

Documentação na gestão da qualidade:

o método SO-SOAR como instrução de trabalho de enfermagem

Margarethe Maria Santiago Rêgo

RESUMO: Com base nos Requisitos do Sistema da Qualidade para aplicação da Norma ISO 9002 referente ao “**Controle de Documentos**”, trata o presente estudo de relato de experiência sobre o treinamento “Importância dos registros como medida de avaliação dos cuidados de enfermagem”, realizado com profissionais de enfermagem em uma instituição particular que adotou a Gestão da Qualidade. A autora apresenta um formato simplificado de registro para evolução do cliente que atende o nível de conhecimento técnico científico dos diferenciados profissionais da equipe de enfermagem bem como é adequável a nossa realidade hospitalar. Para atingir tal propósito, a autora baseou-se, principalmente, no referencial bibliográfico do Sistema da Qualidade, em estudos referentes à documentação na área de enfermagem, e na própria experiência. Algumas etapas foram implementadas antes do treinamento efetivo, dentre elas o levantamento de opiniões dos profissionais sobre documentação e análise dos registros de enfermagem descritos nos prontuários. A etapa do treinamento visou principalmente apresentar o método SO-SOAR, um formato simplificado de padronização de registro das informações do cliente. A otimização deste processo de melhoria da qualidade para utilização de sistemas eficientes de controle de informações sobre cuidados de enfermagem, resultou na indicação pela consultoria da Inmetro em aprovação e emissão de documento como Instrução de Trabalho de Enfermagem de um hospital privado do Rio de Janeiro.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS SOBRE A EXPERIÊNCIA

A necessidade de se incorporar a gestão da qualidade ao âmbito hospitalar está levando as instituições deste setor a buscarem formas de adaptação à nova realidade. Este estudo apresenta as atividades desenvolvidas na implantação de padro-

nização de registro de enfermagem que teve início através do Programa de Desenvolvimento Humano em Enfermagem de uma instituição particular que está em fase de implantação de Sistema da Qualidade fundamentado na Norma ISO 9002. O programa tem, entre outros, o objetivo de assegurar a qualidade da assistência de enfermagem a partir de treinamento para capacitação e aper-

feijramento técnico científico e cultural dos profissionais.

Esse objetivo vem ao encontro da política da qualidade estabelecida pela administração do hospital e exigiu da Divisão de Enfermagem um redirecionamento das suas atividades a partir do planejamento, organização e execução de treinamento vinculado aos requisitos do Sistema da Qualidade contidos na Norma ISO 9002.

De acordo com o item 4.18 da Norma “o treinamento de pessoal nas organizações é essencial para atingir os objetivos da qualidade”. Afirma também que para atingir e manter a proficiência do pessoal, periodicamente deve ser realizada a “identificação das necessidades individuais de treinamento em relação àquelas requeridas para um desempenho satisfatório” bem como a “avaliação da educação geral, a experiência e a proficiência do pessoal para as atividades a serem desempenhadas”(ISO 9002).

Considerando também que “o pessoal deve ser treinado no uso e nas razões básicas dos procedimentos e documentos na abordagem da gestão da qualidade” (ISO 9002), foi identificado pela Divisão de Enfermagem a necessidade de treinamento do pessoal quanto ao requisito do sistema da qualidade referente ao “Registros da Qualidade” contido na norma. As evidências indicavam que os registros de enfermagem não se mostravam satisfatórios, sendo necessário a realização de treinamento não apenas para capacitar e qualificar o pessoal neste requisito mas visando também,

buscar a valorização das anotações de enfermagem, consideradas como essenciais para a identificação e rastreabilidade do serviço e como indicador de qualidade dos cuidados prestados ao cliente hospitalizado.

A etapa de treinamento “Importância dos registros como medida de avaliação dos cuidados de enfermagem” realizado com os profissionais de enfermagem do hospital, visou principalmente, apresentar o método SO-SOAR. Este método apresenta um formato simplificado de padronização de registro para informações do cliente, o qual atende o nível técnico científico dos diferenciados profissionais da equipe de enfermagem bem como é adequável a nossa realidade hospitalar.

Esta proposta de padronização de registros de enfermagem surgiu depois que constatei a necessidade de se terem informações relevantes, objetivas, ordenadas e lógicas dos registros de enfermagem. Percebi também que é preciso priorizar e valorizar as anotações das ações dos profissionais da equipe, ao invés de se restringir somente à execução de ordens e diagnósticos médicos. Observei também uma preocupação dos profissionais com o levantamento de informações do cliente voltadas essencialmente para os aspectos físicos(objetivos), em detrimento dos aspectos subjetivos (sentimentos, expectativas, necessidades).

Para atingir tal propósito, este estudo baseou-se principalmente no referencial bibliográfico dos procedimentos e documentos do Sistema da

Qualidade, na Norma ISO 9002, em estudos referentes à documentação na área da enfermagem e na própria experiência assistencial e docente da autora. Algumas etapas foram implementadas antes do treinamento efetivo como o levantamento de opiniões dos profissionais sobre documentação na área hospitalar e uma análise de documentos nos registros de enfermagem nos prontuários de clientes internados no hospital.

A configuração ordenada e adequação do Método SO-SOAR ao requisito do Sistema da Qualidade referente ao “registro da qualidade” e a otimização deste processo para utilização de sistemas eficientes de controle da qualidade de informações sobre cuidados de enfermagem, resultou na indicação pela consultoria do Inmetro em aprovação e emissão de documento como Instrução de Trabalho de Enfermagem.

MÉTODO SO-SOAR

O padrão SO-SOAR de registro de enfermagem é utilizado para:

— Descrever sintomas, sentimentos, preocupações e percepções do cliente;

— Registrar todas as informações e observações feitas sobre o cliente bem como da implementação das intervenções de enfermagem;

— Descrever as reações do cliente frente às intervenções médicas e de enfermagem;

— Descrever a avaliação do profissional de enfermagem frente às

reações do cliente e às intervenções de enfermagem implementadas;

— Contribuir com informações necessárias para o diagnóstico médico e de enfermagem.

— Contribuir para elaboração do plano de cuidados de enfermagem

— Contribuir com informações necessárias para pesquisas, rastreamento e auditorias do sistema da qualidade.

— Fornecer elementos de indicadores de qualidade dos procedimentos e intervenções realizadas e registradas no prontuário pela equipe de enfermagem.

— Servir como registro legal.

ORGANIZAÇÃO

O Registro de Informações do Cliente através do padrão SO-SOAR consiste basicamente em organizar as anotações em categorias sequenciais.

SO. Inicialmente devem ser descritas as informações subjetivas (relatadas pelo cliente) e, a seguir, as objetivas (evidenciadas pelo profissional), que não exigem intervenções por parte da equipe de enfermagem.

SOAR. O próximo passo é o registro das informações subjetivas e objetivas adquiridas a partir de reações do cliente, que exigem intervenções de enfermagem. Na seqüência, devem-se organizar as anotações sobre os problemas subjetivos e objetivos. Depois, descreve-se a atuação da enfermagem frente às necessidades e problemas identificados e, fi-

nalmente, os resultados das intervenções (como o cliente reagiu às ações implementadas e qual a avaliação do profissional frente à intercorrência).

As anotações de enfermagem através do método SO-SOAR devem sequencialmente descrever as seguintes informações:

Sensações Subjetivas(S)

São as expectativas, necessidades, sensações e/ou problemas relatados pelo cliente. Com frequência, as palavras do cliente ou um resumo do diálogo ficam documentados nos dados subjetivos. Poderá não haver registros subjetivos, caso o cliente não consiga comunicar-se.

Os dados subjetivos podem ser descritos como a visão do indivíduo em relação a uma situação ou a uma série de acontecimentos. Essa informação não pode ser determinada pela enfermeira sem interação ou comunicação com o indivíduo... incluem as percepções, sentimentos e idéias do cliente sobre si e seu estado pessoal de saúde... As informações fornecidas por outras fontes que não o cliente - por exemplo, a família, médicos chamados para opinar, e outros elementos da equipe de saúde - podem ser também subjetivos, caso sejam baseados mais na opinião do indivíduo do que substanciadas por fatos (Iyer,1993:22).

Incluem-se nas informações subjetivas os sintomas descritos pelos pacientes, que não podem ser vistos ou sentidos por outros. São exemplos de informações subjetivas:

medo, dor, náuseas, cansaço, angústia, dificuldades, fraqueza, tristeza, fome, cefaléia, sensação de mal estar. A enfermagem deve incluir também como informações subjetivas descrições do cliente quanto às eliminações vesico - intestinais, aceitação da dieta ou qualquer outra informação que não foi presenciada ou observada pelo profissional.

Na categoria subjetiva as frases podem ser descritas exatamente como foram referidas pelo cliente, ou seja, utilizando as próprias palavras do relator. À medida que estas frases ou palavras citadas pelos clientes forem transcritas em forma de citação direta devem ser registradas entre aspas

Ex: “Estou sentindo uma angústia no meu peito”. “Sinto-me cansado depois de comer”. “Sou alérgico a iodo e esparadrapo”. “Estou ansiosa para retornar ao meu lar”.

Observações Objetivas(O)

São as necessidades e problemas do cliente evidenciadas pelo profissional. Segundo IYER (1993:22) “Os dados objetivos são observáveis e mensuráveis. Tal informação comumente é obtida através dos sentidos-visão, olfato, audição e tato durante o exame físico do cliente”

O profissional de enfermagem deve registrar, como informações objetivas, todas as manifestações externas do cliente que foram observadas ou apreendidas através dos sentidos. São exemplos de informações objetivas: vômito, edema, presença de sangue no curativo cirúrgico, ritmo res-

piratório, palidez, cianose, sudorese, peso, chorar, temperatura.

IYER (1993) ressalta sobre a importância das descobertas subjetivas e objetivas tendo em vista que uma consubstancia a outra. Cita como exemplo um caso de um cliente cuja incisão abriu três dias após a cirurgia. A informação subjetiva oferecida pelo cliente "sinto como se meus pontos estourassem" foi corroborada pelas descobertas objetivas da enfermeira - palidez, diaforese, hipotensão e protusão dos intestinos, através da incisão. Ressalta também que por vezes manifestações subjetivas e objetivas podem entrar em desacordo. Cita como exemplo o caso de um cliente de 16 anos que negava sentir dor após cirurgia de hérnia inguinal. Esta negação é um dado subjetivo. Entretanto, as enfermeiras evidenciaram várias manifestações objetivas que estão geralmente relacionadas com reações usuais à dor (esgares faciais, ritmo elevado de pulsação, o ato de apertar a área da incisão). Cabe ao profissional nesse caso uma investigação mais profunda dos dados subjetivos e objetivos visando a acumular informações adicionais para solucionar a discordância.

Atuação (A)

Após a identificação das manifestações apresentadas pelo cliente, a enfermagem registra as intervenções que foram realizadas direcionadas ao controle ou prevenção da reação a um problema apresentado pela pessoa que apresenta alterações na saúde. Esta categoria

corresponde aos registros da atuação de enfermagem frente às necessidades e problemas identificados. Assim esta fase consiste basicamente nas anotações das ações que foram implementadas pela enfermagem para satisfazer as necessidades objetivas e/ou subjetivas do cliente. O importante é que estas intervenções consigam atingir resultados satisfatórios para o cliente. Exemplos: realização de massagem nas proeminências ósseas com loção; aumento de fluidos para 2.000ml por dia; realização de banho no leito; realização de curativo; administração de analgésicos ou antitérmicos; troca do catéter vesical; apoio emocional; orientação sobre a importância de determinado conhecimento, etc.

Resultado (R)

Esta categoria descreve como o cliente reagiu às intervenções implementadas e qual a avaliação do profissional frente à intercorrência.

Em relação à reação do cliente frente ao tratamento, as seguintes manifestações podem ser observadas, por exemplo: o cliente foi cooperativo, receptivo, ficou satisfeito, apresentou melhoras do problema apresentado; sentiu desconforto durante a realização das intervenções; não aceitou o tratamento; reagiu manifestando medo, choro, apreensão, dor, verbaliza satisfação com a escolha do tratamento; verbaliza insatisfação com o tratamento.

São exemplos de resultados da avaliação do profissional frente a situação apresentada: nenhuma evi-

dência de presença de infecção; observado a presença de secreção serossanguinolenta no local da incisão cirúrgica (resultado evidenciado após a intervenção de realização do curativo); nenhuma evidência de danos à pele (após o banho no leito); nenhuma evidência de dores (após administração de analgésicos) sinais vitais nos limites desejados; nenhuma evidência de lesões; nenhuma evidência de traumas durante a hospitalização.

PONTOS IMPORTANTES NA UTILIZAÇÃO DO MÉTODO SO-SOAR

— Os registros de informações do cliente devem emergir principalmente dos problemas identificados pela enfermagem durante todo o processo de cuidar do cliente;

— Deve ser evitado registrar procedimentos realizados por outros profissionais da equipe de saúde como por exemplo curativos realizados por médicos ou dias de um determinado medicamento (...dia de Keflin), pois é uma anotação médica.

— Além do registro de informações do cliente através do método SO-SOAR podem ser utilizados também o registro gráfico, registro de alta do cliente e registros com auxílio do computador.

— Os registros deverão ser realizados no mínimo de 4 em 4 horas ou durante este período quando forem observados problemas significativos.

— Os registros de Informações do cliente sempre devem começar pela data, a hora, continuando com o formato SO-SOAR e terminando pela assinatura legível do profissional.

— Os registros devem ser o mais claro e objetivo possível evitando-se informações supérfluas e frases extensas e sem sentido.

— Devem ser evitadas sempre que possível, emendas ou rasuras que comprometam a legibilidade dos registros.

— Os termos NORMAL, BOM, REGULAR, COMUM, APARENTEMENTE BEM, MAIS OU MENOS NORMAL, devem ser evitados, pois dão margem a múltiplas interpretações do ponto de vista do leitor. EX: "Pac. regular, diurese em boa quantidade, padrões intestinais normais.

— Todas as eliminações devem ser registradas a cor, odor, aspecto e quantidade.

Em clientes com úlceras de decúbito e outras lesões, deve ser descrito a medida, profundidade, o odor, a cor e a drenagem principalmente na primeira avaliação para servir de subsídios da eficiência e eficácia das intervenções de enfermagem. - Para cada problema identificado que requeira atuação da enfermagem, deve ser realizado o SOAR na íntegra.

EXEMPLOS DO PADRÃO SO-SOAR DE REGISTROS

Para enfermeiras(os)

Visando a melhor entendimento da utilização do método SO-

SOAR para registros diários de informações do cliente hospitalizado, descrevemos primeiramente um exemplo de registro descrito em prontuário por uma enfermeira e a seguir essas mesmas anotações no modelo SO-SOAR.

Exemplo I. Registro realizado por uma enfermeira do hospital.

13 dia de CM # AVE, Parkinson, Pneumonia nosocomial tratada.

12 dia de punção de subclávia.

10:00hs. Paciente no leito, desperta, respondendo às solicitações verbais. Queixando-se de frio. Refere boa aceitação da alimentação e eliminação vesical presente, porém nega eliminações intestinais há vários dias, não sabendo determinar quantos. Hidratação venosa em curso em veia profunda. Ao exame físico: eupneica, acianótica, anictérica, febril, hipocorada (+/4+) e hipohidratada, bom enchimento capilar periférico, extremidades frias. Ausculta cardíaca normal, pulmonar com murmúrios vesiculares diminuídos. Abdome flácido, indolor à palpação profunda. MMII sem alterações. Orientada quanto à importância de um boa ingestra hídrica, bem como da necessidade da mudança de decúbito regular. Feita massagem relaxante. Feito curativo de subclávia.

Exemplo I. Padrão SO-SOAR

13 dia de CM

#Alteração na perfusão tissular cerebral relacionada à diminuição do fluxo arterial.

#Mobilidade física prejudicada relacionada a enfraquecimento neuro-muscular.

Risco para infecção relacionado à defesa inadequada e procedimento invasivo.

Cliente refere aceitação da alimentação e eliminação vesical presente. Queixando-se de frio. Desperta, respondendo às solicitações verbais. Encontra-se em repouso restrito no leito devido a hemiparesia e ataxia motora. Ao exame físico: eupneica, acianótica, febril, hipocorada (+/4+), bom enchimento capilar periférico, extremidades frias. Ausculta cardíaca normal e pulmonar com presença de murmúrios vesiculares diminuídos e de acúmulo de secreções. Abdome flácido, indolor à palpação profunda. MMII sem alterações.

(Subjetivo) 10 h. Cliente refere ausência de eliminações intestinais há vários dias, não sabendo determinar o período e ingestra hídrica insuficiente. (objetivo) Hipohidratada (+/4+); movimentos peristálticos diminuídos. (Atuação) Fornecido orientações quanto à importância do aumento da ingestão de líquidos de para 2.000 ml até 19 h e realizado massagem relaxante em região abdominal. Comunicado à nutricionista para reavaliação da dieta oferecida. (Resultado) 15 h. Cliente receptiva às orientações. Verbalizou sensação de "bem estar" após a massagem. Consumiu até o momento 600ml de líquidos. Não evacuou. Continua em observação para a necessidade de outros meios para controle do problema.

12º dia de punção de subclávia direita. Realizado curativo com soro fisiológico. Ausência de sinais flogísticos no local da inserção do cateter.

Cliente apresenta processo de escalificação em região glútea. Realizado massagem com creme emoliente e orientada quanto à importância da mudança de decúbito regularmente. Cliente se mostrou receptiva às orientações e satisfeita após a massagem. Continua sendo realizadas medidas preventivas para controle do problema evidenciado.

Para auxiliares e técnicos de enfermagem

Exemplo II. Modelo não padronizado realizado por um aux. enfermagem.

Pac.regular lúcido, orientado, eupneico comunicativo. Sem queixas no momento. Mantendo HV em veia dissecada em MSE, sonda vesical com diurese presente, cateter orogástrico com dieta enteral em bomba infusora. Realizados cuidados gerais e também fleet enema com efeito satisfatório. Pac. no momento afebril, PA 130/70. Feito Haemoglucotest pela manhã 40 mg. sendo feito glicose a 50% e logo a hemo 80 mg.

Exemplo II. Modelo do padrão SO-SOAR simplificado.

Cliente refere se sentir angustiado e preocupado com os filhos. Lúcido, comunicativo, eupneico. Sonda

vesical pérvea, com saída de diurese concentrada, cor amarelo-escuro. Cateter orogástrico com dieta enteral em bomba infusora. T. ax.36, P.80, r.16, PA. 130/70.

Cliente apresentando dor abdominal devido a constipação há mais de 7 dias. Realizado fleet enema. Efeito satisfatório com saída de fezes esverdeadas com presença de muco em moderada quantidade.

Às 10h cliente apresentou haemoglucotest de 40mg. Comunicado ao médico. Feito glicose a 50%. Às 12h o resultado do teste foi de 80mg.

Exemplo III. Modelo SO-SOAR (RPA; Recuperação pós anestésica)

Horário: Cliente admitido na RPA, após submeter-se à cirurgia de..., sob anestesia... (nível de consciência: consciente, semiconsciente ou inconsciente). Registrar hidratação. Registrar presença de drenos, curativos, cateteres ou imobilizações. Sinais vitais.

14 h. Cliente hipotensa (PA-100/70) mmhg. Elevados membros inferiores e aumentado gotejamento de hidratação venosa. 14:15 h. Cliente agora com PA de 110/80.

14h. Cliente apresentando baixa saturação de hemoglobina (90%). Instalado oxigenoterapia 5l/min sob máscara facial. 14:15 - Continua com baixa saturação (92%). Prossegue em uso de oxigenoterapia. 14:30h - Saturação compensada (97%). Suspenso oxigenoterapia.

Alta (anotada pelo anestesista).

Horário: Encaminhado ao setor de... (condições).

Exemplo IV. Modelo SO-SOAR

Recém-nato anictérico, acianótico, ativo e reativo ao manuseio, abdome flácido, sugando com avidez o seio materno, evacuou pequena quantidade de mecônio, diurese espontânea de cor-amarelo claro, odor característico.

15 h. Apresentando temperatura axilar de 40 graus. Médico plantonista ciente. Administrado antitérmico conforme prescrição e colocadas compressas úmidas em região axilar e inguinal. 15.30 h - Temperatura de 37 graus.

Exemplo V. Como deve ser registrado o banho no leito.

Descrever qual o problema do cliente que exigiu do profissional de enfermagem o banho no leito.

Cliente em repouso restrito no leito, com colar cervical e fratura de fêmur direito. Realizado banho no leito mais cuidados gerais. Cooperativa, porém relata desconforto devido a imobilização. Nenhuma evidência de danos à pele, edemas, contratura das articulações e/ou sinais de trombose.

Considerações importantes nos exemplos do modelo SO-SOAR.

— Observar que primeiramente foram descritos os problemas que não necessitaram de intervenções da enfermagem.

— Observar, através dos exemplos, que, para cada problema identificado que exigiu a atuação da enfermagem, foi realizado o SOAR na íntegra.

— Observar que a informação de 12º dia de punção de subclávia foi anotado embaixo devido ao fato de ter sido feito curativo, ou seja, houve uma intervenção de enfermagem com um resultado que precisa ser registrado. Caso não tenha sido realizado o curativo por não haver necessidade, deve-se registrar em cima, antes ou após os diagnósticos de enfermagem.

— Observar que as informações não são repetidas.

— Registrar inicialmente os dias de internação do cliente no setor, assim como os dias de presença de tubo endotraqueal, ortése ventilatória, PAM, cateter de swanz e outros, desde que não seja necessária a realização de intervenções de enfermagem com respectivos resultados da ação e reação do cliente.

— Registrar os dias de cateter nasogástrico, cateter vesical, dreno de tórax e de outros meios invasivos ou não na categoria de dados objetivos, visando descrever a sua funcionalidade e aspecto. Caso seja realizado curativo, troca ou qualquer outra situação que exija intervenção da enfermagem, utilizar o padrão SOAR.

— Substituir os diagnósticos médicos pelos principais diagnósticos de enfermagem os quais, de preferência, devem indicar uma correlação com a condição médica, diagnosticada do cliente, atuação da enfermagem e os resultados de for-

ma organizada, utilizando assim, o SOAR na íntegra.

— Alguns problemas evidenciados precisam obrigatoriamente o registro da hora visando ao controle do tempo entre a apresentação do problema, a intervenção de enfermagem e o resultado da situação apresentada.

COLETA DE INFORMAÇÕES: VALORIZANDO AS INFORMAÇÕES SUBJETIVAS

A experiência da autora, em anos de exercício profissional, evidencia, através da constante observação e análise dos registros de enfermagem descritos nos prontuários dos clientes hospitalizados, uma significativa desvalorização de informações subjetivas, ou seja, informações referidas pela própria pessoa doente em relação aos seus sentimentos, percepções, preocupações, aspectos psicológicos, sociais, espirituais, físicos, reações pelo ambiente físico e dinâmica familiar.

Rebello (1995: 136) afirma a postura em relação ao paciente tem que mudar. “Ele deve ser tratado pela equipe de saúde mais como pessoa e menos como paciente; já não se admite deixar de fazer chegar a ele um bom nível de informações sobre seu diagnóstico e tratamento com as respectivas inter-relações”. Prosseguindo o autor citado refere que “é importante que o paciente participe ativamente das decisões relacionadas ao seu tratamento”

Passar a ouvir e valorizar mais o cliente, levando a importância do enfoque subjetivo, contribui para antever necessidades, superar expectativas e leva a uma melhor compreensão daquele que depende de nossos serviços. O cuidar na enfermagem não se restringe à administração de um medicamento ou até mesmo realizar o exame físico. O cuidar na enfermagem é também e principalmente a relação interativa, troca de energia, é ouvir e compreender, enfim é empatizar ou a intersubjetividade. Nunes(1995: 9) afirma que:

“o ideal moral de enfermagem é o cuidado humano, e o cuidar consiste nas tentativas interpessoais (de pessoa para pessoa) de proteger, aumentar e preservar a dignidade humana. Por isso, o ideal de cuidar é intersubjetividade e não podem ser ignorados nem substituídos os componentes éticos, morais e espirituais”.

Os profissionais se acham tão ocupados em executar procedimentos ou dar diagnósticos que, por vezes, não param para ouvir a voz do cliente.

Dizia um doente: “eles estão de tal maneira ocupados que não me é possível vê-los parar perto de mim para me escutarem” (relato de um cliente hospitalizado).

Pelo fato de permanecer constantemente ao lado do cliente é mais do que evidente que a enfermagem está envolvida em todos os processos da instituições de saúde. Assim, quanto maior for a relação interativa

dos profissionais com o cliente, maior a possibilidade de adotar intervenções direcionadas à prevenção e controle da reação a um problema manifestado pelo cliente bem como promover ações proativas para solucioná-los. Entretanto, isto só é possível à medida que a enfermagem priorize mais as atitudes interativas, visando à valorização e respeitando a voz do cliente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Rebello (1995) afirma que incorporação da gestão da qualidade no âmbito hospitalar leva a instituição e seus profissionais a uma profunda reflexão sobre seus valores, questões teóricas e práticas e necessidade de adaptação.

A implantação de Sistema da Qualidade nos cenários hospitalares requer a necessidade de buscar indicadores de qualidade que possam ser utilizados como evidenciadores reais da recuperação do cliente ou do atendimento às necessidades e expectativas da pessoa doente e/ou sua família. Um destes indicadores é o prontuário preenchido com informações precisas, objetivas e corretas em relação aos procedimentos e às intervenções realizadas. Os registros contidos neste prontuário são imprescindíveis para resgatar o histórico do estado bio-psico-socio-espiritual do cliente, para dar continuidade ao seu tratamento e também servir de con-

sulta visando subsidiar pesquisas que têm como propósito lograr processos de avanço técnico-científico. Para o Sistema da qualidade é de fundamental importância na identificação e rastreabilidade dos serviços bem como para o monitoramento contínuo do processo (controle da qualidade).

Para acompanhar todas as mudanças que ocorrem gradualmente nas instituições de saúde que implantaram sistemas de qualidade, a enfermagem precisa de criatividade para introduzir novas metodologias mais apropriadas às novas realidades, associando a sua atuação a missão e a visão da instituição de saúde, adequando-as à organização profissional. Foi a partir das necessidades evidenciadas de melhor capacitação e aperfeiçoamento do pessoal de enfermagem no requisito do sistema da qualidade referente aos "registros da qualidade", que o Método SO-SOAR foi apresentado através de treinamento interno. Esta padronização de categorias para descrever informações do cliente hospitalizado contribui, significativamente, para a estabilidade dos procedimentos. Entretanto não pode ser confundido com "modelo estático", pois precisa estar mais próximo de "melhoria contínua". A padronização é flexível, pois está sempre sujeita às ações ambientais e caminhando sempre de forma eficiente para o aprimoramento contínuo sempre com base na experiência anterior.

ABSTRACT: Based on general guidelines for the application of ISO 9002 norm and, special, on the quality system require reference to the control of documents, then this study presents a report on the training named program "The importance of records in an evaluation measure mem of nursing cares", that given to nursing staff from private institution adjusted to quality management. The author presents a simplified format for patient evolution registrations and records which attends the technical and scientific knowledge of the different members of the nursing team who being also adequate to our hospital reality. To reach this purpose, the author based on herself goal in the o theoretical referential on quality system. In such studi related to the nursing area documentation and on her own work experience. I follow some steps before training program was implemented. Among them, an inquiry on the opinion of the nursing personnel involved on the documentation, and an analysis of the nursing records on the patient's promptuary. The training part aimed primarily at introducing the SO-SOAR method, a simplified format of the padronization for patient evolution registrations. The optimization of the quality improvement process on the utilization of an efficient resulted in the indication by INMETRO consultants of the approval and discharge of document as a work instruction for nursing activities at private institution in Rio de Janeiro.

RESUMEN: Con base en los requisitos del Sistema de calidad para la aplicación de la Norma ISO 9002 referente al "Control de Documentación", el presente estudio trata de un relato de experiencia sobre el entrenamiento "Importancia de los registros como medida de evaluación de los cuidados de enfermería" realizado con los profesionales de enfermería, en una institución particular que adoptó la Gestion de Calidad. La autora presenta un formato simplificado de registro para evolución del cliente el cual atiende el nivel de conocimiento técnico científico de los diferentes profesionales del equipo de enfermería que está de acuerdo con nuestra realidad hospitalar. Para alcanzar tal propósito, la autora tomó como base principalmente, el referencial bibliográfico de los procedimientos del Sistema de Calidad en estudios referentes a la documentación en el área de enfermería y en la propia experiencia. Algunas etapas fueron implementadas antes del entrenamiento efectivo, dentre ellas el levantamiento de opiniones de los profesionales sobre documentación y análisis de los registros de enfermería, descritos en la historia clínica. La etapa del entrenamiento fue con el el objetivo principal, presentar el método SO-SOAR, un formato simplificado de padronización de registro de las informaciones del cliente. La optimización de este proceso de la mejoría de la calidad para utilización de sistemas eficientes de control de informaciones sobre cuidados de enfermería, resultó en la indicación por la cosultoría del Inmetro en aprobación y emisión del documento como Instruccion de Trabajo de Enfermería de un hospital privado de Rio de Janeiro.

Referências Bibliográficas

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. Fórum Nacional de Normalização Coletâneas de Normas de Sistema da Qualidade. Rio de Janeiro: ABNT, 1995.

CARVALHO, S. R. Sistema da qualidade: fundamentos básicos. O Globo, Rio de Janeiro, Informativo da Associação Brasileira de Recursos Humanos, 18 fev. 1996.

FARIAS, J.N. et al. Diagnóstico de enfermagem: uma abordagem conceitual e prática. João Pessoa: ed. Santa Marta, 1990.

FAVRETTO. Arcídio. O doente: razão de ser do hospital. 3 ed. Rio de Janeiro: Pastoral da Área da Saúde, 1977.

IYER, Patrícia W., TAPTICH, Barbara. J., e BERNOCCCH- LOSEY. Processo e Diagnóstico em Enfermagem. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

RAMOS, Cosete. Excelência na educação: a escola de qualidade total. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1992.

REBELO, Paulo. Qualidade em Saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed. 1995.

A AUTORA

Margaterthe Maria Santiago Rêgo - Enfermeira, Mestre em Educação na área de Política e Administração da Educação Superior/UERJ, Especialista em Gestão da Qualidade/ FGV, Professora Assistente DEMC/EEAN/UFRJ.