicitada emenda junto ao CEP-Inca para inclusão de TCLE intitulado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Grupo Focal. A mesma foi aprovada em 04/10/2023 sob o CAAE: 64553522.4.0000.5274 (Anexo C).

A coleta de dados com membros da Comissão de Revisão de Prontuários ocorreu mediante assinatura do TCLE. Todos os dados foram mantidos em sigilo para evitar a identificação do participante.

● Etapa 3: validação do conteúdo do plano de ação

Para a realização desta etapa foi solicitada emenda junto ao CEP-Inca para inclusão de TCLE intitulado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Comitê de Especialistas. A mesma foi aprovada em 04/10/2023 sob o CAAE: 64553522.4.0000.5274 (Anexo C).

A coleta de dados com membros do Núcleo de Segurança do Paciente e chefes de serviço ocorreu mediante assinatura do TCLE. Todos os dados foram mantidos em sigilo para evitar a identificação do participante.

6.7 Riscos

6.7.1 Etapa 1: análise descritiva

A fim de mitigar os riscos relacionados à possível quebra de confidencialidade do prontuário, foi utilizado apenas código numérico sequencial no banco de dados, mantido o anonimato de pacientes e suas identidades protegidas.

6.7.2 Etapa 2: elaboração do plano de ação

Dentre os riscos ou danos possíveis aos convidados na presente etapa, aponta-se a possibilidade de desconforto, vergonha e aborrecimento ao responder às questões feitas pelos pesquisadores, bem como a possibilidade de cansaço devido à duração do grupo focal.

Como medidas minimizadoras para estes e outros eventuais riscos foi oferecido um local reservado e uma abordagem cuidadosa, respeitando valores, culturas e crenças; assegurados a confidencialidade, a privacidade e o zelo pelo sigilo dos dados fornecidos e pela guarda adequada das informações coletadas; além disso a entrevista poderia ser interrompida ou cancelada de acordo com a vontade dos participantes. Em caso de dano decorrente da participação na pesquisa, o participante pode buscar indenização, conforme leis vigentes no Brasil.

6.7.3 Etapa 3: validação do conteúdo do plano de ação

Os riscos nesta etapa estavam associados ao possível constrangimento apresentado pelos participantes ao responder o questionário. Além disso, considerando que o formulário *Google Forms* foi encaminhado por meio de *e-mail* pessoal, existiu o risco de perda de confidencialidade quanto a sua identificação no período de recrutamento dos especialistas para o envio do formulário. No entanto, o formulário preenchido foi devolvido ao pesquisador de forma não identificada. Desta forma, os dados foram tratados de forma confidencial, isto é, nenhuma informação que o identifique será divulgada em publicações resultantes da pesquisa.

6.8 Benefícios

6.8.1 Benefícios diretos

A população-alvo do estudo não foi beneficiada diretamente com esta investigação por se tratar de listas de verificação.

6.8.2 Benefícios indiretos

O principal benefício indireto é de âmbito institucional, uma vez que a avaliação sistemática dos prontuários e análise e interpretação dos dados propicia um ciclo virtuoso de segurança e qualidade da assistência direta aos pacientes em cuidados paliativos em Oncologia. Pretende-se obter um processo constante de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde com a proposta de identificação das áreas-chave e aperfeiçoamento dos registros.

7 RESULTADOS

7.1 Resultados da etapa 1: análise descritiva

Os resultados da etapa 1 estão apresentados no formato de artigo científico que será submetido para publicação em revista especializada.

Comissão de Revisão de Prontuários: conformidades e não conformidades de registro em um hospital de referência em cuidados paliativos em Oncologia

RESUMO

Introdução: no campo dos cuidados paliativos, a investigação dos registros em prontuário é essencial para o processo de checagem das ações executadas ou operadas em conformidade com seus objetivos pré-definidos. É notório que avaliar a qualidade da informação é fundamental para a continuidade dos cuidados e segurança do paciente. **Objetivo:** mapear as conformidades e não conformidades nos registros de cada categoria profissional de acordo com as listas de verificação preenchidas pela Comissão de Revisão de Prontuários de um hospital de referência em cuidados paliativos em Oncologia. **Método:** estudo retrospectivo e de caráter quantitativo baseado na análise do conteúdo das listas de verificação preenchidas pela Comissão de Revisão de Prontuários, no período compreendido entre fevereiro de 2021 e março de 2023, realizado na unidade de cuidados paliativos do Instituto Nacional de Câncer (Inca) localizado na cidade do Rio de Janeiro. As variáveis categóricas foram descritas com frequência absoluta (n) e relativa (%). **Resultados:** na pesquisa foram incluídas 365 listas de verificação de cuidados prestados pelas categorias de Medicina, Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Serviço Social, Capelania, Serviço de Recepção e de Arquivo. Verificou-se que a maioria dos prontuários apresentou elevado percentual de conformidade dos componentes tratados. Em contraposição, áreas críticas foram identificadas nos registros da Enfermagem. **Conclusão:** a auditoria tornou tangível e mensurável a qualidade da informação registrada, com um alerta para área da enfermagem, sendo premente mais estudos na temática em questão.

Palavras-chave: qualidade da assistência à saúde; segurança do paciente; cuidados paliativos; câncer; auditoria clínica.

Medical Records Review Committee: records conformities and non-conformities in a reference hospital for palliative care in Oncology

ABSTRACT

Introduction: In the field of palliative care, the investigation of medical records is essential for the process of verifying the actions performed or operated in according to their predefined objectives. It is known that assessing the quality of information is essential for continuity of

care and patient safety. **Objective:** map the conformities and non-conformities in the records of each professional category according to the checklists completed by the Medical Record Review Committee of a reference hospital in palliative care in Oncology. **Method:** retrospective and quantitative study based on the analysis of the content of the checklists completed by the Medical Records Review Committee, in the period between February 2021 and March 2023, carried out at the palliative care unit of the National Cancer Institute located in the city of Rio de Janeiro. Categorical variables were described with absolute (n) and relative frequencies (%). **Results:** 365 checklists of care provided by the categories of Medicine, Nursing, Nutrition, Psychology, Physiotherapy, Social Work, Chaplaincy, Reception and Archive Service were included in the research. It was found that most of the medical records presented a high percentage of compliance in several domains. On the other hand, critical areas were identified in the nursing records. **Conclusion:** the audit made the quality of the information recorded tangible and measurable, with a warning for the nursing area, and further studies on the subject in question are urgent.

Keywords: quality of healthcare; patient safety; palliative care; cancer; clinical audit.

INTRODUÇÃO

O processo acelerado de industrialização foi acompanhado pelo desenvolvimento do campo dos negócios com base na administração de empresas. Em âmbito mundial, no que tange à assistência em saúde, constata-se que o interesse científico direcionado ao aprimoramento do cuidado em saúde tem seu início no século XIX. Nesse sentido, a gestão de serviços de saúde sofreu grandes transformações em decorrência das necessidades impostas pelo mercado em questão, objetivando investigar se a qualidade foi entregue ou não (Young; Smith, 2022).

Na década de 80, o estudioso Donabedian (1980) concebeu a tríade “estrutura, processo e resultado” influenciando os gestores da qualidade da saúde a buscarem a quantificação da qualidade dos processos de atendimento, ou seja, diagnóstico, tratamento e acompanhamento para atingir os objetivos do cuidado, entre outras evidências científicas referentes à associação entre a estrutura e o processo de atenção, e os resultados na saúde do indivíduo ou da população.

Em nível de gestão, para a área de cuidados paliativos em Oncologia, o acompanhamento efetivo dos cuidados aos pacientes com câncer e seus familiares que enfrentam uma doença potencialmente limitante da vida, pressupõe um olhar especializado e resolutivo para assegurar a melhoria contínua da qualidade e a segurança nos serviços ofertados (Antunes *et al.*, 2018; Jazieh *et al.*, 2019; Satija *et al.*, 2022), sendo propício o modelo conceitual de Donabedian (Mellett; O'Donovan; Hayes, 2020).

Reportando-se, às origens dos cuidados paliativos é possível constatar que Cicely Saunders, uma das maiores referências mundiais, se utilizou dos seus próprios registros sobre

os cuidados ofertados para conceituar as dimensões física, emocional, social e espiritual, que envolvem diferentes aspectos inerentes ao ser humano e transcendem o cotidiano dentro das percepções de segurança, crenças e valores (Bittencourt *et al.*, 2023).

De acordo com Capelas (2019), para alcançar os objetivos deste cuidado holístico é indispensável à integração de avaliação, plano terapêutico, controle de sintomas, suporte psicológico, informação e comunicação, respeito aos valores e ética na assistência, mudanças na organização do trabalho de equipe e dos recursos, avaliação e monitorização dos resultados e melhoria contínua da qualidade. Assim posto, a equipe de cuidados paliativos atua de forma interdisciplinar e é composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, capelães, voluntários, entre outros (Vayne-Bossert *et al.*, 2017).

Diante desta magnitude de intervenções oferecidas, Triandafilidis *et al.* (2024) sinalizam a auditoria clínica como uma oportunidade para avaliação de aspectos específicos dos cuidados paliativos. Especificamente, a auditoria clínica interna dos registros referentes às atividades desenvolvidas pelos profissionais que cuidam diretamente dos pacientes e de seus familiares, se constitui em uma imprescindível ferramenta da qualidade. Além disso, a análise retrospectiva de como os processos podem afetar os resultados, incentiva a precisão da documentação e impulsiona as boas práticas e a qualidade dos serviços de saúde (Azzolini *et al.*, 2019). Outro ponto de atenção, é como o aprofundamento da importância de registros detalhados em prontuário vem auxiliando na educação das equipes de saúde (Vaghmare *et al.*, 2022).

Ressalta-se, que a revisão de prontuário é um método de acompanhamento baseado na documentação sobre assistência prestada em diferentes áreas de saber, bem como os relatos sobre as necessidades dos pacientes compartilhados entre os integrantes da equipe multiprofissional (Capelas, 2019; Jazieh *et al.*, 2019; McCarthy *et al.*, 2019; Simplicio; Dini, 2023). Nesta ótica, é pertinente a existência permanente de uma Comissão de Revisão de Prontuários (CRP), conforme estabelecido pela Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.638 de 10 de julho de 2002 (Brasil, 2002), como ocorre no Hospital do Câncer IV (HC IV), unidade de cuidados paliativos do Instituto Nacional de Câncer (Inca).

De acordo com Andrade (2020), a CRP de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, tem por objetivo avaliar os prontuários de saúde e contribuiu para fiscalização, orientação, incentivo e conscientização de todos os envolvidos nos processos

assistenciais, no tocante ao aperfeiçoamento da qualidade da informação inserida nos prontuários, à segurança do paciente e à produção de indicadores de qualidade.

É uma realidade que a ausência de informação ou as imprecisões nos relatos dos profissionais de saúde comprometem a comunicação eficaz e não expressam alto padrão de excelência de assistência de saúde existente em organizações reconhecidas pela sociedade em geral (Azzolini *et al.*, 2019; Simplicio; Dini, 2023).

Desse modo, vale enfatizar que o exame minucioso dos registros das atividades desenvolvidas pelo conjunto de profissionais paliativistas referentes à assistência ao paciente e embasados pelos objetivos pré-definidos no âmbito institucional, promove a identificação dos aspectos assertivos e dos riscos à continuidade dos cuidados e à segurança do paciente, bem como de potenciais áreas de melhorias, o que somente uma avaliação sistemática pode evidenciar (Frossard, 2016; Azzolini *et al.*, 2019). Portanto, cabe eliminar a lacuna entre o cuidado ofertado e a qualidade da informação registrada em prontuário.

Arremata-se, registrando que o estudo tem como objetivo axial mapear as conformidades e não conformidades nos registros de cada categoria profissional de acordo com as listas de verificação preenchidas pela Comissão de Revisão de Prontuários de um hospital de referência em cuidados paliativos em Oncologia.

MÉTOD

Trata-se de um estudo retrospectivo e de caráter quantitativo, desenvolvido entre fevereiro de 2021 e março de 2022, no HC IV, em uma unidade de referência em cuidados paliativos, localizado na cidade do Rio de Janeiro.

Foram incluídas todas as listas de verificação dos registros de cuidados prestados preenchidas pela CRP do HC IV no período estudado. Foi excluída uma lista de verificação que, no período estipulado, pertencia a um paciente que ficou menos de 48 horas internado antes do óbito.

A lista de verificação da CRP identifica os itens gerais obrigatórios e a descrição das atividades profissionais durante a avaliação, tratamento e acompanhamento até o óbito, referentes à qualidade de processo. Este instrumento não inclui avaliação de estrutura, a saber: atributos dos ambientes nos quais a assistência ocorre, recursos materiais e recursos humanos, e não se refere ao desfecho dos cuidados na saúde, portanto os resultados dessa pesquisa

evidenciam o percentual de alguns indicadores institucionais referentes aos processos de cuidado.

Esclarece-se que todas as informações foram coletadas na lista de verificação da CRP. Para cada item abaixo, foi atribuído: **conforme** para atendido e **não conforme** quando não atendido de acordo com a categoria profissional, **não se aplica** para sem indicação e **missing** para informação não encontrada. No quadro 1, descreve-se a relação das variáveis e das categorias responsáveis pelo preenchimento.

Quadro 1 – Relação das variáveis e das categorias responsáveis pelo preenchimento

Variáveis	Categorias responsáveis
Identificação do paciente nos formulários	Medicina, Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia e Serviço Social
Letra legível	
Identificação do profissional com nome completo por extenso e número do conselho na falta do carimbo	
Assinatura do profissional	
Carimbo do profissional	
Data nas evoluções diárias	
Hora nas evoluções diárias	
Espaços em branco na evolução em prontuário	
Registro do encaminhamento/oferta de suporte espiritual especializado	
Avaliação da Nutrição	Nutrição
Avaliação da Psicologia	Psicologia
Avaliação da Fisioterapia	Fisioterapia
Avaliação do Serviço Social	Serviço Social
Avaliação funcional pela <i>Karnofsky Performance Status</i> (KPS) considerada uma escala validada para avaliar o estado funcional de pacientes com doença grave (Mehta <i>et al.</i> , 2021)	Medicina, Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia
Avaliação de admissão no dia da internação hospitalar	Medicina, Enfermagem
Avaliação cognitiva diária	
Registro do óbito	
Termo de consentimento livre e esclarecido para procedimentos invasivos	Medicina
Termo de consentimento livre e esclarecido para hemotransusão	
Necessidades clínicas imediatas (primeira avaliação médica pela rotina da internação hospitalar)	
Exames solicitados/checados	
Definição de cuidado ao fim da vida	
Cópia da declaração de óbito	
Diagnóstico pré-operatório/indicação	
Nome do cirurgião e assistentes	
Sinais vitais e nível de consciência no pós-operatório	
Plano de cuidados de enfermagem	Enfermagem
Avaliação do 5o sinal vital (dor)	
Controle de dor pela Escala Visual Analógica após uso de medicação analgésica de resgate (EVA pós-resgate)	
Relato sobre o preparo do corpo	Voluntários
Ficha de avaliação de Capelania com indicação das necessidades espirituais	

Fonte: Inca., 2021.

Tais itens podem ser agrupados dentro dos domínios Também foram incluídos na análise os itens de finalização, sendo atribuído: **sim** para necessário, **não** para não necessário e *missing* para informação não encontrada, a saber: encaminhamento do prontuários para Comissão de Revisão de Óbito e para Comissão de Ética Médica; notificações à chefia médica, Divisão de Enfermagem, chefia do apoio técnico, Núcleo de Segurança do Paciente e outros. Para identificar o tempo de internação hospitalar, foram coletadas as datas do dia da internação e do óbito, uma vez que a CRP avalia prontuários de pacientes falecidos.

As análises estatísticas foram realizadas por meio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 24.0. Para as variáveis categóricas foram descritas em frequência absoluta e relativa e para a variável numérica (tempo de internação) foi apresentada a mediana, valor mínimo e máximo, de acordo com a distribuição dos dados.

Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Inca, sob o CAAE: 64553522.4.0000.5274.

RESULTADOS

Durante o período do estudo, foram identificadas 366 listas de verificação dos registros de cuidados prestados aos pacientes em cuidados paliativos internados, no período de fevereiro de 2021 a março de 2023. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram analisadas 365 listas de verificação. Destaca-se que a mediana do tempo de internação foi de 16 dias (3 a 90).

Em relação à adesão ao preenchimento dos itens obrigatórios, destacam-se: identificação do paciente nos formulários da Medicina (95,6%), da Nutrição (96,7%), da Psicologia (99,2%), da Fisioterapia (98,8%) e do Serviço Social (94,2%), a letra legível da Medicina (97,3%), da Nutrição (98,4%), da Psicologia (98,4%), da Fisioterapia (98,8%) e do Serviço Social (97,0%), e a data nas evoluções diárias da Medicina (98,6%), da Nutrição (98,6%), da Psicologia (98,6%), da Fisioterapia (98,8%) e do Serviço Social (96,4%). Em contraposição, se observa na Enfermagem 71,8% de conformidade para identificação do paciente nos formulários, 84,7% para letra legível e 68,8% para data nas evoluções diárias. Ressalta-se, ainda, 11,5% para identificação do profissional na falta do carimbo, 24,7% para assinatura e 16,7% para carimbo do profissional (Tabela 1).

Quase a totalidade dos prontuários tem registro da avaliação da Nutrição (99,2%), da Psicologia (93,5%), Fisioterapia (81,1%) e do Serviço Social (99,7%). Quanto à avaliação

funcional (KPS) afirma-se que nas categorias obrigatórias os resultados são: 90,4% para Medicina, 95,9% para Nutrição, 95,9% para Fisioterapia e 51,0% para Enfermagem, conforme tabela 1.

Tabela 1 - Conformidades e não conformidades atribuídas à Medicina, Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia e Serviço Social referente aos itens obrigatórios e à avaliação e cuidado ao paciente (N=365)

Variável	Medicina	Enfermagem	Nutrição	Psicologia	Fisioterapia	Serviço Social
Itens Obrigatórios	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Identificação do paciente nos formulários						
Conforme	349 (95,6)	262 (71,8)	353 (96,7)	351 (99,2)	167 (98,8)	344 (94,2)
Não conforme	14 (3,8)	101 (27,7)	10 (2,7)	1 (0,3)	2 (1,2)	19 (5,2)
Sem informação	2 (0,5)	2 (0,5)	2 (0,5)	2 (0,6)	0 (0,0)	2 (0,5)
Letra legível						
Conforme	355 (97,3)	309 (84,7)	359 (98,4)	333 (98,4)	167 (98,8)	354 (97,0)
Não conforme	4 (1,1)	50 (13,7)	0 (0,0)	16 (4,5)	0 (0,0)	5 (1,4)
Sem informação	6 (1,6)	6 (1,6)	6 (1,6)	5 (1,4)	2 (1,2)	6 (1,6)
Identificação do profissional na falta do carimbo						
Conforme	357 (97,8)	42 (11,5)	356 (97,5)	349 (98,6)	163 (96,4)	324 (88,8)
Não conforme	3 (0,8)	318 (87,1)	4 (1,1)	1 (0,3)	5 (3,0)	36 (9,9)
Sem informação	5 (1,4)	5 (1,4)	5 (1,4)	4 (1,1)	1 (0,6)	5 (1,4)
Assinatura do profissional						
Conforme	360 (98,6)	90 (24,7)	361 (98,9)	349 (98,6)	168 (99,4)	336 (92,1)
Não conforme	1 (0,3)	271 (74,2)	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0,0)	25 (6,8)
Sem informação	4 (1,1)	4 (1,1)	4 (1,1)	4 (1,1)	1 (0,6)	4 (1,1)
Carimbo do profissional						
Conforme	359 (98,4)	61 (16,7)	355 (97,3)	350 (98,9)	167 (98,8)	322 (88,2)
Não conforme	4 (1,1)	302 (82,7)	8 (2,2)	2 (0,6)	1 (0,6)	41 (11,2)
Sem informação	2 (0,5)	2 (0,5)	2 (0,5)	2 (0,6)	1 (0,6)	2 (0,5)
Data nas evoluções diárias						
Conforme	360 (98,6)	251 (68,8)	360 (98,6)	349 (98,6)	167 (98,8)	352 (96,4)
Não conforme	0 (0,0)	109 (29,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (2,2)
Sem informação	5 (1,4)	5 (1,4)	5 (1,4)	5 (1,4)	2 (1,2)	5 (1,4)
Hora nas evoluções diárias						
Conforme	334 (91,5)	335 (91,8)	361 (98,9)	346 (97,7)	165 (97,6)	355 (97,3)
Não conforme	27 (7,4)	26 (7,1)	0 (0,0)	4 (1,1)	1 (0,6)	6 (1,6)
Sem informação	4 (1,1)	4 (1,1)	4 (1,1)	4 (1,1)	3 (1,8)	4 (1,1)
Espaços em branco						
Conforme	351 (96,2)	351 (96,2)	358 (98,1)	347 (98,0)	165 (97,6)	355 (97,3)
Não conforme	7 (1,9)	7 (1,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (0,8)
Sem informação	7 (1,9)	7 (1,9)	7 (1,9)	7 (2,0)	4 (2,4)	7 (1,9)
Avaliação e Cuidado ao Paciente						
Avaliação *						
Conforme			362 (99,2)	331 (93,5)	169 (87,1)	364 (99,7)
Não conforme			3 (0,8)	22 (6,2)	15 (7,7)	1 (0,3)
Não se aplica			0 (-)	11 (-)	171 (-)	0 (-)
Sem informação			0 (0,0)	1 (0,3)	10 (5,2)	0 (0,0)
Avaliação funcional**						
Conforme	330 (90,4)	186 (51,0)	350 (95,9)		162 (95,9)	
Não conforme	30 (8,2)	174 (47,7)	10 (2,7)		3 (1,8)	
Sem informação	5 (1,4)	5 (1,4)	5 (1,4)		4 (2,4)	

* Item não obrigatório para Medicina e Enfermagem; ** Item não obrigatório para Psicologia e Serviço social.

Nos campos preenchidos pela Medicina e pela Enfermagem se observam o registro da avaliação de admissão pelo SPA/AMB em 96,2% e 98,4%, da avaliação cognitiva em 79,2% e 85,5% e do óbito em 97,3% e 98,4%, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2 - Conformidades e não conformidades atribuídas à Medicina e à Enfermagem referentes à avaliação e cuidado ao paciente (N=365)

Variável	Medicina	Enfermagem
Avaliação e Cuidado ao Paciente		
Avaliação de admissão pelo SPA/AMB		
Conforme	351 (96,2)	359 (98,4)
Não conforme	10 (2,7)	2 (0,5)
Sem informação	4 (1,1)	4 (1,1)
Avaliação cognitiva		
Conforme	289 (79,2)	312 (85,5)
Não conforme	73 (20,0)	50 (13,7)
Sem informação	3 (0,8)	3 (0,8)
Registro do óbito		
Conforme	355 (97,3)	359 (98,4)
Não conforme	10 (2,7)	6 (1,6)
Sem informação	-	-

SPA: Serviço de Pronto Atendimento; AMB: Ambulatório.

No campo do TCLE, se constata que ocorreram 32 procedimentos invasivos e 32 hemotransfusões, conforme tabela 3. Os resultados exprimem 46,7% de conformidades para procedimentos invasivos e 27,9% para hemotransfusões.

A análise das variáveis: necessidades clínicas imediatas (96,4%), dos exames solicitados e checados (86,8%), da definição de CFV (74,8%) e cópia da declaração de óbito (98,6%) demonstram outras obrigações médica. Em relação às cirurgias e anestesia, evidenciase em 22 listas de verificação o preenchimento da seguinte forma: diagnóstico pré-operatório/indicação (31,8%), nome do cirurgião e assistentes (22,7%) e sinais vitais e nível de consciência no pós-operatório (23,8%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Conformidades e não conformidades atribuídas à Medicina referentes ao consentimento, avaliação e cuidado ao paciente, e cirurgias e anestesia (N=365)

Variável	N (%)
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
Procedimentos invasivos (N=45)	
Conforme	21 (46,7)
Não conforme	11 (24,4)
Não se aplica	320 (-)
Sem informação	13 (28,9)
Hemotransusão (N=43)	
Conforme	12 (27,9)
Não conforme	20 (46,5)
Não se aplica	322 (-)
Sem informação	11 (25,6)
Avaliação e Cuidado ao Paciente	
Necessidades clínicas imediatas	
Conforme	352 (96,4)
Não conforme	13 (3,6)
Sem informação	-
Exames solicitados/checados (N=342)	
Conforme	297 (86,8)
Não conforme	42 (12,3)
Não se aplica	23 (-)
Sem informação	3 (0,9)
Definição de cuidados de fim de vida (N=334)	
Conforme	250 (74,8)
Não conforme	82 (24,5)
Não se aplica	31 (-)
Sem informação	2 (0,6)
Declaração de óbito	
Conforme	360 (98,6)
Não conforme	4 (1,1)
Sem informação	1 (0,3)
Cirurgias e Anestesia	
Diagnóstico pré-operatório/indicação (N=22)	
Conforme	7 (31,8)
Não conforme	6 (27,3)
Não se aplica	343 (-)
Sem informação	9 (40,9)
Nome do cirurgião e assistentes (N=22)	
Conforme	5 (22,7)
Não conforme	8 (36,4)
Não se aplica	343 (-)
Sem informação	9 (40,9)
Sinais vitais e nível de consciência no PO (N=21)	
Conforme	5 (23,8)
Não conforme	7 (33,3)
Não se aplica	344 (-)
Sem informação	9 (42,9)

PO: Pós-Operatório.

Em relação ao corpo de enfermagem, os resultados revelam preenchimento do plano de cuidados de enfermagem impresso em 53,4%, da avaliação do 5º sinal vital (dor) em 23,8%, do

controle de dor pela EVA pós-resgate em 20,5% e do relato do preparo do corpo em 68,8%, conforme tabela 4.

Tabela 4 - Conformidades e não conformidades atribuídas à Enfermagem referentes à avaliação e cuidado ao paciente (N=365)

Variável	N (%)
Avaliação e Cuidado ao Paciente	
Plano de cuidados de enfermagem	
Conforme	195 (53,4)
Não conforme	166 (45,5)
Sem informação	4 (1,1)
Avaliação do 5º sinal vital (dor) (N=364)	
Conforme	87 (24,0)
Não conforme	272 (74,6)
Não se aplica	1 (-)
Sem informação	5 (1,4)
Controle de dor (EVA pós-resgate) (N=254)	
Conforme	52 (20,5)
Não conforme	199 (78,3)
Não se aplica	111 (-)
Sem informação	3 (1,2)
Relato sobre preparo do corpo	
Conforme	251 (68,8)
Não conforme	112 (30,7)
Sem informação	2 (0,5)

SPA: Serviço de Pronto Atendimento; **AMB:** Ambulatório;

EVA: Escala Visual Analógica.

A dimensão do cuidado espiritual foi analisada por meio de duas variáveis conforme a tabela 5. Quanto ao encaminhamento para atendimento de suporte espiritual especializado observa-se 30,8% de conformidade e para a presença da ficha de avaliação das necessidades espirituais pela Capelania contata-se 64,4% de conformidade nos prontuários avaliados.

Tabela 5 - Conformidades e não conformidades referentes aos cuidados espirituais atribuídas a todas as categorias

Variável	N (%)
Registro do encaminhamento/oferta de suporte espiritual (N=250)	
Conforme	77 (30,8)
Não conforme	168 (67,2)
Não se aplica	115 (-)
Sem informação	5 (2,0)
Ficha de avaliação de Capelania (N=208)	
Conforme	134 (64,4)
Não conforme	73 (35,1)
Não se aplica	157 (-)
Sem informação	1 (0,5)

Os últimos resultados revelam que nenhum prontuário foi encaminhado para a Comissão de Revisão de Óbito ou Comissão de Ética Médica. De acordo com as listas de verificação preenchidas pela Comissão no período do estudo, foi sinalizada a necessidade de envio de notificações referentes a 132 prontuários contendo falhas de registros, distribuídas entre aos serviços médico, enfermagem, apoio técnico e outros, podendo ser mais de um serviço notificado pelo mesmo prontuário.

DISCUSSÃO

Esta investigação se propôs a descrever os resultados de auditoria clínica interna sobre a qualidade da informação registrada em prontuário por se tratar de evidência legal referente à qualidade de processo. O principal achado deste estudo corresponde à identificação de elevado percentual de conformidade nos registros dos cuidados prestados que, conseqüentemente, expressam a maturidade dos processos assistenciais da unidade para o alcance dos objetivos dos cuidados paliativos. Porém, despontou falhas importantes nos registros dos cuidados de Enfermagem.

O estudo de Simplicio e Dini (2023) e Capelas *et al.* (2018) corroboram o achado do estudo ao propor itens iguais ou similares aos que compõem a lista de verificação da CRP do HC IV para avaliar os itens obrigatórios em prontuários e outros específicos dos cuidados paliativos, ambos considerados essenciais para uma assistência segura e qualificada no campo em questão.

Dentre as variáveis comuns às categorias avaliadas no estudo, se pode dizer que a Enfermagem apresentou o menor percentual de conformidade para letra legível (84,7%), porém mais elevado do que propuseram Ferreira *et al.* (2019) em comparação com os registros

dos técnicos de enfermagem (53,7%) e os dos enfermeiros (82,1%). Para a identificação do profissional na falta do carimbo contendo nome e número do Conselho avaliados conjuntamente, esta investigação encontrou apenas 11,5% de conformidade, enquanto o estudo citado anteriormente encontrou valores maiores, como: 41,1% de conformidade para nome do técnico de enfermagem e 87,5% para do enfermeiro, e 21,2% para registro do número do Conselho Regional de Enfermagem (Coren) do técnico de enfermagem e 89,2% do enfermeiro. Referente a data nas evoluções diárias, se observou 68,8% de conformidade, valor inferior ao encontrado por Ferreira *et al.* (2019) para o mesmo item, sendo 95,9% para técnicos de enfermagem e 92,8% para enfermeiros. Acrescenta-se o desempenho no registro da avaliação funcional (KPS) que representa metade da amostra (51,0%). Outros estudos como de Azzolini *et al.* (2019) e McCarthy *et al.* (2018) reforçam a baixa qualidade da manutenção de registros por enfermeiros prevalecendo informações incompletas ou ilegíveis e falta de assinaturas. Para justificar tais ocorrências, concorda-se com Fassarella (2021) que afirma se tratar da categoria de maior número de profissionais da saúde, que presta cuidados por 24h ininterruptas, portanto sofre as consequências quando há falta de recursos humanos, tornando-se mais vulnerável aos registros deficientes que podem causar danos evitáveis aos pacientes.

Ainda na Enfermagem, constatou-se que aproximadamente a metade (45,5%) dos prontuários não tinha plano de cuidados. Recorrendo-se ao estudo de Kuusisto *et al.* (2022), na perspectiva multiprofissional se verificou que tal fato foi visto como negativo, além de contribuir para prejuízos referentes aos desejos dos pacientes.

Quanto avaliação da dor, primeiramente, com base em Nzaumvila *et al.* (2022), se detectou uma forte ligação entre a segurança e dor, porque se a dor não for controlada pode indicar que o tratamento é insuficiente e o paciente passará a temer pela sua vida ou por ter que enfrentar complicações, fazendo com que se sinta inseguro. Neste estudo, identificou-se 23,8% para registro do 5º sinal vital e 20,5% para controle de dor pela EVA pós-resgate, valores inferiores ao de Ho e Burger (2020) ao citarem uma investigação com pacientes oncológicos realizada em cinco hospitais que constatou que a intensidade da dor só foi registrada em 53% dos pacientes internados, com reavaliação após a medicação relatada em 44% dos prontuários. Como afirmam Burns e McIlpatrick (2015), Valério *et al.* (2019) e Coelho *et al.* (2022) existe um déficit importante nesta área. Para esses autores, o enfermeiro tem um papel central na identificação adequada da dor, porém questionam as decisões clínicas em relação ao tratamento quando não há utilização de instrumentos de avaliação.

Outro cuidado analisado realizado pela Enfermagem foi o registro do preparo do corpo após o óbito que apresentou aproximadamente 2/3 (68,8%) de conformidade. Este resultado não parece satisfatório segundo os estudos de Capelas *et al.* (2018) e McGlinchey *et al.* (2023) que se referem à este quesito como um indicador de qualidade, inclusive citam que é direito dos familiares optarem por incluírem valores religiosos e espirituais do doente neste momento. Nessa direção, o estudo de Ferreira *et al.* (2023) afirma que tal registro poderia evidenciar uma relação ética e respeitosa tanto com o paciente quanto com os familiares enlutados.

Evidentemente, enfermeiros engajados nos cuidados paliativos devem receber educação adequada para desenvolver continuamente suas competências de avaliação e gestão da doença devido à existência de múltiplos sintomas combinados, evolutivos e mutáveis com características multidimensionais, além de causas multifatoriais e alta prevalência durante o tratamento (Coelho *et al.* 2022). Além disso, segundo Redfern *et al.* (2019), sem dúvida, em condições de trabalho digno, a Enfermagem não seria tão pressionada a oferecer assistência impecável, visto que tem uma compreensão maior do risco de segurança.

Sobre a observação de elevado percentual de conformidade para registro da avaliação funcional por parte da Medicina (90,4%), da Nutrição (95,9%) e de Fisioterapia (99,7%), cabe apontar o estudo de Abernethy *et al.* (2005) para constatação de uma congruência, pois este se refere a escala como padrão ouro nos cuidados paliativos em Oncologia, sendo de uso de qualquer profissional de saúde para avaliação da funcionalidade, e norteador de decisões clínicas para todas as categorias por ser um marcador prognóstico. Ressalta-se que com esse resultado, a Fisioterapia ratifica seu papel nos cuidados paliativos, como já confirmado pelo estudo de Wilson *et al.* (2016), em virtude de sua habilidade para atentar sobre incapacidades futuras dos pacientes, realizando intervenções pertinentes.

Em relação ao percentual de avaliações das categorias Serviço Social (99,7%), Nutrição (99,2%), Psicologia (93,5%) e Fisioterapia (87,1%), segundo afirma Frossard (2016) o resultado é essencial, pois suas ações contribuem no controle dos aspectos clínicos, sociais, psicológicos e sintomas físicos e para um plano de cuidados que proporcione atender às necessidades e desejos dos pacientes, considerando que ao longo da jornada sofrerá mudanças no prognóstico, circunstância social e funcional, humor e estado de saúde.

Em relação aos registros de avaliação de admissão: 96,2% e 98,4% e da avaliação cognitiva: 79,2% e 85,5%, respectivamente, tal constatação confirma a visão de Frossard (2016) que garante ser um caminho seguro para traçar um plano de cuidados o quanto antes, buscando

um processo de comunicação transparente, objetivo, envolvente e pactuado entre as partes interessadas.

Quanto às conformidades dos registros do óbito em prontuário tanto pela Medicina (97,3%) quanto para Enfermagem (98,4%), estas confirmam posição de Nascimento *et al.* (2015) que afirmam se tratar de uma anotação indispensável por evidenciar a constatação do óbito por parte do médico e possíveis intervenções realizadas por ambas as categorias de forma que não se configure desassistência ao paciente, além de ser uma obrigação profissional e um princípio ético e importante para estatísticas e pesquisas científicas.

Outro ponto de atenção para a Medicina são as conformidades relacionadas aos registros de definição de CFV de 74,8. Este resultado vem de encontro ao estudo de Lau *et al.* (2018) que ressalta como é essencial para o alcance dos objetivos dos cuidados paliativos a comunicação escrita dos CFV para todos os pacientes em fim de vida, pois visa a auxiliar o paciente e/ou seus familiares na realização de planejamentos, despedidas e medidas de conforto. Assim como, outras terminologias padronizadas necessárias para a qualidade da informação que se quer passar (Kuusisto *et al.*, 2022).

Em relação ao registro de checagem dos exames solicitados conforme em 86,8% da amostra, vale aqui enfatizar o estudo de Garcia (2013) que afirma que todos os exames precisam de resultados em prontuário devido a importância da efetiva avaliação dos custos desnecessários para a instituição evitando desperdícios, inconformidades e riscos aos pacientes.

Quanto aos 34,4% de ausência do TCLE para procedimentos invasivos e 62,5% para hemotransfusões, estes são inferiores ao relatado por Azzolini *et al.* (2019) que encontraram 77,7% de conformidade e depois 91,4% em seu trabalho baseado em auditoria de prontuários com intervalo de 2 anos. Porém, esses percentuais retratam itens não obrigatórios de acordo com o CFM brasileiro. Cabe o esclarecimento que a entidade orienta a correta obtenção do consentimento de forma verbal, isto é, dando informações suficientes sobre justificativas, objetivos, riscos e efeitos colaterais para uma decisão segura do paciente sendo possível registrar na evolução médica (Brasil, 2016). Contudo, recomenda a adesão ao TCLE, assim como o estudo de Castro *et al.* (2020), que expõe como fundamental a sua adoção para um consentimento obtido sem exigências ou influências.

Embasado no estudo de Maharjan *et al.* (2015), o resultado de 98,6% de conformidade de presença da cópia da declaração de óbito demonstra a importância do papel da instituição na preservação de um documento médico-legal de extrema necessidade para que os familiares enlutados possam reivindicar herança e seguros ou para reconhecerem fatores de riscos

hereditários, além do seu valor para gestores de saúde em todo o mundo. Para tal, é necessário que o hospital onde ocorreu o falecimento do paciente tenha disponível uma cópia da declaração de óbito nos prontuários para fins de conhecimento e pesquisas (Triandaflidis *et al.*, 2024).

Quantos aos relatos de cirurgia em conformidade para diagnóstico pré-operatório/indicação (31,8%), nome do cirurgião e assistentes (22,7%) e sinais vitais e nível de consciência no pós-operatório (23,8%), se observa que esses itens possuem percentuais inferiores aos achados por Azzolini *et al.* (2019) que referem 94,2% de conformidade para registros de cirurgia, embora não especifique quais foram os itens avaliados.

No que concerne à documentação do atendimento da Capelania, o percentual de conformidade foi de 64,4%, valor próximo ao sugerido por Deodhar, Salins e Muckaden (2021) onde a referência era 60% para cuidados espirituais para pacientes com câncer avançado, e ao encontrado por Lau *et al.* (2018) onde apenas 34,0% dos pacientes não tiveram um atendimento antes da morte. Quanto ao encaminhamento/oferta de cuidados espirituais, se observou 30,8% de conformidade, valor superior ao evidenciado por Russel *et al.* (2023). Destaca-se que os pacientes não atendidos podem estar relacionados aos casos de rápida piora clínica dos pacientes, à omissão da equipe em solicitar os cuidados espirituais especializados ou, talvez, à falta de documentação por parte dos voluntários da Capelania (Lau *et al.*, 2018). Esclarece-se, que no cenário de pesquisa o atendimento do capelão tem como origem o encaminhamento ou a busca ativa.

Finalmente, no decorrer da investigação se constatou que a análise das informações registradas em prontuário é altamente relevante para avaliar a profundidade do cuidado ofertado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em primeiro lugar, assume-se que ocorreu um fator limitador durante a investigação ao se secundarizar o uso de lista de verificação não validada. Contudo, foram analisadas mais de setenta variáveis englobando todas as categorias e serviços nomeados.

Como ponto forte corroborará com o desenvolvimento de programas de melhorias nos cuidados paliativos como, por exemplo, o incentivo às auditorias clínicas regulares acerca da documentação dos cuidados prestados. Demonstra-se, que quando um serviço de saúde apresenta informações inadequadas, ausentes ou incorretas do paciente e imprecisões na documentação poderá indicar baixa qualidade na assistência e falta de processos de atendimento

padronizados. Portanto, é preciso a conscientização de que a segurança do paciente nunca pode ser prejudicada por causa de documentação deficiente.

Assim, como uma ação gerencial é recomendado um plano de ação com vistas a subsidiar ações educacionais no âmbito assistencial para promoção de educação em cuidados paliativos direcionado a todos os profissionais da assistência direta e indireta para mitigar falhas na documentação e sustentar as conquistas que o campo em questão tem alcançado.

Por fim, buscando rever suas ações e estratégias para avaliar a qualidade de processo, observa-se que a auditoria realizada pela CRP por meio da lista de verificação tornou tangível e mensurável a qualidade da informação registrada no prontuário de paciente com câncer em cuidados paliativos, com um alerta para área da Enfermagem, sendo prementes mais estudos na temática em questão.

REFERÊNCIAS

- ABERNETHY, A. P. *et al.* The Australia-modified Karnofsky Performance Status (AKPS) scale: a revised scale for contemporary palliative care clinical practice [ISRCTN81117481]. **BMC palliative care**, v. 4, p. 1-12, 2005. DOI: 10.1186/1472-684X-4-7.
- ANDRADE, M. V. de G. Cartilha para orientação do profissional da saúde: a importância da Comissão de Revisão de Prontuário do Paciente. **Implantação do serviço de arquivo médico estatístico (SAME) da consultoria e auditoria de contas médico-hospitalares (CONSTAT)-gestão de saúde**, 2020. Disponível em: <https://ri.ufs.br/jspui/handle/riufs/14248>. Acesso em: 31 ago. 2022.
- ANTUNES, B. *et al.* Outcome measurement - a scoping review of the literature and future developments in palliative care clinical practice. **Ann Palliat Med**, v. 7, n. Suppl 3, p. S196-S206, 2018. DOI: 10.21037/apm.2018.07.03.
- AZZOLINI, E. *et al.* Quality improvement of medical records through internal auditing: a comparative analysis. **Journal of Preventive Medicine and Hygiene**, v. 60, n. 3, p. E250, 2019. DOI: 10.15167/2421-4248/jpmh2019.60.3.1203.
- BITTENCOURT, N.C.C. de M. *et al.* Patient Safety in Palliative Care at the End of Life from the Perspective of Complex Thinking. In: **Healthcare**. MDPI, 2023. p. 2030. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare11142030>.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Recomendação CFM nº 1/2016. **Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica**. Disponível: <https://bit.ly/2Pokq4y>. Acesso em: 20 mar. 2024.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.638 de 10 de julho de 2002. **Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de**

Prontuários nas instituições de saúde. Diário Oficial da União. Brasília – DF. 2002. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1638>. Acesso em: 31 ago. 2022.

BURNS, M.; MCILFATRICK, S. Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment. **International journal of palliative nursing**, v. 21, n. 8, p. 400-407, 2015.

CAPELAS, M.L.V. *et al.* Indicadores de qualidade prioritários para os serviços de cuidados paliativos em Portugal. **Cadernos de Saúde**, v. 10, n. 2, p. 11-24, 1 jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7245>.

CAPELAS, M.L.V. **Indicadores de qualidade para os serviços de cuidados paliativos.** Leya, 2019. DOI: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.8.400>.

CASTRO, C.F. *et al.* Termo de consentimento livre e esclarecido na assistência à saúde. **Revista Bioética**, v. 28, p. 522-530, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020283416>.

COELHO, A. *et al.* Monitoring and Management of the Palliative Care Patient Symptoms: a best practice implementation project. **Nursing Reports**, v. 12, n. 2, p. 365-370, 2022. DOI: [10.1186/s12904-022-00989-2](https://doi.org/10.1186/s12904-022-00989-2).

DEODHAR, J.; SALINS, N.; MUCKADEN, M.A. Documentation of assessment of spiritual concerns of adult advanced cancer patients: an audit in a hospital-based specialist Palliative Care Service. **Indian journal of palliative care**, v. 27, n. 4, p. 495, 2021. DOI: [10.25259/IJPC_49_21](https://doi.org/10.25259/IJPC_49_21).

DONABEDIAN, A. **The Definition of Quality and Approaches to its Assessment.** Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1980.

FASSARELLA, C.S. Cultura organizacional de segurança na pandemia pela COVID-19. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 5, 2021. ISSN: 0874-0283 ISSN: 2182-2883.

FERREIRA, N.E. de O. *et al.* A importância da assistência de enfermagem frente aos cuidados do corpo pós morte: uma revisão bibliográfica. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 3, p. e9612337913-e9612337913, 2023. DOI: [10.33448/rsd-v12i3.37913](https://doi.org/10.33448/rsd-v12i3.37913).

FROSSARD, A. Os cuidados paliativos como política pública: notas introdutórias. **Cadernos EBAPE. BR**, v. 14, p. 640-655, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1679-395114315>.

GARCIA A.P., PASTORIO K.A., NUNES L.F.G., ALMEIDA, M.C.S. Indicação de exames pré-operatórios segundo critérios clínicos: necessidade de supervisão. **Rev Bras Anesthesiol.** n.64, vol. 1, 2014, p.54-61. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2013.03.013>.

HO, J.; BURGER, D. Improving medication safety practice at a community hospital: A focus on bar code medication administration scanning and pain reassessment. **BMJ Open Quality**, v. 9, n. 3, p. e000987, 2020. DOI: [10.1136/bmjopen-2020-000987](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-000987).

JAZIEH, A. *et al.* Improving adherence to lung cancer guidelines: a quality improvement project that uses chart review, audit and feedback approach. **BMJ open quality**, v. 8, n. 3, p. e00436, 2019. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-000436.

KUUSISTO, A. *et al.* Quality of information transferred to palliative care. **Journal of Clinical Nursing**, v. 32, n. 13-14, p. 3421-3433, 2023. DOI: 10.1111/jocn.16453. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.16453>.

LAU, C. *et al.* The comfort measures order set at a tertiary care academic hospital: Is there a comparable difference in end-of-life care between patients dying in acute care when CMOS is utilized? **American Journal of Hospice and Palliative Medicine®**, v. 35, n. 4, p. 652-663, 2018. DOI: 10.1177/1049909117734228.

MAHARJAN, L. *et al.* Errors in cause-of-death statement on death certificates in intensive care unit of Kathmandu, Nepal. **BMC health services research**, v. 15, p. 1-8, 2015. DOI: 10.1186/s12913-015-1168-6.

MCCARTHY, B. *et al.* Electronic nursing documentation interventions to promote or improve patient safety and quality care: A systematic review. **Journal of nursing management**, v. 27, n. 3, p. 491-501, 2019. DOI: 10.1111/jonm.12727.

MCGLINCHEY, T. *et al.* Updating international consensus on best practice in care of the dying: A Delphi study. **Palliative medicine**, v. 37, n. 3, p. 329-342, 2023. DOI: 10.1177/02692163231152523.

MEHTA, A. *et al.* Using admission Karnofsky performance status as a guide for palliative care discharge needs. **Journal of Palliative Medicine**, v. 24, n. 6, p. 910-913, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0543>.

MELLETT, C; O'DONOVAN, A; HAYES, C. The development of outcome key performance indicators for systemic anti-cancer therapy using a modified Delphi method. **European Journal of Cancer Care**, v. 29, n. 4, p. e13240, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/ecc.13240>.

NASCIMENTO, C.V. *et al.* Análise dos óbitos ocorridos no hospital de doenças infecciosas em Goiânia, Goiás. **Revista Científica Da Escola Estadual De Saúde Pública De Goiás" Cândido Santiago"**, v. 1, n. 1, 2015. DOI: <https://doi.org/10.22491/2447-3405.2015.V1N1.art01>.

NZAUMVILA, D.K. *et al.* Patients for Patient Safety and Inpatients' Perceptions of Safety in three Hospitals in Tshwane, South Africa. **The Open Public Health Journal**, v. 15, n. 1, 2022. DOI: 10.2174/18749445-v15-e221018-2022-52

REDFERN, O.C. *et al.* The association between nurse staffing levels and the timeliness of vital signs monitoring: a retrospective observational study in the UK. **BMJ open**, v. 9, n. 9, p. e032157, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032157>.

RUSSELL, L. *et al.* Cancer Decedents' Hospital End-of-Life Care Documentation: A Retrospective Review of Patient Records. **Journal of Palliative Care**, p. 08258597231170836, 2023. DOI: 10.1177/08258597231170836.

SATIJA, A. *et al.* Quality improvement in itself changes your thinking: Lessons from disseminating quality improvement methods through a multisite international collaborative palliative care project in India. **JCO Global Oncology**, v. 8, p. e2200147, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1200/GO.22.00147>.

SIMPLICIO, C; DINI, A.P. Validação de conteúdo de um instrumento para auditoria clínica de prontuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, p. e20220109, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0109pt>.

TRIANDAFILIDIS, Z. *et al.* What care do people with dementia receive at the end of life? Lessons from a retrospective clinical audit of deaths in hospital and other settings. **BMC geriatrics**, v. 24, n. 1, p. 40, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04449-1>.

VALÉRIO, A.F. *et al.* Dificuldades enfrentadas pela enfermagem na aplicabilidade da dor como quinto sinal vital e os mecanismos/ações adotados: revisão integrativa. **BrJP**, v. 2, p. 67-71, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190013>.

WILSON, C.M. *et al.* The role of physical therapists within hospice and palliative care in the United States and Canada. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine®**, v. 34, n. 1, p. 34-41, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049909115604668>.

YOUNG, M.; SMITH, M.A. Standards And Evaluation Of Healthcare Quality, Safety, and Person-centered Care. In: **StatPearls [Internet]**. StatPearls Publishing, 2021. PMID: 35015457.

7.2 Resultados da etapa 2: elaboração do plano de ação

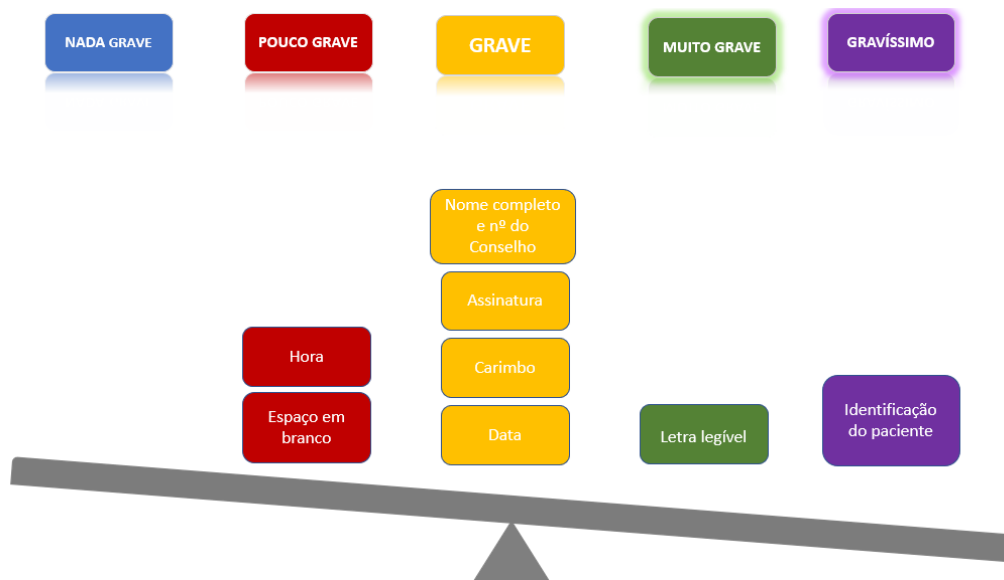
A etapa de elaboração do plano de ação envolveu uma estratégia participativa e possibilitou a produção da primeira versão.

7.2.1 Painel de especialistas para categorização das não conformidades

O questionário estruturado foi enviado aos membros da Comissão de Revisão de Prontuários e aos chefes de serviço da Divisão de Enfermagem, apoio técnico, ambulatório, internação hospitalar (IH), chefia da Enfermagem na IH e Assistência Domiciliar, porém apenas sete membros da comissão e dois chefes responderam. Então, um total de nove respostas foi compilado para ser apresentado presencialmente. Como planejado, as não conformidades foram categorizadas em **nada grave**, **pouco grave**, **grave**, **muito grave** e **gravíssima** na opinião do grupo.

Conforme Figura 2, foi considerado muito grave a falta da letra legível e gravíssima a ausência da identificação do paciente.

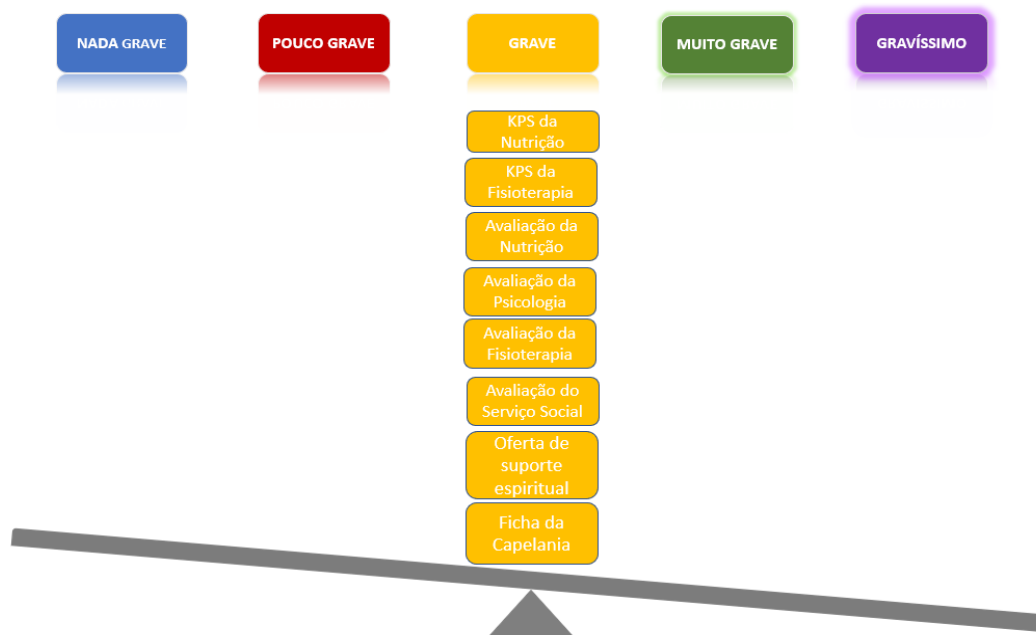
Figura 2 - Categorização quanto ao potencial de gravidade dos itens gerais para todas as categorias



Fonte: a autora, 2024.

Nota-se na Figura 3, a categorização como grave dos itens de avaliação e cuidado ao paciente referente à Medicina, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia e Serviço Social.

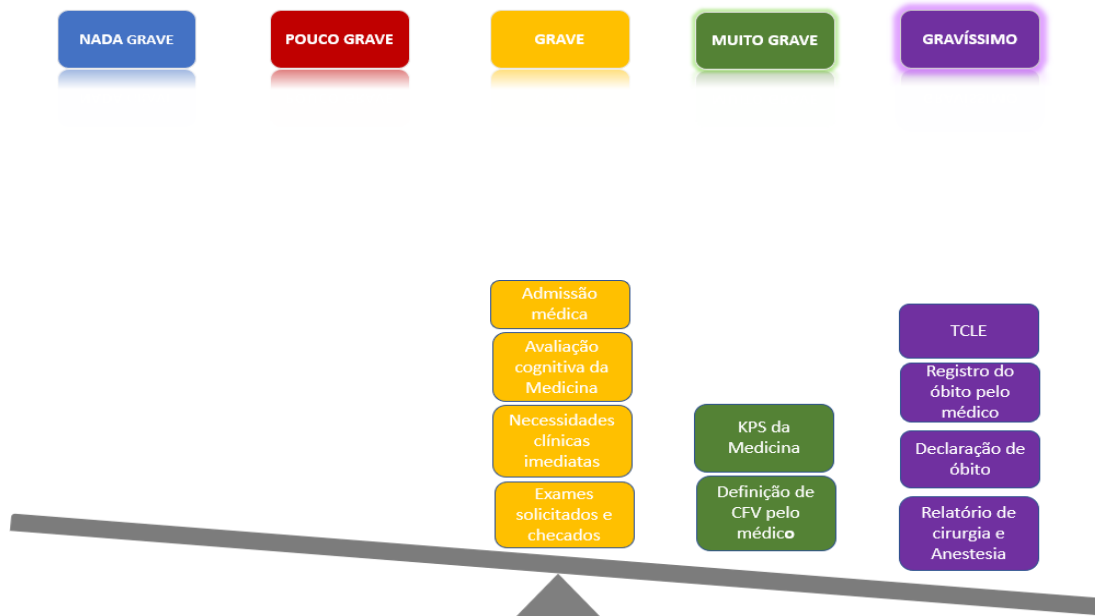
Figura 3 - Categorização quanto ao potencial de gravidade dos itens de avaliação e cuidado ao paciente referente à Medicina, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia e Serviço Social



Fonte: a autora, 2024.

Quanto à Medicina, os itens categorizados como muito graves e gravíssimos estão dispostos na Figura 4.

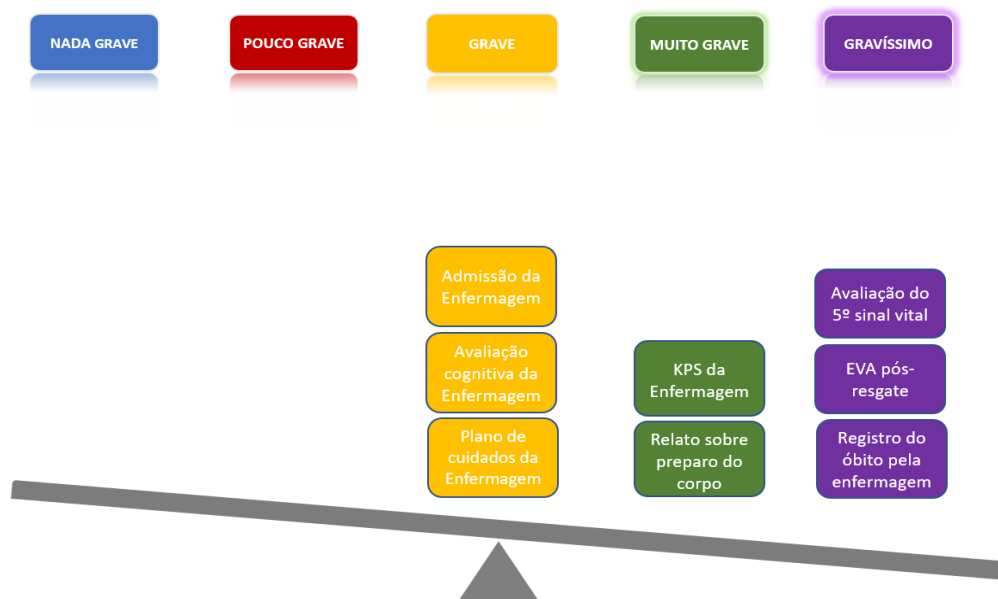
Figura 4 - Categorização quanto ao potencial de gravidade dos itens de avaliação, cuidado ao paciente, cirurgia e anestesia referente à Medicina



Fonte: a autora, 2024.

O pontencial de gravidade para os itens de avaliação e cuidado ao paciente referente à Enfermagem encontram-se na Figura 5.

Figura 5 - Categorização quanto ao potencial de gravidade dos itens de avaliação e cuidado ao paciente referente à Enfermagem



Fonte: a autora, 2024.

7.2.2 Execução de grupo focal

Obteve-se o seguinte resultado: a reunião foi composta por uma médica, duas assistentes sociais, uma psicóloga, duas enfermeiras, uma nutricionista, a pesquisadora principal e um moderador convidado (professor do Programa de Pós-Graduação). Com exceção do moderador - especialista em pesquisa qualitativa, na qualidade de facilitador do grupo formado, os demais integrantes relataram ter no mínimo um ano de atuação na Comissão e dez anos de experiência em cuidados paliativos.

Assim, a execução do referido grupo focal consistiu na explanação dos resultados viabilizados por meio das respostas do formulário *Google Forms* na fase 1. Os itens categorizados como **muito graves** e **gravíssimos** direcionaram a discussão dos nós críticos e se somaram aos dois critérios sugeridos pela pesquisadora e pelo moderador: a magnitude do problema evidenciada em percentuais na primeira etapa da investigação e o potencial de gravidade na continuidade dos cuidados e na segurança do paciente na perspectiva dos participantes.

Esclarece-se que, foi consenso do grupo que por se tratar de uma unidade de cuidados paliativos é pertinente considerar a linha de cuidado até a finitude incorporando o cuidado pós-morte: preparo do corpo. Também foi sugerido realizar uma distinção entre o preenchimento correto da declaração de óbito e sua respectiva cópia.

Portanto, em relação às não conformidades, os especialistas discutiram sobre os responsáveis pela ausência de registros, assim como determinaram quais itens precisavam constar no plano de ação. Cabe ressaltar, que além dessa distinção, se definiu uma escala hierárquica referente a urgência de uma ação educativa, que está evidenciada no Quadro 4, a seguir.

Quadro 4 - Não conformidades identificadas como prioridades em ordem de urgência

Não conformidade	Categoria responsável
1. Identificação do paciente no prontuário	Todas
2. Controle de dor (EVA pós-resgate)	Técnico de Enfermagem
3. Avaliação funcional (KPS)	Médico e Enfermeiro
4. Avaliação do 5º sinal vital (dor)	Técnico de Enfermagem
5. TCLE	Médico
6. Registro do óbito	Médico e Enfermeiro
7. Relato sobre preparo do corpo	Técnico de Enfermagem
8. Cirurgias e anestesia	Médico
9. Letra legível	Todas
10. Preenchimento correto da declaração de óbito	Médico
11. Cópia da declaração óbito	Recepcionista e técnico de arquivo

Fonte: a autora, 2024.

7.2.3 Primeira versão do plano de ação produzido pelos pesquisadores

As propostas do plano de ação estão alinhadas aos objetivos do estudo e se constituem em ações exequíveis considerando o campo de aplicação. Evidente que todo o estudo foi fincado na literatura especializada e legislação vigente como guias para a compreensão dos achados iniciais.

A primeira versão foi realizada pautada nas seguintes considerações:

1. Identificação correta do paciente no prontuário

Caso um paciente seja indevidamente associado ao prontuário de outro estarão comprometidos o atendimento e a segurança do paciente, pois dados incorretos podem se propagar até o laboratório, o setor radiologia, a farmácia e o centro cirúrgico (Riplinger; Piera-Jiménez; Dooling, 2020). Portanto, a identificação do paciente deve ser a primeira atividade realizada pelos profissionais para favorecer a segurança do paciente e tem o objetivo de assegurar que determinado tratamento ou procedimento da assistência será destinado a pessoa correta, minimizando a ocorrência de erros que possam causar danos (Alves *et al.*, 2018).

2. Registro da EVA para controle de dor pós-resgate

Destaca-se que a reavaliação da dor depois da administração de analgésico é crucial para determinar o uso apropriado da terapia, o progresso em direção às metas de controle da dor e o monitoramento dos efeitos adversos do tratamento. Também permite que a equipe médica avalie a evolução da sedação e identifique pacientes de alto risco para depressão respiratória e morte relacionada aos opioides (Ho; Burger, 2020). Além disso, o registro do resultado da intervenção é uma prerrogativa do processo de enfermagem (Coelho *et al.* 2022).

3. Registro da avaliação funcional (KPS)

Segundo Abernethy *et al.* (2005) a referida escala é considerada padrão ouro nos cuidados paliativos em Oncologia, sendo de uso de qualquer profissional de saúde para avaliação da funcionalidade, e norteador de decisões clínicas para todas as categorias de acordo com suas competências, por ser um marcador prognóstico no qual a menor funcionalidade está associada à sobrevida reduzida.

4. Registro da avaliação do 5º sinal vital (dor)

Um dos principais motivos para o tratamento ineficiente da dor em pacientes oncológicos é uma avaliação inadequada que, por sua vez, leva a um manejo ruim (Fernando; Rawlinson, 2019). É imprescindível a ampliação do conhecimento sobre dor aguda e escalas de avaliação e o reconhecimento da responsabilidade diante do indivíduo com dor, para que o enfermeiro possa fazer a sistematização da assistência de enfermagem e identificar as intervenções apropriadas para o seu alívio, além de ser fundamental o registro em prontuário para a comunicação entre as equipes nos diferentes turnos para uma melhor assistência (Valério *et al.*, 2019).

5. Preenchimento do TCLE para procedimento invasivo e hemotransfusão

Nos cuidados de saúde, o consentimento livre e esclarecido, também conhecido como consentimento informado deve ocorrer baseado na troca de informações entre o médico e o paciente sobre diagnóstico, objetivos do tratamento, riscos, prognóstico e alternativas

terapêuticas. O TCLE propriamente dito, que será preenchido pelo médico e assinado por ambos, visa assegurar a autonomia do paciente e comprovar que as informações foram transmitidas a ele, atendendo aos padrões de segurança e respeito ao direito de tomar decisões sobre o seu tratamento, com exceção dos casos de emergência (Castro *et al.*, 2020).

6. Registro do óbito

O registro feito no prontuário acerca das condições do óbito além de ser uma obrigação profissional e um princípio ético, fornece as informações necessárias para comprovação da assistência ofertada. Além disso, o relato completo proporciona conhecimento para produção de estatísticas e pesquisas (Nascimento *et al.*, 2015).

7. Relato sobre preparo do corpo

Segundo Capelas *et al.* (2018) e McGlinchey *et al.* (2023) é um indicador de qualidade o registro dos cuidados com o corpo após o óbito, inclusive é direito dos familiares optarem por incluírem valores religiosos e espirituais do doente neste momento. Para além, a enfermagem tem uma grande importância ao cuidar do corpo pós-morte, evidenciando-se uma relação ética e respeitosa tanto com o paciente quanto com os familiares enlutados (Ferreira *et al.*, 2023).

8. Preenchimento do relatório de cirurgia

De acordo com o Parecer CRM-PR nº 2.623/2017, a descrição cirúrgica deve conter: identificação do paciente, nome do procedimento cirúrgico, diagnóstico do doente, nome do cirurgião e de seus auxiliares, a hora inicial e final da operação e descrição sumária dos tempos cirúrgicos. Outra necessidade é a notação dos sinais vitais pela possibilidade de alterações na pressão arterial e experiência dolorosa, sendo imprescindível a avaliação para garantir o restabelecimento do estado de saúde do paciente no pós-operatório (Miranda *et al.*, 2011).

9. Preenchimento do prontuário com letra legível

O emprego da letra legível é uma das prioridades para a segurança do paciente. Provavelmente a sensibilização e educação de profissionais de saúde, assim como auditorias e

incentivo à utilização de prontuários eletrônicos podem melhorar a segurança do paciente nesta questão (Ariaga *et al.*, 2023).

De acordo com Schweighoffer; Blaese e Liebig (2021), se bem estruturados e corretamente implementados, os prontuários eletrônicos melhoram a transferência de informações, facilitam a integração entre profissionais de saúde e propiciam um melhor cuidado.

10. Preenchimento e cópia da declaração de óbito

O correto preenchimento da declaração de óbito é considerado um indicador de qualidade levando-se em consideração a sua importância como um documento médico-legal de extrema necessidade para que os familiares do falecido possam reivindicar herança e seguros ou para reconhecerem fatores de risco hereditários, além do seu valor para gestores de saúde em todo o mundo (Maharjan *et al.*, 2015). De acordo com Marinho *et al.* (2019), alguns médicos têm pouco conhecimento sobre o preenchimento correto do atestado de óbito, sendo necessário investir em interação para disseminação do conhecimento, instruções e exemplos sobre o assunto. É importante que o hospital onde ocorreu o falecimento do paciente tenha disponível uma cópia da declaração de óbito nos prontuários para fins de conhecimento e pesquisas (Triandaflidis *et al.*, 2024).

O Quadro 5, mostra a primeira versão do plano de ação institucional do formato 5W2H.

Quadro 5 - Primeira versão do plano de ação para melhoria dos registros em prontuários de pacientes em cuidados paliativos (continua)

Tema	What? O que será feito?	Who? Quem vai fazer?	Why? Por que será feito?	Where? Onde será feito?	When? Quando será feito?	How? Como será feito?	How much? Quanto custará?
1- Identificação correta do paciente no prontuário	Ação educativa por videoaula para todas as categorias	Núcleo de Segurança do Paciente HC IV	Para orientar sobre o preenchimento da identificação do paciente no prontuário que visa garantir que o mesmo recebeu ou receberá determinado tipo de procedimento ou tratamento a ele destinado e prevenir a ocorrência de erros que possam causar danos	Ambiente virtual	Jul/Ago/Set 2024	Elaborar o conteúdo teórico; produzir o design gráfico audiovisual em parceria com a Comissão Editorial e a Divisão de Comunicação Social do Inca e disponibilizar via plataforma digital	A videoaula não representará custos adicionais para ser produzida e disponibilizada no Inca por ter meios próprios, além do tempo do profissional
2- Registro da Escala Visual Analógica (EVA) para controle de dor pós-resgate	Capacitação para enfermeiros e técnicos de enfermagem	Educação Continuada	Para capacitar o profissional a avaliar e registrar a dor pela EVA, antes e após a analgesia, visando garantir o controle adequado do sofrimento algico, além do registro do resultado da intervenção ser uma prerrogativa do processo de enfermagem e uma forma de comunicação com a equipe	Auditório José Alberto Pastana Santos no HC IV ou ambiente virtual, conforme a disponibilidade do profissional	Jul/Ago/Set 2024	Elaborar o plano de aula e o conteúdo teórico; aplicar pré-teste sobre conhecimentos prévios; ministrar aula expositiva participativa e aplicar pós-teste sobre conhecimentos adquiridos	Considerando que o HC IV possui auditório e projetor, apenas será necessário providenciar resma de papel e caneta esferográfica para os presentes, sendo possível prever um custo de 50 reais
3- Registro da avaliação funcional (Karnofsky Performance Status - KPS) pelo médico e pelo enfermeiro	Sessão Clínica para todas as categorias	Chefias médica e de enfermagem	Para sensibilizar os profissionais para que priorizem a avaliação funcional e o registro do KPS em prontuário, pois é um dos elementos que subsidiam a tomada de decisão nos cuidados paliativos	Auditório José Alberto Pastana Santos no HC IV ou ambiente virtual, conforme a disponibilidade do profissional	Jul/Ago/Set 2024	Dividir os participantes em grupos; apresentar a situação-problema; discutir e sintetizar o tema	Por se tratar das dependências e profissionais do HC IV não terá custo, além do tempo do profissional

Quadro 5 - Primeira versão do plano de ação para melhoria dos registros em prontuários de pacientes em cuidados paliativos (continuação)

Tema	What? O que será feito?	Who? Quem vai fazer?	Why? Por que será feito?	Where? Onde será feito?	When? Quando será feito?	How? Como será feito?	How much? Quanto custará?
4- Registro da avaliação do 5º sinal vital (dor) no controle semanal de dados clínicos	Capacitação para técnicos de enfermagem	Educação Continuada	Para aprimorar o registro da intensidade da dor e mitigar dificuldades acerca do conhecimento sobre dor aguda, escalas de avaliação, reconhecimento da responsabilidade diante do indivíduo com dor e má comunicação com o paciente ou com membros da equipe	Auditório José Alberto Pastana Santos no HC IV ou ambiente virtual, conforme a disponibilidade do profissional	Jul/Ago/Set 2024	Elaborar o plano de aula e o conteúdo teórico; aplicar pré-teste sobre conhecimentos prévios; ministrar aula expositiva e aplicar pós-teste sobre conhecimentos adquiridos	Considerando que o HC IV possui auditório e projetor, apenas será necessário providenciar resma de papel e caneta esferográfica para os presentes, sendo possível prever um custo de 50 reais
5- Preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para procedimento invasivo e para hemotransusão	Aula expositiva dialogada para médicos	Chefia médica e Comissão de Revisão de Prontuários	Para orientar médicos sobre o protocolo institucional que segue a recomendação do Conselho Federal de Medicina e estabelece que após orientar paciente/responsável, o TCLE deve ser preenchido e assinado, atendendo aos padrões de segurança e respeito ao direito de tomar decisões sobre seu tratamento, exceto em caso de emergência	Auditório José Alberto Pastana Santos no HC IV ou ambiente virtual, conforme a disponibilidade do profissional	Jul/Ago/Set 2024	Elaborar o plano de aula e o conteúdo teórico a ser ministrado a partir da literatura e das normas e rotinas institucionais	Por se tratar das dependências e profissionais do HC IV não terá custo, além do tempo do profissional
6- Conferência da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para hemotransusão	Aula expositiva dialogada	Chefia de enfermagem e Comissão de Revisão de Prontuários	Para sensibilizar o enfermeiro que só inicie o procedimento após se certificar da assinatura do TCLE, atendendo aos padrões esperados de segurança e respeito ao direito de tomar decisões sobre o seu tratamento, exceto em caso de emergência	Auditório José Alberto Pastana Santos no HC IV ou ambiente virtual, conforme a disponibilidade do profissional	Jul/Ago/Set 2024	Elaborar o plano de aula e o conteúdo teórico a ser ministrado a partir da literatura e das normas e rotinas institucionais	Por se tratar das dependências e profissionais do HC IV não terá custo, além do tempo do profissional

Quadro 5 - Primeira versão do plano de ação para melhoria dos registros em prontuários de pacientes em cuidados paliativos (continuação)

Tema	What? O que será feito?	Who? Quem vai fazer?	Why? Por que será feito?	Where? Onde será feito?	When? Quando será feito?	How? Como será feito?	How much? Quanto custará?
7- Registro do óbito pelo médico e pelo enfermeiro no prontuário	Sessão Clínica para todas as categorias	Chefias médica, da enfermagem e da Internação Hospitalar	Para discutir a assistência durante o processo ativo de morte e após o óbito, e evitar que a falta do registro do médico e do enfermeiro possa configurar desassistência ao paciente ou comprometer a exatidão da causa da morte.	Auditório José Alberto Pastana Santos no HC IV ou ambiente virtual, conforme a disponibilidade do profissional	Out/Nov/Dez 2024	Dividir os participantes em grupos; apresentar a situação-problema; discutir e sintetizar o tema	Por se tratar das dependências e profissionais do HC IV não terá custo, além do tempo do profissional
8- Registro do técnico de enfermagem sobre o preparo do corpo	Aula expositiva dialogada para técnicos de enfermagem acerca das	Lideranças de enfermagem da Internação Hospitalar	Para sensibilizar os profissionais acerca do registro do preparo do corpo que visa garantir que o morto foi identificado, limpo, preparado para evitar perda de secreções e excreções e bem posicionado antes da rigidez, além do respeito à dignidade após o óbito.	Postos de enfermagem da Internação Hospitalar	Out/Nov/Dez 2024	Durante o plantão, o enfermeiro vai se reunir com os técnicos de enfermagem; apresentar a situação-problema; discutir, sintetizar o tema e apresentar o Procedimento Operacional Padrão institucional	Por se tratar das dependências e profissionais do HC IV não terá custo, além do tempo do profissional
9- Preenchimento do relatório de cirurgia/anestesia	Aula expositiva dialogada para médicos	Chefia médica e Núcleo de Segurança do Paciente do HC IV	Para garantir o registro do diagnóstico pré-operatório/indicação, do nome do cirurgião e dos assistentes, dos sinais vitais e do nível de consciência no pós-operatório, visando a continuidade do cuidado e a segurança do paciente cirúrgico	Auditório José Alberto Pastana Santos no HC IV ou ambiente virtual, conforme a disponibilidade do profissional	Out/Nov/Dez 2024	Convidar os Elaborar o plano de aula e o conteúdo teórico a ser ministrado a partir da literatura e das normas e rotinas institucionais	Por se tratar das dependências e profissionais do HC IV não terá custo, além do tempo do profissional

Quadro 5 - Primeira versão do plano de ação para melhoria dos registros em prontuários de pacientes em cuidados paliativos (conclusão)

Tema	What? O que será feito?	Who? Quem vai fazer?	Why? Por que será feito?	Where? Onde será feito?	When? Quando será feito?	How? Como será feito?	How much? Quanto custará?
10- Preenchimento do prontuário com letra legível	Ação educativa por Videoaula para todas as categorias	Núcleo de Segurança do Paciente do HC IV e Comissão da Revisão de Prontuário	Para estimular a letra legível ou o preenchimento de documentos eletrônicos (prontuário eletrônico, receita digital, plano de cuidados na Intranet) em substituição à caligrafia cursiva, sempre que possível, visando mitigar riscos e agravos ao paciente e comunicação ineficaz entre as equipes	Ambiente virtual	Out/Nov/Dez 2024	Elaborar o conteúdo teórico; produzir o design gráfico audiovisual em parceria com a Comissão Editorial e a Divisão de Comunicação Social do Inca e disponibilizar via plataforma digital	A videoaula não representará custos adicionais para ser produzida e disponibilizada no Inca por ter meios próprios, além do tempo do profissional
11- Preenchimento correto da declaração de óbito (DO)	Elaboração e distribuição de texto informativo para médicos	Chefia médica	Para promover orientações quanto ao correto preenchimento da DO por ser fundamental para garantir direitos dos familiares e nortear políticas públicas, além de ser um indicador de boa assistência prestada	Postos de trabalho	Out/Nov/Dez 2024	Elaborar texto informativo sobre as normas e orientações do Ministério da Saúde para o preenchimento da DO e afixar nos postos de trabalho dos médicos	Considerando que o HC IV possui impressora, toner, resma de papel, necessidade de poucas cópias e profissionais capacitados, estima-se um custo irrelevante, além do tempo do profissional
12- Cópia e arquivamento da declaração de óbito (DO)	Elaboração e distribuição de texto informativo para o serviço de Recepção e de Arquivo Médico	Chefia administrativa	Para orientar sobre a cópia e o arquivamento da DO para respaldo da instituição e para consulta em pesquisas	Postos de trabalho	Out/Nov/Dez 2024	Elaborar texto informativo com base nas instruções de serviço de Recepção e de Arquivo Médico que determinam a cópia e arquivamento da DO, e afixar nos respectivos postos de trabalho	Considerando que o HC IV possui impressora, toner, resma de papel, necessidade de poucas cópias e profissionais capacitados, estima-se um custo irrelevante, além do tempo do profissional

Fonte: a autora, 2024.

7.3 Resultados da etapa 3: validação do conteúdo do plano de ação

Inicialmente, cabe esclarecer que os participantes da primeira rodada foram os mesmos da segunda. Com relação ao perfil, a tabela 1 mostra que a maioria era do sexo feminino (91,7%), tinha em média 6 anos de experiência em segurança do paciente, 14 anos de experiência em cuidados paliativos e a metade (50%) tinha mestrado, no momento da pesquisa.

Tabela 1 - Perfil dos profissionais participantes do comitê de especialistas (N=12)

Perfil	N (%)
Sexo	
Feminino	11 (91,7)
Masculino	1 (8,3)
Idade m (DP)	
≤47 anos	8 (66,6)
>47 anos	4 (33,4)
Anos de experiência em segurança do paciente m (DP)	
≤6 anos	8 (66,6)
>6 anos	4 (33,4)
Anos de experiência em cuidados paliativos (DP)	
≤14 anos	8 (66,6)
>14 anos	4 (33,4)
Categoria profissional onde atua em cuidados paliativos	
Assistente social	1 (8,3)
Enfermeiro	6 (50,0)
Farmacêutico	1 (8,3)
Gestor	1 (8,3)
Médico	1 (8,3)
Nutricionista	1 (8,3)
Técnico de enfermagem	1 (8,3)
Setor de trabalho onde atua em cuidados paliativos	
Assistência domiciliar	1 (8,3)
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	1 (8,3)
Farmácia	1 (8,3)
Gerência de risco	1 (8,3)
Gestão	1 (8,3)
Internação hospitalar	4 (33,4)
Núcleo de Segurança do Paciente	1 (8,3)
Qualidade	1 (8,3)
Serviço de Pronto Atendimento	1 (8,3)
Titulação	
Graduação	1 (8,3)
Especialização	3 (25,0)
Mestrado	6 (50,0)
Doutorado	2 (16,7)

Fonte: a autora, 2024.

7.3.1 Primeira rodada

As respostas das avaliações dos juízes para cada tema do plano de ação de acordo com a escala *Likert* encontram-se no Apêndice F.

Conforme a tabela 2, o IVC obtido manteve-se igual ou superior a 80% para todos os critérios avaliados. Os temas que não atingiram 100% correspondem aos itens: registro da avaliação do 5º sinal vital (dor) no controle semanal de dados clínicos, conferência da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para hemotransfusão, registro do técnico de enfermagem sobre o preparo do corpo, preenchimento do relatório de cirurgia/anestesia e preenchimento correto da declaração de óbito.

Tabela 2 - Índice de validade do conteúdo do plano de ação na primeira rodada (continua)

Variável	Índice de Validade de Conteúdo
Identificação correta do paciente no prontuário	
Clareza	1,0
Relevância	1,0
Pertinência	1,0
Registro da EVA para controle de dor pós-resgate	
Clareza	1,0
Relevância	1,0
Pertinência	1,0
Registro da avaliação funcional (KPS) pelo médico e pelo enfermeiro	
Clareza	1,0
Relevância	1,0
Pertinência	1,0
Registro da avaliação do 5º sinal vital (dor) no controle semanal de dados clínicos	
Clareza	0,8
Relevância	1,0
Pertinência	1,0
Preenchimento do TCLE para procedimento invasivo e hemotransfusão	
Clareza	1,0
Relevância	1,0
Pertinência	1,0
Conferência da assinatura do TCLE para hemotransfusão	
Clareza	1,0
Relevância	0,9
Pertinência	0,9

Tabela 2 - Índice de validade do conteúdo do plano de ação na primeira rodada (conclusão)

Variável	Índice de Validade de Conteúdo
Registro do óbito pelo médico e pelo enfermeiro no prontuário	
Clareza	1,0
Relevância	1,0
Pertinência	1,0
Registro do técnico de enfermagem sobre o preparo do corpo	
Clareza	0,8
Relevância	0,9
Pertinência	0,9
Preenchimento do relatório de cirurgia/anestesia	
Clareza	0,8
Relevância	1,0
Pertinência	0,9
Preenchimento do prontuário com letra legível	
Clareza	1,0
Relevância	1,0
Pertinência	1,0
Preenchimento correto da declaração de óbito	
Clareza	0,9
Relevância	0,9
Pertinência	0,9
Cópia da declaração de óbito	
Clareza	1,0
Relevância	1,0
Pertinência	1,0

EVA = Escala Visual Analógica; **KPS** = *Karnofsky Performance Status*; **TCLE** = Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Fonte: a autora, 2024

No quadro 6, apresenta-se o resultado das decisões tomadas pelos pesquisadores: 25 (75,7%) sugestões foram aceitas e 8 (24,3%) foram rejeitadas. Além disso, o tema 6 foi excluído da versão final da ferramenta adequando-se à justificativa.

Quadro 6 - Sugestões de alterações no plano de ação na primeira rodada (continua)

Sugestão	Decisão
Identificação correta do paciente no prontuário	
No campo “Quem irá fazer?” colocar “Coordenação” antes de Núcleo de Segurança	Aceito
Registro da EVA para controle de dor pós-resgate	
Alterar o título para: “Registro da escala visual analógica (EVA) antes e depois do resgate”	Não aceito
Alterar o título para: “Registro da escala visual analógica (EVA) para controle de dor pós-resgate na prescrição médica”	Aceito
No campo “Quem irá fazer?” colocar: “Equipe da Educação Continuada da Enfermagem”	Aceito
No campo “Quem vai fazer?” incluir: “Equipe de Fisioterapia”	Aceito
No campo “Por que será feito?” trocar o termo sofrimento algíco por controle de dor	Aceito
No campo “O que será feito” solicitar à equipe de Tecnologia da Informação que coloque uma trava e um alerta sobre a falta do preenchimento do KPS para poder finalizar a evolução	Não aceito
Registro da avaliação funcional (KPS) pelo médico e pelo enfermeiro	
No campo “O que será feito?” trocar por: “Sessão clínica para sensibilização dos profissionais para que priorizem a avaliação funcional e o registro do KPS em prontuário”	Aceito
No campo “Por que será feito?” trocar por: “Porque é um dos elementos que subsidiam a tomada de decisão nos cuidados paliativos”	Aceito
Registro da avaliação do 5º sinal vital (dor) no controle semanal de dados clínicos	
No campo “Quem irá fazer?” trocar por: “Equipe de Educação Continuada de Enfermagem”	Aceito
No campo “Por que será feito?” incluir que deve ser feito de forma rotineira	Aceito
No campo “Por que será feito?” trocar por: “Para aprimorar o registro da intensidade da dor de forma rotineira, a partir da ampliação do conhecimento sobre dor aguda, escalas de avaliação, reconhecimento da responsabilidade diante do indivíduo com dor e comunicação efetiva com pacientes, familiares e demais membros da equipe”	Aceito
Preenchimento do TCLE para procedimento invasivo e hemotransusão	
No campo “O que será feito?” trocar por: “Aula expositiva dialogada sobre o protocolo institucional que segue a recomendação do Conselho Federal de Medicina”	Aceito
No campo “Por que será feito?” trocar por: “Porque o TCLE deve ser corretamente preenchido e assinado, atendendo aos padrões de segurança e respeito ao direito de tomar decisões sobre seu tratamento, exceto em caso de emergência”	Aceito
Conferência da assinatura do TCLE para hemotransusão	
Excluir o item 6 do plano de ação baseado na Resolução Cofen Nº 709/2022 que sequer menciona o TCLE	Aceito
Incluir um checklist por parte da Enfermagem para checar se o paciente já possui um termo prévio para transfundir	Não aceito
Trocar o título para: conferência da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para hemotransusão prévia ao procedimento	Não aceito
Incluir a categoria médica	Não aceito

Quadro 6 - Sugestões de alterações no plano de ação na primeira rodada (conclusão)

Sugestão	Decisão
Registro do óbito pelo médico e pelo enfermeiro no prontuário	
No campo “O que será feito?” trocar por: “Sessão clínica para discutir a assistência durante o processo ativo de morte, incluindo registros de piora do quadro, da ciência da família e dos cuidados pós óbito”	Aceito
No campo “O que será feito?” incluir a importância de registrar nas evoluções anteriores ao óbito que o paciente se encontra em processo ativo de morte e que foi conversado sobre o prognóstico com familiar/cuidador	Aceito
No campo “Por que será feito?” trocar por: “Para evitar que a falta do registro do médico e do enfermeiro possa configurar desassistência ao paciente ou comprometer a exatidão da causa da morte	Aceito
Registro do técnico de enfermagem sobre o preparo do corpo	
No campo “O que será feito?” trocar por: aula expositiva dialogada para técnicos de enfermagem acerca da garantia da identificação do corpo, limpeza, preparo para evitar perda de secreções e excreções, posição antes da rigidez, além do respeito à dignidade após o óbito	Não aceito
No campo “Por que será feito?” trocar por: para sensibilizar os profissionais acerca do registro do preparo do corpo	Aceito
Preenchimento do relatório de cirurgia/anestesia	
No campo “O que será feito?” trocar por: um texto informativo	Aceito
No campo “O que será feito?” trocar por: diálogo informativo com médicos cirurgiões acerca da importância e da obrigatoriedade do preenchimento correto do relatório de cirurgia	Aceito
Preenchimento do prontuário com letra legível	
No campo “Quem irá fazer?” trocar por: coordenação do Núcleo de Segurança do Paciente do HC IV e representante da Comissão de Revisão de Prontuários	Aceito
No campo “Por que será feito?” trocar: “ou preenchimento de documentos eletrônicos...” por “e preenchimento de documentos eletrônicos...”	Não aceito
No campo “O que será feito?” trocar por: ação educativa por Vídeoaula para todas as categorias e para todos os processos assistenciais da unidade	Aceito
Preenchimento correto da declaração de óbito	
No campo “O que será feito?” trocar por: diálogo informativo com médicos cirurgiões acerca da importância e da obrigatoriedade do preenchimento correto da declaração de óbito (DO).	Aceito
No campo “Como será feito?” incluir que a chefia médica poderia compartilhar o material do CFM, e destacar a importância de conferir informações do paciente como endereço, estado civil	Aceito
Cópia e arquivamento da declaração de óbito	
No campo “O que será feito?” trocar por: fornecimento de orientações aos serviços de recepção e de arquivo médico acerca da importância do arquivamento de cópia da declaração de óbito (DO)	Aceito
No campo “Por que será feito?” trocar por: para orientar sobre a cópia e o arquivamento da DO para fins jurídicos e para consulta, por exemplo, em pesquisas	Aceito
No campo “Como será feito?” incluir elaborar um cartaz para o setor	Não aceito

EVA = Escala Visual Analógica; **KPS** = *Karnofsky Performance Status*; **TCLE** = Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Fonte: a autora, 2024.

7.3.2 Segunda rodada

As respostas das avaliações dos juízes para cada tema encontram-se no Apêndice F. Na segunda rodada, nota-se que houve elevada concordância entre os juízes, conforme tabela 3.

Tabela 3 - Índice de validade do conteúdo do plano de ação na rodada final (continua)

Variável	Índice de Validade de Conteúdo
Identificação correta do paciente no prontuário	
Clareza	1,0
Relevância	0,9
Pertinência	1,0
Registro da EVA para controle de dor pós-resgate	
Clareza	1,0
Relevância	1,0
Pertinência	1,0
Registro da avaliação funcional (KPS) pelo médico e pelo enfermeiro	
Clareza	1,0
Relevância	1,0
Pertinência	1,0
Registro da avaliação do 5º sinal vital (dor) no controle semanal de dados clínicos	
Clareza	1,0
Relevância	1,0
Pertinência	1,0
Preenchimento do TCLE para procedimento invasivo e hemotransfusão	
Clareza	0,9
Relevância	1,0
Pertinência	1,0
Registro do óbito pelo médico e pelo enfermeiro no prontuário	
Clareza	0,9
Relevância	1,0
Pertinência	1,0
Registro do técnico de enfermagem do preparo do corpo	
Clareza	0,9
Relevância	1,0
Pertinência	0,9
Preenchimento do relatório de cirurgia/anestesia	
Clareza	0,9
Relevância	1,0
Pertinência	1,0

Tabela 3 - Índice de validade do conteúdo do plano de ação na rodada final (conclusão)

Variável	Índice de Validade de Conteúdo
Preenchimento do prontuário com letra legível	
Clareza	0,9
Relevância	1,0
Pertinência	1,0
Preenchimento correto da declaração de óbito	
Clareza	1,0
Relevância	0,9
Pertinência	0,9
Cópia e arquivamento da declaração de óbito	
Clareza	1,0
Relevância	1,0
Pertinência	1,0

EVA = Escala Visual Analógica; **KPS** = *Karnofsky Performance Status*; **TCLE** = Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Fonte: a autora, 2024.

No quadro 7, apresenta-se o resultado das decisões tomadas pelos pesquisadores: 6 (50,0%) sugestões foram aceitas, 1 foi aceita parcialmente (8,3%) e 5 (41,7%) foram rejeitadas. Além disso, o tema 6 foi excluído da versão final da ferramenta adequando-se à justificativa.

Quadro 7 - Sugestões de alterações no plano de ação na segunda rodada

Sugestão	Decisão
Identificação correta do paciente no prontuário	
No campo “Quem irá fazer?” colocar membro ou membros ou representante da Comissão de Prontuários	Aceito
Registro da EVA para controle de dor pós-resgate	
No campo “Quem irá fazer?” colocar membro ou membros ou representante da Comissão de Prontuários	Aceito
No campo “Por que será feito?” trocar o termo "resgate" por medicação analgésica de resgate	Não aceito
Registro da avaliação do 5º sinal vital (dor) no controle semanal de dados clínicos	
No campo “Quem irá fazer?” colocar membro ou membros ou representante da Comissão de Prontuários	Aceito
Preenchimento do TCLE para procedimento invasivo e hemotransusão	
No campo “Por que será feito?” trocar por “Porque o TCLE deve ser corretamente preenchido e assinado, atendendo aos padrões de segurança e respeito ao direito do paciente em tomar decisões sobre seu tratamento, exceto em casos de emergência”	Aceito
Registro do óbito pelo médico e pelo enfermeiro no prontuário	
No campo “Quem irá fazer?” trocar médico e enfermeiro por equipe multidisciplinar	Não aceito
No campo “O que será feito?” incluir o registro do momento do óbito em si acompanhado do horário da constatação, se paciente estava acompanhado, estado emocional do familiar	Aceito parcialmente
Registro do técnico de enfermagem sobre o preparo do corpo	
No campo “Como será feito?” explicar o que seria a situação-problema	Não aceito
Preenchimento do prontuário com letra legível	
No campo “Por que será feito?” incluir a palavra “evitar” antes de “comunicação ineficaz entre as equipes”	Aceito
No campo “Quem irá fazer?” colocar membro ou membros ou representante da Comissão de Prontuários	Aceito
Preenchimento correto da declaração de óbito	
No campo “O que será feito?” incluir “diálogo”	Não aceito
Cópia e arquivamento da declaração de óbito	
No campo “O que será feito?” incluir as secretarias	Não aceito

TCLE = Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Fonte: a autora, 2024.

No quadro 8, está apresentada a versão final do plano de ação institucional.

Quadro 8 - Versão final do plano de ação para melhoria dos registros em prontuários de pacientes em cuidados paliativos (continua)

Tema	What? O que será feito?	Who? Quem vai fazer?	Why? Por que será feito?	Where? Onde será feito?	When? Quando será feito?	How? Como será feito?	How much? Quanto custará?
1- Identificação correta do paciente no prontuário	Ação educativa por videoaula para todos os envolvidos nos processos assistenciais	Coordenação do Núcleo de Segurança do Paciente e representante da Comissão de Revisão de Prontuário	Para orientar sobre o preenchimento da identificação do paciente no prontuário que visa garantir que o mesmo recebeu ou receberá determinado tipo de procedimento ou tratamento a ele destinado e prevenir a ocorrência de erros que possam causar danos	Ambiente virtual	Jul/Ago/Set 2024	Elaborar o conteúdo teórico; produzir o design gráfico audiovisual em parceria com a Comissão Editorial e a Divisão de Comunicação Social do Inca e disponibilizar via plataforma digital	A videoaula não representará custos adicionais para ser produzida e disponibilizada no Inca por ter meios próprios, além do tempo do profissional
2- Registro da Escala Visual Analógica (EVA) para controle de dor pós-resgate na prescrição médica	Capacitação para enfermeiros e técnicos de enfermagem	Equipe de Educação Continuada de Enfermagem e representante da Comissão de Revisão de Prontuários	Para capacitar o profissional a avaliar e registrar a dor pela EVA, antes e após o resgate, visando garantir o controle adequado da dor, além do registro do resultado da intervenção ser uma prerrogativa do processo de enfermagem e uma forma de comunicação com a equipe	Auditório José Alberto Pastana Santos no HC IV ou ambiente virtual, conforme a disponibilidade do profissional	Jul/Ago/Set 2024	Elaborar o plano de aula e o conteúdo teórico; aplicar pré-teste sobre conhecimentos prévios; ministrar aula expositiva participativa e aplicar pós-teste sobre conhecimentos adquiridos	Considerando que o HC IV possui auditório e projetor, apenas será necessário providenciar resma de papel e caneta esferográfica para os presentes, sendo possível prever um custo de 50 reais
3- Registro da avaliação funcional (Karnofsky Performance Status - KPS) pelo médico e pelo enfermeiro	Sessão Clínica para a sensibilização dos profissionais visando a priorização da avaliação funcional e o registro do KPS em prontuário	Representantes da área médica, de enfermagem e da fisioterapia	Porque é um dos elementos que subsidiam a tomada de decisão nos cuidados paliativos	Auditório José Alberto Pastana Santos no HC IV ou ambiente virtual, conforme a disponibilidade do profissional	Jul/Ago/Set 2024	Dividir os participantes em grupos; apresentar a situação-problema; discutir e sintetizar o tema	Por se tratar das dependências e profissionais do HC IV não terá custo, além do tempo do profissional

Quadro 8 - Versão final do plano de ação para melhoria dos registros em prontuários de pacientes em cuidados paliativos (continuação)

Tema	What? O que será feito?	Who? Quem vai fazer?	Why? Por que será feito?	Where? Onde será feito?	When? Quando será feito?	How? Como será feito?	How much? Quanto custará?
4- Registro da avaliação do 5º sinal vital (dor) no controle semanal de dados clínicos	Capacitação para técnicos de enfermagem	Equipe de Educação Continuada de Enfermagem e representante da Comissão de Revisão de Prontuários	Para aprimorar o registro da intensidade da dor de forma rotineira, a partir da ampliação do conhecimento sobre dor aguda, escalas de avaliação, responsabilidade diante do indivíduo com dor e comunicação efetiva com paciente, familiares e membros da equipe	Auditório José Alberto Pastana Santos no HC IV ou ambiente virtual, conforme a disponibilidade do profissional	Jul/Ago/Set 2024	Elaborar o plano de aula e o conteúdo teórico; aplicar pré-teste sobre conhecimentos prévios; ministrar aula expositiva e aplicar pós-teste sobre conhecimentos adquiridos	Considerando que o HC IV possui auditório e projetor, apenas será necessário providenciar resma de papel e caneta esferográfica para os presentes, sendo possível prever um custo de 50 reais
5- Preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para procedimento invasivo e para hemotransfusão	Aula expositiva dialogada para médicos acerca do protocolo institucional que segue a recomendação do Conselho Federal de Medicina	Chefia médica e representante de Comissão de Revisão de Prontuários	Porque o TCLE deve ser corretamente preenchido e assinado, atendendo aos padrões de segurança e respeito ao direito de tomar decisões sobre seu tratamento, exceto em caso de emergência	Auditório José Alberto Pastana Santos no HC IV ou ambiente virtual, conforme a disponibilidade do profissional	Jul/Ago/Set 2024	Elaborar o plano de aula e o conteúdo teórico a ser ministrado a partir da literatura e das normas e rotinas institucionais	Por se tratar das dependências e profissionais do HC IV não terá custo, além do tempo do profissional
6- Registro do óbito pelo médico e pelo enfermeiro no prontuário	Sessão Clínica acerca da assistência durante o processo ativo de morte e no momento do óbito, incluindo registros de piora do quadro e de ciência da família	Chefias médica, de enfermagem e da Internação Hospitalar	Para evitar que a falta do registro do médico e do enfermeiro possa configurar desassistência ao paciente ou comprometer a exatidão da causa da morte	Auditório José Alberto Pastana Santos no HC IV ou ambiente virtual, conforme a disponibilidade do profissional	Out/Nov/Dez 2024	Dividir os participantes em grupos; apresentar a situação-problema; discutir e sintetizar o tema	Por se tratar das dependências e profissionais do HC IV não terá custo, além do tempo do profissional

Quadro 8 - Versão final do plano de ação para melhoria dos registros em prontuários de pacientes em cuidados paliativos (continuação)

Tema	What? O que será feito?	Who? Quem vai fazer?	Why? Por que será feito?	Where? Onde será feito?	When? Quando será feito?	How? Como será feito?	How much? Quanto custará?
7- Registro do técnico de enfermagem do preparo do corpo pós-morte	Aula expositiva dialogada para técnicos de enfermagem acerca das suas competências após o óbito do paciente	Lideranças de enfermagem da Internação Hospitalar	Para sensibilizar o profissional quanto ao registro do preparo do corpo, visando a garantia do cuidado e do princípio ético de dignidade pós-morte	Postos de enfermagem da Internação Hospitalar	Out/Nov/Dez 2024	Durante o plantão, o enfermeiro vai se reunir com os técnicos de enfermagem; apresentar a situação-problema; discutir, sintetizar o tema e apresentar o Procedimento Operacional Padrão institucional	Por se tratar das dependências e profissionais do HC IV não terá custo, além do tempo do profissional
8- Preenchimento do relatório de cirurgia/anestesi	Elaboração de texto e diálogo informativo com médicos cirurgiões da unidade para envolvimento na rotina institucional	Chefia médica	Para garantir o registro do diagnóstico pré-operatório/indicação, do nome do cirurgião e dos assistentes, dos sinais vitais e do nível de consciência no pós-operatório, visando a continuidade do cuidado e a segurança do paciente cirúrgico	Sala da chefia médica	Out/Nov/Dez 2024	Convidar os profissionais e discutir sobre as orientações do Conselho Federal de Medicina, as normas e as rotinas institucionais, individualmente ou em grupo	Por se tratar das dependências e profissionais do HC IV não terá custo, além do tempo do profissional
9- Preenchimento do prontuário com letra legível	Ação educativa por Videoaula para todos os envolvidos nos processos assistenciais	Coordenação do Núcleo de Segurança do Paciente do HCIV e representante e da Comissão da Revisão de Prontuário	Para estimular a letra legível ou o preenchimento de documentos eletrônicos (prontuário eletrônico, receita digital, plano de cuidados na Intranet) em substituição à caligrafia cursiva, sempre que possível, visando mitigar riscos e agravos ao paciente e comunicação ineficaz entre as equipes	Ambiente virtual	Out/Nov/Dez 2024	Elaborar o conteúdo teórico; produzir o design gráfico audiovisual em parceria com a Comissão Editorial e a Divisão de Comunicação Social do Inca e disponibilizar via plataforma digital	A videoaula não representará custos adicionais para ser produzida e disponibilizada no Inca por ter meios próprios, além do tempo do profissional

Quadro 8 - Versão final do plano de ação para melhoria dos registros em prontuários de pacientes em cuidados paliativos (conclusão)

Tema	What? O que será feito?	Who? Quem vai fazer?	Why? Por que será feito?	Where? Onde será feito?	When? Quando será feito?	How? Como será feito?	How much? Quanto custará?
10- Preenchimento correto da declaração de óbito (DO)	Elaboração e distribuição de texto informativo para médicos	Chefia médica	Para promover orientações quanto ao correto preenchimento da DO por ser fundamental para garantir direitos dos familiares e nortear políticas públicas, além de ser um indicador de boa assistência prestada	Postos de trabalho	Out/Nov/Dez 2024	Elaborar texto informativo baseado nas normas e orientações do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina, indicando referências e manuais de consulta, destacando a importância de conferir os dados dos pacientes para o correto preenchimento da DO, e afixar nos postos de trabalho dos médicos	Considerando que o HC IV possui impressora, toner, resma de papel, necessidade de poucas cópias e profissionais capacitados, estima-se um custo irrelevante, além do tempo do profissional
11- Cópia e arquivamento da declaração de óbito (DO)	Elaboração e distribuição de texto informativo para o Serviço de Recepção e de Arquivo Médico	Chefia administrativa	Para orientar sobre a importância da cópia e do arquivamento da DO para consultas com fins éticos, jurídicos e/ou pesquisas	Postos de trabalho	Out/Nov/Dez 2024	Elaborar texto informativo com base nas instruções de serviço de recepção e de Arquivo Médico que determinam a cópia e arquivamento da DO, e afixar nos respectivos postos de trabalho	Considerando que o HC IV possui impressora, toner, resma de papel, necessidade de poucas cópias e profissionais capacitados, estima-se um custo irrelevante, além do tempo do profissional

Fonte: a autora, 2024.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Indubitavelmente, a investigação possibilitou o resgate da importância histórica do Inca que possui uma unidade de cuidados paliativos desde 1991, como uma instituição brasileira pública e de qualidade considerada centro de excelência nacional na assistência, ensino e pesquisa em Oncologia, além de posicionar o papel estratégico da Comissão de Revisão de Prontuários e do corpo de trabalho da unidade para desenvolvimento da pesquisa.

Há um grande interesse no âmbito dos cuidados paliativos em Oncologia em desenvolver indicadores de qualidade de processo, porém tal fato ainda encontra algumas barreiras na implementação de uma coleta rotineira de dados, principalmente quando exige uma análise detalhada dos prontuários de saúde.

O estudo demonstrou a relevância dos ciclos de auditoria clínica entendidos como método. Desta forma, foi possível conhecer as falhas nos registros em prontuário, definir os padrões de conformidade, avaliar a consistência entre o problema e o modelo observado, verificar se os registros confirmavam a assistência prestada ao paciente de acordo com os princípios dos cuidados paliativos; assim como, identificar as oportunidades para desenvolver as ações de melhorias.

Neste sentido, a análise e categorização das conformidades e não conformidades de acordo com o potencial de gravidade evidenciadas nos resultados de auditoria clínica interna de prontuários sobre os cuidados prestados. Assim, viabilizou-se um plano de ação institucional com vistas a melhorar os processos e fortalecer a missão dos cuidados paliativos no âmbito assistencial.

Num primeiro momento, como desdobramentos da investigação foram institucionalizadas ações educativas para execução no prazo de seis meses, quais sejam: agendamento de sessões clínicas, produção de videoaula, capacitação da equipe de saúde e produção de material informativo. Esclarece-se ainda que, o processo de monitoramento é garantido pela auditoria sistemática realizada pela Comissão de Revisão de Prontuários com periodicidade mensal.

Destaca-se, que os profissionais da assistência direta ou indireta ao paciente em palição devem ser estimulados e educados a produzirem informações de alta qualidade para a continuidade dos cuidados e para a segurança do paciente no ambiente de cuidados paliativos.

Recomenda-se, ampliação de estudos sobre a temática tratada, pois persiste a necessidade de compreender o que são cuidados de qualidade, visto que sua subjetividade

demanda clareza, conhecimento e monitoramento. Da mesma forma, é importante maior investimento em ações que visam qualidade e segurança do paciente em prol do respeito incondicional aos princípios e filosofia dos cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS

- ABERNETHY, A.P. *et al.* The Australia-modified Karnofsky Performance Status (AKPS) scale: a revised scale for contemporary palliative care clinical practice [ISRCTN81117481]. **BMC palliative care**, v. 4, p. 1-12, 2005. DOI: 10.1186/1472-684X-4-7.
- ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3061-3068, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>.
- ALVES, K.Y. *et al.* Identificação do paciente nos registros dos profissionais de saúde. **Acta Paul Enferm.** 2018;31(1):79-86. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800012>.
- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de Cuidados paliativos**. Rio de Janeiro, 2012. 2ª edição. Disponível em: https://dms.ufpel.edu.br/static/bib/manual_de_cuidados_paliativos_ancp.pdf. Acesso em: 10 ago. 2022.
- ANDRADE, M.V. de G. Cartilha para orientação do profissional da saúde: a importância da Comissão de Revisão de Prontuário do Paciente. **Implantação do serviço de arquivo médico estatístico (SAME) da consultoria e auditoria de contas médico-hospitalares (CONSTAT)-gestão de saúde**, 2020. Disponível em: <https://ri.ufs.br/jspui/handle/riufs/14248>. Acesso em: 31 ago. 2022.
- ANTUNES, B. *et al.* Outcome measurement—a scoping review of the literature and future developments in palliative care clinical practice. **Ann Palliat Med**, v. 7, n. Suppl 3, p. S196-S206, 2018. DOI: 10.21037/apm.2018.07.03.
- AZZOLINI, E. *et al.* Quality improvement of medical records through internal auditing: a comparative analysis. **Journal of Preventive Medicine and Hygiene**, v. 60, n. 3, p. E250, 2019. DOI: 10.15167/2421-4248/jpmh2019.60.3.1203.
- BAKITAS, M. *et al.* Forging a new frontier: providing palliative care to people with cancer in rural and remote areas. **Journal of clinical oncology**, v. 38, n. 9, p. 963-973, 2020. DOI: 10.1200/JCO.18.02432.
- BARROS, J.C.C. *et al.* Gestão da clínica: histórico, conceito e prática. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 4, p. 16760-16774, 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n4-008.

BITTENCOURT, N.C.C. de M. *et al.* Patient Safety in Palliative Care at the End of Life from the Perspective of Complex Thinking. In: **Healthcare**. MDPI, 2023. p. 2030. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare11142030>.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 709 de 19 agosto de 2022. **Aprova e Atualiza a Norma Técnica que dispõe sobre a Atuação de Enfermeiro e de Técnico de Enfermagem em Hemoterapia**. Diário Oficial da União. Brasília – DF. 2022. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-709-2022/#:~:text=Bras%C3%ADlia%2C%2019%20de%20agosto%20de%202022.&text=Estabelecimento%20diretrizes%20para%20atua%C3%A7%C3%A3o%20dos,Enfermagem%20competente%2C%20resolutiva%20e%20segura>. Acesso em: 08 jan. 2024.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Recomendação CFM nº 1/2016. **Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica**. Disponível: <https://bit.ly/2Pokq4y>. Acesso em: 20 mar. 2024.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.638 de 10 de julho de 2002. **Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde**. Diário Oficial da União. Brasília – DF. 2002. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1638>. Acesso em: 31 ago. 2022.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.821 de 11 de julho de 2007. **Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes**. Diário Oficial da União. Brasília – DF. 2007. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2007/1821_2007.pdf. Acesso em: 09 out. 2023.

BRASIL. Conselho Regional de Medicina-PR. Parecer nº 2.623/2017: **Procedimentos Médicos - Descrição Cirúrgica**. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/PR/2017/2623_2017.pdf. Acesso em 10 jan. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Marco Conceitual da Política Nacional de Cuidados do Brasil**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/marco-conceitual-da-politica-nacional-de-cuidados-do-brasil>. Acesso em 06 jan. 2024.

BURNS, M.; MCILFATRICK, S. Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment. **International journal of palliative nursing**, v. 21, n. 8, p. 400-407, 2015.

CAMERON, D. B.; RANGEL, S. J. Quality improvement in pediatric surgery. **Current Opinion in Pediatrics**, v. 28, n. 3, p. 348-355, 2016. DOI:10.1097/MOP.0000000000000346.

CAPELAS, M. L. V. **Indicadores de qualidade para os serviços de cuidados paliativos**. Leya, 2019.

- CAPELAS, M. L. V. *et al.* Indicadores de qualidade prioritários para os serviços de cuidados paliativos em Portugal. **Cadernos de Saúde**, v. 10, n. 2, p. 11-24, 1 jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7245>.
- CASTRO, C.F. *et al.* Termo de consentimento livre e esclarecido na assistência à saúde. **Revista Bioética**, v. 28, p. 522-530, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020283416>.
- CASTRO, J.A; HANNON, B.; ZIMMERMANN, C. Integrating palliative care into oncology care worldwide: The right care in the right place at the right time. **Current Treatment Options in Oncology**, v. 24, n. 4, p. 353-372, 2023. DOI: 10.1007/s11864-023-01060-9.
- CHASSIN, M.R.; GALVIN, R.W. The urgent need to improve health care quality: Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. **Jama**, v. 280, n. 11, p. 1000-1005, 1998. DOI:10.1001/jama.280.11.1000.
- COELHO, A. *et al.* Monitoring and Management of the Palliative Care Patient Symptoms: a best practice implementation project. **Nursing Reports**, v. 12, n. 2, p. 365-370, 2022. DOI: 10.1186/s12904-022-00989-2.
- COLUCI, M.Z.O., ALEXANDRE, N.M.C., MILANI, D. Construction of measurement instruments in the area of health. **Cien Saude Colet**. 2015 Mar;20(3):925–36. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>.
- COOK, D.A, BECKMAN, T.J. Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments: theory and application. **Am J Med**. 2006 Fev; 119 (2) 166.e7-16. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2005.10.036>.
- CRABTREE, A.; SUNDARARAJ, J. J.; PEASE, N. Clinical audit? Invaluable! **BMJ Supportive & Palliative Care**, v. 10, n. 2, p. 213-215, 2020. DOI: 10.1136/bmjspcare-2019-001981.
- DE OLIVEIRA, L. C. *et al.* Tendências temporais e fatores associados ao câncer diagnosticado no estágio IV em pacientes incluídos no sistema integrado de registro hospitalar de câncer no Brasil em duas décadas. **Epidemiologia do Câncer**, v. 80, p. 102242, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.canep.2022.102242>.
- DEODHAR, J.; SALINS, N.; MUCKADEN, M.A. Documentation of assessment of spiritual concerns of adult advanced cancer patients: an audit in a hospital-based specialist Palliative Care Service. **Indian journal of palliative care**, v. 27, n. 4, p. 495, 2021. DOI: 10.25259/IJPC_49_21.
- DONABEDIAN, A. **The Definition of Quality and Approaches to its Assessment**. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1980.
- DY, S. M. *et al.* Measuring what matters: top-ranked quality indicators for hospice and palliative care from the American Academy of Hospice and Palliative Medicine and Hospice and Palliative Nurses Association. **Journal of pain and symptom management**, v. 49, n. 4, p. 773-781, 2015. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2015.01.012.

ESPOSITO, P.; DAL CANTON, A. Clinical audit, a valuable tool to improve quality of care: General methodology and applications in nephrology. **World journal of nephrology**, v. 3, n. 4, p. 249, 2014. DOI: 10.5527/wjn.v3.i4.249.

FASSARELLA, C.S. Cultura organizacional de segurança na pandemia pela COVID-19. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 5, 2021. ISSN: 0874-0283 ISSN: 2182-2883.

FERNANDO, G.V.M.C; RAWLINSON, F. A reflection on the experience with conducting a clinical audit aimed at optimizing pain assessment in cancer patients in Sri Lanka. **Indian journal of palliative care**, v. 25, n. 1, p. 127, 2019. DOI: 10.4103/IJPC.IJPC_110_18.

FERREIRA, N.E. de O. *et al.* A importância da assistência de enfermagem frente aos cuidados do corpo pós morte: uma revisão bibliográfica. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 3, p. e9612337913-e9612337913, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i3.37913.

FROSSARD, A. Os cuidados paliativos como política pública: notas introdutórias. **Cadernos EBAP. BR**, v. 14, p. 640-655, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1679-395114315>.

FROSSARD, A.; DE ALMEIDA, G.F. Sofrimento social: a dor social no campo dos cuidados paliativos. **Revista Científica Acerte** - ISSN 2763-8928, v. 2, n. 10, p. e210105-e210105, 2022. DOI: 10.1136/bmjoq-2021-001436.

GARCIA A.P., PASTORIO K.A., NUNES L.F.G., ALMEIDA, M.C.S. Indicação de exames pré-operatórios segundo critérios clínicos: necessidade de supervisão. **Rev Bras Anesthesiol**. n.64, vol. 1, 2014, p.54-61. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2013.03.013>.

GAUDREAU-TREMBLAY, M.M. *et al.* Quality improvement in pediatric nephrology a practical guide. **Pediatric Nephrology**, v. 35, p. 199-211, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00467-018-4175-0>.

GOLDRAIJ, G. *et al.* One chance to get it right: improving clinical handovers for better symptom control at the end of life. **BMJ open quality**, v. 10, n. 3, 2021. DOI: 10.1136/bmjoq-2021-001436.

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; p.153-190, 2011. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12547&Tipo=B>.

HO, J.; BURGER, D. Improving medication safety practice at a community hospital: A focus on bar code medication administration scanning and pain reassessment. **BMJ Open Quality**, v. 9, n. 3, p. e000987, 2020. DOI: 10.1136/bmjoq-2020-000987.

HUI, D. *et al.* Improving patient and caregiver outcomes in oncology: Team-based, timely, and targeted palliative care. **CA: a cancer journal for clinicians**, v. 68, n. 5, p. 356-376, 2018. DOI: <https://doi.org/10.3322/caac.21490>.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). **Open School. Supporting nurses and midwives across the globe to develop knowledge and skills in leading change.** [Internet]. 2018. Disponível em: <http://www.ihl.org/education/IHIOpenSchool/Courses/Pages/Nursing-Now.aspx>. Acesso em: 09 fev. 2024.

INSTITUTE OF MEDICINE. Committee on Quality of Health Care in America. **Crossing the quality chasm: a new health system of the 21st century.** Washington, DC: National Academies Press, 2001. DOI: 10.17226/10027.

INSTITUTE OF MEDICINE. Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines. **Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program.** FIELD M.J., LOHR K.N., editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 1990. PMID: 25144032.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Hospital do Câncer IV: indicadores de produção e desempenho.** Rio de Janeiro: Inca, 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Hospital do Câncer IV: Regimento Interno da Comissão de Revisão de Prontuários.** Rio de Janeiro: Inca, 2021.

JAZIEH, A. *et al.* Improving adherence to lung cancer guidelines: a quality improvement project that uses chart review, audit and feedback approach. **BMJ open quality**, v. 8, n. 3, p. e00436, 2019. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-000436.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **International patient safety goals.** 2017. Disponível em: <https://www.jointcommissioninternational.org/standards/international-patient-safety-goals/>. Acesso em: 15 de set. 2022.

JONES B.; KWONG, E.; WARBURTON, W. The Health Foundation. **Quality improvement made simple: what everyone should know about health care quality improvement 2021.** Disponível em: <https://www.health.org.uk/publications/quality-improvement-made-simple>. Acesso em: 20 fev. 2024.

KAASA, S. *et al.* Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. **The Lancet Oncology**, v. 19, n. 11, p. e588-e653, 2018. DOI: 10.1016/S1470-2045(18)30415-7.

KANWAL, Muhammad Awais *et al.* Benchmarking Excellence: Evaluating Advanced Breast Carcinoma Care in Pakistan's Largest Cancer Hospital Against the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Guidelines. **Cureus**, v. 15, n. 8, 2023. DOI: 10.7759/cureus.44332.

KUUSISTO, A. *et al.* Quality of information transferred to palliative care. **Journal of Clinical Nursing**, v. 32, n. 13-14, p. 3421-3433, 2023. DOI: 10.1111/jocn.16453.

LACHMAN, P. Research in the sciences of improvement, implementation, and pediatric patient safety. **Pediatr Res** 83, 11–12 (2018). DOI: <https://doi.org/10.1038/pr.2017.282>.

LAU, B. D. *et al.* Methods for improving the quality of palliative care delivery: a systematic review. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine®**, v. 31, n. 2, p. 202-210, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049909113482039>.

LAU, C. *et al.* The comfort measures order set at a tertiary care academic hospital: Is there a comparable difference in end-of-life care between patients dying in acute care when CMOS is utilized? **American Journal of Hospice and Palliative Medicine®**, v. 35, n. 4, p. 652-663, 2018. DOI: [10.1177/1049909117734228](https://doi.org/10.1177/1049909117734228).

LEMOS, C.S., POVEDA, V.B., PENICHE, A.C.G. Construção e validação de um protocolo assistencial de enfermagem em anestesia. **Rev. LATINO-Am. Enfermagem**. 2017;25:e2952. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2143.2952>.

MAHARJAN, L. *et al.* Errors in cause-of-death statement on death certificates in intensive care unit of Kathmandu, Nepal. **BMC health services research**, v. 15, p. 1-8, 2015. DOI: [10.1186/s12913-015-1168-6](https://doi.org/10.1186/s12913-015-1168-6).

MAINZ, J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. **International journal for quality in health care**, v. 15, n. 6, p. 523-530, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzg081>.

MARINHO, M.F. *et al.* Dados para a saúde: impacto na melhoria da qualidade da informação sobre causas de óbito no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. e19005. supl. 3, 2019. DOI: [10.1590/1980-549720190005.supl.3](https://doi.org/10.1590/1980-549720190005.supl.3).

MARQUES, J.B.V.; FREITAS, D. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. **Pro-Posições**, v. 29, p. 389-415, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140>.

MARTINS, M. Qualidade do cuidado de saúde. In: SOUSA, P., MENDES, W. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde** [online]. 2nd ed. rev. updt. Rio de Janeiro, RJ: CDEAD, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2019, pp. 27-40. ISBN 978-85-7541-641-9. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575416419.0004>.

MCCARTHY, B. *et al.* Electronic nursing documentation interventions to promote or improve patient safety and quality care: A systematic review. **Journal of nursing management**, v. 27, n. 3, p. 491-501, 2019. Disponível em: DOI: [10.1111/jonm.12727](https://doi.org/10.1111/jonm.12727).

MCCOUGHLAN, D.M. **A necessidade de cuidados paliativos**. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Orgs.). **Humanização e Cuidados paliativos**. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004. p. 167-180.

MCGLINCHEY, T. *et al.* Updating international consensus on best practice in care of the dying: A Delphi study. **Palliative medicine**, v. 37, n. 3, p. 329-342, 2023. DOI: [10.1177/02692163231152523](https://doi.org/10.1177/02692163231152523).

MCQUILLAN, R.F. *et al.* How to measure and interpret quality improvement data. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, v. 11, n. 5, p. 908-914, 2016. DOI: [10.2215/CJN.11511015](https://doi.org/10.2215/CJN.11511015).

MEHTA, A. *et al.* Using admission Karnofsky performance status as a guide for palliative care discharge needs. **Journal of Palliative Medicine**, v. 24, n. 6, p. 910-913, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0543>.

MELLETT, C; O'DONOVAN, A; HAYES, C. The development of outcome key performance indicators for systemic anti-cancer therapy using a modified Delphi method. **European Journal of Cancer Care**, v. 29, n. 4, p. e13240, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/ecc.13240>.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. ISBN: 978-85-7967-075-6.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. v.2 Salvador: Casa da Qualidade; 2001. ISBN: 8585651636, 9788585651633.

MIRANDA, A.F.A. *et al.* Avaliação da intensidade de dor e sinais vitais no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, p. 327-333, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000200004>.

MONTEIRO, G.T.R. Pesquisa em saúde pública: como desenvolver e validar instrumentos de 2013 coleta de dados. 1. ed, Curitiba: **Appris**, 2013.

NASCIMENTO, C.V. *et al.* Análise dos óbitos ocorridos no hospital de doenças infecciosas em Goiânia, Goiás. **Revista Científica Da Escola Estadual De Saúde Pública De Goiás "Cândido Santiago"**, v. 1, n. 1, 2015. DOI: <https://doi.org/10.22491/2447-3405.2015.V1N1.art01>.

NATIONAL QUALITY FORUM (NQF). A National Framework and Preferred Practices for Palliative and Hospice Care Quality. **Washington: National Quality Forum**; 2006.

NZAUMVILA, D.K. *et al.* Patients for Patient Safety and Inpatients' Perceptions of Safety in three Hospitals in Tshwane, South Africa. **The Open Public Health Journal**, v. 15, n. 1, 2022. DOI: 10.2174/18749445-v15-e221018-2022-52.

O'HANLON, C.E. *et al.* Measure scan and synthesis of palliative and end-of-life process quality measures for advanced cancer. **JCO Oncology Practice**, v. 17, n. 2, p. e140-e148, 2021. DOI: 10.1200/OP.20.00240.

OLIVEIRA, F.F.B.; ALVES, R.S.F. Profissionais de apoio atuantes em oncologia e sua compreensão sobre cuidados paliativos. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Belo Horizonte, v. 24, n. 2, p. 89–103, 2021. DOI: 10.57167/Rev-SBPH.24.85.

PADILHA, R.Q. *et al.* Princípios para a gestão da clínica: conectando gestão, atenção à saúde e educação na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 4249-4257, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182312.32262016>.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. **Mundo Saúde**. v. 29, n. 4, p. 491-509, 2005. Disponível em:

https://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/32/03_Novas%20pers.ectivas%20cuida.pdf. Acesso em: 10 mar. 2023.

PIZZOL, S.J. Combinação de grupos focais e análise discriminante: um método para tipificação de sistemas de produção agropecuária. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 42, p. 451-468, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-20032004000300003>.

PORTELA, M.C. Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD, S., org. Fundamentos da Vigilância Sanitária [online]. Rio de Janeiro: **Editora FIOCRUZ**, 2000, pp. 259-269. ISBN 978-85- 7541-325-8.

PORTELA, M.C. *et al.* Ciência da melhoria do cuidado de saúde: bases conceituais e teóricas para a sua aplicação na melhoria do cuidado de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00105815, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105815>.

POSCIA, A. *et al.* Does Clinical Governance influence the quality of medical records? **Annali dell'Istituto Superiore di Sanità**, v. 54, n. 2, p. 104-108, 2018. DOI: [10.4415/ANN_18_02_05](https://doi.org/10.4415/ANN_18_02_05).

RADBRUCH, L. *et al.* Redefining palliative care—a new consensus-based definition. **Journal of pain and symptom management**, v. 60, n. 4, p. 754-764, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>.

REDFERN, O.C. *et al.* The association between nurse staffing levels and the timeliness of vital signs monitoring: a retrospective observational study in the UK. **BMJ open**, v. 9, n. 9, p. e032157, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032157>.

RIPLINGER, L.; PIERA-JIMÉNEZ, J.; DOOLING, J.P. Patient identification techniques—approaches, implications, and findings. **Yearbook of medical informatics**, v. 29, n. 01, p. 081-086, 2020. DOI: [10.1055/s-0040-1701984](https://doi.org/10.1055/s-0040-1701984).

RUSSELL, L. *et al.* Cancer Decedents' Hospital End-of-Life Care Documentation: A Retrospective Review of Patient Records. **Journal of Palliative Care**, p. 08258597231170836, 2023. DOI: [10.1177/08258597231170836](https://doi.org/10.1177/08258597231170836).

SAAR, L. *et al.* Exploring omissions in nursing care using retrospective chart review: An observational study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 122, p. 104009, 2021.

SANTOS, M.O. *et al.* Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 69, n. 1, p. e-213700, 2023. DOI: [10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n1.3700](https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n1.3700).

SANTOS, W.M.; SANTOS, D.M.; FERNANDES, M.S. HPV immunization in Brazil and proposals to increase adherence to vaccination campaigns. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, p. 79, 2023. DOI: [10.11606/s1518-8787.2023057005410](https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057005410).

SATIJA, A. *et al.* Quality improvement in itself changes your thinking: Lessons from disseminating quality improvement methods through a multisite international collaborative palliative care project in India. **JCO Global Oncology**, v. 8, p. e2200147, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1200/GO.22.00147>.

SCHWEIGHOFFER, R.; BLAESE, R.; LIEBIG, B. Organizational determinants of information transfer in palliative care teams: A structural equation modeling approach. **PloS one**, v. 16, n. 6, p. e0252637, 2021. DOI: 10.1371/journal.pone.0252637.

SELMAN, L.; HARDING, R. How can we improve outcomes for patients and families under palliative care? Implementing clinical audit for quality improvement in resource limited settings. **Indian journal of palliative care**, v. 16, n. 1, p. 8, 2010. DOI: 10.4103/0973-1075.63128.

SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS (SEBRAE). **5W2H: o que é, para que serve e por que usar na sua empresa**. Santa Catarina (SC). 20 nov. 2023. Disponível em: <https://www.sebrae-sc.com.br/blog/5w2h-o-que-e-para-que-serve-e-por-que-usar-na-sua-empresa>. Acesso em: 20 abr. 2024.

SIEMS, A. *et al.* Structured chart review: Assessment of a structured chart review methodology. **Hospital pediatrics**, v. 10, n. 1, p. 61-69, 2020. DOI: 10.1542/hpeds.2019-0225. Acesso em: 27 ago. 2022.

SIMMS, L. J. *et al.* Does the number of response options matter? Psychometric perspectives using personality questionnaire data. **Psychological assessment**, v. 31, n. 4, p. 557, 2019.

SIMPLICIO, C; DINI, A.P. Validação de conteúdo de um instrumento para auditoria clínica de prontuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, p. e20220109, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0109pt>.

SUNG, H. *et al.* Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: Cancer Journal for Clinicians, Hoboken**, v. 71, n. 3, p. 209-249, 2021. DOI 10.3322/caac.21660.

TANAKA, Y. *et al.* Quality indicators for palliative care in intensive care units: a systematic review. **Annals of palliative medicine**, v. 12, n. 3, p. 58499-58599, 2023. DOI: <https://dx.doi.org/10.21037/apm-22-1005>.

TEMEL, J. S. *et al.* Early palliative care for patients with metastatic non–small-cell lung cancer. **New England Journal of Medicine**, v. 363, n. 8, p. 733-742, 2010. DOI: 10.1056/NEJMoa1000678.

TOLEDO, R.F. *et al.* Pesquisa participativa em saúde: Vertentes e Veredas. In: **Pesquisa participativa em saúde: vertentes e veredas**. 2018. p. 566-566.

TRIANDAFILIDIS, Z. *et al.* What care do people with dementia receive at the end of life? Lessons from a retrospective clinical audit of deaths in hospital and other settings. **BMC geriatrics**, v. 24, n. 1, p. 40, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04449-1>.

TRINDADE, Carolina Sturm et al. Processo de construção e busca de evidências de validade de conteúdo da equalis-OAS. **Avaliação Psicológica**, v. 17, n. 2, p. 271-277, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2018.1702.14501.13>.

VAGHMARE, S. *et al.* Analysis on the completeness of case records of patients with penetrating ocular trauma following a multimodal intervention. **Indian Journal of Ophthalmology**, v. 70, n. 8, p. 2962-2965, 2022. DOI: 10.4103/ijo.IJO_223_22.

VALÉRIO, A.F. *et al.* Dificuldades enfrentadas pela enfermagem na aplicabilidade da dor como quinto sinal vital e os mecanismos/ações adotados: revisão integrativa. **BrJP**, v. 2, p. 67-71, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190013>

VAYNE-BOSSERT, P. *et al.* Integration of oncology and palliative care: setting a benchmark. **Supportive Care in Cancer**, v. 25, n. 10, p. 3253-3259, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3736-2>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care**. Geneve: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>. Acesso em: 20 mar. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Introducing the WHO quality toolkit: supplemental overview**. 2022. ISBN9789240043879 (versão eletrônica) Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353566/9789240043879-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em 13 fev. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2nd. ed. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42494>. Acesso em: 03 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Patient Safety**. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>. Acesso em: 22 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Setting Priorities, Investing Wisely and Providing Care for All**. WHO, 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/who-report-on-cancer-setting-priorities-investing-wisely-and-providing-care-for-all>. Acesso em: 31 ago. 2022.

WILSON, C.M. *et al.* The role of physical therapists within hospice and palliative care in the United States and Canada. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine®**, v. 34, n. 1, p. 34-41, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049909115604668>.

YOUNG, M.; SMITH, M. A. Standards And Evaluation Of Healthcare Quality, Safety, and Person-centered Care. In: **StatPearls [Internet]**. StatPearls Publishing, 2021. PMID: 35015457.

ZIMMERMANN, C. *et al.* Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. **The Lancet** 383.9930 (2014): 1721-1730. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62416-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62416-2).

APÊNDICES

Apêndice A

Termo de consentimento livre e esclarecido para o grupo focal



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Cuidados Paliativos em Oncologia: Análise retrospectiva de auditoria dos prontuários de saúde.

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa porque é um(a) membro da Comissão de Revisão de Prontuários ou chefe de serviço. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar.

PROPÓSITO DA PESQUISA

O objetivo desta pesquisa é analisar os resultados de auditoria clínica interna de prontuários sobre cuidados prestados aos pacientes em cuidados paliativos em Oncologia e propor um plano de ação institucional.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Se aceitar colaborar com a pesquisa, o Sr.(a) participará de um grupo focal com outros profissionais que trabalham no Hospital do Câncer IV em um espaço de discussão e troca de experiências que consta da análise de resultados de auditoria clínica interna de prontuários, identificação de nós críticos e priorização das

Rubrica do participante ou
representante legal

Rubrica do investigador
responsável

Página 1 de 4



intervenções para elaboração de um plano de ação visando melhorias no atendimento prestado ao paciente em cuidados paliativos em Oncologia.

BENEFÍCIOS

Você não será remunerado por sua participação e esta pesquisa não poderá oferecer benefícios diretos a você. Se você concordar com a sua participação do modo descrito acima, é necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes desta pesquisa.

O benefício principal da sua participação é indireto e constitui da possibilidade de que no futuro, com os resultados alcançados com esta pesquisa, haja um aprimoramento da rotina institucional.

RISCOS

Se durante ou depois da entrevista o Sr.(a) sentir algum desconforto ou constrangimento, poderá desistir da pesquisa a qualquer momento.

CUSTOS

Se o Sr.(a) concordar com a participação neste estudo, você não terá quaisquer despesas (gastos) pela sua participação nesta pesquisa. O custo previsto será apenas o tempo dispendido para entrevista.

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações sobre seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois de anonimizados (ou seja, sem sua identificação). Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados individuais. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

|

Rubrica do participante ou
representante legal

Rubrica do investigador
responsável

Página 2 de 4

**BASES DA PARTICIPAÇÃO**

A sua participação é voluntária. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada.

ACESSO AOS RESULTADOS

O Sr.(a) pode ter acesso a qualquer resultado relacionado à esta pesquisa. Se você tiver interesse, você poderá receber uma cópia dos mesmos.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para Lia Machado Pimentel, no telefone (21) 986782021, de segunda a sexta-feira, de 8h às 17h. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do INCA, que está formado por profissionais de diferentes áreas, que revisam os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, para garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos as pessoas que se voluntariam a participar destes. Se tiver perguntas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode entrar em contato com o CEP do INCA na Rua do Resende N°128, Sala 203, de segunda a sexta de 9:00 a 17:00 hs, nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

Rubrica do participante ou
representante legal

Rubrica do investigador
responsável

Página 3 de 4

Apêndice B

Questionário estruturado para categorização das conformidades e não conformidades

● Opine tecnicamente sobre o potencial de gravidade das não conformidades abaixo para a continuidade dos cuidados e para a segurança do paciente, considerando que foram analisadas 365 listas de verificação:

1. Foram identificadas 147 não conformidades referentes à **identificação do paciente nos prontuários**, distribuídas da seguinte forma:

a) Medicina = 14 (9,5%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

b) Enfermagem = 101 (68,7%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

c) Nutrição = 10 (6,8%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

d) Psicologia = 1 (0,7%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

e) Fisioterapia = 2 (1,4%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

f) Serviço Social = 19 (12,9%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

2. Foram identificadas 75 não conformidades referentes à **letra legível**, distribuídas da seguinte forma:

a) Medicina = 4 (5,3%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

b) Enfermagem = 50 (66,7%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

c) Nutrição = 0 (0%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

d) Psicologia = 16 (21,3%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

e) Fisioterapia = 0 (0%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

f) Serviço Social = 5 (6,7%)

3. Foram identificadas 367 não conformidades referentes à **identificação do profissional com nome completo por extenso e número do Conselho na falta do carimbo, distribuídas da seguinte forma:**

a) Medicina = 3 (0,8%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

b) Enfermagem = 318 (86,6%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

c) Nutrição = 4 (1,1%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

d) Psicologia = 1 (0,3%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

e) Fisioterapia = 5 (1,4%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

f) Serviço Social = 36 (9,8%)

4. Foram identificadas 298 não conformidades referentes à **assinatura**, distribuídas da seguinte forma:

a) Medicina = 1 (0,3%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

b) Enfermagem = 271 (91,0%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

c) Nutrição = 0 (0%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

d) Psicologia = 1 (0,3%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

e) Fisioterapia = 0 (0%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

f) Serviço Social = 25 (8,4%)

4. Foram identificadas 358 não conformidades referentes à **carimbo**, distribuídas da seguinte forma:

a) Medicina = 4 (1,1%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

b) Enfermagem = 302 (84,3%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

c) Nutrição = 8 (2,2%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

d) Psicologia = 2 (0,6%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

e) Fisioterapia = 1 (0,3%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

f) Serviço Social = 41 (11,4%)

5. Foram identificadas 117 não conformidades referentes à **data nas evoluções diárias**, distribuídas da seguinte forma:

a) Medicina = 0 (0%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

b) Enfermagem = 109 (93,2%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

c) Nutrição = 0 (0%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

d) Psicologia = 0 (0%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

e) Fisioterapia = 0 (0%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

f) Serviço Social = 8 (6,8%)

6. Foram identificadas 117 não conformidades referentes à **hora nas evoluções diárias**, distribuídas da seguinte forma:

a) Medicina = 27 (42,2%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

b) Enfermagem = 26 (40,6%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

c) Nutrição = 0 (0%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

d) Psicologia = 4 (6,2%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

e) Fisioterapia = 1 (1,6%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

f) Serviço Social = 6 (9,4%)

7. Foram identificadas 17 não conformidades referentes à **espaços em branco**, distribuídas de seguinte forma:

a) Medicina = 7 (41,2%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

b) Enfermagem = 7 (41,2%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

c) Nutrição = 0 (0%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

d) Psicologia = 0 (0%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

e) Fisioterapia = 0 (0%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

f) Serviço Social = 3 (17,6%)

8. Foram identificadas 11 (24,4%) não conformidades da Medicina referentes à **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para procedimentos invasivos**. Opine:

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

9. Foram identificadas 20 (46,5%) não conformidades da Medicina referentes ao **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para hemotransusão**. Opine:

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

10. Foram identificadas 12 não conformidades referentes à **avaliação de admissão pelo SPA/AMB**, distribuídas da seguinte forma:

a) Medicina = 10 (83,3%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

b) Enfermagem = 2 (16,7%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

11. Foram identificadas 217 não conformidades referentes à **avaliação funcional (KPS)**, distribuídas da seguinte forma:

a) Medicina = 30 (13,8%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

b) Enfermagem = 174 (80,2%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

c) Nutrição = 10 (4,6%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

d) Fisioterapia = 3 (1,4%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

12. Foram identificadas 123 não conformidades referentes à **avaliação cognitiva**, distribuídas da seguinte forma:

a) Medicina = 73 (59,3%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

b) Enfermagem = 50 (40,7%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

13. Foram identificadas 13 (3,6%) não conformidades na Medicina referentes às **necessidades clínicas imediatas**. Opine:

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

14. Foram identificadas 42 (12,3%) não conformidades na Medicina referentes à **exames solicitados e checados**. Opine:

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

15. Foram identificadas 166 (45,5%) não conformidades na Enfermagem referentes à **plano de cuidado de enfermagem**. Opine:

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

16. Foram identificadas 272 (74,5%) não conformidades na Enfermagem referentes à **avaliação do 5º sinal vital (dor)**. Opine:

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

17. Foram identificadas 199 (78,3%) não conformidades na Enfermagem referentes à **controle de dor pela EVA pós-resgate**. Opine:

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

18. Foram identificadas 3 (0,8%) não conformidades na Nutrição referentes à **prescrição/avaliação nutricional**. Opine:

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

20. Foram identificadas 3 (0,8%) não conformidades na Psicologia referentes à **avaliação psicológica/grupo**. Opine:

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

21. Foram identificadas 15 (7,7%) não conformidades na Fisioterapia referentes à **avaliação**. Opine:

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

22. Foram identificadas 1 (0,3%) não conformidades no Serviço Social referentes à **avaliação**. Opine:

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

23. Foram identificadas 82 (24,6%) não conformidades na Medicina referentes à **definição de cuidados de fim de vida**. Opine:

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

24. Foram identificadas 168 (67,2%) não conformidades para todas as categorias referentes à **oferta de suporte espiritual**. Opine:

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

25. Foram identificadas 73 (35,1%) não conformidades referentes à **avaliação da Capelania**. Opine:

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

26. Foram identificadas 16 não conformidades referentes ao **registro do óbito**, distribuídas da seguinte forma:

a) Medicina = 10 (2,7%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

b) Enfermagem = 6 (1,6%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

27. Foram identificadas 112 (30,7%) não conformidades na Enfermagem referentes ao **relato sobre o preparo do corpo**. Opine:

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

28. Foram identificadas 4 (1,1%) não conformidades na Enfermagem referentes à **declaração de óbito**. Opine:

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

29. Foram identificadas 21 não conformidades na Medicina referentes à **cirurgia e anestesia**, distribuídas da seguinte forma:

a) Diagnóstico pré-operatório/indicação = 6 (27,3%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

b) Nome do Cirurgião e assistentes = 8 (36,4%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

c) Sinais vitais e nível de consciência no pós-operatório = 7 (33,3%)

Nada grave Pouco grave Grave Muito grave Totalmente grave

Apêndice C

Termo de consentimento livre e esclarecido para o comitê de especialistas



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Cuidados Paliativos em Oncologia: Análise retrospectiva de auditoria dos prontuários de saúde.

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa porque é um(a) membro do Núcleo de Segurança do Paciente do Instituto Nacional de Câncer. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as conseqüências pela sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar.

PROPÓSITO DA PESQUISA

O objetivo desta pesquisa é analisar os resultados de auditoria clínica interna de prontuários sobre cuidados prestados aos pacientes em cuidados paliativos em Oncologia e propor um plano de ação institucional.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Se aceitar colaborar com a pesquisa, o Sr.(a) irá compor o comitê de especialistas avaliadores para a terceira fase deste trabalho, que consta da validação de um plano

Rubrica do participante ou
representante legal

Rubrica do investigador
responsável

Página 1 de 5



de ação visando melhorias no atendimento prestado ao paciente em cuidados paliativos em Oncologia.

A sua participação ocorrerá por meio do preenchimento de formulário *Google Forms* enviado por e-mail que tem como objetivo avaliação dos itens incluídos no instrumento proposto. Você terá a oportunidade de responder quanto ao seu grau de concordância sobre a relevância e adequação de cada item apresentado com as seguintes opções de resposta: concordo totalmente (cinco); concordo (quatro); nem concordo/nem discordo (três); discordo (dois); discordo totalmente (um).

Caso alguma resposta seja discordo totalmente (um) ou discordo (dois), será disponibilizado espaço para comentários que possam justificar a discordância e contribuir para a posterior discussão do item em questão.

Os itens que obtiverem respostas discordantes serão avaliados pela pesquisadora que deverá rever os temas em discordância no instrumento proposto.

BENEFÍCIOS

Você não será remunerado por sua participação e esta pesquisa não poderá oferecer benefícios diretos a você. Se você concordar com a sua participação do modo descrito acima, é necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes desta pesquisa.

O benefício principal da sua participação é indireto e constitui da possibilidade de que no futuro, com os resultados alcançados com esta pesquisa, haja um aprimoramento da rotina institucional.

RISCOS

Considerando que o formulário *Google Forms* será encaminhado a você por meio de algum *email* pessoal, existe o risco de perda de confidencialidade quanto a sua identificação no período de recrutamento dos especialistas para o envio do formulário. No entanto, quando você encaminhar o formulário preenchido, ele será devolvido ao pesquisador de forma não identificada. Desta forma, seus dados serão tratados de forma confidencial, isto é, nenhuma informação que o(a) identifique será divulgada em publicações resultantes da pesquisa.

Rubrica do participante ou
representante legal

Rubrica do Investigador
responsável

Página 2 de 5

**CUSTOS**

Se o Sr.(a) concordar com a participação neste estudo, não terá quaisquer despesas (gastos) pela sua participação nesta pesquisa. O custo previsto será apenas o tempo dispendido para as respostas.

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações sobre seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois de anonimizados (ou seja, sem sua identificação). Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados individuais. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

A sua participação é voluntária. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada.

ACESSO AOS RESULTADOS

O Sr.(a) pode ter acesso a qualquer resultado relacionado à esta pesquisa. Se você tiver interesse, você poderá receber uma cópia dos mesmos.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para Lia Machado Pimentel, no telefone (21) 986782021, de segunda a sexta-feira, de 8h às 17h. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do INCA, que está formado

Rubrica do participante ou
representante legal

Rubrica do Investigador
responsável

Página 3 de 5



por profissionais de diferentes áreas, que revisam os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, para garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos as pessoas que se voluntariam a participar destes. Se tiver perguntas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode entrar em contato com o CEP do INCA na Rua do Resende N°128, Sala 203, de segunda a sexta de 9:00 a 17:00 hs, nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito da minha participação como integrante da Comissão de Revisão de Prontuário ou Chefe de Serviço. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas

Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo.

Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

Nome e Assinatura do participante

/ /
Data

Rubrica do participante ou
representante legal

Rubrica do investigador
responsável

Página 4 de 5



_____/_____/_____
Nome e Assinatura do Responsável Legal/Testemunha
Imparcial
(quando pertinente) _____/_____/_____
Data

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação desta pesquisa.

_____/_____/_____
Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo _____/_____/_____
Data

Rubrica do participante ou
representante legal

Rubrica do Investigador
responsável

Página 5 de 5

Apêndice D

Questionário semi-estruturado encaminhado ao comitê de especialistas na primeira rodada de validação do conteúdo do plano de ação

1. CONSIDERANDO O TEMA:

"IDENTIFICAÇÃO CORRETA DO PACIENTE NO PRONTUÁRIO"

1. O que será feito?

R: **Ação educativa por videoaula para todas as categorias.**

2. Quem irá fazer?

R: **Núcleo de Segurança do Paciente do HC IV.**

3. Por que será feito?

R: **Para orientar sobre o preenchimento da identificação do paciente no prontuário que visa garantir que o mesmo recebeu ou receberá determinado tipo de procedimento ou tratamento a ele destinado e prevenir a ocorrência de erros que possam causar danos.**

4. Onde será feito?

R: **Ambiente virtual.**

5. Quando será feito?

R: **3º trimestre (Julho/Agosto/Setembro) de 2024.**

6. Como será feito?

R: **Elaborar o conteúdo teórico; produzir o design gráfico audiovisual em parceria com a Comissão Editorial e a Divisão de Comunicação Social do Inca e disponibilizar via plataforma digital.**

7. Quanto custará?

R: **A videoaula não representará custos adicionais para ser produzida e disponibilizada no Inca por ter meios próprios, além do tempo do profissional.**

Responda:

Em relação à **CLAREZA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada claro 2.() Pouco claro 3.() Claro 4.() Muito claro 5.() Totalmente claro

Para respostas 1- nada claro ou 2- pouco claro, favor justificar.

Em relação à **RELEVÂNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada relevante 2.() Pouco relevante 3.() Relevante 4.() Muito relevante
5.() Totalmente relevante

Para respostas 1- nada relevante ou 2- pouco relevante, favor justificar.

Em relação à **PERTINÊNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada pertinente 2.() Pouco pertinente 3.() Pertinente 4.() Muito pertinente
5.() Totalmente pertinente

Para respostas 1- nada pertinente ou 2- pouco pertinente, favor justificar.

2. CONSIDERANDO O TEMA:

"REGISTRO DA ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA CONTROLE DE DOR PÓS-RESGATE"

1. O que será feito?

R: **Capacitação para enfermeiros e técnicos de enfermagem.**

2. Quem irá fazer?

R: **Educação Continuada.**

3. Por que será feito?

R: **Para capacitar o profissional a avaliar e registrar a dor pela EVA, antes e após a analgesia, visando garantir o controle adequado do sofrimento álgico, além do registro do resultado da intervenção ser uma prerrogativa do processo de enfermagem e uma forma de comunicação com a equipe.**

4. Onde será feito?

R: **Auditório José Alberto Pastana Santos no HC IV ou ambiente virtual, conforme a disponibilidade do profissional.**

5. Quando será feito?

R: **3º trimestre (Julho/Agosto/Setembro) de 2024.**

6. Como será feito?

R: **Elaborar o plano de aula e o conteúdo teórico; aplicar pré-teste sobre conhecimentos prévios; ministrar aula expositiva participativa e aplicar pós-teste sobre conhecimentos adquiridos.**

7. Quanto custará?

R: **Considerando que o HC IV possui auditório e projetor, apenas será necessário providenciar resma de papel e caneta esferográfica, sendo possível prever um custo de 50 reais.**

Responda:

Em relação à **CLAREZA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada claro 2.() Pouco claro 3.() Claro 4.() Muito claro 5.() Totalmente claro

Para respostas 1- nada claro ou 2- pouco claro, favor justificar.

Em relação à **RELEVÂNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada relevante 2.() Pouco relevante 3.() Relevante 4.() Muito relevante
5.() Totalmente relevante

Para respostas 1- nada relevante ou 2- pouco relevante, favor justificar.

Em relação à **PERTINÊNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada pertinente 2.() Pouco pertinente 3.() Pertinente 4.() Muito pertinente
5.() Totalmente pertinente

Para respostas 1- nada pertinente ou 2- pouco pertinente, favor justificar.

3. CONSIDERANDO O TEMA:

"REGISTRO DA AVALIAÇÃO FUNCIONAL (KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS - KPS) PELO MÉDICO E PELO ENFERMEIRO"

1. O que será feito?

R: **Sessão Clínica para todas as categorias.**

2. Quem irá fazer?

R: **Chefia médica e de enfermagem.**

3. Por que será feito?

R: **Para sensibilizar os profissionais para que priorizem a avaliação funcional e o registro do KPS em prontuário, pois é um dos elementos que subsidiam a tomada de decisão nos cuidados paliativos.**

4. Onde será feito?

R: **Auditório José Alberto Pastana Santos no HC IV ou ambiente virtual, conforme disponibilidade do profissional.**

5. Quando será feito?

R: **3º trimestre (Julho/Agosto/Setembro) de 2024.**

6. Como será feito?

R: **Dividir os participantes em grupos; apresentar a situação-problema; discutir e sintetizar o tema.**

7. Quanto custará?

R: **Por se tratar das dependências e profissionais do HC IV não terá custo, além do tempo do profissional.**

Responda:

Em relação à **CLAREZA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada claro 2.() Pouco claro 3.() Claro 4.() Muito claro 5.() Totalmente claro

Para respostas 1- nada claro ou 2- pouco claro, favor justificar.

Em relação à **RELEVÂNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada relevante 2.() Pouco relevante 3.() Relevante 4.() Muito relevante
5.() Totalmente relevante

Para respostas 1- nada relevante ou 2- pouco relevante, favor justificar.

Em relação à **PERTINÊNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada pertinente 2.() Pouco pertinente 3.() Pertinente 4.() Muito pertinente
5.() Totalmente pertinente

Para respostas 1- nada pertinente ou 2- pouco pertinente, favor justificar.

4. CONSIDERANDO O TEMA:

"REGISTRO DA AVALIAÇÃO DO 5º SINAL VITAL (DOR) NO CONTROLE SEMANAL DE DADOS CLÍNICOS"

1. O que será feito?

R: **Capacitação para técnicos de enfermagem.**

2. Quem irá fazer?

R: **Educação Continuada.**

3. Por que será feito?

R: **Para aprimorar o registro da intensidade da dor e mitigar dificuldades acerca do conhecimento sobre dor aguda, escalas de avaliação, reconhecimento da responsabilidade diante do indivíduo com dor e má comunicação com o paciente ou com membros da equipe.**

4. Onde será feito?

R: **Auditório José Alberto Pastana Santos no HC IV ou ambiente virtual, conforme disponibilidade do profissional.**

5. Quando será feito?

R: **3º trimestre (Julho/Agosto/Setembro) de 2024.**

6. Como será feito?

R: **Elaborar o plano de aula e o conteúdo teórico; aplicar pré-teste sobre conhecimentos prévios; ministrar aula expositiva e aplicar pós-teste sobre conhecimentos adquiridos.**

7. Quanto custará?

R: **Considerando que o HC IV possui auditório e projetor, será necessário providenciar resma de papel e caneta esferográfica, sendo possível prever um custo de 50 reais.**

Responda:

Em relação à **CLAREZA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada claro 2.() Pouco claro 3.() Claro 4.() Muito claro 5.() Totalmente claro

Para respostas 1- nada claro ou 2- pouco claro, favor justificar.

Em relação à **RELEVÂNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada relevante 2.() Pouco relevante 3.() Relevante 4.() Muito relevante
5.() Totalmente relevante

Para respostas 1- nada relevante ou 2- pouco relevante, favor justificar.

Em relação à **PERTINÊNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada pertinente 2.() Pouco pertinente 3.() Pertinente 4.() Muito pertinente
5.() Totalmente pertinente

Para respostas 1- nada pertinente ou 2- pouco pertinente, favor justificar.

5. CONSIDERANDO O TEMA:

"PREENCHIMENTO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PROCEDIMENTO INVASIVO E PARA HEMOTRANSFUSÃO"

1. O que será feito?

R: **Aula expositiva dialogada para médicos.**

2. Quem irá fazer?

R: **Chefia médica e Comissão de Revisão de Prontuários.**

3. Por que será feito?

R: **Para orientar médicos sobre o protocolo institucional que segue a recomendação do Conselho Federal de Medicina e estabelece que após orientar paciente/responsável, o TCLE deve ser preenchido e assinado, atendendo aos padrões de segurança e respeito ao direito de tomar decisões sobre seu tratamento, exceto em caso de emergência.**

4. Onde será feito?

R: **Auditório José Alberto Pastana Santos no HC IV ou ambiente virtual, conforme a disponibilidade do profissional.**

5. Quando será feito?

R: **3º trimestre (Julho/Agosto/Setembro) de 2024.**

6. Como será feito?

R: **Elaborar o plano de aula e o conteúdo teórico a ser ministrado a partir da literatura e das normas e rotinas institucionais.**

7. Quanto custará?

R: **Por se tratar das dependências e profissionais do HC IV não terá custo, além do tempo do profissional.**

Responda:

Em relação à **CLAREZA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada claro 2.() Pouco claro 3.() Claro 4.() Muito claro 5.() Totalmente claro

Para respostas 1- nada claro ou 2- pouco claro, favor justificar.

Em relação à **RELEVÂNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada relevante 2.() Pouco relevante 3.() Relevante 4.() Muito relevante
5.() Totalmente relevante

Para respostas 1- nada relevante ou 2- pouco relevante, favor justificar.

Em relação à **PERTINÊNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada pertinente 2.() Pouco pertinente 3.() Pertinente 4.() Muito pertinente
5.() Totalmente pertinente

Para respostas 1- nada pertinente ou 2- pouco pertinente, favor justificar.

6. CONSIDERANDO O TEMA:

"CONFERÊNCIA DA ASSINATURA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA HEMOTRANSFUSÃO"

1. O que será feito?

R: **Aula expositiva dialogada para enfermeiros.**

2. Quem irá fazer?

R: **Chefia de enfermagem e Comissão de Revisão de Prontuários.**

3. Por que será feito?

R: **Para sensibilizar o enfermeiro que só inicie o procedimento após se certificar da assinatura do TCLE, atendendo aos padrões esperados de segurança e respeito ao direito de tomar decisões sobre o seu tratamento, exceto em caso de emergência.**

4. Onde será feito?

R: **Auditório José Alberto Pastana Santos no HC IV ou ambiente virtual, conforme disponibilidade do profissional.**

5. Quando será feito?

R: **3º trimestre (Julho/Agosto/Setembro) de 2024.**

6. Como será feito?

R: **Elaborar o plano de aula e o conteúdo teórico a ser ministrado a partir da literatura e das normas e rotinas institucionais.**

7. Quanto custará?

R: **Por se tratar das dependências e profissionais do HC IV não terá custo, além do tempo do profissional.**

Responda:

Em relação à **CLAREZA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada claro 2.() Pouco claro 3.() Claro 4.() Muito claro 5.() Totalmente claro

Para respostas 1- nada claro ou 2- pouco claro, favor justificar.

Em relação à **RELEVÂNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada relevante 2.() Pouco relevante 3.() Relevante 4.() Muito relevante

5.() Totalmente relevante

Para respostas 1- nada relevante ou 2- pouco relevante, favor justificar.

Em relação à **PERTINÊNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada pertinente 2.() Pouco pertinente 3.() Pertinente 4.() Muito pertinente

5.() Totalmente pertinente

Para respostas 1- nada pertinente ou 2- pouco pertinente, favor justificar.

7. CONSIDERANDO O TEMA:

"REGISTRO DO ÓBITO PELO MÉDICO E PELO ENFERMEIRO NO PRONTUÁRIO"

1. O que será feito?

R: **Sessão clínica para todas as categorias.**

2. Quem irá fazer?

R: **Chefia Médica, da enfermagem e da Internação Hospitalar.**

3. Por que será feito?

R: **Para discutir a assistência durante o processo ativo de morte e após o óbito, e evitar que a falta do registro do médico e do enfermeiro possa configurar desassistência ao paciente ou comprometer a exatidão da causa da morte.**

4. Onde será feito?

R: **Auditório José Alberto Pastana Santos no HC IV ou ambiente virtual, conforme disponibilidade do profissional.**

5. Quando será feito?

R: **4º trimestre (Outubro/Novembro/Dezembro) de 2024.**

6. Como será feito?

R: **Dividir os participantes em grupos; apresentar a situação-problema; discutir e sintetizar o tema.**

7. Quanto custará?

R: **Por se tratar das dependências e profissionais do HC IV não terá custo, além do tempo do profissional.**

Responda:

Em relação à **CLAREZA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada claro 2.() Pouco claro 3.() Claro 4.() Muito claro 5.() Totalmente claro

Para respostas 1- nada claro ou 2- pouco claro, favor justificar.

Em relação à **RELEVÂNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada relevante 2.() Pouco relevante 3.() Relevante 4.() Muito relevante
5.() Totalmente relevante

Para respostas 1- nada relevante ou 2- pouco relevante, favor justificar.

Em relação à **PERTINÊNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada pertinente 2.() Pouco pertinente 3.() Pertinente 4.() Muito pertinente
5.() Totalmente pertinente

Para respostas 1- nada pertinente ou 2- pouco pertinente, favor justificar.

8. CONSIDERANDO O TEMA:

"REGISTRO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM SOBRE O PREPARO DO CORPO"

1. O que será feito?

R: **Aula expositiva dialogada para técnicos de enfermagem.**

2. Quem irá fazer?

R: **Lideranças de enfermagem da Internação Hospitalar.**

3. Por que será feito?

R: **Para sensibilizar os profissionais acerca do registro do preparo do corpo que visa garantir que o morto foi identificado, limpo, preparado para evitar perda de secreções e excreções e bem posicionado antes da rigidez, além do respeito à dignidade após o óbito.**

4. Onde será feito?

R: **Postos de enfermagem da Internação Hospitalar.**

5. Quando será feito?

R: **4º trimestre (Outubro/Novembro/Dezembro) de 2024.**

6. Como será feito?

R: **Durante o plantão, o enfermeiro vai se reunir com os técnicos de enfermagem; apresentar a situação-problema; discutir, sintetizar o tema e apresentar o Procedimento Operacional Padrão institucional.**

7. Quanto custará?

R: **Por se tratar das dependências e profissionais do HC IV não terá custo, além do tempo do profissional.**

Responda:

Em relação à **CLAREZA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada claro 2.() Pouco claro 3.() Claro 4.() Muito claro 5.() Totalmente claro

Para respostas 1- nada claro ou 2- pouco claro, favor justificar.

Em relação à **RELEVÂNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada relevante 2.() Pouco relevante 3.() Relevante 4.() Muito relevante
5.() Totalmente relevante

Para respostas 1- nada relevante ou 2- pouco relevante, favor justificar.

Em relação à **PERTINÊNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada pertinente 2.() Pouco pertinente 3.() Pertinente 4.() Muito pertinente
5.() Totalmente pertinente

Para respostas 1- nada pertinente ou 2- pouco pertinente, favor justificar.

9. CONSIDERANDO O TEMA:

"PREENCHIMENTO DO RELATÓRIO DE CIRURGIA/ANESTESIA"

1. O que será feito?

R: **Aula expositiva dialogada para médicos.**

2. Quem irá fazer?

R: **Chefia médica e Núcleo de Segurança do Paciente do HC IV.**

3. Por que será feito?

R: **Para garantir o registro do diagnóstico pré-operatório/indicação, do nome do cirurgião e dos assistentes, dos sinais vitais e do nível de consciência no pós-operatório, visando a continuidade do cuidado e a segurança do paciente cirúrgico.**

4. Onde será feito?

R: **Auditório José Alberto Pastana Santos no HC IV ou ambiente virtual, conforme disponibilidade do profissional.**

5. Quando será feito?

R: **4º trimestre (Outubro/Novembro/Dezembro) de 2024.**

6. Como será feito?

R: **Elaborar o plano de aula e o conteúdo teórico a ser ministrado a partir da literatura e das normas e rotinas institucionais.**

7. Quanto custará?

R: **Por se tratar das dependências e profissionais do HC IV não terá custo, além do tempo do profissional.**

Responda:

Em relação à **CLAREZA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada claro 2.() Pouco claro 3.() Claro 4.() Muito claro 5.() Totalmente claro

Para respostas 1- nada claro ou 2- pouco claro, favor justificar.

Em relação à **RELEVÂNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada relevante 2.() Pouco relevante 3.() Relevante 4.() Muito relevante
5.() Totalmente relevante

Para respostas 1- nada relevante ou 2- pouco relevante, favor justificar.

Em relação à **PERTINÊNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada pertinente 2.() Pouco pertinente 3.() Pertinente 4.() Muito pertinente
5.() Totalmente pertinente

Para respostas 1- nada pertinente ou 2- pouco pertinente, favor justificar.

10. CONSIDERANDO O TEMA:

"PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO COM LETRA LEGÍVEL"

1. O que será feito?

R: **Ação educativa por videoaula para todas as categorias.**

2. Quem irá fazer?

R: **Núcleo de Segurança do Paciente do HC IV e Comissão de Revisão de Prontuários.**

3. Por que será feito?

R: **Para estimular a letra legível ou o preenchimento de documentos eletrônicos (prontuário eletrônico, receita digital, plano de cuidados na INTRANET) em substituição à caligrafia cursiva, sempre que possível, visando mitigar riscos e agravos ao paciente e comunicação ineficaz entre as equipes.**

4. Onde será feito?

R: **Ambiente virtual.**

5. Quando será feito?

R: **4º trimestre (Outubro/Novembro/Dezembro) de 2024.**

6. Como será feito?

R: **Elaborar o conteúdo teórico; produzir o design gráfico audiovisual em parceria com a Comissão Editorial e a Divisão de Comunicação Social do Inca e disponibilizar via plataforma digital.**

7. Quanto custará?

R: **A videoaula não representará custos adicionais para ser produzida e disponibilizada no Inca por ter meios próprios, além do tempo do profissional, além do tempo do profissional.**

Responda:

Em relação à **CLAREZA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada claro 2.() Pouco claro 3.() Claro 4.() Muito claro 5.() Totalmente claro

Para respostas 1- nada claro ou 2- pouco claro, favor justificar.

Em relação à **RELEVÂNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada relevante 2.() Pouco relevante 3.() Relevante 4.() Muito relevante
5.() Totalmente relevante

Para respostas 1- nada relevante ou 2- pouco relevante, favor justificar.

Em relação à **PERTINÊNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada pertinente 2.() Pouco pertinente 3.() Pertinente 4.() Muito pertinente
5.() Totalmente pertinente

Para respostas 1- nada pertinente ou 2- pouco pertinente, favor justificar.

11. CONSIDERANDO O TEMA:

"PREENCHIMENTO CORRETO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO (DO)"

1. O que será feito?

R: **Elaboração e distribuição de texto informativo para médicos.**

2. Quem irá fazer?

R: **Chefia médica.**

3. Por que será feito?

R: **Para promover orientações quanto ao correto preenchimento da DO por ser fundamental para garantir direitos dos familiares e nortear políticas públicas, além de ser um indicador de boa assistência prestada.**

4. Onde será feito?

R: **Postos de trabalho.**

5. Quando será feito?

R: **4º trimestre (Outubro/Novembro/Dezembro) de 2024.**

6. Como será feito?

R: **Elaborar texto informativo sobre as normas e orientações do Ministério da Saúde para o preenchimento da DO e afixar nos postos de trabalho dos médicos.**

7. Quanto custará?

R: **Considerando que o HC IV possui impressora, toner, resma de papel, necessidade de poucas cópias e profissionais capacitados, estima-se um custo irrelevante, além do tempo do profissional.**

Responda:

Em relação à **CLAREZA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada claro 2.() Pouco claro 3.() Claro 4.() Muito claro 5.() Totalmente claro

Para respostas 1- nada claro ou 2- pouco claro, favor justificar.

Em relação à **RELEVÂNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada relevante 2.() Pouco relevante 3.() Relevante 4.() Muito relevante
5.() Totalmente relevante

Para respostas 1- nada relevante ou 2- pouco relevante, favor justificar.

Em relação à **PERTINÊNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada pertinente 2.() Pouco pertinente 3.() Pertinente 4.() Muito pertinente
5.() Totalmente pertinente

Para respostas 1- nada pertinente ou 2- pouco pertinente, favor justificar.

12. CONSIDERANDO O TEMA:

"CÓPIA E ARQUIVAMENTO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO (DO)"

1. O que será feito?

R: **Elaboração e distribuição de texto informativo para o serviço de recepção e de arquivo médico.**

2. Quem irá fazer?

R: **Chefia administrativa.**

3. Por que será feito?

R: **Para orientar sobre a cópia e o arquivamento da DO para respaldo da instituição e para consulta em pesquisas.**

4. Onde será feito?

R: **Postos de trabalho.**

5. Quando será feito?

R: **4º trimestre (Outubro/Novembro/Dezembro) de 2024.**

6. Como será feito?

R: **Elaborar texto informativo com base nas instruções de serviço de recepção e de arquivo médico que determinam a cópia e arquivamento da DO, e afixar nos respectivos postos de trabalho.**

7. Quanto custará?

R: **Considerando que o HC IV possui impressora, toner, resma de papel, necessidade de poucas cópias e profissionais capacitados, estima-se um custo irrelevante, além do tempo do profissional.**

Responda:

Em relação à **CLAREZA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada claro 2.() Pouco claro 3.() Claro 4.() Muito claro 5.() Totalmente claro

Para respostas 1- nada claro ou 2- pouco claro, favor justificar.

Em relação à **RELEVÂNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada relevante 2.() Pouco relevante 3.() Relevante 4.() Muito relevante
5.() Totalmente relevante

Para respostas 1- nada relevante ou 2- pouco relevante, favor justificar.

Em relação à **PERTINÊNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada pertinente 2.() Pouco pertinente 3.() Pertinente 4.() Muito pertinente
5.() Totalmente pertinente

Para respostas 1- nada pertinente ou 2- pouco pertinente, favor justificar.

Apêndice E

Questionário semi-estruturado encaminhado ao comitê de especialistas na segunda rodada de validação do conteúdo do plano de ação

1. CONSIDERANDO O TEMA:

"IDENTIFICAÇÃO CORRETA DO PACIENTE NO PRONTUÁRIO"

1. O que será feito?

R: **Ação educativa por videoaula para todos os envolvidos nos processos assistenciais.**

2. Quem irá fazer?

R: **Coordenação do Núcleo de Segurança do Paciente do HC IV e Comissão de Revisão de Prontuário.**

3. Por que será feito?

R: **Para orientar sobre o preenchimento da identificação do paciente no prontuário que visa garantir que o mesmo recebeu ou receberá determinado tipo de procedimento ou tratamento a ele destinado e prevenir a ocorrência de erros que possam causar danos.**

4. Onde será feito?

R: **Ambiente virtual.**

5. Quando será feito?

R: **3º trimestre (Julho/Agosto/Setembro) de 2024.**

6. Como será feito?

R: **Elaborar o conteúdo teórico; produzir o design gráfico audiovisual em parceria com a Comissão Editorial e a Divisão de Comunicação Social do Inca e disponibilizar via plataforma digital.**

7. Quanto custará?

R: **A videoaula não representará custos adicionais para ser produzida e disponibilizada no Inca por ter meios próprios, além do tempo do profissional.**

Responda:

Em relação à **CLAREZA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada claro 2.() Pouco claro 3.() Claro 4.() Muito claro 5.() Totalmente claro

Para respostas 1- nada claro ou 2- pouco claro, favor justificar.

Em relação à **RELEVÂNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada relevante 2.() Pouco relevante 3.() Relevante 4.() Muito relevante
5.() Totalmente relevante

Para respostas 1- nada relevante ou 2- pouco relevante, favor justificar.

Em relação à **PERTINÊNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada pertinente 2.() Pouco pertinente 3.() Pertinente 4.() Muito pertinente
5.() Totalmente pertinente

Para respostas 1- nada pertinente ou 2- pouco pertinente, favor justificar.

2. CONSIDERANDO O TEMA:

"REGISTRO DA ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA CONTROLE DE DOR PÓS-RESGATE NA PRESCRIÇÃO MÉDICA"

1. O que será feito?

R: **Capacitação para enfermeiros e técnicos de enfermagem.**

2. Quem irá fazer?

R: **Equipe da Educação Continuada da Enfermagem e Comissão de Revisão de Prontuários.**

3. Por que será feito?

R: **Para capacitar o profissional a avaliar e registrar a dor pela EVA, antes e após o resgate, visando garantir o controle adequado da dor; além do registro do resultado da intervenção ser uma prerrogativa do processo de enfermagem e uma forma de comunicação com a equipe.**

4. Onde será feito?

R: **Auditório José Alberto Pastana Santos no HC IV ou ambiente virtual, conforme a disponibilidade do profissional.**

5. Quando será feito?

R: **3º trimestre (Julho/Agosto/Setembro) de 2024.**

6. Como será feito?

R: **Elaborar o plano de aula e o conteúdo teórico; aplicar pré-teste sobre conhecimentos prévios; ministrar aula expositiva participativa e aplicar pós-teste sobre conhecimentos adquiridos.**

7. Quanto custará?

R: **Considerando que o HC IV possui auditório e projetor, apenas será necessário providenciar resma de papel e caneta esferográfica, sendo possível prever um custo de 50 reais.**

Responda:

Em relação à **CLAREZA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada claro 2.() Pouco claro 3.() Claro 4.() Muito claro 5.() Totalmente claro

Para respostas 1- nada claro ou 2- pouco claro, favor justificar.

Em relação à **RELEVÂNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada relevante 2.() Pouco relevante 3.() Relevante 4.() Muito relevante
5.() Totalmente relevante

Para respostas 1- nada relevante ou 2- pouco relevante, favor justificar.

Em relação à **PERTINÊNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada pertinente 2.() Pouco pertinente 3.() Pertinente 4.() Muito pertinente
5.() Totalmente pertinente

Para respostas 1- nada pertinente ou 2- pouco pertinente, favor justificar.

3. CONSIDERANDO O TEMA:

"REGISTRO DA AVALIAÇÃO FUNCIONAL (KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS - KPS) PELO MÉDICO E PELO ENFERMEIRO"

1. O que será feito?

R: **Sessão Clínica para a sensibilização dos profissionais visando a priorização da avaliação funcional e o registro do KPS em prontuário.**

2. Quem irá fazer?

R: **Representantes da área médica, da enfermagem e da fisioterapia.**

3. Por que será feito?

R: **Porque é um dos elementos que subsidiam a tomada de decisão clínica nos cuidados paliativos.**

4. Onde será feito?

R: **Auditório José Alberto Pastana Santos no HC IV ou ambiente virtual, conforme disponibilidade do profissional.**

5. Quando será feito?

R: **3º trimestre (Julho/Agosto/Setembro) de 2024.**

6. Como será feito?

R: **Dividir os participantes em grupos; apresentar a situação-problema; discutir e sintetizar o tema.**

7. Quanto custará?

R: **Por se tratar das dependências e profissionais do HC IV não terá custo, além do tempo do profissional.**

Responda:

Em relação à **CLAREZA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada claro 2.() Pouco claro 3.() Claro 4.() Muito claro 5.() Totalmente claro

Para respostas 1- nada claro ou 2- pouco claro, favor justificar.

Em relação à **RELEVÂNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada relevante 2.() Pouco relevante 3.() Relevante 4.() Muito relevante
5.() Totalmente relevante

Para respostas 1- nada relevante ou 2- pouco relevante, favor justificar.

Em relação à **PERTINÊNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada pertinente 2.() Pouco pertinente 3.() Pertinente 4.() Muito pertinente
5.() Totalmente pertinente

Para respostas 1- nada pertinente ou 2- pouco pertinente, favor justificar.

4. CONSIDERANDO O TEMA:

"REGISTRO DA AVALIAÇÃO DO 5º SINAL VITAL (DOR) NO CONTROLE SEMANAL DE DADOS CLÍNICOS"

1. O que será feito?

R: **Capacitação para técnicos de enfermagem.**

2. Quem irá fazer?

R: **Equipe de Educação Continuada de Enfermagem e Comissão de Revisão de Prontuários.**

3. Por que será feito?

R: **Para aprimorar o registro da intensidade da dor de forma rotineira, a partir da ampliação do conhecimento sobre dor aguda, escalas de avaliação, responsabilidade diante do indivíduo com dor e comunicação efetiva com paciente, familiares e membros da equipe.**

4. Onde será feito?

R: **Auditório José Alberto Pastana Santos no HC IV ou ambiente virtual, conforme disponibilidade do profissional.**

5. Quando será feito?

R: **3º trimestre (Julho/Agosto/Setembro) de 2024.**

6. Como será feito?

R: **Elaborar o plano de aula e o conteúdo teórico; aplicar pré-teste sobre conhecimentos prévios; ministrar aula expositiva e aplicar pós-teste sobre conhecimentos adquiridos.**

7. Quanto custará?

R: **Considerando que o HC IV possui auditório e projetor, será necessário providenciar resma de papel e caneta esferográfica, sendo possível prever um custo de 50 reais.**

Responda:

Em relação à **CLAREZA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada claro 2.() Pouco claro 3.() Claro 4.() Muito claro 5.() Totalmente claro

Para respostas 1- nada claro ou 2- pouco claro, favor justificar.

Em relação à **RELEVÂNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada relevante 2.() Pouco relevante 3.() Relevante 4.() Muito relevante

5.() Totalmente relevante

Para respostas 1- nada relevante ou 2- pouco relevante, favor justificar.

Em relação à **PERTINÊNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada pertinente 2.() Pouco pertinente 3.() Pertinente 4.() Muito pertinente

5.() Totalmente pertinente

Para respostas 1- nada pertinente ou 2- pouco pertinente, favor justificar.

5. CONSIDERANDO O TEMA:

"PREENCHIMENTO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PROCEDIMENTO INVASIVO E PARA HEMOTRANSFUSÃO"

1. O que será feito?

R: **Aula expositiva dialogada para médicos acerca do protocolo institucional que segue a recomendação do Conselho Federal de Medicina.**

2. Quem irá fazer?

R: **Chefia médica e Comissão de Revisão de Prontuários.**

3. Por que será feito?

R: **Porque o TCLE deve ser corretamente preenchido e assinado, atendendo aos padrões de segurança e respeito ao direito de tomar decisões sobre seu tratamento, exceto em caso de emergência.**

4. Onde será feito?

R: **Auditório José Alberto Pastana Santos no HC IV ou ambiente virtual, conforme a disponibilidade do profissional.**

5. Quando será feito?

R: **3º trimestre (Julho/Agosto/Setembro) de 2024.**

6. Como será feito?

R: **Elaborar o plano de aula e o conteúdo teórico a ser ministrado a partir da literatura e das norma e rotinas institucionais.**

7. Quanto custará?

R: **Por se tratar das dependências e profissionais do HC IV não terá custo, além do tempo do profissional.**

Responda:

Em relação à **CLAREZA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada claro 2.() Pouco claro 3.() Claro 4.() Muito claro 5.() Totalmente claro

Para respostas 1- nada claro ou 2- pouco claro, favor justificar.

Em relação à **RELEVÂNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada relevante 2.() Pouco relevante 3.() Relevante 4.() Muito relevante
5.() Totalmente relevante

Para respostas 1- nada relevante ou 2- pouco relevante, favor justificar.

Em relação à **PERTINÊNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada pertinente 2.() Pouco pertinente 3.() Pertinente 4.() Muito pertinente
5.() Totalmente pertinente

Para respostas 1- nada pertinente ou 2- pouco pertinente, favor justificar.

6. CONSIDERANDO O TEMA:

"REGISTRO DO ÓBITO PELO MÉDICO E PELO ENFERMEIRO NO PRONTUÁRIO"

1. O que será feito?

R: **Sessão clínica acerca da assistência quando a morte é iminente, incluindo registros da piora do quadro, das intervenções, da ciência da família e do suporte após o óbito.**

2. Quem irá fazer?

R: **Chefias Médica, da enfermagem e da Internação Hospitalar.**

3. Por que será feito?

R: **Para evitar que a falta do registro do médico e do enfermeiro possa configurar desassistência ao paciente ou comprometer a exatidão da causa da morte.**

4. Onde será feito?

R: **Auditório José Alberto Pastana Santos no HC IV ou ambiente virtual, conforme disponibilidade do profissional.**

5. Quando será feito?

R: **4º trimestre (Outubro/Novembro/Dezembro) de 2024.**

6. Como será feito?

R: **Dividir os participantes em grupos; apresentar a situação-problema; discutir e sintetizar o tema.**

7. Quanto custará?

R: **Por se tratar das dependências e profissionais do HC IV não terá custo, além do tempo do profissional.**

Responda:

Em relação à **CLAREZA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada claro 2.() Pouco claro 3.() Claro 4.() Muito claro 5.() Totalmente claro

Para respostas 1- nada claro ou 2- pouco claro, favor justificar.

Em relação à **RELEVÂNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada relevante 2.() Pouco relevante 3.() Relevante 4.() Muito relevante

5.() Totalmente relevante

Para respostas 1- nada relevante ou 2- pouco relevante, favor justificar.

Em relação à **PERTINÊNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada pertinente 2.() Pouco pertinente 3.() Pertinente 4.() Muito pertinente

5.() Totalmente pertinente

Para respostas 1- nada pertinente ou 2- pouco pertinente, favor justificar.

7. CONSIDERANDO O TEMA:

"REGISTRO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM DO PREPARO DO CORPO PÓS-MORTE"

1. O que será feito?

R: **Aula expositiva dialogada para técnicos de enfermagem acerca das suas competências após o óbito do paciente.**

2. Quem irá fazer?

R: **Lideranças de enfermagem da Internação Hospitalar.**

3. Por que será feito?

R: **Para sensibilizar o profissional quanto ao registro do preparo do corpo, visando a garantia do cuidado e do princípio ético de dignidade pós-morte.**

4. Onde será feito?

R: **Postos de enfermagem da Internação Hospitalar.**

5. Quando será feito?

R: **4º trimestre (Outubro/Novembro/Dezembro) de 2024.**

6. Como será feito?

R: **Durante o plantão, o enfermeiro vai se reunir com os técnicos de enfermagem; apresentar a situação-problema; discutir, sintetizar o tema e apresentar o Procedimento Operacional Padrão institucional.**

7. Quanto custará?

R: **Por se tratar das dependências e profissionais do HC IV não terá custo, além do tempo do profissional.**

Responda:

Em relação à **CLAREZA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada claro 2.() Pouco claro 3.() Claro 4.() Muito claro 5.() Totalmente claro

Para respostas 1- nada claro ou 2- pouco claro, favor justificar.

Em relação à **RELEVÂNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada relevante 2.() Pouco relevante 3.() Relevante 4.() Muito relevante
5.() Totalmente relevante

Para respostas 1- nada relevante ou 2- pouco relevante, favor justificar.

Em relação à **PERTINÊNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada pertinente 2.() Pouco pertinente 3.() Pertinente 4.() Muito pertinente
5.() Totalmente pertinente

Para respostas 1- nada pertinente ou 2- pouco pertinente, favor justificar.

8. CONSIDERANDO O TEMA:

"PREENCHIMENTO DO RELATÓRIO DE CIRURGIA/ANESTESIA"

1. O que será feito?

R: **Texto e diálogo informativo com médicos cirurgiões da unidade para envolvimento na rotina institucional.**

2. Quem irá fazer?

R: **Chefia médica.**

3. Por que será feito?

R: **Para garantir o registro do diagnóstico pré-operatório/indicação, do nome do cirurgião e dos assistentes, dos sinais vitais e do nível de consciência no pós-operatório, que visam a continuidade do cuidado e a segurança do paciente cirúrgico.**

4. Onde será feito?

R: **Sala da chefia médica.**

5. Quando será feito?

R: **4º trimestre (Outubro/Novembro/Dezembro) de 2024.**

6. Como será feito?

R: **Elaborar texto informativo e convidar os profissionais para discussão sobre as orientações do Conselho Federal de Medicina, as normas e as rotinas institucionais, individualmente ou em grupo.**

7. Quanto custará?

R: **Por se tratar das dependências e profissionais do HC IV não terá custo, além do tempo do profissional.**

Responda:

Em relação à **CLAREZA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada claro 2.() Pouco claro 3.() Claro 4.() Muito claro 5.() Totalmente claro

Para respostas 1- nada claro ou 2- pouco claro, favor justificar.

Em relação à **RELEVÂNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada relevante 2.() Pouco relevante 3.() Relevante 4.() Muito relevante
5.() Totalmente relevante

Para respostas 1- nada relevante ou 2- pouco relevante, favor justificar.

Em relação à **PERTINÊNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada pertinente 2.() Pouco pertinente 3.() Pertinente 4.() Muito pertinente
5.() Totalmente pertinente

Para respostas 1- nada pertinente ou 2- pouco pertinente, favor justificar.

9. CONSIDERANDO O TEMA:

"PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO COM LETRA LEGÍVEL"

1. O que será feito?

R: **Ação educativa por videoaula para todos os envolvidos nos processos assistenciais.**

2. Quem irá fazer?

R: **Coordenação do Núcleo de Segurança do Paciente do HC IV e Comissão de Revisão de Prontuários.**

3. Por que será feito?

R: **Para estimular a letra legível ou o preenchimento de documentos eletrônicos (prontuário eletrônico, receita digital, plano de cuidados na INTRANET) em substituição à caligrafia cursiva, sempre que possível, visando mitigar riscos e agravos ao paciente e comunicação ineficaz entre as equipes.**

4. Onde será feito?

R: **Ambiente virtual.**

5. Quando será feito?

R: **4º trimestre (Outubro/Novembro/Dezembro) de 2024.**

6. Como será feito?

R: **Elaborar o conteúdo teórico; produzir o design gráfico audiovisual em parceria com a Comissão Editorial e a Divisão de Comunicação Social do Inca e disponibilizar via plataforma digital.**

7. Quanto custará?

R: **A videoaula não representará custos adicionais para ser produzida e disponibilizada no Inca por ter meios próprios, além do tempo do profissional, além do tempo do profissional.**

Resposta:

Em relação à **CLAREZA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada claro 2.() Pouco claro 3.() Claro 4.() Muito claro 5.() Totalmente claro

Para respostas 1- nada claro ou 2- pouco claro, favor justificar.

Em relação à **RELEVÂNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada relevante 2.() Pouco relevante 3.() Relevante 4.() Muito relevante
5.() Totalmente relevante

Para respostas 1- nada relevante ou 2- pouco relevante, favor justificar.

Em relação à **PERTINÊNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada pertinente 2.() Pouco pertinente 3.() Pertinente 4.() Muito pertinente
5.() Totalmente pertinente

Para respostas 1- nada pertinente ou 2- pouco pertinente, favor justificar.

10. CONSIDERANDO O TEMA:

"PREENCHIMENTO CORRETO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO (DO)"

1. O que será feito?

R: **Elaboração e distribuição de texto informativo para médicos.**

2. Quem irá fazer?

R: **Chefia médica.**

3. Por que será feito?

R: **Para promover orientações quanto ao correto preenchimento da DO por ser fundamental para garantir direitos dos familiares e nortear políticas públicas, além de ser um indicador de boa assistência prestada.**

4. Onde será feito?

R: **Postos de trabalho.**

5. Quando será feito?

R: **4º trimestre (Outubro/Novembro/Dezembro) de 2024.**

6. Como será feito?

R: **Elaborar texto informativo com base nas normas e orientações do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina, indicando referências e manuais de consulta, e afixar nos postos de trabalho dos médicos.**

7. Quanto custará?

R: **Considerando que o HC IV possui impressora, toner, resma de papel, necessidade de poucas cópias e profissionais capacitados, estima-se um custo irrelevante, além do tempo do profissional.**

Responda:

Em relação à **CLAREZA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada claro 2.() Pouco claro 3.() Claro 4.() Muito claro 5.() Totalmente claro

Para respostas 1- nada claro ou 2- pouco claro, favor justificar.

Em relação à **RELEVÂNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada relevante 2.() Pouco relevante 3.() Relevante 4.() Muito relevante
5.() Totalmente relevante

Para respostas 1- nada relevante ou 2- pouco relevante, favor justificar.

Em relação à **PERTINÊNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada pertinente 2.() Pouco pertinente 3.() Pertinente 4.() Muito pertinente
5.() Totalmente pertinente

Para respostas 1- nada pertinente ou 2- pouco pertinente, favor justificar.

11. CONSIDERANDO O TEMA:

"CÓPIA E ARQUIVAMENTO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO (DO)"

1. O que será feito?

R: **Elaboração e distribuição de texto informativo para o serviço de recepção e de arquivo médico.**

2. Quem irá fazer?

R: **Chefia administrativa.**

3. Por que será feito?

R: **Para orientar sobre a importância da cópia e do arquivamento da DO para consultas com fins éticos, jurídicos e/ou pesquisas.**

4. Onde será feito?

R: **Postos de trabalho.**

5. Quando será feito?

R: **4º trimestre (Outubro/Novembro/Dezembro) de 2024.**

6. Como será feito?

R: **Elaborar texto informativo com base nas instruções de serviço de recepção e de arquivo médico e afixar nos respectivos postos de trabalho.**

7. Quanto custará?

R: **Considerando que o HC IV possui impressora, toner, resma de papel, necessidade de poucas cópias e profissionais capacitados, estima-se um custo irrelevante, além do tempo do profissional.**

Responda:

Em relação à **CLAREZA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada claro 2.() Pouco claro 3.() Claro 4.() Muito claro 5.() Totalmente claro

Para respostas 1- nada claro ou 2- pouco claro, favor justificar.

Em relação à **RELEVÂNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada relevante 2.() Pouco relevante 3.() Relevante 4.() Muito relevante
5.() Totalmente relevante

Para respostas 1- nada relevante ou 2- pouco relevante, favor justificar.

Em relação à **PERTINÊNCIA** você considera esse conteúdo:

1.() Nada pertinente 2.() Pouco pertinente 3.() Pertinente 4.() Muito pertinente
5.() Totalmente pertinente

Para respostas 1- nada pertinente ou 2- pouco pertinente, favor justificar.

Apêndice F

Avaliação dos juízes de cada tema de acordo com a escala *Likert*

Tabela 1 - Avaliação dos juízes para clareza de cada tema de acordo com a escala *Likert* na primeira rodada

Clareza												
Tema	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4	Juiz 5	Juiz 6	Juiz 7	Juiz 8	Juiz 9	Juiz 10	Juiz 11	Juiz 12
1	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4
2	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4
3	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4
4	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	3
5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4
6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4
7	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
8	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	3
9	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	3
10	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4
11	5	4	5	4	5	5	5	5	5	4	5	3
12	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4

Fonte: a autora, 2024.

Tabela 2 - Avaliação dos juízes para relevância de cada tema de acordo com a escala *Likert* na primeira rodada

Relevância												
Tema	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4	Juiz 5	Juiz 6	Juiz 7	Juiz 8	Juiz 9	Juiz 10	Juiz 11	Juiz 12
1	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5
2	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5
3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	5	5	4	5	5	5	5	5	5	1	5	5
7	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5
8	5	5	4	5	4	5	5	5	5	3	5	5
9	5	5	4	5	4	5	4	5	5	5	5	5
10	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5
11	5	5	5	3	5	5	5	5	5	3	5	5
12	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5

Fonte: a autora, 2024.

Tabela 3 - Avaliação dos juízes para pertinência de cada tema de acordo com a escala *Likert* na primeira rodada

Pertinência												
Tema	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4	Juiz 5	Juiz 6	Juiz 7	Juiz 8	Juiz 9	Juiz 10	Juiz 11	Juiz 12
1	5	5	5	5	4	5	4	5	4	5	5	5
2	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5
3	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5
4	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5
5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5
6	5	5	4	5	5	5	5	4	5	1	5	5
7	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5
8	5	5	4	5	4	5	5	5	5	3	5	5
9	5	5	4	5	3	5	4	5	5	5	5	5
10	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5
11	5	4	5	4	5	5	4	5	5	3	5	5
12	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5

Fonte: a autora, 2024.

Tabela 4 - Avaliação dos juízes para clareza de cada tema de acordo com a escala *Likert* na segunda rodada

Clareza												
Tema	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4	Juiz 5	Juiz 6	Juiz 7	Juiz 8	Juiz 9	Juiz 10	Juiz 11	Juiz 12
1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
2	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	4
3	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5
4	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	4	5
5	5	5	5	3	5	5	5	4	5	5	5	4
6	3	5	5	4	5	5	4	4	5	5	5	4
7	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5
8	3	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4
9	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	4	5
10	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5
11	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5

Fonte: a autora, 2024.

Tabela 5 - Avaliação dos juízes para relevância de cada tema de acordo com a escala *Likert* na segunda rodada

Relevância												
Tema	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12
1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
2	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5
3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5
4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
7	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4
8	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	4
9	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	4
10	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	3
11	5	5	4	5	5	5	4	5	4	5	5	4

Fonte: a autora, 2024.

Tabela 6 - Avaliação dos juízes para pertinência de cada tema de acordo com a escala *Likert* na segunda rodada

Pertinência												
Tema	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12
1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5
4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
7	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	3
8	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4
9	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	4
10	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	3
11	5	5	4	5	5	5	4	5	4	5	5	5

Fonte: a autora, 2024.

ANEXOS

Anexo A

Lista de verificação dos registros de cuidados prestados

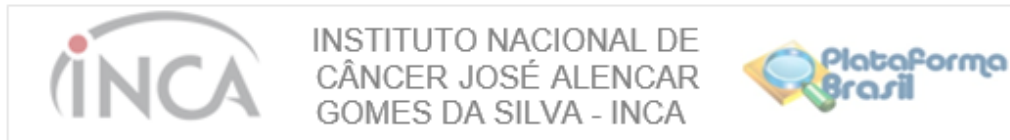
COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO LISTA DE VERIFICAÇÃO

HOSPITAL DO CÂNCER IV				MATRÍCULA									
INTERNAÇÃO HOSPITALAR													
ITENS GERAIS	C	NC	NA	MED	ENF	NUT	PSI	FIS	SS				
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NOS FORMULÁRIOS													
LETRA LEGÍVEL													
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL (Nome completo por extenso e número do Conselho) – na falta do carimbo													
ASSINATURA													
CARIMBO													
DATA NAS EVOLUÇÕES DIÁRIAS													
HORA NAS EVOLUÇÕES DIÁRIAS													
ESPAÇOS EM BRANCO													
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	C	NC	NA										
PROCEDIMENTOS INVASIVOS													
HEMOTRANSFUSÃO													
AVALIAÇÃO E CUIDADO AO PACIENTE	C	NC	NA	MED	ENF	NUT	PSI	FIS	SS				
AVALIAÇÃO DE ADMISSÃO PELO SPA/AMB													
AVALIAÇÃO FUNCIONAL (KPS)													
AVALIAÇÃO COGNITIVA													
NECESSIDADES CLÍNICAS IMEDIATAS (EVOLUÇÃO MÉDICA INICIAL)													
EXAMES SOLICITADOS/CHECADOS													
PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM													
AVALIAÇÃO DO 5º SINAL VITAL (DOR)													
CONTROLE DE DOR (EVA PÓS-RESGATE)													
PRESCRIÇÃO/ AVALIAÇÃO NUTRICIONAL													
AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA/GRUPO													
AVALIAÇÃO DA FISIOTERAPIA													
AVALIAÇÃO SERVIÇO SOCIAL													
DEFINIÇÃO DE CUIDADO AO FIM DA VIDA													
REGISTRO DA OFERTA DE SUPORTE ESPIRITUAL													
FICHA DE AVALIAÇÃO DE CAPELANIA													
REGISTRO DO ÓBITO													
RELATO SOBRE O PREPARO DO CORPO													
DECLARAÇÃO DE ÓBITO													
CIRURGIAS E ANESTESIA	C	NC	NA										
DIAGNÓSTICO PRÉ - OPERATÓRIO/INDICAÇÃO													
NOME DO CIRURGIÃO E ASSISTENTES													
SINAIS VITAIS E NÍVEL DE CONSCIÊNCIA NO PÓS-OPERATÓRIO													
REALIZADO POR:				DATA:									
ENCAMINHAR PARA : COMISSÃO DE ÓBITO				SIM <input type="checkbox"/>		NÃO <input type="checkbox"/>		COMISSÃO DE ÉTICA		SIM <input type="checkbox"/>		NÃO <input type="checkbox"/>	
NOTIFICAÇÃO: SIM <input type="checkbox"/>				NÃO <input type="checkbox"/>		PARA: SERVIÇO MÉDICO <input type="checkbox"/>		DIVISÃO DE ENFERMAGEM <input type="checkbox"/>		APOIO TÉCNICO <input type="checkbox"/>		NSP <input type="checkbox"/>	
				OUTROS:									

Período de Internação Avaliado ____/____/____ a ____/____/____

Anexo B

Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do Inca



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cuidados Paliativos Oncológicos: Análise retrospectiva de auditoria dos prontuários de saúde

Pesquisador: Lia Machado Pimentel

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64553522.4.0000.5274

Instituição Proponente: Hospital do Câncer IV

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.787.128

Apresentação do Projeto:

No Brasil, o Sistema Nacional de Auditorias, criado em 1993 pela Lei nº 8.689 e regulamentado pelo Decreto nº 1.651 de 1995, ressalta a importância da auditoria como um instrumento de qualificação da gestão que visa fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de recomendações e orientações, com vista à qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos (BRASIL, 2017). Sabe-se que o monitoramento do acesso aos cuidados paliativos deve ser realizado em todos os níveis de cuidados para que todos os que dele necessitem sejam contemplados. Isso significa garantir indicadores apropriados universalmente acordados e mecanismos de coleta de dados, bem como relatórios acessíveis em nível local, nacional e global, sendo a fiscalização regular e a publicação da saída de dados essenciais (WHO, 2020).

Assim, considera-se que o paciente e a família têm direito a cuidados de qualidade, independentemente de onde o recebem, como esses cuidados são prestados ou quem os presta.

Esteja um paciente recebendo cuidados em um hospital ou em casa, de voluntários treinados da comunidade ou de pessoal médico, a qualidade do atendimento deve ser avaliada e o prestador de serviços deve estar comprometido com sua melhoria (CRABTREE; SUNDARARAJ; PEASE, 2020).

Recorda-se que a coleta rotineira de dados sobre os resultados dos cuidados em diversos domínios permite que áreas potenciais de melhoria sejam identificadas. Os gerentes de serviço podem então, utilizar esses dados para melhorar a prática, decidir onde os recursos devem ser concentrados e definir metas localmente relevantes para a qualidade do atendimento no futuro. Se

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 5.787.128

os dados coletados sistematicamente forem agregados, analisados e revisados, eles podem ser usados como evidência, por exemplo, de eficácia ou custo-benefício (CRABTREE;SUNDARARAJ; PEASE, 2020). Considerando-se a qualidade da informação contida no prontuário fundamental para a segurança do paciente e um indicador de qualidade dos serviços da saúde, é que se torna necessária a revisão de prontuário que abarque a avaliação dos itens que devem constar obrigatoriamente no prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel, e também os registros pertinentes aos cuidados paliativos, para avaliação da qualidade dos registros, identificação de áreas críticas e promoção de melhorias. Nesse contexto, tem-se como proposta deste estudo utilizar a coleta de dados da lista de verificação da Comissão de Revisão de Prontuários de um instituto de referência em cuidados paliativos oncológicos para analisar a qualidade dos registros, verificar se as ações são executadas ou funcionam em conformidade com objetivos inerentes e propor um plano de ação para melhoria da qualidade dos registros, com vistas à melhorias na qualidade do atendimento prestado aos pacientes com doença ameaçadora da vida.

O câncer é um importante problema de saúde pública mundialmente e está entre as quatro principais causas de morte prematura (antes de 70 anos de idade) na maioria dos países. A incidência e a mortalidade por câncer vêm aumentando pelo envelhecimento populacional e pela mudança na distribuição e na prevalência dos fatores de risco, especialmente aqueles associados ao desenvolvimento socioeconômico (BRAY et al., 2018).

Nesta perspectiva, o planejamento eficaz do controle do câncer requer contextualização da situação do país, com informações da população em registros de câncer e sistemas de informação. No campo da oncologia, as taxas de adesão às diretrizes da prática clínica diferem entre os diferentes tipos de cânceres e estudos têm demonstrado que a frequência com que os procedimentos são realizados varia drasticamente entre médicos e outras especialidades (JAZIEH et al, 2019).

Considerando o exposto, está evidenciado que para um atendimento qualificado, a realização de registros de saúde tem por finalidade descrever os cuidados prestados de forma a comprovar a execução realizada com base nos princípios técnicos e científicos (CRABTREE;SUNDARARAJ; PEASE, 2020). Pressupõe-se, assim, que comunicar os procedimentos, as intercorrências e o estado de saúde do paciente é fundamental para que ocorra a continuidade dos cuidados, sendo possível por meio das anotações, verificar a estatística de tarefas executadas e ter fonte segura para pesquisas e auditorias (WHO, 2020a).

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br

Página 02 de 07



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 5.787.128

"PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2026395.pdf"

8) Documentos necessários para armazenamento de material biológico humano em biorrepositório/biobanco:

- Justificativa de necessidade para utilização futura de amostra armazenada: (Não se aplica)
- Regulamento/Regimento de Biorrepositório(s): (Não se aplica)
- Termo de Acordo em Pesquisa envolvendo mais de uma instituição: (Não se aplica)
- Constituição ou participação em biorrepositório no exterior: (Não se aplica)

Recomendações:

1)- Ao submeter o relatório final de pesquisa realizar revisão textual.

2) - No arquivo PB (Informações Básicas...) a apresentação do quadro contemplando grupos e intervenções costuma induzir o pesquisador ao não preenchimento em propostas como esta, por não haver de fato participação direta de pacientes, mas é importante indicar o número de prontuários e revisão a serem examinados na fase de coleta de dados.

3)- Solicita-se eliminar, no Apêndice 2 do projeto, o segundo parágrafo onde menciona no texto pesquisadores treinados, mas, de fato, está evidenciado que apenas a pesquisadora será responsável pela revisão, tendo em conta trabalho de Comissão da qual já toma parte.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos à realização do presente protocolo de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP/INCA assegura a ética em todas as suas análises, evitando possíveis conflitos de interesses nas avaliações e na emissão de pareceres.

Destarte, garantimos que nenhum componente da equipe deste estudo participou, analisou, aprovou e/ou expressou posicionamento sobre análise ou parecer consubstanciado do mesmo.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA), de

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 5.787.128

acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS Nº 466/2012 manifesta-se pela aprovação do presente protocolo de pesquisa.

Informações ao pesquisador: segundo a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, através do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa, e resolução nº 466/2012 do CNS, o pesquisador responsável deverá:

1. Entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, na íntegra, por ele assinada;
2. Desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado;
3. Apresentar ao CEP/INCA eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa;
4. Apresentar ao CEP/INCA relatório parcial (a cada 6 meses) e final após conclusão da pesquisa.
5. Descontinuar o estudo somente após análise e manifestação, por parte do Sistema CEP/CONEP/CNS/MS que o aprovou, das razões dessa descontinuidade, a não ser em casos de justificada urgência em benefício de seus participantes (Res. 466/12 - CNS, item III.2u);
6. Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa (Res. 466/12 - CNS, item XI.2f);
7. Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto (Res. 466/12 - CNS, item XI. 2g);
8. Justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou não publicação dos resultados (Res. 466/12 - CNS, item XI.2h).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br

Página 06 de 07



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 5.787.128

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2037534.pdf	22/10/2022 13:39:46		Aceito
Outros	formulario.pdf	20/10/2022 14:03:03	Lia Machado Pimentel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	20/10/2022 13:56:19	Lia Machado Pimentel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Isencaio.pdf	20/10/2022 13:50:46	Lia Machado Pimentel	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Resultados.pdf	20/10/2022 13:41:53	Lia Machado Pimentel	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Privacidade.pdf	20/10/2022 13:41:40	Lia Machado Pimentel	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Encerramento.pdf	20/10/2022 13:41:24	Lia Machado Pimentel	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Despesas.pdf	20/10/2022 13:41:12	Lia Machado Pimentel	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Compromisso.pdf	20/10/2022 13:40:45	Lia Machado Pimentel	Aceito
Folha de Rosto	Rosto.pdf	20/10/2022 13:37:29	Lia Machado Pimentel	Aceito
Cronograma	Cronograma.png	20/10/2022 13:35:37	Lia Machado Pimentel	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 01 de Dezembro de 2022

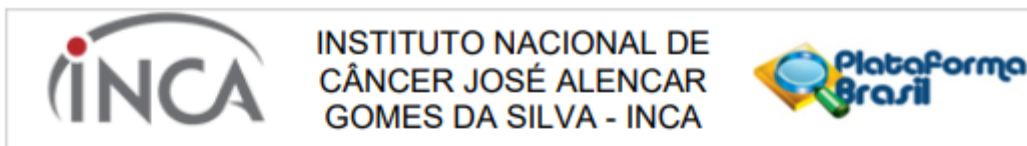
Assinado por:

Antonio Abílio Pereira de Santa Rosa
(Coordenador(a))

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br

Anexo C

Parecer da aprovação da emenda sobre o produto técnico-tecnológico



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Cuidados Paliativos Oncológicos: Análise retrospectiva de auditoria dos prontuários de saúde

Pesquisador: Lia Machado Pimentel

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 64553522.4.0000.5274

Instituição Proponente: Hospital do Câncer IV

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.388.862

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Emenda do Projeto de Pesquisa Aprovado pelo Parecer Consubstanciado do CEP-INCA no. 5.787.128, de 01/12/2022.

A presente Emenda trata da informação trazida no campo "Justificativa da Emenda" do cadastro da emenda e constante no arquivo gerado <PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2220260_E1.pdf>, de 02/10/2023, fazendo menção à "Alteração dos objetivos, da metodologia, exposição dos resultados da fase 1 e de inclusão de TCLE."

Objetivo da Pesquisa:

A presente Emenda trata da apresentação dos documentos relacionados no arquivo <PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2220260_E1.pdf>, de 02/10/2023; e da apresentação de Relatório Parcial da aprovação até o presente momento, conforme o documento <Relatorio_parcial.docx>, de 02/10/2023.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A presente Emenda trata da apresentação dos documentos relacionados no arquivo <PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2220260_E1.pdf>, de 02/10/2023; e da apresentação de Relatório Parcial da aprovação até o presente momento, conforme o documento <Relatorio_parcial.docx>.

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 6.388.862

de 02/10/2023.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente Emenda trata da apresentação dos documentos relacionados no arquivo <PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2220260_E1.pdf>, de 02/10/2023; e da apresentação de Relatório Parcial da aprovação até o presente momento, conforme o documento <Relatorio_parcial.docx>, de 02/10/2023.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A presente Emenda trata da apresentação dos documentos relacionados no arquivo <PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2220260_E1.pdf>, de 02/10/2023; e da apresentação de Relatório Parcial da aprovação até o presente momento, conforme o documento <Relatorio_parcial.docx>, de 02/10/2023.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS Nº 466/2012 e na Norma Operacional CNS Nº 001/2013 manifesta-se pela aprovação da Emenda ao projeto de pesquisa proposto.

Ressalto que o(a) pesquisador(a) responsável deverá apresentar relatórios semestrais a respeito do seu estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2220260_E1.pdf	02/10/2023 14:44:19		Aceito
Outros	Relatorio_parcial.docx	02/10/2023 14:43:50	Lia Machado Pimentel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_especialistas.docx	25/09/2023 20:11:41	Lia Machado Pimentel	Aceito

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 6.388.862

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupo_focal.docx	25/09/2023 20:11:15	Lia Machado Pimentel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	25/09/2023 20:02:53	Lia Machado Pimentel	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	25/09/2023 19:44:49	Lia Machado Pimentel	Aceito
Outros	formulario.pdf	20/10/2022 14:03:03	Lia Machado Pimentel	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Resultados.pdf	20/10/2022 13:41:53	Lia Machado Pimentel	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Privacidade.pdf	20/10/2022 13:41:40	Lia Machado Pimentel	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Encerramento.pdf	20/10/2022 13:41:24	Lia Machado Pimentel	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Despesas.pdf	20/10/2022 13:41:12	Lia Machado Pimentel	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Compromisso.pdf	20/10/2022 13:40:45	Lia Machado Pimentel	Aceito
Folha de Rosto	Rosto.pdf	20/10/2022 13:37:29	Lia Machado Pimentel	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 04 de Outubro de 2023

Assinado por:

Antonio Abílio Pereira de Santa Rosa
(Coordenador(a))

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br

