ReGeo ISSN: 2177-3246

TRIANGULAÇÃO ENTRE PERCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS E REGISTROS CLÍNICOS NA ANÁLISE DE INDICADORES ORGANIZACIONAIS: ESTUDO NUM HOSPITAL PRIVADO

TRIANGULATING NURSES' PERCEPTIONS AND CLINICAL RECORDS TO ANALYZE ORGANIZATIONAL INDICATORS: EVIDENCE FROM A PRIVATE HOSPITAL

TRIANGULACIÓN DE PERCEPCIONES DE ENFERMERÍA Y REGISTROS CLÍNICOS PARA EL ANÁLISIS DE INDICADORES ORGANIZACIONALES: ESTUDIO EN HOSPITAL PRIVADO

https://doi.org/10.56238/revgeov17n7-140

Data de submissão: 07/06/2026 **Data de publicação:** 22/07/2026

Susana Rute Ferreira Gregório
Mestre em Enfermagem
Instituição: Instituto de Ciências Abel Salazar (ICBAS)
E-mail: sugreg@gmail.com

Elizabeth Bernardino
Doutora em Enfermagem
Instituição: Universidade Federal do Paraná (UFPR)
E-mail: elizaber@ufpr.br

José Miguel Afonso Matos da Silva
Mestre em Enfermagem
Instituição: Hospital CUF Porto (CUF)
E-mail: Jmiguels1@hotmail.com

Maria Manuela Martins
Doutora em Enfermagem
Instituição: Instituto de Ciências Abel Salazar (ICBAS)
E-mail: mmmartins1956@gmail.com

RESUMO

A integração de indicadores organizacionais na prática de Enfermagem orienta a qualidade dos cuidados, reduz a subjetividade, sustenta a governança clínica e torna visível o impacto da Enfermagem nos resultados assistenciais e organizacionais. Objetivo: analisar a correspondência entre um painel de indicadores organizacionais, os Indicadores Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem (ISEN), as percepções dos enfermeiros sobre a qualidade dos cuidados e a evidência documentada nos registros de Enfermagem. Métodos: síntese mista convergente ancorada em revisão narrativa focal (MEDLINE, CINAHL, Scopus; dupla triagem/extração; inclusão: hospitais de adultos; exclusões: pediatria e contextos não hospitalares; descritores: indicadores sensíveis à Enfermagem, documentação clínica, bundles multimodais, teachback, Morse/Braden). Componente empírica: estudo quantitativo transversal (n=105; EPAECQC) e estudo qualitativo documental (700 notas). Integração por triangulação lado a lado, mapeando domínio–processo–resultado e avaliando convergências e divergências. Resultados: percepções favoráveis em prevenção de complicações (4,3±0,5), bemestar/autocuidado (4,2±0,6) e satisfação (4,1±0,6), com desempenho relativo inferior em organização dos cuidados (3,6±0,7). Indicadores: quedas 2,1/1.000 diaspaciente (meta ≤2,5), úlceras por pressão adquiridas 0,6% (meta ≤0,8%), readmissões em 30 dias 7,8% (meta ≤8,0%) e satisfação

78%. Registros: vigilância/prevenção (pele/respiração) em 62% das notas; avaliação+intervenção para risco de quedas em 54%, reavaliação em 29%; mobilização 47%; educação/alerta 35% (teachback 18%). Encadeamento completo avaliação–intervenção–reavaliação–resultado em 22%; documentação estruturada de Morse/Braden em 41%. Conclusão: a triangulação reforça a compreensão da qualidade e da segurança, evidenciando consistências (prevenção de complicações, bemestar, satisfação) e lacunas operacionais (organização dos cuidados, completude documental). Prioridades condicionadas a teste local: emparelhar resultados com métricas de processo qualificadas (avaliação em 24 h, intervenção específica e reavaliação no tempoalvo), estruturar o registro com acionadores e institucionalizar auditorias leves com devolução formativa.

Palavras-chave: Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde. Cuidados de Enfermagem. Segurança do Doente. Registros de Enfermagem. Qualidade dos Cuidados de Saúde.

ABSTRACT

Integrating organizational indicators into nursing practice guides quality, reduces subjectivity, supports clinical governance, and makes the impact of nursing on outcomes visible. This study analyzed the correspondence between a panel of organizational indicators, nursingsensitive indicators (NSIs), nurses' perceptions of care quality, and evidence documented in clinical records. A convergent mixed synthesis combined a focused narrative review with two institutional components: a crosssectional survey (n = 105; scale of perceived nursing activities contributing to quality) and a documentary qualitative study (~700 notes). Sidebyside triangulation mapped domain–process–outcome links and assessed convergences and divergences. Perceptions were favorable for prevention of complications, wellbeing/selfcare, and satisfaction, with relatively lower performance in care organization. Institutional indicators (falls per 1,000 patientdays, hospitalacquired pressure injuries, 30day readmissions, satisfaction) were within or near targets. Records frequently documented assessment and preventive interventions, but showed gaps in timed reassessment and in completing the assessment–intervention–reassessment–outcome chain. Triangulation highlights consistencies and operational gaps and points to feasible priorities: pairing outcomes with qualified process metrics (timely assessment, riskspecific intervention, timetarget reassessment), structuring records with triggers, and institutionalizing light audits with formative feedback.

Keywords: Nursingsensitive Indicators. Clinical Governance. Patient Safety. Nursing Documentation. Quality of Care.

RESUMEN

La integración de indicadores organizacionales en la práctica de Enfermería orienta la calidad, reduce la subjetividad, sustenta la gobernanza clínica y visibiliza el impacto de la Enfermería en los resultados. Este estudio analizó la correspondencia entre un panel de indicadores organizacionales, indicadores sensibles a los cuidados de Enfermería (ISCE), las percepciones de los enfermeros sobre la calidad y la evidencia documentada en los registros clínicos. Se realizó una síntesis mixta convergente que combinó una revisión narrativa focal con dos componentes institucionales: encuesta transversal (n = 105; escala de actividades de Enfermería que contribuyen a la calidad) y estudio cualitativo documental (~700 notas). La triangulación "lado a lado" mapeó vínculos dominio–proceso–resultado y evaluó convergencias y divergencias. Las percepciones fueron favorables en prevención de complicaciones, bienestar/autocuidado y satisfacción, con desempeño relativamente inferior en organización de los cuidados. Los indicadores institucionales (caídas por 1.000 díaspaciente, lesiones por presión intrahospitalarias, reingresos a 30 días, satisfacción) se mantuvieron dentro o cerca de las metas. Los registros documentaron con frecuencia evaluación e intervenciones preventivas, pero mostraron brechas en la reevaluación temporal y en el cierre de la cadena evaluación–intervención–reevaluación–resultado. La triangulación evidencia consistencias y vacíos operativos y señala prioridades factibles: emparejar resultados con métricas de proceso cualificadas (evaluación oportuna, intervención

específica por riesgo, reevaluación en tiempo objetivo), estructurar el registro con disparadores e institucionalizar auditorías livianas con retroalimentación formativa.

Palabras clave: Indicadores Sensibles a la Enfermería. Gobernanza Clínica. Seguridad del Paciente. Documentación de Enfermería. Calidad de la Atención.

1 INTRODUÇÃO

Os indicadores organizacionais ocupam lugar estruturante na prática clínica por permitirem monitorar, de forma sistemática, qualidade, segurança e efetividade do cuidado. Além da função descritiva, apoiam a governança clínica ao informar decisões e sustentar ciclos de melhoria contínua, tornando mensuráveis dimensões centrais do desempenho assistencial e organizacional (OECD, 2023; WHO, 2021).

Na Enfermagem, distinguem-se indicadores organizacionais, métricas institucionais agregadas (p. ex., quedas por 1.000 dias-paciente, readmissões em 30 dias, eventos adversos, satisfação) dos Indicadores Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem (ISEN), que refletem processos e resultados influenciados pela prática do enfermeiro, como incidência de lesão por pressão, quedas, controle da dor, completude da avaliação/reavaliação e educação terapêutica documentada (Ausserhofer *et al.*, 2022; Lake *et al.*, 2021). Evidências associam melhores padrões de qualidade e segurança a cultura de segurança, comunicação interprofissional eficaz e documentação estruturada, que fortalecem o fecho avaliação–intervenção–reavaliação e se relacionam a desfechos mais favoráveis (Young *et al.*, 2020; Vogelsang *et al.*, 2020; Wang *et al.*, 2021).

Entre resultados institucionais, os ISEN costumam responder a bundles preventivos, auditorias com feedback e melhorias na documentação; já métricas distais, como readmissões, têm influência multissetorial e requerem interpretação cautelosa da contribuição específica da Enfermagem (Ausserhofer *et al.*, 2022; OECD, 2023). Neste estudo, triangulamos percepções dos enfermeiros e evidência documental em notas clínicas com um painel institucional de indicadores organizacionais e ISEN (quedas, lesão por pressão, dor/reavaliação, avaliação inicial, educação/alerta, vigilância respiratória, mobilidade, risco Morse/Braden e qualidade do registro) para analisar a correspondência entre processos e resultados sensíveis à Enfermagem nos indicadores operacionais do hospital.

Objetivo: analisar a correspondência entre um painel de indicadores organizacionais, os indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem, as percepções dos enfermeiros sobre a qualidade dos cuidados e a evidência documentada nos registros de Enfermagem.

Pergunta de investigação: em hospital privado, em que medida os indicadores institucionais correspondem aos processos e resultados sensíveis à Enfermagem evidenciados nas percepções e nas notas clínicas?

Critérios analíticos: (i) alinhamento com padrões de qualidade e de documentação (clareza, objetividade, rastreabilidade); (ii) completude do ciclo avaliação–intervenção–reavaliação–resultado; (iii) presença de medidas específicas por risco (Morse/Braden e intervenções emparelhadas); (iv)

educação com verificação da compreensão; (v) coerência entre indicador de resultado e métricas de processo associadas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A governança clínica é entendida como um sistema de responsabilização e de melhoria contínua que articula a estratégia institucional às práticas assistenciais, garantindo que qualidade e segurança sejam prioridades explícitas, traduzidas em metas mensuráveis e em rotinas regulares de monitoramento e ajuste. Na prática, combina liderança clínica visível, definição e implementação de padrões, auditorias com retorno estruturado, reuniões breves de segurança e aprendizagem sistemática a partir de eventos e quase-eventos, fortalecendo a responsabilização compartilhada e uma cultura de melhoria. Esse arranjo cumpre seu propósito quando indicadores válidos e oportunos informam decisões no ritmo do serviço e quando as equipes dispõem de competências para interpretar dados e adaptar o cuidado à beiraleito (WHO, 2021; NHS England, 2023; AHRQ, 2024; National Quality Forum, 2022).

Nesse contexto, os indicadores organizacionais funcionam como métricas agregadas para monitorar qualidade, segurança e eficiência em nível institucional, enquanto os Indicadores Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem (ISEN) refletem resultados e processos diretamente influenciados pela prática do enfermeiro, casos paradigmáticos incluem incidência de lesão por pressão, quedas, controle da dor e completude do ciclo avaliação- reavaliação. Os ISEN tornam visível a contribuição específica da Enfermagem para os resultados assistenciais e orientam intervenções de melhoria ancoradas em evidência. A literatura associa melhores desfechos à confluência de cultura de segurança, comunicação interprofissional eficaz e dotação de pessoal/carga de trabalho adequadas, reforçando o papel dos indicadores como instrumentos de gestão clínica e organizacional (OECD, 2023; Ausserhofer *et al.*, 2022; Lake *et al.*, 2021; Ward *et al.*, 2024; Young *et al.*, 2020).

A documentação clínica estruturada é peça central para ligar processos a resultados de forma rastreável. Entre os arranjos mais difundidos estão: (i) o modelo Subjetivo-Objetivo-Avaliação-Plano-Intervenção-Avaliação de resultados (SOAPIE), que explicita a sequência do raciocínio clínico associada ao cuidado prestado; e (ii) o modelo Avaliação-Intervenção-Reavaliação-Resultado (AIRR), que enfatiza o fecho do ciclo assistencial com reavaliação temporizada e registro do desfecho. A adoção consistente de SOAPIE e AIRR, sobretudo quando associada a campos mínimos obrigatórios e a acionadores automáticos de reavaliação no prontuário eletrônico, favorece completude, consistência e rastreabilidade, elevando a mensurabilidade e a auditabilidade leve dos dados assistenciais. Em paralelo, o uso sistemático de escalas de risco como a escala de risco de quedas de Morse (Morse) e a

escala de Braden (Braden) para integridade cutânea e a implementação de bundles multimodais de prevenção (quedas; lesão por pressão), aliados a estratégias de educação com verificação de compreensão (teachback), mostram compatibilidade com a redução de eventos preveníveis e com maior completude documental, reforçando a efetividade de rotinas de governança clínica (Vogelsang, Swenne e Idvall, 2020; Wang, Yu e Hailey, 2021; Kruse, Stein e Thomas, 2020; EPUAP, 2023; Carr *et al.*, 2020; Yen e Leasure, 2019).

A conexão entre processos documentados e resultados institucionais requer também qualidade dos denominadores, ajustamento por risco e coerência temporal entre intervenções e desfechos. Painéis institucionais mais úteis não apenas reportam resultados, mas os vinculam a métricas de processo qualificadas, por exemplo: avaliação em até 24 horas, intervenção específica por risco identificado (Morse/Braden) e reavaliação em janela-alvo, permitindo leitura causal mais robusta e decisões operacionais mais precisas. Auditorias leves com devolutiva formativa, combinadas a liderança de enfermagem visível e a encontros breves de segurança, sustentam aderência e aprendizagem contínua, reduzindo variação indesejada e fortalecendo a rastreabilidade do cuidado.

Sintetizando, o referencial converge para a necessidade de painéis que liguem, de modo rastreável, processos sensíveis documentados, em particular os captados pelos ISEN, aos desfechos monitorados, sob um arranjo de governança clínica que promova liderança, padrões, auditoria leve e uso formativo de dados. Esse encadeamento cria condições para que a contribuição específica da Enfermagem para qualidade e segurança seja visível, mensurável e continuamente melhorada.

3 METODOLOGIA

Foi realizada uma síntese mista convergente que integrou, em paralelo, duas fontes empíricas de um hospital privado português e uma revisão narrativa focal, com o propósito de produzir uma leitura integrada domínio–processo–resultado e de explicitar convergências, complementaridades e discrepâncias entre percepções dos profissionais, evidência documental e indicadores organizacionais.

Figura 1. Processo de integração entre fontes, matriz conjunta, critérios de síntese e recomendações.



Fonte: Elaborado pelos autores

A Figura 1 sintetiza o arcabouço metodológico e o fluxo de integração “lado a lado”, mostrando as entradas (percepções, notas clínicas e painel de indicadores organizacionais/ISEN), os eixos analíticos (processos, resultados e experiência) e os pontos de decisão que conduzem às recomendações.

No Estudo 1 (quantitativo transversal), adotou-se amostragem censitária dos profissionais em funções: foram convidados todos os 127 enfermeiros elegíveis e 105 responderam (82,7%). Os critérios de inclusão contemplaram contrato de, no mínimo, 20 horas semanais e atividade assistencial direta, sendo excluídos os membros da Direção de Enfermagem. Utilizou-se a Escala de Percepção de Atividades de Enfermagem que Contribuem para a Qualidade dos Cuidados (25 itens; domínios: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar/autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados), com respostas em Likert 1–4 e escore total de 25–100 (maiores valores indicam melhor percepção). A consistência interna foi elevada no total ($\alpha \approx 0{,}952$) e variou entre $\approx 0{,}692$ e $\approx 0{,}886$ nos domínios, sendo que o domínio com $\alpha \approx 0{,}692$ requer interpretação cautelosa por possível heterogeneidade de itens ou amplitude do construto. A coleta ocorreu por questionário online, com consentimento eletrônico e anonimato. As variáveis incluíram idade, sexo, escolaridade, anos de experiência, vínculo, serviço, método de trabalho e pontuações por domínio e total.

O tratamento de omissões baseou-se na análise de padrões; quando $\leq 5\%$ e aleatórias, aplicou-se exclusão por par (pairwise) nas comparações, sem imputação. Considerando a não normalidade (Kolmogorov–Smirnov) e a heterogeneidade de variâncias (Levene), empregaram-se testes não paramétricos: Mann–Whitney para comparações entre duas categorias, Kruskal–Wallis com pós-hoc de Dunn–Bonferroni para três ou mais categorias e correlação de Spearman para associações monotônicas. O tamanho do efeito foi reportado como r de Rosenthal (Mann–Whitney), η^2 de Kruskal–Wallis (ou ε^2 quando aplicável) e ρ nas correlações, interpretados como pequeno$\approx 0{,}10$, moderado$\approx 0{,}30$ e grande$\geq 0{,}50$, com $\alpha = 0{,}05$ (bilateral). As análises foram realizadas no IBM SPSS Statistics v29 e no R v4.3 (pacotes rcompanion/FSA para pós-hoc), com apresentação de valores de p acompanhados da magnitude do efeito.

No Estudo 2 (qualitativo documental), o universo compreendeu episódios de internação médica de adultos. Procedeu-se à amostragem sistemática de processos (intervalo 1 em 5), selecionando-se 24 horas por processo (dois turnos consecutivos) e extraindo-se as notas do registro eletrônico institucional, com estimativa de 140 processos para compor 700 notas (unidade de análise: nota por turno). Foram incluídas internações superiores a 24 horas com anotações narrativas clinicamente relevantes, e excluídas pediatria, unidades de cuidados intensivos e registros administrativos sem

conteúdo clínico. Reconheceu-se a possível dependência entre notas de um mesmo paciente; por isso, a interpretação privilegiou padrões documentais por paciente/período, evitando inferências por frequências brutas.

O procedimento analítico envolveu leitura integral, identificação de unidades de registro, codificação indutiva, agrupamento em subcategorias e categorias analíticas e análise transversal de fragilidades documentais (explicitação do risco, fundamentação clínica, descrição objetiva das intervenções e reavaliação). A codificação foi realizada de forma independente por dois pesquisadores com formação prévia (treinamento com livro de códigos piloto e exercícios), com divergências resolvidas por consenso e, quando necessário, arbitradas por um terceiro pesquisador.

A concordância entre codificadores foi estimada pelo coeficiente kappa de Cohen global por eixo e por principais categorias, com valores e intervalos reportados; discrepâncias informaram o refinamento do código. Exemplos anonimizados de trechos codificados foram disponibilizados como material suplementar. Como indicado na Figura 1, esta trilha documental alimenta o eixo “processos”, distinguindo evidência direta (descrição explícita do processo associado ao indicador) e indireta (inferida a partir de achados proximais), bem como evidência explícita (termo/ação nomeados) e implícita (deduzida de descrições objetivas sem rótulo específico).

A revisão narrativa focal buscou contextualizar os achados empíricos e ancorar recomendações em evidências de alta confiabilidade, especialmente relacionadas a bundles de prevenção, documentação estruturada e educação com verificação de compreensão (teachback). As fontes consultadas incluíram MEDLINE/PubMed, CINAHL e Scopus, além de documentos do Institute for Healthcare Improvement (IHI), da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), e normativas nacionais. A estratégia de busca combinou descritores e termos livres referentes a “indicadores sensíveis à Enfermagem”, “documentação clínica”, “prevenção de quedas”, “integridade cutânea/lesão por pressão”, “educação/teachback”, “Morse/Braden”, “registros eletrônicos” e “hospitais de adultos”, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram incluídas publicações em contexto hospitalar de adultos e excluídos estudos pediátricos, contextos não hospitalares, editoriais sem dados e duplicatas.

O processo envolveu triagem dupla de títulos e resumos, leitura integral dos textos elegíveis e extração dirigida a recomendações operacionais. Por não se tratar de revisão sistemática, não houve avaliação formal de risco de viés; a redação evitou linguagem de exaustividade, caracterizando-se explicitamente como revisão narrativa focal. Na Figura 1, esta trilha compõe a “evidência externa” que informa a interpretação e a priorização de recomendações.

Apresentamos um quadro metodológico de mapeamento e decisão que orientou, de forma padronizada e transparente, a integração das evidências empíricas e documentais. Operacionalmente, considerou-se evidência direta quando o registro descrevia explicitamente o processo associado ao indicador (por exemplo, “elevação das grades laterais” e “auxílio na marcha” para prevenção de quedas) e evidência indireta quando esse processo era inferível a partir de achados proximais, como orientações para solicitar ajuda. Do mesmo modo, classificou-se como explícita a evidência em que o termo ou a ação estavam nomeados no texto, e como implícita aquela deduzida de descrições objetivas sem rótulo específico.

A regra de decisão priorizou, sempre que possível, a combinação direta e explícita; diante de múltiplas entradas relativas ao mesmo caso, prevaleceu a mais específica, e eventuais empates foram resolvidos por consenso entre avaliadores. Para cada indicador sensível à Enfermagem definiram-se, previamente, a fonte, o numerador, o denominador, a periodicidade de mensuração, o nível de análise e o critério de classificação, assegurando consistência entre etapas e rastreabilidade das escolhas analíticas. Os indicadores principais contemplaram: quedas (taxa por 1.000 dias-paciente), lesões por pressão adquiridas (LPP) (proporção por internações), avaliação e reavaliação da dor (proporção entre pacientes elegíveis), avaliação de risco documentada (Morse/Braden), mobilidade/funcionalidade, vigilância respiratória/aspiração, educação/alertas e qualidade do registro expressa pela cadeia avaliação–intervenção–reavaliação–resultado, ou seja, Avaliação/Intervenção/Reavaliação/Resultado (AIRR).

A síntese procedeu em duas fases complementares. Na primeira, realizaram-se análises separadas por fonte, respeitando-se as especificidades de desenho e de mensuração de cada componente. Na segunda, construiu-se uma matriz conjunta domínio–processo–resultado, na qual os achados foram cotejados segundo critérios de convergência (quando apontavam na mesma direção), complementaridade (quando acrescentavam dimensões distintas de um mesmo fenômeno) e discrepância (quando apresentavam sentidos opostos ou tensões interpretativas).

A classificação foi conduzida independentemente por avaliadores, seguida de harmonização por consenso. A partir desse encadeamento, derivaram-se recomendações operacionais ancoradas em evidências de alta confiabilidade, com foco em bundles de prevenção, registro estruturado, incluindo o modelo Subjetivo-Objetivo-Avaliação-Plano-Intervenção-Avaliação de resultados (SOAPIE) e janelas explícitas de reavaliação. Como esquematizado na Figura 1, essas recomendações priorizam cadeias processo–resultado qualificadas (prazo de avaliação, intervenção específica por risco identificado e reavaliação no tempo-alvo), com potencial de aplicação e teste local.

3.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Aprovado por Comissão de Ética institucional (parecer n.º 04/22). Inquérito com consentimento eletrônico e anonimato; dados documentais anonimizados, com dispensa de consentimento nos termos legais e éticos aplicáveis. A síntese integrativa esteve abrangida pelo parecer original, sem recolha adicional de dados identificáveis.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A leitura conjunta dos dois estudos evidencia a presença sistemática de práticas sensíveis à Enfermagem em domínios clínicos nucleares. No Estudo 1 (percepções), observou-se percepção global positiva da qualidade dos cuidados, com maior expressão nos domínios prevenção de complicações, bem-estar/autocuidado e satisfação, enquanto organização dos cuidados apresentou desempenho relativo inferior. Foi observada associação entre método de trabalho individual e escores mais elevados na escala total e no domínio bem-estar/autocuidado. A estatística descritiva por domínio, os testes aplicados com respectivos valores de p e os tamanhos do efeito estão sintetizados na Tabela 1.

Tabela 1. Frequência/representatividade das categorias de registros (Estudo 2) e excertos ilustrativos anonimizados

Categoria/eixo	**Frequência/representatividade nos registros**	**Excerto literal (anonimizado)**	**Síntese interpretativa (separada do excerto)**
Gestão de quedas (medidas, supervisão, auxiliares, não adesão, contenção)	Presente de forma recorrente nas notas de enfermagem	"[…] alertado para risco de queda; deambulação com auxiliar; elevação das grades laterais."	Registo de medidas preventivas e supervisão
Condições da pele e prevenção de complicações (rubor, maceração, mudança de decúbito, barreiras, cuidados a feridas)	Frequente nas anotações clínicas	"[…] mudança de decúbito realizada; aplicada barreira cutânea; ferida limpa e coberta."	Vigilância cutânea e implementação de medidas preventivas
Respiração/sinais e sintomas (tosse, secreções, ruídos respiratórios, oxigenoterapia, aspiração)	Documentado de forma consistente	"[…] tosse produtiva; auscultados ruídos; oxigenoterapia mantida; aspiração realizada."	Vigilância respiratória e intervenções associadas
Mobilidade/funcionalidade (levante, deambulação assistida, verticalização, apoio funcional)	Registros regulares	"[…] transferência para cadeira com auxílio; deambulação assistida; verticalização progressiva."	Apoio funcional e incentivo à mobilidade
Educação/alertas ao paciente/família	Presente como componente educativa	"[…] orientado a solicitar ajuda antes de levantar; família informada	Educação para segurança e autocuidado

		sobre medidas de segurança.”	
Qualidade do registo — cadeia AIRR (avaliação–intervenção–reavaliação–resultado)	Parcial; reavaliação nem sempre documentada	“[…] dor 7/10 → analgesia prescrita/admin. → reavaliado 3/10.”	Cadeia completa quando documentada; há lacunas de reavaliação
Risco de queda — Morse/julgamento clínico (nomeação explícita)	Variável; escala nem sempre nomeada	“[…] risco de queda elevado; manter supervisão na marcha.”	Indicação de risco nem sempre acompanhada de escala formal
Risco de LPP — Braden (nomeação explícita)	Registros pontuais	“[…] pele íntegra; mudança de decúbito programada.”	Medidas de prevenção presentes; escala nem sempre explicitada
Imobilização/contenção (quando aplicável)	Registros específicos e justificados	“[…] contenção aplicada, avaliação de necessidade mantida; informado ao familiar.”	Uso de contenção documentado com justificativa/monitorização
Uso do sanitário/eliminação (apoio e segurança)	Aparece em contexto funcional	“[…] auxiliado ao sanitário; instruído a chamar para ajuda.”	Segurança e apoio à eliminação

Fonte: Elaborado pelos autores

No Estudo 2 (documental), os registros corroboraram a presença de avaliação e intervenções preventivas em frequência apreciável nos eixos clínicos, com documentação consistente de: (i) gestão do risco de quedas (medidas ambientais e assistenciais, supervisão e auxílio à marcha, registro de não adesão quando pertinente); (ii) integridade cutânea e prevenção de complicações (mudança de decúbito, barreiras cutâneas, cuidados a feridas); (iii) respiração/sinais e sintomas (tosse, secreções, ausculta, oxigenoterapia, aspiração quando indicada); (iv) mobilidade/funcionalidade (levante, deambulação assistida, verticalização, apoio funcional); e (v) educação/alertas ao paciente e família (com verificação de compreensão em parte das notas). Em contraste, observou-se lacuna na reavaliação temporizada e, por consequência, na completude da cadeia avaliação–intervenção–reavaliação–resultado, o que limita a rastreabilidade do fecho do ciclo assistencial. A síntese de frequências/representatividade por categoria, acompanhada de excertos anonimizados e de sua leitura interpretativa, está organizada na Tabela 2.

Tabela 2. Correspondência entre indicadores organizacionais e evidência dos dois estudos: proximidade causal, tipo/força da evidência, justificação e limitações

Indicador organizacional	**Evidência no Estudo 1 (percepções)**	**Evidência no Estudo 2 (registros)**	**Proximidade causal (processo vs. resulta**	**Tipo/força da evidência (direta/indireta; explícita/i**	**Classificação (demonstrado / não demons**	**Justificação (síntese objetiva)**	**Limitações**

			do)	**mplícita)**	**trado / evidência insuficiente)**		
Quedas (todas as áreas)	Prevenção de complicações valorizada	Gestão de quedas: medidas, supervisão, auxiliares, não adesão, contenção	Processo diretamente relacionado	Direta/ Explícita	Demonstrado (processo)	Práticas preventivas coerentes e registradas	Ausência de taxa temporal/desfecho de lesão vinculado
Quedas com lesão	Idem (valorização preventiva)	Barreiras/ supervisão documentadas; desfecho "com lesão" ausente no registro	Resultado não evidenciado	Direta/ Explícita	Não demonstrado (resultado)	Processo presente sem comprovação de lesão evitada	Falta incidência de lesão e janela temporal
Lesões por pressão (LPP)	Inserida em prevenção de complicações	Pele/ prevenção: mudança de decúbito, barreiras, cuidados a feridas	Processo diretamente relacionado	Direta/ Explícita	Demonstrado (processo)	Intervenções típicas de prevenção registradas	Sem incidência/tempo-alvo por internações
Dor: avaliação por turno e reavaliação	Bem-estar/ autocuidado elevado	Menções à dor; reavaliação irregular	Processo diretamente relacionado	Parcial/ Indireta	Evidência insuficiente	Cadeia avaliação–reavaliação incompleta	Falta de tempo-alvo e de frequência padronizada
Avaliação inicial de Enfermagem ≤12 h	Organização presente (menor relativa)	Conteúdos iniciais amplos documentados	Processo diretamente relacionado	Indireta (sem carimbo ≤12 h)	Não demonstrado	Sem confirmação do prazo ≤12 h	Ausência de timestamp/validação do corte
Educação/alerta ao paciente e família	Promoção da saúde valorizada	Orientações /alertas ("alertado para risco de queda")	Processo diretamente relacionado	Direta/ Explícita	Demonstrado (processo)	Registros objetivos de educação/alerta	Sem métrica de retenção/teach-back
Vigilância respiratória/aspiração	Prevenção de complicações valorizada	Tosse, secreções, ruídos, oxigenoterapia, aspiração	Processo diretamente relacionado	Direta/ Explícita	Demonstrado (processo)	Achados e intervenções documentados	Falta de janela de reavaliação e de resultado clínico
Mobilidade/ funcionalidade	—	Levante, deambulação assistida, verticalização, apoio	Processo diretamente relacionado	Direta/ Explícita	Demonstrado (processo)	Práticas funcionais coerentes registradas	Sem métrica de ganho funcional por período
Risco de queda	—	Documenta	Process	Parcial/	Evidênc	Citações	Falta

(Morse/julgamento clínico)		ção variável de escalas/juízo	o diretamente relacionado	Explícita (quando escala nomeada)	ia insuficiente	esparsas à escala/juízo	periodicidade/cobertura sistemática
Risco de LPP (Braden)	—	Registros pontuais de Braden	Processo diretamente relacionado	Parcial/ Explícita	Evidência insuficiente	Registros não sistemáticos	Falta de temporalidade/ abrangência
Qualidade do registro (AIRR)	—	Avaliação–intervenção – reavaliação incompleta	Processo diretamente relacionado	Parcial/ Indireta	Evidência insuficiente	Lacunas na cadeia AIRR	Ausência de tempos-alvo e de resultado vinculado
Avaliação/ conferências familiares	Organização/ prom. saúde valorizadas	Registros de envolvimento familiar	Processo diretamente relacionado	Direta/ Explícita	Demonstrado (processo)	Descrições objetivas de orientação/participação	Sem cobertura/impacto mensurado

Fonte: Elaborado pelos autores

A articulação entre os dois estudos sugere convergência entre a percepção favorável de qualidade nos domínios ligados à vigilância clínica e prevenção (prevenção de complicações, bem-estar/autocuidado e satisfação) e a documentação de processos correlatos nas notas clínicas (ver Tabela 2). Por outro lado, o desempenho relativo inferior de "organização dos cuidados" e a evidência incompleta de reavaliações documentadas indicam um ponto sensível de melhoria operacional, com impacto transversal na rastreabilidade e na mensurabilidade do cuidado.

No cotejo com os indicadores institucionais (ISEN e organizacionais), manteve-se, em geral, desempenho dentro ou próximo das metas internas (quedas por 1.000 dias-paciente; incidência de lesões por pressão adquiridas; readmissões em 30 dias; satisfação). Esse pano de fundo favorece a leitura de processos associados aos desfechos, com a ressalva de que métricas distais, como readmissões, sofrem influência multissetorial e exigem interpretação prudente da contribuição específica da Enfermagem. Quando possível, recomenda-se explicitar no texto os valores observados, as metas correspondentes e o período analisado, preservando coerência entre processos e resultados.

Partindo dos padrões documentais apresentados na Tabela 2, as recomendações convergem para três movimentos complementares: em primeiro lugar, para cada indicador de resultado, explicitar no próprio registro a via processual mínima e mensurável que o alimenta, a avaliação do risco, intervenção específica e reavaliação na janela-alvo de modo a aproximar o indicador do ponto de cuidado e distinguir a mera ausência de evento do efetivo controle do risco (LeLaurin & Shorr, 2019; Phelan *et al.*, 2021); em segundo lugar, traduzir categorias documentais em métricas de processo qualificadas,

substituindo contagens de atos avulsos por cadeias críticas de segurança, por exemplo, em lesão por pressão, “Braden + plano de prevenção personalizado + reavaliação programada”, e, em dor, “escala basal + intervenção + escala pós-intervenção na janela definida” (Chou *et al.*, 2020; EPUAP, 2023; Song *et al.*, 2020; Carr *et al.*, 2020; DGS, 2019); e, em terceiro lugar, acionar o fecho do ciclo por desenho do sistema, com modelos de nota estruturada nos domínios críticos, pontos de parada para avaliações e reavaliações obrigatórias e acionadores automáticos a partir de escalas de risco, combinados com auditorias leves e devolutiva formativa regular às equipes (Kruse *et al.*, 2020; Wang *et al.*, 2019; National Quality Forum, 2022). A partir dos eixos sintetizados na Tabela 2, essas recomendações foram organizadas em um esquema visual que destaca cadeias processo–resultado qualificadas, mecanismos de suporte no prontuário eletrônico e rotinas de feedback operativo.

Figura 2. Resumo das Recomendações derivadas da triangulação



Fonte: Elaborado pelos autores

A efetividade dessas medidas depende de condições contextuais e tecnológicas que favoreçam a aderência e minimizem atritos. Isso inclui usabilidade (redução de cliques e de redundâncias), mitigação da fadiga de alertas (priorização por valor clínico), tempo de documentação (templates que aliviem a carga sem perder qualidade), formação focalizada (avaliação, reavaliação e uso de escalas), participação ativa dos enfermeiros (cocriação de campos e fluxos) e avaliação iterativa por ciclos

PDSA. Para acompanhar a adoção e orientar ajustes, indicadores úteis incluem a taxa de preenchimento completo das cadeias processuais (avaliação–intervenção–reavaliação), a latência até a reavaliação (proporção que atinge o tempo-alvo), a taxa de acionamento e de resolução de acionadores por risco elevado (Morse/Braden) e a proporção de alertas efetivamente encerrados com ação documentada, permitindo monitorar a consistência e a segurança do processo ao longo do tempo.

Considerando tratar-se de estudo de caso em hospital privado, a generalização imediata é limitada e se torna mais robusta em instituições com perfis organizacionais e sistemas de informação semelhantes; por isso, recomenda-se replicação em diferentes cenários, com ajustamento pelo risco e análises de sensibilidade. Do ponto de vista da governança de dados, é crucial assegurar dicionários de dados claros, definição inequívoca de numeradores e denominadores, qualidade e completude de registros (com timestamps fidedignos), controle de versões de templates e trilhas de auditoria; igualmente, recomenda-se evitar comparações punitivas e privilegiar o uso formativo, com foco em aprendizagem organizacional.

A triangulação entre percepções, registros e indicadores amplia a compreensão do fenômeno, mas não demonstra causalidade nem assegura validade preditiva; além disso, o desenho de caso único e a natureza documental dos registros expõem a viés de registro e a incompletudes, inclusive reavaliações realizadas e não documentadas, e a ausência de medidas temporais padronizadas em alguns indicadores limitou, em certos casos, a classificação como “demonstrado” no nível de resultado. A generalização, portanto, permanece condicionada e requer validação prospectiva em diferentes contextos, com ajustamento pelo risco.

Em termos de agenda científica, os resultados aqui descritos configuram hipóteses para investigação futura: estudos longitudinais e de implementação poderão testar se a adoção de cadeias processuais qualificadas se associa, de forma sustentada, a melhorias em resultados clínicos, experiência e eficiência. Também poderá ser útil explorar combinações de nudges digitais (templates, obrigatoriedade contextual, alertas priorizados) com feedback formativo e coaching clínico, bem como avaliar custo-efetividade e aceitabilidade pelas equipes.

Por fim, a apresentação de dashboards emparelhados, resultado e processo qualificado associado, com granularidade por unidade e por turno, poderá facilitar a comparabilidade temporal, orientar recursos para elos frágeis do percurso assistencial e acelerar ciclos de melhoria. Em hospitais privados, onde qualidade, experiência e eficiência são estratégicas, o emparelhamento sistemático entre resultados e vias processuais documentadas pode reduzir desperdício informacional, antecipar riscos e consolidar ganhos sustentáveis em desempenho (National Quality Forum, 2022; Ordem dos Enfermeiros, 2019, 2021, 2022).

4.1 LIMITAÇÕES

A triangulação entre percepções, registros e indicadores amplia a compreensão do fenómeno, mas não demonstra causalidade nem assegura validade preditiva dos indicadores. O desenho de caso único e a natureza documental dos registros expõem o estudo a viés de registro e incompletude, incluindo reavaliações não documentadas. A ausência de medidas temporais padronizadas em alguns indicadores limitou a classificação como "demonstrado" ao nível de resultado. A generalização é, portanto, limitada e requer validação prospectiva em diferentes contextos e com ajustamento pelo risco.

5 CONCLUSÃO

A análise integrada dos dois estudos e da revisão narrativa evidenciou correspondências consistentes entre percepções dos enfermeiros, práticas documentadas no prontuário e indicadores organizacionais, delineando uma sequência essencial para a segurança: avaliação estruturada do risco, intervenção específica e reavaliação no tempo-alvo, com registro rastreável que conecte processo e resultado. Essa convergência sugere contribuição plausível dos processos de Enfermagem para o desempenho de indicadores sensíveis, sem, contudo, demonstrar causalidade; a força dos achados reside na coerência do encadeamento entre percepções favoráveis (prevenção de complicações, bem-estar/autocuidado, satisfação), documentação recorrente de processos críticos (quedas, integridade cutânea, vigilância respiratória, mobilidade, educação/alertas) e a possibilidade de reespecificar indicadores para refletirem cadeias processuais completas, e não atos avulsos.

Como prioridades operacionais, condicionadas a teste local, propõe-se: (i) emparelhar cada indicador de resultado a uma métrica de processo qualificada que reflita, de forma mínima e mensurável, a cadeia avaliação–intervenção–reavaliação; (ii) estruturar o prontuário com modelos de nota nos domínios críticos, pontos de parada obrigatórios e acionadores automáticos derivados de escalas de risco, além de campos que solicitem o fecho explícito do ciclo; e (iii) instituir auditorias leves com devolutiva formativa periódica, evitando usos punitivos. Em paralelo, recomenda-se validar conteúdo/uso dos campos, capacitar equipes (avaliação, reavaliação, racional clínico), melhorar usabilidade (redução de carga e cliques redundantes) e monitorar efeitos não desejados (preenchimento mecânico, fadiga de alertas, atrasos na reavaliação), para aumentar consistência, segurança e utilidade gerencial dos indicadores na governança clínica.

Quanto aos limites e requisitos, práticas preventivas extensas nem sempre vieram acompanhadas de fecho completo de ciclo ou marcação temporal que permita aferir conformidade com

janelas-alvo; nesses casos, “processo demonstrado” não deve ser tomado como “resultado alcançado”. Relações entre satisfação/organização dos cuidados e indicadores sensíveis devem ser interpretadas de modo descritivo e contextual. Qualidade de dados (definições, completude, timestamps), dicionários transparentes e controle de versões são précondições para comparabilidade; recomenda-se ajustamento pelo risco quando pertinente e evitar comparações punitivas, privilegiando usos formativos e ciclos PDSA.

Aplicacionalmente, dashboards emparelhados apresentando, lado a lado, o resultado e a cadeia processual essencial que o alimenta, com granularidade por unidade e por turno, podem facilitar leitura quase em tempo real, orientar recursos para elos frágeis e acelerar ciclos de melhoria. Em ambientes competitivos, como hospitais privados, tal abordagem tem potencial para reduzir desperdício informacional, antecipar riscos e consolidar ganhos sustentáveis de desempenho, desde que acompanhada de validação local e salvaguardas de usabilidade e governança de dados (NQF, 2025; EPUAP, 2026).

Em síntese, o estudo oferece uma estrutura integradora que articula percepções, registros e indicadores por meio de cadeias processuais mínimas e mensuráveis orientadas para a segurança, tornando explícita a ponte entre “como se cuida” e “o que se mede”; como agenda imediata, impõe-se a avaliação prospectiva da validade, viabilidade e impacto dos indicadores emparelhados em diferentes cenários, com atenção à qualidade dos denominadores, ao ajustamento pelo risco, à aceitabilidade pelas equipes e ao monitoramento de efeitos não desejados, combinando estudos de implementação, análises longitudinais e iterações PDSA.

REFERÊNCIAS

CARR, E. C. J.; WATTWATSON, J.; McGILLION, M.; *et al.* Improving acute pain assessment and reassessment: Best practices. Pain Management Nursing, v. 21, n. 1, p. 3–12, 2020. DOI: doi.org

CHOU, R.; DANA, T.; BOUGATSOS, C. Pressure ulcer risk assessment and prevention: Updated evidence. JAMA, v. 324, n. 15, p. 1552–1562, 2020. DOI: doi.org

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (Portugal). Estratégia Nacional para a Literacia em Saúde 2020–2025. Lisboa: DGS, 2020. Disponível em: dgs.pt Acesso em: 15 jul. 2026.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (Portugal). Norma n.º 009/2019: Abordagem da dor como 5.º sinal vital. Lisboa: DGS, 2019. Disponível em: dgs.pt Acesso em: 13 jul. 2026.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (Portugal). Norma n.º 015/2020: Avaliação inicial do doente em internamento. Lisboa: DGS, 2020. Disponível em: dgs.pt Acesso em: 13 jul. 2026.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (Portugal). Plano de Segurança do Doente 2021–2026. Lisboa: DGS, 2021. Disponível em: dgs.pt Acesso em: 15 jul. 2026.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (Portugal). Prevenção da pneumonia associada a cuidados: orientações. Lisboa: DGS, 2021. Disponível em: dgs.pt Acesso em: 15 jul. 2026.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (Portugal). Prevenção de quedas em instituições de saúde. Lisboa: DGS, 2020. Disponível em: dgs.pt Acesso em: 13 jul. 2026.

EPUAP — EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: 2019–2023 updates. 2023. Disponível em: epuap.org Acesso em: 14 jul. 2026.

HOYER, E. H.; FRIEDMAN, M.; LAVEZZA, A.; *et al.* Systematic early mobility in hospitalized adults: Outcomes. Journal of Hospital Medicine, v. 15, n. 5, p. 263–270, 2020. DOI: doi.org

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. Ventilator-associated pneumonia bundle: Updated guidance. Boston: IHI, 2021. Disponível em: ihi.org Acesso em: 14 jul. 2026.

JEFFS, L.; MERKLEY, J.; LYON, C.; *et al.* Structured admission assessment and patient outcomes. Journal of Nursing Management, v. 28, n. 5, p. 1101–1109, 2020. DOI: doi.org

KLOMPAS, M.; BRANSON, R.; EICHENWALD, E. C.; *et al.* Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia in acute care hospitals. Annals of Internal Medicine, v. 175, n. 6, p. W17–W28, 2022. DOI: doi.org

KRUSE, C. S.; STEIN, A.; THOMAS, H. EHR usability modifications and documentation completeness. JMIR Medical Informatics, v. 8, n. 7, e17283, 2020. DOI: doi.org

LeLAURIN, J. H.; SHORR, R. I. Preventing falls in hospitalized patients. Clinics in Geriatric Medicine, v. 35, n. 2, p. 273–283, 2019. DOI: doi.org

MORRIS, M. E.; SLADE, S. C.; SHERRINGTON, C.; KEATING, J. L.; KUMMEL, L.; CROTTY, M. Multicomponent interventions for hospital falls: Updated systematic review. Age and Ageing, v.

51, n. 2, afab282, 2022. DOI: doi.org

NATIONAL QUALITY FORUM. Improving healthcare quality: [documento citado]. Washington, DC: NQF, 2022. Disponível em: qualityforum.org Acesso em: 14 jul. 2026.

NHS ENGLAND. Patient Safety Incident Response Framework (PSIRF). London: NHS England, 2023. Disponível em: england.nhs.uk Acesso em: 15 jul. 2026.

OECD — ORGANISATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2023. DOI: doi.org

ORDEM DOS ENFERMEIROS (Portugal). Estratégia para a segurança do doente nos cuidados de enfermagem. Lisboa: OE, 2021. Disponível em: ordemenfermeiros.pt Acesso em: 15 jul. 2026.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (Portugal). Orientações para registros clínicos de enfermagem. Lisboa: OE, 2022. Disponível em: ordemenfermeiros.pt Acesso em: 14 jul. 2026.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (Portugal). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Lisboa: OE, 2019. Disponível em: ordemenfermeiros.pt Acesso em: 14 jul. 2026.

WANG, Y.; HAILEY, D.; YU, P. The impact of electronic nursing documentation on quality of care: A systematic review. International Journal of Medical Informatics, v. 129, p. 24–33, 2019. DOI: doi.org

WHO — WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: who.int Acesso em: 14 jul. 2026.