

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AUDITORIA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM
SAÚDE

GRASIELA BOCK POLO
MARIA SANTANA SOARES BARBOZA

**AVALIAR A QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM
PRONTUÁRIOS HOSPITALARES NA VISÃO DA AUDITORIA**

São Luís
2011

**GRASIELA BOCK POLO
MARIA SANTANA SOARES BARBOZA**

**AVALIAR A QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM
PRONTUÁRIOS HOSPITALARES NA VISÃO DA AUDITORIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde, da LABORO - Excelência em Pós-Graduação\ Universidade Estácio de Sá, para obtenção em Especialista em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Doutora Mônica Elinor Alves Gama.

São Luís

2011

Barboza,
Maria Santana Soares

Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários hospitalares na visão da auditoria/Barboza, Maria Santana Soares; Grasiela Bock Polo; - São Luís, 2011.

60f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde) – Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2011.

1. Enfermagem. 2. Prontuário - avaliação. 3. Auditoria. Título.

CDU 614.253:657.6

**GRASIELA BOCK POLO
MARIA SANTANA SOARES BARBOZA**

**AVALIAR A QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM
PRONTUÁRIOS HOSPITALARES NA VISÃO DA AUDITORIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde, da LABORO - Excelência em Pós-Graduação\ Universidade Estácio de Sá, para obtenção em Especialista em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)

Doutora em Medicina

Universidade de São Paulo-USP

Profa. Rosemary Ribeiro Lindholm

Mestre em Enfermagem Pediátrica

Universidade de São Paulo-USP

A Deus, fonte de luz.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por nos proporcionar o dom da vida, nos dando força e coragem para enfrentar os obstáculos das nossas vidas.

Aos nossos pais, pela nossa formação, apoio e incentivo

Ao meu Filho Leonardo Barboza Borges, pelo amor incondicional.

Aos nossos esposos, por estarem ao nosso lado nos incentivando e nos apoiando no decorrer desta jornada tão árdua.

A Professora e Orientadora Mônica Elinor Alves Gama, que também nos incentivou e acreditou no nosso trabalho.

A todos que contribuíram e nos incentivaram a buscar na vida nossos anseios, certos de que, para quem tem coragem a vida é pequena e principalmente para nos conscientizarmos de que a vida não é para ser ensinada, mas para ser aprendida.

“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim.”

(Chico Xavier)

RESUMO

Este estudo caracteriza-se por ser descritivo, documental e retrospectivo. Os dados investigados não sofrerão modificações em seu teor ou essência, sendo apenas descritivas as suas características, tendo em vista que a coleta desta pesquisa deu-se através de prontuários ela considerada documental, método que se trata de toda pesquisa realizada com base em documentos guardados em órgãos públicos. Com objetivos de avaliação da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários hospitalares na visão da auditoria, identificar os marcos conceituais e teóricos que norteiam a prática de auditar em enfermagem e comparar a teoria sobre auditoria e enfermagem com a realidade do serviço de enfermagem em um hospital público. A palavra auditoria tem sua origem no latim “*audire*” que significa ouvir. No início da história da auditoria, toda pessoa que possuía a função de verificar a legitimidade dos fatos econômico-financeiros, prestando contas a um superior, poderia ser considerado como auditor. A conceituação da figura do auditor nos dias atuais é bastante elástica, diferentemente do passado, porquanto esse profissional recebia tão-somente a formação, o controle e a execução de atos e/ou fatos administrativos por meio da contabilidade. Entende-se que o profissional auditor tem uma visão bem mais ampla de seu trabalho nos dias atuais do que no passado, razão pela qual o conceituamos de verdadeiro *expert* em assuntos de fiscalização, uma vez que, ao extrapolar o campo da contabilidade, ele ingressa em outras áreas técnicas para atingir um objetivo, manipulando no seu trabalho elementos de fontes jurídicas, econômicas, contábeis, administrativas, sociológicas, psicossociais e muitas outras, pois não existe qualquer ciência ou técnica que se possa isolar e ser exercida apenas dentro de seu objeto.

Palavra -chave: Enfermagem. Prontuario-avaliação. Auditoria.

ABSTRACT

This study is characterized by being descriptive, documental and retrospective. The studied data did not suffer changes in its content and essence, being only descriptive your characteristics, considering that the research's collection was made through the medical records, it is considered documentary, method that handles all research based on documents stored in public agencies. For the purposes of assessing the quality of nursing records in hospital archives in the view of the audit, to identify the conceptual and theoretical frameworks that guide the auditing practice in nursing and to compare the theory of audit and nursing with the reality of nursing services in a public hospital. The word audit has its origin in the Latin "audire" meaning to hear. In the early audit' history, any person who had the task of verifying the legitimacy of economic and financial facts, reporting to a superior, could be considered as an auditor. The conceptualization of today's auditor figure is very elastic, unlike the past, because it merely received professional training, control and execution of acts and / or administrative facts through accounting. It is understood that the professional auditor has a much broader vision of its work today than in the past, it is why we conceptualize it as a true "expert" in matters of inspection, since that, by extrapolating the accounting field, he joined in other technical areas to achieve a goal, manipulating in its work, elements of legal, economic, financial, administrative, sociologists, psychosocial, and many others sources, since that there is no science or technique that can isolate and be exercised only within your object.

Keywords: Nursing. Chart-evaluation. Auditing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 Geral	12
2.2 Especifico	12
3 METODOLOGIA	34
3.1 Tipo de Pesquisa.....	00
3.2 Local e período de estudo.....	00
3.3 Coleta de dados.....	00
4 RESULTADO E DISCUSSÕES.....	00
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	00
REFERÊNCIAS.....	00
ANEXOS.....	00

1 INTRODUÇÃO

A palavra auditoria tem sua origem no latim “*audire*” que significa ouvir. No início da história da auditoria, toda pessoa que possuía a função de verificar a legitimidade dos fatos econômico-financeiros, prestando contas a um superior, poderia ser considerado como auditor (RIOLLINO, 2003). A conceituação da figura do auditor nos dias atuais é bastante elástica, diferentemente do passado, porquanto esse profissional recebia tão-somente a formação, o controle e a execução de atos e/ou fatos administrativos por meio da contabilidade.

Entende-se que o profissional auditor tem uma visão bem mais ampla de seu trabalho nos dias atuais do que no passado, razão pela qual o conceituamos de verdadeiro *expert* em assuntos de fiscalização, uma vez que, ao extrapolar o campo da contabilidade, ele ingressa em outras áreas técnicas para atingir um objetivo, manipulando no seu trabalho elementos de fontes jurídicas, econômicas, contábeis, administrativas, sociólogas, psicossociais e muitas outras, pois não existe qualquer ciência ou técnica que se possa isolar e ser exercida apenas dentro de seu objeto (MONTE, 1999).

Atualmente a auditoria tem desempenhado um importante papel às instituições hospitalares, especialmente no âmbito financeiro-comercial, avaliando consumos e cobranças realizadas pela instituição, podendo agir como membro da própria instituição ou representantes de fontes pagadoras (RIOLLINO, 2003).

A auditoria de Enfermagem apresenta crescente inserção no mercado de trabalho, tanto às atividades voltadas a área contábil como as voltadas para a qualidade, sejam de serviços, documentos ou processos. O que busca atualmente é a auditoria da qualidade da assistência, com redução de custos, agregando-se valores financeiros aos valores qualitativos. Esta qualidade pode ser descrita como a adequação de um produto/serviço às necessidades de uso da clientela, além da satisfação às expectativas e exigências de usuário/cliente (RIOLLINO, 2003).

O enfermeiro auditor tem a missão de visitar e entrevistar pacientes, avaliando a qualidade do serviço prestado e a satisfação dos clientes. A auditoria de enfermagem organiza, dirige, planeja e presta consultoria, além de fazer análises de risco das instituições de saúde. (MOTTA, 2004). Segundo Kurcgant (1991), auditoria em enfermagem é a avaliação sistemática da qualidade da assistência de enfermagem, verificada através das anotações de enfermagem no prontuário do paciente e/ou das próprias condições deste.

Ao participar de práticas de disciplinas e estágios do curso de enfermagem em uma instituição hospitalar pública, e ao assumir a Gerência de Enfermagem em um Hospital Público no município de Aracati chamou-me atenção a falta das evoluções de enfermagem na maioria dos prontuários; percebendo que os pacientes não eram evoluídos e prescritos diariamente pelos enfermeiros surgiu a indagação se os registros de enfermagem no prontuário do paciente são instrumentos eficazes para avaliar a qualidade da assistência prestada. Percebe-se que esse problema não é novo, e persiste até os dias atuais, pois já na década de 70, Paim (1976), relatou que na maioria das Instituições de Saúde ocorria a inexistência e/ou insuficiência, de documentos que registrem a prescrição de enfermagem e a sua execução.

A maioria dos registros de enfermagem encontrados no arquivo da instituição relacionava-se apenas às prescrições e evoluções médicas, e conseqüentemente os estudos e pesquisas a respeito de qualidade da assistência de enfermagem através de seus registros e planos de cuidados encontram-se prejudicados. Frente a esta problemática, sentiu-se, a necessidade de desenvolver esse estudo, visando a qualidade da assistência de enfermagem, através do exame dos registros de enfermagem compreendidos no prontuário do paciente.

Tendo em vista que atualmente, a auditoria de enfermagem é legitimada como uma importante ferramenta para a avaliação, resgate e manutenção da qualidade do cuidado de enfermagem em todos os serviços de saúde, considera-se que a execução deste estudo reveste de relevância, tanto para a profissão como para a sociedade como um todo.

2- OBJETIVOS:

2.1 Objetivos Gerais

Avaliar a qualidade dos registros de enfermagem em prontuários hospitalares
visão da auditoria.

2.2 Específicos

- Identificar os marcos conceituais e teóricos que norteiam a prática de auditar
em enfermagem.

- Comparar a teoria sobre auditoria e enfermagem com a realidade do serviço
de enfermagem em um hospital público.

3 HISTÓRIA DA AUDITORIA

Para Monte (1999), as origens da função de auditor existem desde um período remoto com origem na cobrança de tributos. Segundo Innocenzo (2006), a auditoria teve sua origem na área contábil por volta de 2.600 a.C. ascendendo na Revolução Industrial com o surgimento das grandes empresas.

Somente a partir do século XII, as empresas passam a aplicar esta técnica com maior frequência, utilizando então o nome de auditoria. As diretrizes para a prática auditoral foram determinadas na Revolução Industrial com as empresas de grande porte (FRANCISCO, 1990).

De acordo com Monte (1999).o Período Bíblico: Aparecem as figuras de Mateus e Zaqueu, ambos cobradores de tributos. No Período Científico: Essas práticas se consolidaram aproximadamente nos anos 1856 a 1896, já no período científico da contabilidade, em decorrência da necessidade de algumas empresas aferirem seus balanços, a fim de que pudessem se inteirar da exatidão de seus lançamentos por intermédio do auditor, cuja atividade se limitava tão somente ao campo contábil.

No Período Moderno: A auditoria envolve vários aspectos, dentre os quais estão os de verificação do lançamento e o exame do comportamento da empresa como estrutura, tanto no âmbito da produtividade, qualidade, quanto na verificação de pessoal, com auxílio de todo tipo de equipamento que o homem dispõe. A figura do auditor é visto como um elemento capacitado a prevenir, bem como sanear a relação de convivência entre estado e as empresas.

De acordo com Monte (1999), no Período Remoto: com a meta de se promover o equilíbrio da receita com a despesa relativamente ao Estado ou a qualquer outro tipo de azienda, aprecia a figura do rei ou outra autoridade administrativa equivalente para exigir tributos no sentido de se fazer valer o citado equilíbrio, usando meios de convencimento e, quando necessário, até mesmo a força.

No Período Medieval, as aziendas públicas, bem como outras entidades no plano privado, entenderam que a melhor forma de controle e acompanhamento da regularidade de suas receitas e despesas seria a observância da exatidão do lançamento sendo contabilizadas toadas aquisições e gastos da organização. Nesse

período surgem as primeiras técnicas para solução de impasses na área pessoal Segundo Monte (1999, P16)

No período moderno, o referido autor discorre que, por tornou-se mais dinâmico, uma vez que, além do uso da contabilidade na constatação da exatidão do lançamento, a auditoria leva em conta outros conhecimentos científicos, como é o caso do Direito, da Administração, de meios sociólogos, psicossociais e outros que venham der solução satisfatória para um impasse apresentando Segundo Monte (1999), A auditoria na linguagem contábil significa o exame e revisão metódica da situação contábil e financeira de uma empresa, concluindo com um relatório completo das condições encontradas para fins de controle e aprovação. (FRANCISCO, 1990). Na atualidade o conceito dinâmico de auditoria permanece e a praticidade do mesmo se viabiliza com a ajuda de novas técnicas, trazidas por profissionais liberais de diversas áreas. AZIENDA a palavra significa, em italiano, *fazenda*. Talvez seja este o primeiro jargão e conceito que o estudante da área contábil aprende. No Brasil, a azineda era considerada objeto de estudo da Economia Aziendal, ramo contábil da economia e que não se desenvolveu. Sociólogos, psicossociais e outros que venham der solução satisfatória para um impasse apresentado (IBIDEM, 1999). Sistemáticas: São aquelas auditorias de rotina, que examinam em todos os níveis os atos praticados por empresas e organizações. Este tipo de auditoria focaliza um período determinado, se procede a uma tomada de contas da unidade gestora quanto à situação líquida da mesma.

Assistemáticas. São aquelas auditorias que não estão atreladas a períodos de terminados e muito menos a programas, visando objetivos imediatos. Especiais: São as auditagens que visam um objetivo específico determinado, como as sindicâncias, verificação de indícios, comprovação de irregularidades e outros fatos de natureza específica.

3. Auditoria em Enfermagem

A Resolução do COFEN 266/2001, Artigo 1º, resolve aprovar as atividades do enfermeiro auditor, considerando o disposto na Lei nº 7.498/86, art. 11, inciso I, alínea "h"; o Decreto nº. 94.406/87, em seu artigo 8º, inciso I, alínea "d"; a Resolução COFEN nº. 260/2001; as sugestões emanadas pela SOBEAS - Sociedade Brasileira de Enfermeiros Auditores em Saúde; deliberação do Plenário, em sua ROP 298.

A Lei nº. 7.498/86 dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem. O Decreto nº. 94.406/87: Artigo 8º - Ao enfermeiro incube:

I – Privativamente:

d) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem. No anexo da Resolução COFEN nº. 266/2001, cabe destacar:

I) É da competência privativa do Enfermeiro Auditor no Exercício de suas atividades: organizar, dirigir, planejar, coordenar e avaliar, prestar consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre os serviços de Auditoria em Enfermagem.

II) Quanto integrante da equipe de Auditoria em Saúde:

a) Atuar no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;

b) Atuar na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;

c) Atuar na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de enfermagem;

k) O Enfermeiro Auditor, em sua função, deverá identificar-se fazendo o número de registro no COREN sem, contudo interferir nos registros do prontuário do paciente;

o) O Enfermeiro Auditor, para executar suas funções de Auditoria, tem direito de acesso ao prontuário do paciente e toda documentação que se fizer necessário;

p) O Enfermeiro Auditor, no cumprimento de sua função, tem o direito de visitar/entrevistar o paciente, com o objetivo de constatar a satisfação do mesmo com o serviço de Enfermagem prestado, bem como a qualidade. Se necessário acompanhar os procedimentos prestados no sentido de dirimir quaisquer dúvidas que possam interferir no seu relatório.

VI) O Enfermeiro Auditor, quando no exercício de suas funções, deve ter visão holística, como qualidade de gestão, qualidade de assistência e quântico-econômico-financeiro, tendo em vista o bem estar do ser humano enquanto paciente/cliente.

VII) Sob o prisma Ético:

a) O enfermeiro Auditor, no exercício de sua função, deve fazê-lo com clareza, lisura, sempre fundamentado em princípios Constitucional, Legal, Técnico e Ético;

b) O Enfermeiro Auditor, como educador, deverá participar da interação interdisciplinar e multiprofissional, contribuindo para o bom entendimento e desenvolvimento da Auditoria de Enfermagem e Auditoria em Geral, contudo, sem delegar ou repassar o que é privativo do Enfermeiro auditor;

c) O Enfermeiro Auditor, quando integrante de equipe multiprofissional, deve preservar sua autonomia, liberdade de trabalho, o sigilo profissional, bem como respeitar autonomia, liberdade de trabalho dos membros da equipe, respeitando a privacidade, o sigilo profissional, salvo os casos previstos em Lei, que objetive a garantia do bem estar do ser humano e a preservação da vida;

d) O Enfermeiro Auditor, quando em sua função, deve sempre respeitar os princípios Profissionais, Legais Éticos no cumprimento com o seu dever;

e) A competência do Enfermeiro Auditor abrange todos os níveis onde há a presença da atuação de Profissionais de Enfermagem.

A inexistência de uma auditoria de enfermagem nos programas gerenciais de uma instituição aumenta os problemas de administração da qualidade nos serviços dirigidos por enfermeiros. Para Johson & Shulz (1979), a avaliação e o controle do serviço de enfermagem consistem na aplicação do método de auditoria de enfermagem promovidos por enfermeiros especializados em trabalho auditoral.

Na área da saúde o termo auditoria aparece pela primeira vez em 1918, nos Estados Unidos médico George Gray Ward através da realização de um trabalho, nesse trabalho, era feita a verificação da qualidade da assistência prestada ao paciente através dos registros em seu prontuário. Na enfermagem esse termo surge em 1955 nos Estados Unidos com a publicação de um trabalho (INNOCENZO, 2006).

No Brasil, a auditoria surgiu com experiências isoladas. Na área de enfermagem surge no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, com a Sistematização da Assistência de Enfermagem como padrão. Começou a ser implantada em 1985 com o estabelecimento da meta implantada pela OMS: “ Saúde para todos no ano 2000” (INNOCENZO, 2006).

Em dezembro de 1999 foi criada a Sociedade Brasileira de Enfermeiros Auditores em Saúde (SOBEAS), tendo como finalidade agregar profissionais enfermeiros de todos os países envolvidos ou interessados em auditoria (INNOCENZO, 2006). A auditoria médica e de enfermagem no Brasil ainda são

incipientes, apesar das recomendações dos Órgãos de Classe e Administradores de Saúde quando à necessidade de sua implantação (FRANCISCO,1990).

O conceito de auditoria de enfermagem vem sendo elaborado desde a década de 70, o que nos mostra uma construção teórica não tão recente. Pois, segundo Ribeiro (1972), a auditoria de enfermagem avalia a qualidade em todas as dimensões dos serviços prestados ao paciente, é uma análise de suas necessidades e seu atendimento, prevenção de defeitos e seqüelas, conteúdo significativo das informações sobre o estado de saúde e sua evolução e observação dos padrões definidos para a assistência de enfermagem. Sendo o seu objetivo a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem que o hospital se propõe a oferecer à comunidade, ou que tem por obrigação social oferecer. Para Francisco (1990), a auditoria de enfermagem é o exame oficial dos registros de enfermagem com o objetivo de avaliar, verificar e melhorar a assistência de enfermagem. Auditoria em Enfermagem é uma avaliação da qualidade da assistência prestada ao paciente através da verificação das anotações de enfermagem no prontuário do paciente (INNOCENZO, 2006). Segundo Neto (2004) Auditoria de Enfermagem é uma ferramenta usada para avaliar, confirmar ou controlar as atividades relacionadas com a qualidade, visando determinar se essas atividades e retrospectivos resultados foram de acordo como que foi planejado, se essas providências são implementadas de maneira eficaz, e se são adequadas para atingir os objetivos propostos.

O trabalho auditoral está relacionado à função administrativa de controle. A implementação do trabalho auditoral prevê a fixação dos padrões, a verificação dos prontuários e a avaliação de acordo com os padrões estabelecidos (FRANCISCO, 1990). Consiste no exame de fatos obtidos através da observação, medição ou outras técnicas apropriadas para verificar a adequação aos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes, como também determinar ações de saúde e se seus resultados estão de acordo com o planejado. Tendo como objetivo maior propiciar a administração de informações necessárias ao exercício de um controle sobre organização e sistema, contribuindo para o planejamento das ações de saúde para o aperfeiçoamento do Sistema (BRASIL, 1998). Segundo Francisco (1990), as auditorias são classificadas quanto ao limite, tempo, natureza e forma de intervenção, sendo.

Quanto ao Limite: A auditoria pode ser total (compreende todas as unidades da instituição) ou parcial (restringe-se a determinados serviços).

Em relação ao Tempo: A auditoria é classificada em contínua (observa um cronograma preestabelecido, onde as avaliações se sucedem abrangendo todo o alvo do trabalho auditorial, por exercícios, com revisões sucessivas) e periódica (é aplicada em termos determinados sem visar continuidades).

Quanto a Natureza: É concebida como normal (aplicada em termos definidos, integrando rotina institucional) e especial (atende a uma necessidade esporádica). Com relação à Forma: A auditoria é denominada interna (realizada por profissionais da própria instituição) e externa (aplicada por especialistas contratados para o caso). Para Innocenzo (2006), as auditorias podem ser classificadas de acordo com a qualidade que se quer realizar, são elas.

Auditoria de Estrutura: Monitora a estrutura ou local em que se dá o cuidado ao paciente, acreditando existir uma relação entre o cuidado qualificado e estrutura adequada. Auditoria de Processo: Empregada para mensuração do processo de cuidados ou da maneira como o cuidado foi prestado, focalizam se os padrões da prática foram satisfeitos ou não, presumindo a qualidade do enfermeiro e a qualidade do cuidado oferecido. Auditoria de Resultado: Constituem os indicadores de maior vulnerabilidade sobre a qualidade do atendimento à saúde. São os resultados finais do cuidado com a mudança do estado de saúde do paciente capazes de serem atribuídas às intervenções, prestações de serviços. Marquis (1999), considera ainda. Auditoria Retrospectiva: Realizada após o cliente receber alta hospitalar, contribui para a melhoria do serviço de assistência de maneira futura.

Auditoria Simultânea/Operacional /Congruente: Ocorre quando o cliente está sendo atendido, focaliza se a assistência prestada está de acordo com a qualidade requerida e com os padrões estabelecidos.

Brasil (1998) classifica auditoria quanto à sua execução em:

- Regular ou Ordinária: previamente programada, periódica, sistemática, realizada em caráter de rotina com objetivo de analisar e verificar todas as fases de uma atividade, ação ou serviço.

- Especial ou Extraordinária: realizada para atender a apuração de denúncias ou indícios de irregularidades, feitas por determinação do Ministério da Saúde ou outras autoridades. Avalia e examina fatos em área e períodos determinados. Emissão de laudo pericial quando necessário.

3.1 Aplicabilidades da Auditoria

Segundo autor as áreas de atuação incluem:

- Estruturas organizacionais (Serviços de Saúde, Secretarias de Saúde e Unidades Prestadoras de Serviços (UPS);

- Procedimentos administrativos operacionais; Áreas de trabalho, operações e processos; - Grau de conformidade do serviço. Brasil (1998) define níveis de execução das auditorias em quatro tipos, são elas: Auditoria no Nível Central, Auditoria no Nível Federal/Local, Auditoria no Nível Estadual e Auditoria no Nível Municipal. A auditoria pode ser aplicada de maneira interna (dá subsídios para comparar setores, redimensionar o número de pessoal, redefinir processos, avaliar a assistência de enfermagem) ou externa (contribui para o alcance dos objetivos organizacionais e profissionais além de identificar as áreas deficientes de serviço e fornecer dados para programas de aperfeiçoamento e atualização de pessoal) (INNOCENZO, 2006).

3.2- Elementos / Princípios Básicos da Auditoria

A responsabilidade dos auditores está não somente na administração da organização a que prestam serviço, mas também aos usuários da mesma. Quem atua nesta área deve conduzir-se de modo a justificar a confiança individual e institucional a qual lhe é depositada (MOTTA, 2004).

O auditor deve ter independência (imparcialidade em seu julgamento, não tendo qualquer relação com a área ou elemento que está sendo auditado preservando assim influências que possam afetar nos resultados), soberania, imparcialidade, objetividade, conhecimento técnico e capacidade profissional, atualização dos conhecimentos técnicos, cautela e zelo profissional, comportamento ético, sigilo e discrição (GALANTE, 2005). Brasil (1998), recomenda que o auditor tenha: pontualidade, boa apresentação, bom preparo, independência, calma, educação, paciência, clareza nas perguntas, que evite juízo de valor, mantenha a mente aberta, que use corretamente a linguagem do corpo, não fazer interferências, mas basear-se em evidências objetivas, que atue de acordo com as necessidades inerentes à auditoria, permitir que o auditado exponha as suas razões e tenha oportunidade de melhorar o sistema de qualidade, manter os documentos e registros referentes à auditoria em arquivos seguros e confidenciais.

Sendo as auditorias uma atividade programada o Ministério da Saúde esclarece que deverão ser organizadas e com datas marcadas para a sua realização. Desta forma as fases de uma auditoria compreendem: Programação da Auditoria, Preparação da Auditoria, Planejamento da Auditoria, Condução da Auditoria e Avaliação dos Resultados, Apresentação dos Resultados (Relatório); Acompanhamento das Ações Corretivas ou Saneadoras Propostas (Brasil,1999).

3.3- Objetivos / Finalidades da Auditoria

Segundo o Manual de Normas de Auditoria do Ministério da Saúde a Auditoria tem como finalidades. - Aferir a preservação dos padrões estabelecidos e proceder o levantamento de dados que permitam o SNA – Sistema Nacional de Auditoria conhecer a qualidade, quantidade, os custos e os gastos da atenção à saúde. Avaliar os elementos componentes dos processos dos processos da instituição, serviço ou sistema auditado, objetivando a melhoria dos procedimentos, através da detecção de desvios dos padrões estabelecidos. Avaliar a qualidade, a propriedade e a efetividade dos serviços de saúde prestados à população, visando a melhoria progressiva da assistência à saúde. Produzir informações para subsidiar o planejamento das ações que contribuam para o aperfeiçoamento do SUS – Sistema Único de Saúde e para satisfação do usuário.(Brasil,1998).

O cumprimento dos itens acima referidos far-se-á através da auditoria analítica e operativa, tendo como objetivos:

- Determinar a conformidade dos elementos de um sistema ou serviço, Verificando o cumprimento das normas e requisitos estabelecidos.
- Levantar subsídios para a análise crítica da eficácia do sistema ou serviço e seus objetivos.
- Verificar a adequação, legalidade, legitimidade, eficiência, eficácia e resolutividade dos serviços de saúde e a aplicação dos recursos da União repassados a Distrito Federal, Estados e Municípios.
- Avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada e seus resultados, bem como apresentar sugestões para o seu aprimoramento.
- Avaliar a execução das ações de atenção à saúde, programas, contratos, convênios, acordos, ajustes.
- Verificar o cumprimento da Legislação Federal, Estadual e Municipal e normatização específica do setor saúde.

- Observar o cumprimento pelos órgãos e entidades dos princípios fundamentais de planejamento, coordenação, descentralização, delegação de competência e controle.

- Avaliar o desenvolvimento das atividades de atenção à saúde desenvolvida pelas unidades prestadoras de serviços do SUS.

- Prover ao auditado oportunidade de aprimorar os processos sob sua responsabilidade.

Constituem objeto do exame de auditoria:

- A aplicação dos recursos transferidos pelo Ministério da Saúde à entidades públicas, filantrópicas e privadas.

- A gestão e execução dos planos e programas de saúde que envolvam recursos públicos observando: organização, cobertura assistencial, perfil epidemiológico, quadro nosológico, resolubilidade/resolutividade, eficiência, eficácia, efetividade e qualidade da assistência prestada à saúde, adequação dos recursos repassados e a sua aplicação financeira.

- Os contratos firmados pelo Ministério da Saúde com as Secretarias Estadual e Municipal e destas com a rede complementar, para a prestação de serviços no Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA, Sistema de Informações Hospitalares -SIH-SUS, execução de obras e fornecimento de materiais.

- Os convênios, acordos, ajustes e instrumentos similares.

- A prestação de serviços de saúde na área ambulatorial e hospitalar.

3.4- Auditorias de Enfermagem na Unidade Hospitalar

Trata-se da avaliação sistemática da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao cliente pela análise dos prontuários, acompanhamento do cliente e verificação da compatibilidade entre procedimento realizado e os itens que compõem a conta hospitalar cobrados garantindo um pagamento justo mediante a cobrança adequada (MOTTA, 2004).

É necessária a figura do enfermeiro nas equipes de auditoria, seja ela no âmbito hospitalar, operadora de saúde, empresas de seguros ou no faturamento. Ele atua tanto na avaliação dos procedimentos hospitalares como também nas auditorias que visam garantir suporte às auditorias. A atuação do enfermeiro auditor está voltada para o benefício de todos, saúde do paciente, saúde financeira do hospital, avaliação da qualidade dos serviços e dos profissionais (INNOCENZO,

2006). Elementos são imprescindíveis para a realização da auditoria de conta hospitalar, são eles:

- Conhecimento e classificação do hospital credenciado;
- Prontuário do paciente e a ordenação, para melhor manuseio;
- Preenchimento correto do prontuário do paciente;
- Prescrição médica e de enfermagem;
- Desenvolvimento da Sistematização de Enfermagem;
- Anotação realizada por técnicos e auxiliares de enfermagem;
- Relatório da auditoria local é de suma importância e deve constar informações substanciais sobre o evento.

O desenvolvimento e preenchimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem são pontos básicos e importantes para o trabalho do enfermeiro auditor (INNOCENZO, 2006).

3.5- Auditoria na Unidade Básica de Saúde

Segundo o Manual para Organização da Atenção Básica do Ministério da Saúde, define auditoria como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção nos sistemas de saúde, voltada para a promoção de saúde, prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. (Brasil, 1998). A organização da Atenção Básica, com base na Lei Orgânica nº. 8080/90 tem como fundamentos os princípios do SUS: saúde como direito; integralidade da assistência; universalidade; equidade; resolutividade; intersetorialidade; humanização do atendimento e participação social. A auditoria nas Unidades Básicas de Saúde constitui-se na avaliação das condições físicas e funcionais e na produção de serviços executados. Nela será verificado a prestação da assistência ambulatorial por meio da organização, estrutura e serviços ofertados (BRASIL, 2004).

Para acompanhar o processo de crescimento, ações, indicadores e resultados foram desenvolvidos diferentes sistemas e rede de informações estratégicas, gerenciais e operacionais. O Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA) utiliza esses sistemas e redes como ferramentas para obtenção de dados análise e suporte à realização de auditorias analíticas e operacionais os sistemas e redes de informações disponíveis no SNA, são:

- Sisnasc – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
- Sinan – Sistema Nacional de Agravos de Notificação
- Sisvan – Sistema de Informações de Vigilância Alimentar e Nutricional
- Siab – Sistema de Informações de Atenção Básica
- Sim – Sistema de Informação sobre Mortalidade
- Rnis – Rede Nacional de Informações em Saúde
- Ripsa – Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Brasil,2004).

A Auditoria Analítica consiste na análise de documentos e relatórios informatizados com a finalidade de fazer um diagnóstico da situação atual relativo às condições de saúde da população, à rede de atenção básica e à gestão da atenção básica bem como efetuar o planejamento da Auditoria Operativa. A análise dos relatórios deve permitir a conclusão, na fase de auditoria analítica em relação aos seguintes aspectos gerais: diagnóstico da situação sanitária. Diagnóstico da situação da rede de atenção básica: de forma a facilitar a análise e interpretação dos dados coletados, a auditoria é organizada dentro de um esquema clássico de avaliação com abordagem de “Estrutura, Processo e Resultado.

- Estrutura: é toda base necessária ao funcionamento da unidade, avaliando os seguintes parâmetros:

- As condições físicas e as instalações;
- Tecnologia, instrumentos e nível de capacitação do pessoal;
- Recursos humanos e nível de capacitação do pessoal;
- Estrutura Organizacional.

- Processo: Conjunto de ações próprias aos diversos programas e atividades da Atenção Básica, assim como questões relativas aos demais níveis de complexidade, referência e contra-referência. Verifica-se cadastros, prontuários, documentações dos programas, fichas de notificação.

- Resultado: contempla mudanças verificadas no estado de saúde da população, através da análise da evolução dos indicadores epidemiológicos e do Pacto da Atenção Básica, além da realização de entrevistas com pacientes de forma a validar as informações da fase analítica. (Brasil, 2004)

Na Fase Operativa, o Ministério da Saúde também ressalta alguns aspectos tais como:

- Documentos (que deverão ser analisados in loco): BPA – Boletim de Produção Ambulatorial; Ficha Clínica de Atendimento Individual; Comprovantes de Atendimento (livros, planilhas); Nível de Organização dos Processos de Trabalho e Encaminhamento da Unidade Básica de Saúde; Cadastro das Equipes do PSF – Programa Saúde da Família.

- Aspectos relativos com a entrevista com os usuários do SUS

- Instrumentos de Gestão: Fundo de Saúde; Conselho Municipal de Saúde; Plano Municipal de Saúde; Relatório de Gestão; Adesão ao Pacto de Indicadores da Atenção Básica; Controle e Avaliação; Ações de Vigilância Sanitária; Ações de Epidemiologia.(Brasil,2004). O Ministério da Saúde assegura que o papel da auditoria é de verificar se houve alteração nos atos legais que criaram esses instrumentos, verificar a estrutura administrativa para operacionalização dos mesmos, o funcionamento e desenvolvimento das ações de saúde. (Brasil, 2004)

4.- Qualidade da Assistência de Enfermagem

A questão da qualidade da assistência em enfermagem teve seu início com Florence Nightingale, na Inglaterra no século passado, enfermeira inglesa, pioneira que implantou o primeiro modelo de melhoria contínua da qualidade em saúde, em 1854, fundamentada em dados estatísticos e gráficos. Não bastasse sua atuação brilhante em prol dos seus semelhantes, ela delineou o universo da atuação da enfermagem, propondo regras de condutas e ações para os profissionais (MATSUDA, 2002).

Na década de 80, Trevizan (1988) ressaltava que na prática do exercício profissional, o enfermeiro ainda realiza cuidados rotineiros, pautados no cumprimento de ordens médicas, nas exigências e normas ditadas pela alta gerência, deixando em segundo plano o uso da administração para alcançar os objetivos da assistência de enfermagem. O exercício da função administrativa centralizada na assistência ao paciente, direcionado para a compreensão e conhecimento do paciente como pessoa e de suas necessidades específicas deve orientar as ações do enfermeiro na implementação de um método para sistematizar e organizar a assistência de enfermagem.

A enfermagem evoluiu, e o processo de trabalho também. Atualmente, vivenciamos uma prática da enfermagem que acredita na Sistematização da Assistência de Enfermagem como um caminho para a realização do cuidado e da gerência (GALANTE, 2005). O uso de metodologia de assistência de enfermagem

na prática profissional garante a qualidade da assistência de enfermagem, pois, por meio das anotações na prescrição e evolução de enfermagem, todos os membros da equipe de saúde e de enfermagem tomam ciência das decisões, ações e resultados obtidos com os cuidados prestados para cada um dos pacientes internados (POTTER; PERRY, 1996).

A sistematização da assistência de enfermagem é uma ferramenta fundamental para que a equipe desenvolva seu trabalho com qualidade. Ao prestar uma assistência de enfermagem com qualidade o enfermeiro deve ter claro que a qualidade não é uma meta, um objetivo a ser alcançado, mas, sim, representa um processo contínuo na busca de aperfeiçoamento, tendo como foco a prestação de serviço que atenda cada vez melhor a clientela que dele se utiliza (SILVA, 1994). Os enfermeiros devem ficar atentos quanto à sua responsabilidade profissional frente a ausência das prescrições de enfermagem, que carrega problemas de cognição, de ordem ética e legal. O problema aparece porque o enfermeiro delega sua atribuição ao pessoal auxiliar sem competência técnica para assumi-la (FRANCISCO, 1990).

Segundo a Lei 7.498/98, do exercício profissional de Enfermagem, em seu artigo 11, uma das atividades privativas dos enfermeiros é a elaboração da prescrição de enfermagem que compõe uma das etapas do processo de enfermagem (COFEN, 2010). Assim, acredita-se que a análise da prescrição de enfermagem possibilitará uma reflexão e ação que irão impulsionar o aprendizado e modificar a realidade apresentada. Cianciarullo et al. (2001) definem a “prescrição de enfermagem como a etapa do processo de enfermagem na qual o enfermeiro decide acerca das condutas a serem implementadas, objetivando uma assistência individualizada e de qualidade.

4.1 Papéis do Enfermeiro

As rápidas mudanças na tecnologia, no campo da medicina, nos hospitais, as alterações sócio-econômicas e as exigências crescentes da sociedade por uma melhor assistência, interfere diretamente na área da enfermagem, que busca atualizar-se para acompanhar esse desenvolvimento. Entretanto, essas mudanças têm contribuído para que os enfermeiros continuem incertos quanto ao que lhes compete, em sua prática.

Embora já existam na literatura vários estudos sobre as funções desempenhadas pelo enfermeiro, o entendimento de quais sejam elas, ainda é muito diversificado principalmente quando se referem às funções assistenciais ou administrativas. O próprio profissional não consegue, por si só, esse entendimento,

pois na maioria das vezes, é a instituição empregadora quem determina sua função (CIANCIARULLO et AL; 2001).

Os enfermeiros, durante todo o seu processo de formação, são introduzidos a um papel profissional idealizado, onde aprendem a importância do “cuidar” com base em conhecimentos científicos, como a sua principal atividade profissionais. No entanto, ao inserirem no âmbito de uma organização, depara-se com a necessidade de assumir diversas tarefas e funções, além das assistenciais, principalmente aquelas de caráter administrativo (MARQUIS, 1999).

Desde a década de 80 esse assunto é discutido e conforme Trevisan (1988), o enfermeiro aprende, durante a sua formação profissional a valorizar o cuidado individualizado, mas ao deparar-se com a prática encontra um trabalho que leva a uma conduta organizada pré-estabelecida, descaracterizando o que foi por ele aprendido. Devido à variação no preparo dos enfermeiros, acaba a instituição empregadora definindo suas atribuições de acordo, com as expectativas próprias.

Ainda contribui para essa incerteza, as diferentes áreas de atuação desse profissional. Nas unidades fechadas, por terem um número maior de enfermeiros, esses profissionais fazem diagnóstico de enfermagem e prescrevem cuidados (o que é considerado função assistencial) e nas unidades maiores, com um número menor de enfermeiros, estes desempenham, predominantemente, funções administrativas (Trevisan, 1988).

Entretanto, o fato de os enfermeiros realizarem demasiadamente atividades administrativas no seu trabalho tem causado polêmica na profissão, sobretudo devido ao seu afastamento do cuidado direto aos pacientes. O processo de trabalho da enfermagem, no modelo clínico individual, abarca o processo de trabalho do cuidar e o processo de trabalho administrar. O primeiro tem sido desenvolvido, em grande parte, pelas categorias subordinadas ao enfermeiro e o segundo se refere às atividades mais desenvolvidas pelos enfermeiros com a finalidade de organizar o processo de trabalho do cuidar e a infra-estrutura necessária para a realização desse processo (FERNANDES, 2000).

A função administrativa realizada pelo enfermeiro constitui num instrumento do seu trabalho e não um desvio de função. O profissional no seu dia-a-dia realiza junto com a sua equipe, funções de Planejamento, Organização, Direção e Controle. A execução de cada uma dessas atividades ocorre em maior ou menor frequência, mas todas estão presentes (FERNANDES, 2000).

4.2 O Processo de enfermagem como determinante da qualidade do cuidado

A enfermagem, há décadas, vem utilizando, como fundamento teórico de sua assistência, o chamado Processo de Enfermagem, constituído por um método intencionado de solução de problemas, baseado no método científico, para descrever, explicar e prever seu exercício, assim como seus resultados, com a finalidade de validar sua prática e dar à sociedade uma definição que fomente sua autonomia (BRUNNER & SUDDARTH; 2000). Esse método exige habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais dos enfermeiros, para poder satisfazer as necessidades do sistema doente/família, tendo em vista que o Processo de Enfermagem é um processo dinâmico e interpessoal que facilita o desenvolvimento do potencial de saúde que o indivíduo possui.

O Processo de Enfermagem apresenta-se como a "dinâmica de ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando assistir ao ser humano, caracterizado pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases" e é composto de seis etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição, evolução e prognóstico de enfermagem Segundo Brunner; Suddarth (2000), o processo de enfermagem compreende cinco etapas, a saber:

1. Histórico: a coleta de dados sistematicamente para determinar e identificar o estado de saúde do paciente e qualquer problema de saúde real ou potencial.

2. Diagnóstico: identificação do diagnóstico de enfermagem (problemas de saúde que podem ser controlados por intervenções de enfermagem), e problemas colaborativos.

3. Planejamento: criação de um plano de cuidados e metas para ajudar o paciente a resolver os problemas diagnosticados e alcançar as metas planejadas.

4. Implementação: execução dos planos de enfermagem por meio de intervenções de enfermagem.

5. Avaliação: determinação das reações do paciente frente às intervenções de enfermagem e da extensão em que os resultados foram alcançados.

Sabe-se que os enfermeiros, ao fazerem uso do Processo de Enfermagem, poderão fortalecer a profissão dentro do âmbito das ciências aplicadas, dando às suas ações um fundamento científico especialmente ao

considerar que o Processo de Enfermagem representa a "essência da profissão"(horta,1979). O cuidado oferecido tem embasamento científico e torna-se, conseqüentemente, de melhor qualidade (Brunner ; Suddarth, 2000).

Entendendo a importância do Processo de Enfermagem, tanto para o paciente como para o enfermeiro, destaca-se que o desenvolvimento de suas fases deve ser documentado no prontuário do paciente, salientando-se que essa atividade permite a todos os membros da equipe de saúde tomar ciência das decisões, ações e resultados obtidos com os cuidados prestados ao paciente. Os registros de enfermagem no prontuário devem incluir a declaração dos problemas freqüentemente referidos pelos pacientes, os diagnósticos de enfermagem, os tratamentos e as respostas tanto à assistência médica como à de enfermagem, expressando o reflexo da avaliação periódica do paciente (POTTER; PERRY, 1996).

4.3 Aspectos éticos e legais sobre registros de enfermagem

A legislação brasileira regulamenta a obrigatoriedade dos registros de enfermagem no Decreto nº. 50.387, de 28 de março de 1961, que regulamenta a lei nº. 2.604/55, a qual, no seu Artigo 14, inciso "c", explicita que é dever de qualquer profissional da enfermagem manter perfeita anotação nas papeletas clínicas de tudo o que se relacionar com o doente e com a enfermagem (COFEN, 2010).

No Decreto nº. 94.406, de 8 de julho de 1987, que regulamenta a Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, a qual dispõe sobre o exercício da profissão, nos Artigos 8, 11, e 12, está descrito que é de competência legal do enfermeiro, do técnico e auxiliar de enfermagem observar, reconhecer e descrever os sinais e sintomas, de acordo com a sua formação. No Artigo 14 está explicitada a incumbência dos profissionais de anotarem no prontuário toda a assistência prestada, (COFEN, 2010)

Da Resolução COFEN nº. 240/2000, que aprova o Código de Ética dos profissionais da Enfermagem e dá outras providências cabe destacar:

Art. 4º. Dos Princípios Fundamentais - O profissional de Enfermagem exerce suas atividades com justiça, competência, responsabilidade e honestidade.

Art. 6º. O profissional de Enfermagem exerce a profissão com autonomia, respeitando os preceitos legais da Enfermagem.

Art. 7º. Dos Direitos – Recusar-se a executar atividades que não sejam se sua competência legal.

Art. 16º. Das Responsabilidades – Assegurar ao cliente uma assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Art. 21º. Dos Deveres – Cumprir e fazer cumprir preceitos éticos e legais da profissão.

Esse artigo deve ser respeitado por todos os profissionais, e o enfermeiro tem a sua responsabilidade ampliada; ademais exerce a função de líder de equipe, sendo a supervisão o aspecto precípua para a qualidade do serviço.

O enfermeiro além de cumprir os preceitos da profissão, é visto como exemplo para a equipe, como referência. Assim, para que a equipe sob sua tutela atue de acordo com os caracteres de orientação, o profissional enfermeiro deve ser modelo.

Art. 64º. Das Proibições – Assinar ações de Enfermagem que não executou, bem como permitir que outro profissional assine às que executou.

Art. 71º. Dos Deveres Disciplinares – Cumprir as normas dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem.

Art. 75º. Apor o número de inscrições do Conselho Regional de Enfermagem em sua assinatura, quando no Exercício Profissional.

A Resolução COFEN nº. 191/1996 corrobora o Artigo 75, explicitando que a identificação profissional deve ser com nome, categoria, unidade federativa do conselho e número de inscrição do conselho.

Art. 80º. Das Infrações e Penalidades – Considera-se infração ética a ação, omissão ou conivência que implique em desobediência e/ou inobservância às disposições do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Art. 83º. A gravidade da infração é caracterizada através da análise dos fatos e causas do dano, suas conseqüências e dos antecedentes do infrator.

Art. 85º. As penalidades a serem impostas pelos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem. Conforme o que determina o Art. 18º, da Lei nº. 5.905, de 12 de julho de 1973, são:

I - Advertência verbal.

II – Multa.

III – Censura.

IV – Suspensão do Exercício Profissional.

V – Cassação do direito ao Exercício Profissional.

Quanto mais o trabalhador da enfermagem for consciente das suas atribuições, seus direitos e deveres e das possíveis conseqüências da problemática em potencial diante das ações profissionais, melhor será a prática da profissão, que indubitavelmente, resultará na qualidade da assistência, na satisfação da equipe e do cliente.

5. METODOLOGIA

5.1 Tipos de Estudo

Retrospectivo

Este estudo caracteriza-se por ser descritivo documental e retrospectivo. Os dados investigados não sofrerão modificações em seu teor ou essência, sendo apenas descritas as suas características, o que torna este estudo de caráter descritivo, pois Andrade (2006) são aqueles em que os fenômenos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador os manipule ou modifique.

Tendo em vista que a coleta de dados desta pesquisa deu-se através de prontuários, ela é considerada documental, método que segundo Tobar; Yalour (2001) é realizado com base em documentos guardados em órgãos públicos ou privados de qualquer natureza, ou em atas, ofícios, memorandos, cartas pessoais, diários etc.

Considerando que a instituição hospitalar selecionada para a efetivação da pesquisa, informou que no momento só dispunha de prontuários organizados referentes ao ano de 2009 em condições de análise e pesquisa, o levantamento dos dados foi retrospectivo, tendo em vista que os dados coletados foram de um período anterior ao ano em que está sendo efetivada a pesquisa. Lobiondo-Wood; Haber (2001) referem que estudos retrospectivos são aqueles em que se faz a relação de um fenômeno de interesse no presente com outro do passado.

5.2 Local do Estudo

Hospital Municipal de Codó, que é referencia no município, Codó e um município prioritário acima de 100 mil habitante segundo os dados do IBGE. Que tem 24 equipe de ESF, um NASF um CAPS e um CEU.

A Pesquisa foi desenvolvida no período de janeiro a Julho de 2010. No Hospital onde tem 80 leitos que são distribuídos em clinica medica, cirúrgica, ortopédica e pediátrica e não tem UTI, nesse período foi avaliado 1.264 prontuários foi tirando uma de 253 para pesquisa.

5.3 População do Estudo

1.264 Prontuários

A amostra foi composta por prontuario dos pacientes que firaram internados na clinica medica no periodo de janeiro a julho de 2010,no total de 1264.

Quadro 1-Pacientes internados de janeiro a julho de 2010

MÊS	Nº DE INTERNAÇÕES
Janeiro	200
Fevereiro	200
Março	189
Abril	213
Maio	228
Junho	234
TOTAL	1.264

Hospital Municipal. Codó-MA, 2010

Instrumentos de coleta de dados

Foi elaborado um instrumento adaptado de Francisco (1990) para a coleta de dados. O mesmo visa identificar a existência e qualidade dos registros de Enfermagem, sendo dividida em duas partes, a primeira parte destinada a identificação da anotação dos dados de identificação do paciente e impressos pertinentes aos cuidados clínicos do paciente. Foi composto de 3 (três) itens, caracterizados pelos seguintes dados: preenchimento dos dados de identificação do paciente, data da internação, número do registro; à constatação da assinatura do profissional, presença de rasuras, qualidade dos registros (completos ou incompletos).

A segunda parte contém 9 (nove) quesitos relacionados à avaliação da assistência de enfermagem, abordando questões relativas à qualidade dos registros de enfermagem e aplicação do processo de enfermagem. Também nesta etapa será avaliada a qualidade dos registros, se são completos ou incompletos, presentes e ausentes.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Subsidiados na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, publicada no Diário Oficial da União de 10/10/1996, será explicitado à instituição onde será efetivada a pesquisa, os objetivos da mesma, sendo solicitado a aceitação através de um termo de solicitação para coleta de dados, sendo para isso elaborado o termo de fiel depositário.

5. DISCURSSÃO:

Com relação análise dos prontuários, o gráfico mostra que o numero de exames anexos em prontuários.

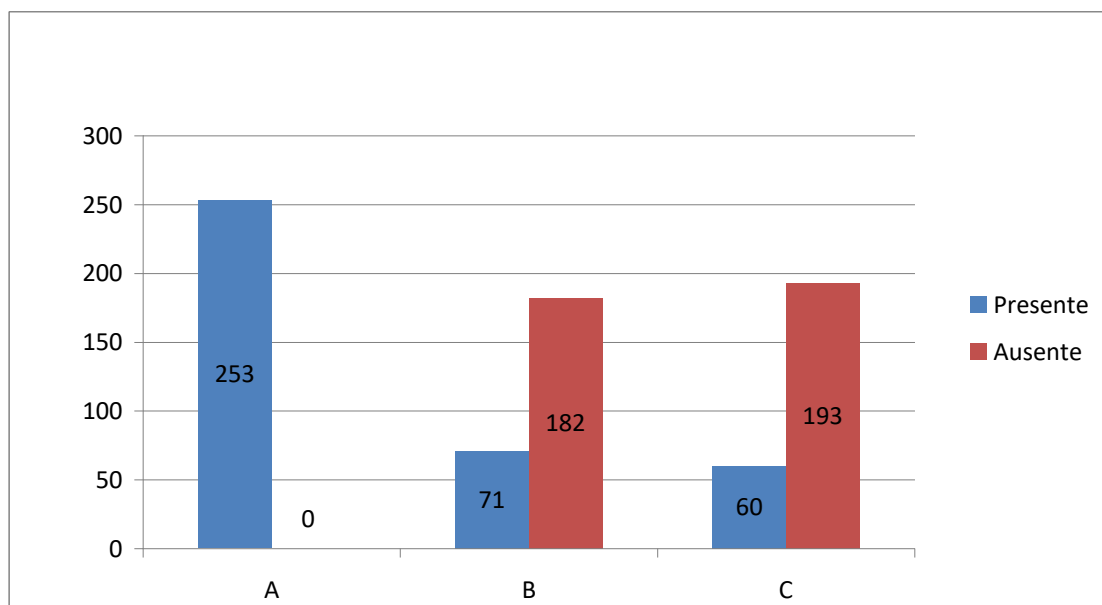


Gráfico-1 destruição

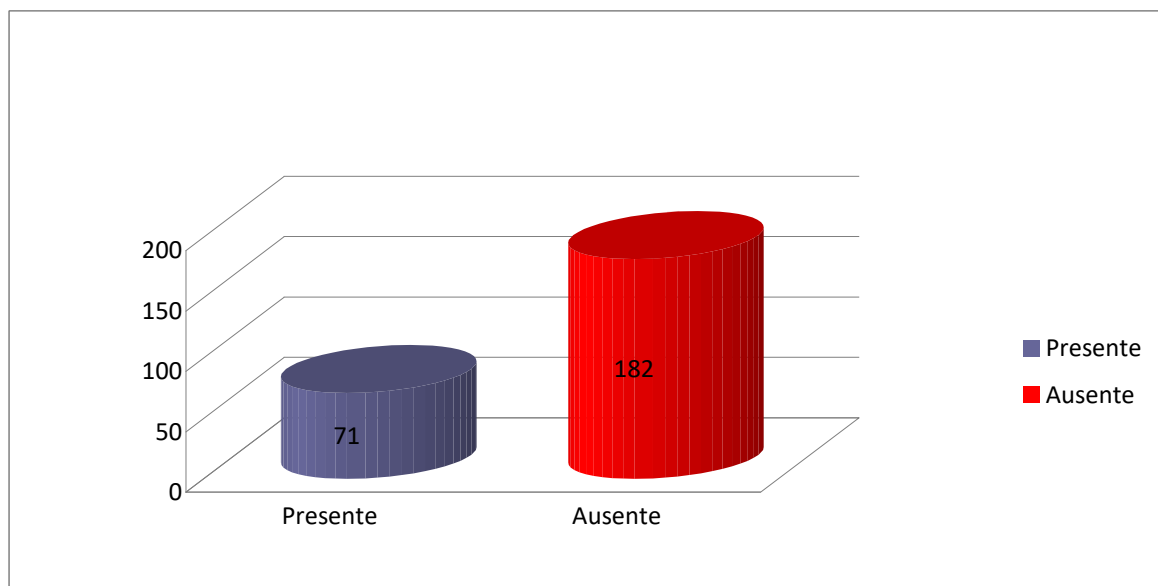
Hospital Municipal. Codó-Ma ,2010

Em No item A – **Sobre os registros dos dados de identificação do paciente.** Constatou-se que todos os prontuários (253 - duzentos e cinquenta e três) foram preenchidos corretamente em conformidade com acordo com os critérios estabelecidos: nome, idade, sexo, dia da internação, número do prontuário, diagnóstico, avaliador, leito e clínica.

Galante (2005) cita que o registro correto dos dados de identificação do paciente são importantes para uma futura internação e para que a instituição e a equipe tenham respaldo legal, pois o prontuário é composto por impressos padronizados e ordenados, elaborados pela equipe multiprofissional, onde são registrados os dados da assistência prestada ao paciente pelos serviços de saúde.

Em relação ao item B – Identificação dos profissionais do registro do profissional no prontuário segundo o COFEN.

De acordo com as formas que os profissionais se identificaram nos prontuários analisados:



FONTE: Hospital Municipal. Codó-Ma ,2010.

Apenas 71 (setenta e um) estavam em conformidade com os padrões exigidos pelo COFEN, uma vez que estavam identificadas com o nome completo, a categoria, a especificação do conselho, a unidade federativa e o número de inscrição, enquanto 182 (cento e oitenta e dois) as informações estavam ausentes.

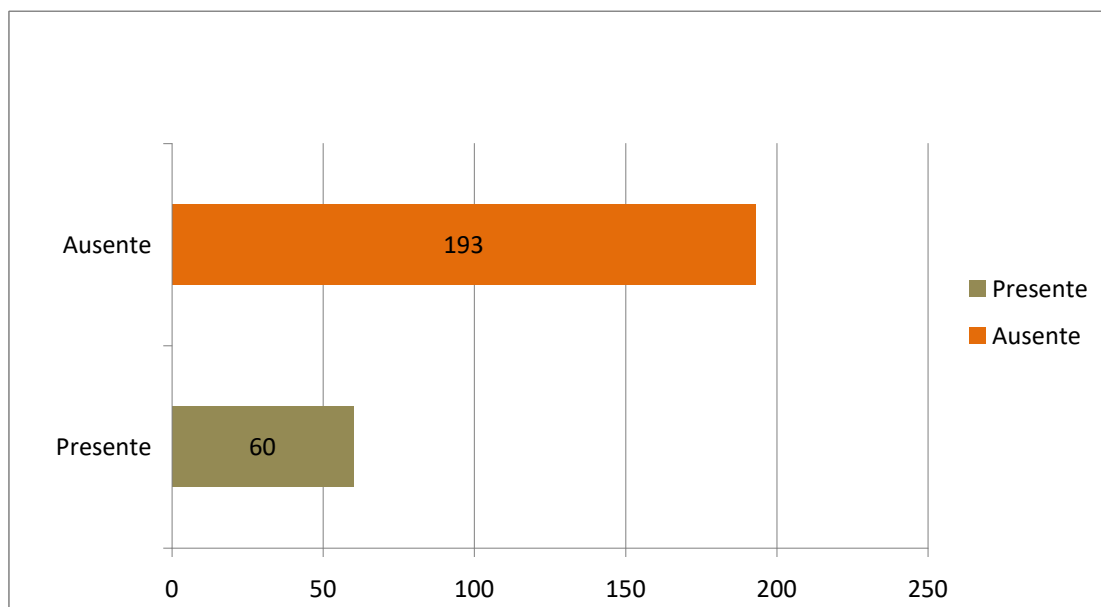
Esses achados são preocupantes, uma vez que é imprescindível que os profissionais da enfermagem despertem para a consciência de que ao registrarem uma ação laboral, estão consumando um ato profissional, que contempla responsabilidades e deveres. Frente aos dados em que a maioria dos prontuários está sem identificação correta, esses documentos apresentam-se como falhos, sem consistência perante as questões jurídicas. Os profissionais devem adotar o uso do carimbo, como uma ferramenta de trabalho, que contribui para a qualidade do relatório, proporcionando a ele autoridade e confiabilidade.

Na Resolução COFEN nº 191/96 no seu Artigo 2ª e 3º - A anotação do número de inscrição do pessoal de enfermagem é feita com a sigla COREN, acompanhada da sigla da Unidade da Federação onde está sediado o Conselho Regional, seguida do número de inscrição e da indicação da categoria da pessoa, separados os elementos por hífen. O Artigo 7º diz que a inobservância do disposto

na presente Resolução submeterá o infrator às normas contidas no Art. 93, do Capítulo VIII, da Aplicação das Penalidades, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem - Resolução COFEN-160/93 (COFEN, 2010)

No item C – **existência de rasuras no prontuário**

Gráfico 3 mostra a rasuras no prontuário

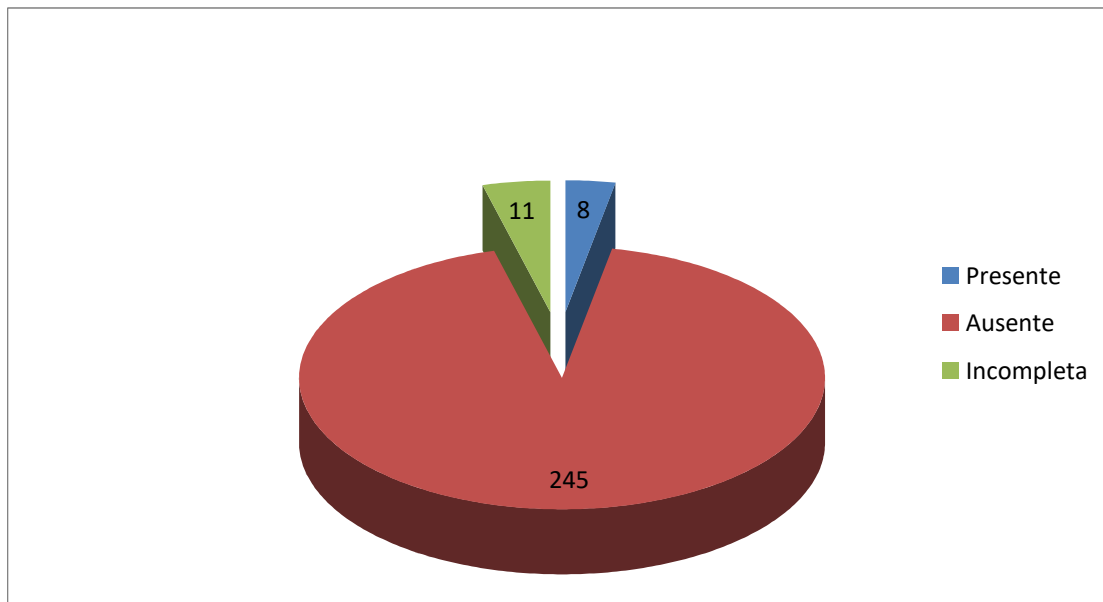


FONTE: Hospital Municipal. Codó-Ma ,2010.

60 (sessenta) prontuários estavam rasurados, dentre os quais foram encontrados emprego de corretivos líquidos e sólidos, de riscos sobre palavras, de rabiscos sobre toda a anotação de um período, comprometendo a confiabilidade e a estética do relatório.

Para Francisco (1990), o prontuário não pode conter rasuras porque ele reúne toda a sua documentação, devidamente identificada, serve de comprovante legal da assistência de enfermagem, apresenta subsídios à avaliação dessa assistência e oferece informações indispensáveis ao desenvolvimento do ensino e da pesquisa. Os trabalhadores da área em questão devem compreender que a qualidade e a fidedignidade dos relatórios são úteis, não apenas para os clientes ou para a instituição, mas, sobretudo, para o respaldo da prática profissional, como documentos úteis para a defesa profissional, os quais não podem de forma alguma se encontrarem rasurados ou ilegíveis, estando também a caligrafia diretamente ligada à qualidade dos relatórios (GALANTE, 2005).

O gráfico 4 mostra em síntese os resultados obtidos na segunda etapa: Avaliação da Assistência de enfermagem.



FONTE: Hospital Municipal. Codó-Ma ,2010.

8 (oito) prescrições estavam completas, com exame físico, descrição das alterações físicas, principais queixas, 11 (onze) prescrições estavam incompletas, através das quais não se pode conhecer as condições gerais do paciente, além da ausência de prescrições em 234 (duzentos e trinta e quatro) prontuários.

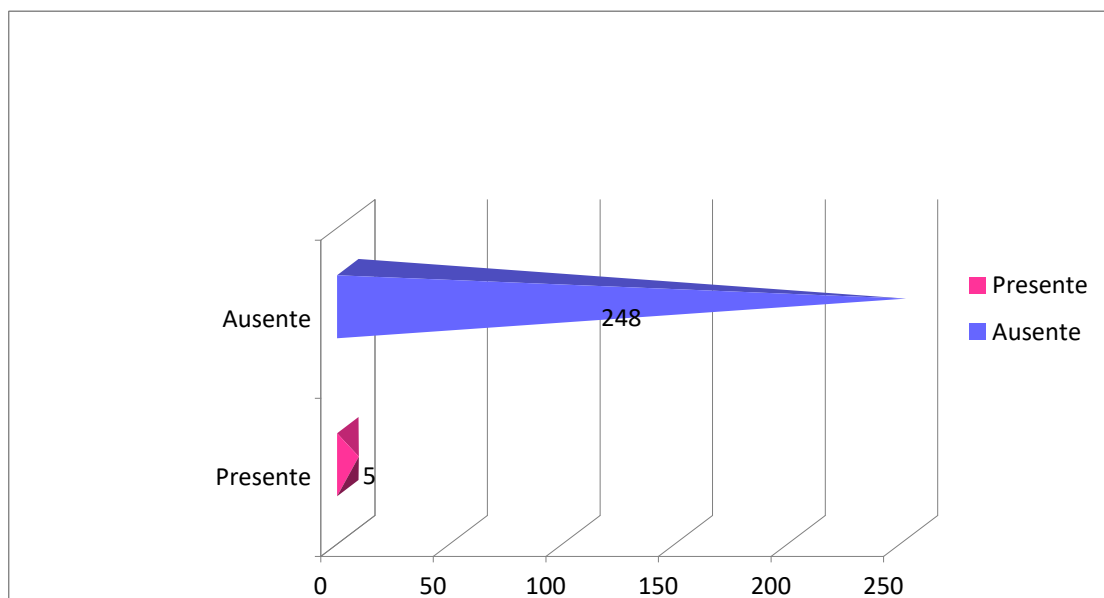
Acredita-se que o preenchimento incompleto se dá pelas dificuldades assistenciais e administrativas do processo de trabalho; as dificuldades assistenciais são decorrentes do estado de saúde do paciente que necessitam de cuidados e monitorização constantes. As administrativas dizem respeito, à falta de recursos humanos para prestar assistência de enfermagem segura. Além da constante superlotação do setor, que exige do enfermeiro tempo, conhecimento e desenvoltura para proporcionar condições necessárias para prestar uma assistência de enfermagem adequada ao paciente.

Segundo Cianciarullo (2001), a prescrição de enfermagem é definida como uma etapa do processo de enfermagem onde o enfermeiro decide sobre as condutas a serem implementadas, com o objetivo de proporcionar uma assistência individualizada e de qualidade.

Segundo a Lei nº. 7.498/98, do exercício profissional de enfermagem, em seu Artigo 11, uma das atividades privativas do enfermeiro é a elaboração da prescrição de enfermagem, que compõe uma das etapas do processo de enfermagem (COFEN, 2010). Anotação de enfermagem é o registro ordenado das condições do cliente no contexto bio-psicoespiritual dos fatos ocorridos, da assistência prestada ou da observação dispensada, devendo a sua redação ser

elaborada logo após a observação ou a intervenção ter sido realizada, retratando fidedignamente o evento (GALANTE, 2005). No que se refere prescrição a enfermagem de acordo com a patologia verificou-se que.

Gráfico 5 de acordo com a patologia



FONTE: Hospital Municipal. Codó-Ma ,2010.

Verificou-se que em 248 (duzentos e quarenta e oito) prontuários esse fato não acontece.

Tal resultado demonstra tamanha deficiência ou mesmo inexistência na aplicação do processo de enfermagem. Alfaro-Lefevre (2005) ressalta ser de extrema importância a observação dos princípios dos sistemas de registros efetivos, E sobre os quais decorre realizado de forma a se adaptarem aos tipos de problemas demonstrados pela população de pacientes da instituição e guiarem os enfermeiros no registro dos aspectos-chaves dos cuidados dos pacientes, refletir o uso do processo de enfermagem e serem válidos perante lei; diminuir a documentação duplicada e registros irrelevantes, aumentar a qualidade dos registros de enfermagem e otimizar o tempo gasto para registrar, serem elaborados de forma que dados essenciais do paciente possam ser obtidos com facilidade, proporcionando assim melhoria na comunicação, na avaliação, na pesquisa e na qualidade. Por sua vez, Souza ET AL,(2001), é o resultado do julgamento das ações identificadas durante a entrevista e o exame físico de enfermagem. Esse processo sofre uma realimentação contínua com a realização diária do exame físico.

Sobre os registros de enfermagem na dimensão dos cuidados biológicos,

Os sinais vitais completos como pressão arterial, temperatura, frequência respiratória, frequência cardíaca e pulso são dados essenciais no relatório do paciente, pois fornecem informações a respeito do estado de saúde e sua respectiva evolução.

Ressalta-se o conceito de prescrição de enfermagem é o definido por Horta (1979), que consiste em um roteiro diário que coordena as ações de enfermagem no desempenho do cuidado e atendimento das necessidades humanas básicas e específicas do ser humano, e representa uma das etapas do processo de enfermagem.

Segundo Iyer et AL,(1993) consideraram-se alguns critérios dos registros de enfermagem, que, acredita-se, abordam aspectos fundamentais para descrever os dados relacionados com o paciente no prontuário, quanto à forma, apresentação e especificidade do conteúdo conforme descritos a seguir:

1. Realizado de modo objetivo, sem preconceito, valores, julgamentos ou opinião pessoal. Informações subjetivas fornecidas pelo cliente, seus familiares ou outros membros da equipe da saúde devem ser consideradas, utilizando-se aspas para esses tipos de informações;

2. Descrições ou interpretações de dados objetivos devem ter apoio em observações específicas e concretas da situação do cliente;

3. Devem ser evitadas generalizações, inclusive termos vagos, como "bom", "regular", "comum", "normal". Tais descrições tornam-se abertas a múltiplas interpretações baseadas na ponte de referência do leitor;

4. Os achados devem ser descritos do modo mais completo possível, o que inclui a definição de características como forma, tamanho, cor, textura e temperatura, especificando os dados de modo concreto e objetivo;

5. Documentar os dados de modo claro e conciso, evitando informações supérfluas, frases longas e ausentes de referências coerentes;

6. Escrever de modo legível, com tinta indelével. Os erros na documentação devem ser corrigidos de modo a não ocultar o registro inicial. O método comumente utilizado inclui o traçado de uma linha sobre o item incorreto, a escrita de "registro incorreto", e a efetivação do registro. O uso de corretores,

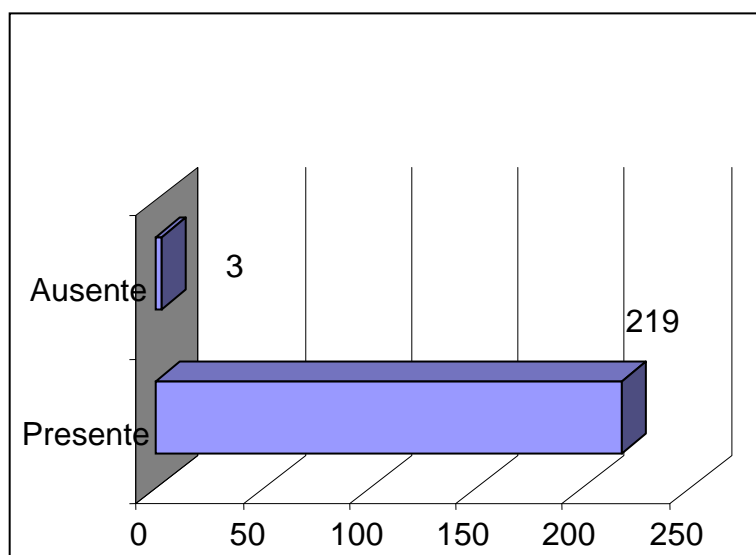
borrachas ou linhas cruzadas para ocultar o registro não é permitido, por suas implicações legais;

7. O registro deve estar gramatical e formalmente correto. O enfermeiro deve incorporar somente aquelas abreviações aprovadas no local de trabalho específico. Termos como gíria, clichês e rótulos devem ser evitados, a não ser no contexto de uma citação direta do cliente/familiar.

Em tratamento da qualidade dos registros dos cuidados invasivos.

Verificou-se a presença de registros datados em 219 prontuários, sendo a maioria registrada por auxiliares ou técnicos de enfermagem. Trinta e sete (37) prontuários, com registros ausentes.

Gráfico 8



FONTE: Hospital Municipal. Codó-MA, 2010.

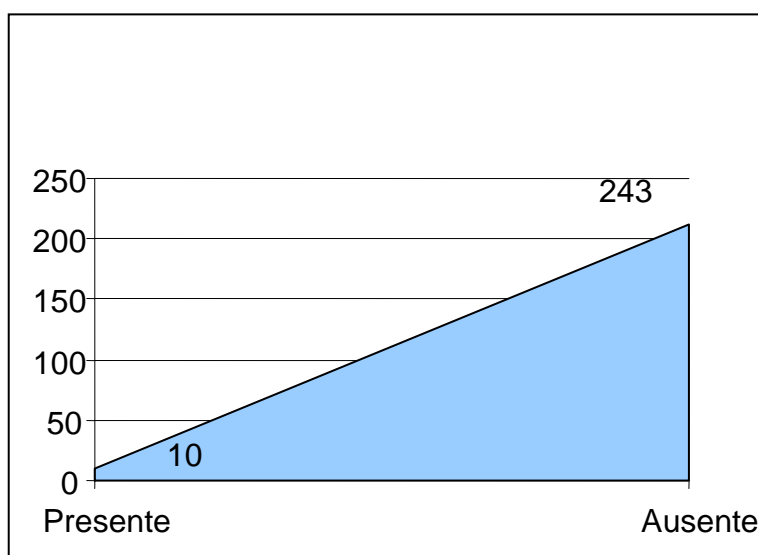
Verificou-se nesse item, a presença de registros datados em 219 (duzentos e dezenove) prontuários, a maioria sendo registrados por auxiliares ou técnicos de enfermagem. Três (03) prontuários com registros ausentes.

A enfermagem produz, diariamente, muitas informações inerentes ao cuidado dos pacientes. É possível estimar que ela seja responsável por mais de 50% das informações contidas no prontuário do paciente. Entretanto, compilar essa massa de informação, que cresce em progressão geométrica nos protocolos e registros manuais, torna ineficiente o gerenciamento para uma tomada de decisão racional e objetiva por parte dos enfermeiros. (GALANTE, 2005).

Tem-se observado que os registros no prontuário do paciente são realizados, não só pelos enfermeiros, mas também pelos auxiliares de enfermagem,

por meio de observações baseadas no estado geral do paciente e nas informações médicas. Por outro lado, há perdas no registro de informações dos prontuários, na maioria dos hospitais. Some-se a isso, a ocorrência de falhas nos mecanismos de armazenamento desses prontuários, gerando dificuldades quando se procura recuperar dados para fins de pesquisa e análise. O registro das ações de enfermagem no prontuário é um instrumento de grande significado na assistência de enfermagem, sendo indispensável para a adequada prestação do cuidado ao paciente (MARIN, 1995).

Gráfico- 9 Prescrição descritiva nos plantões.

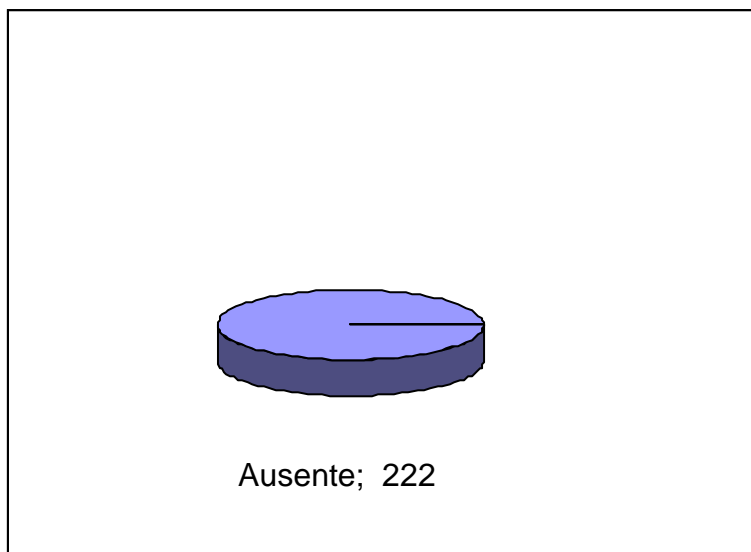


FONTE: Hospital Municipal. Codó-Ma ,2010

Verificou-se somente 10 (dez) prontuários haviam prescrições descritivas, sendo nos demais, inexistentes.

Esse indicador demonstra a falta de preocupação da parte dos enfermeiros em elaborar prescrição diária do paciente, o que demonstra credibilidade e valorização da profissão. Para Alfaro-Lefevre (2005), o processo de enfermagem é um método sistemático de prestação de cuidados humanizados que visa à obtenção de resultados desejados de forma otimizada. É sistemático por possuir cinco passos: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. É humanizado por basear-se na crença, de que a medida que planejamos e proporcionamos cuidados, devemos considerar exclusivamente os interesses, os ideais e os desejos do consumidor do atendimento de saúde.

Com relação as evidências dos cuidados nos registros de Enfermagem.



FONTE: Hospital Municipal. Codó-Ma ,2010

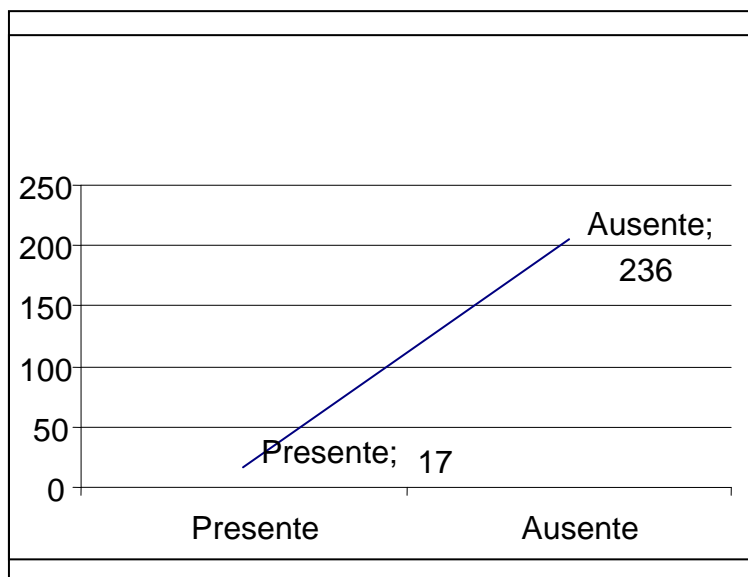
Constatou-se que em nenhum prontuário havia anotações sobre a prestação de cuidados de enfermagem.

É entendido por anotação de enfermagem o registro das intervenções logo após a sua execução, descrevendo a técnica adotada, as características observadas, os materiais e as soluções utilizadas. É pontual e pode ser realizada por qualquer profissional do corpo de enfermagem (GALANTE, 2005).

Analisou-se que os fatores dificultadores para realização desse item são o processo de trabalho, o número insuficiente de enfermeiros exclusivos e a deficiência de suportes e subsídios científicos. O processo de trabalho do enfermeiro em um hospital público é ainda mais intenso, uma vez que tem que exercer as suas atividades de assistir o paciente, de gerenciar a assistência, supervisionar os funcionários, favorecer situações de educação continuada, empreender um clima harmonioso e cooperativo entre a equipe de enfermagem e entre diversos profissionais da equipe de saúde e a família. GALANTE,(2005)

Silva (1994) acredita que o enfermeiro deve modificar suas concepções e deixar de ser aquele que busca apurar e registrar falhas, penalizando os culpados e agir como líder da equipe de enfermagem, procurando descobrir e eliminar falhas, estimulando a participação do pessoal na solução dos problemas e na melhoria contínua dos processos de trabalho, desenvolvendo as pessoas de sua equipe.

Registro descritivo de transferência, alta ou óbito.



FONTE: Hospital Municipal. Codó-Ma ,2010

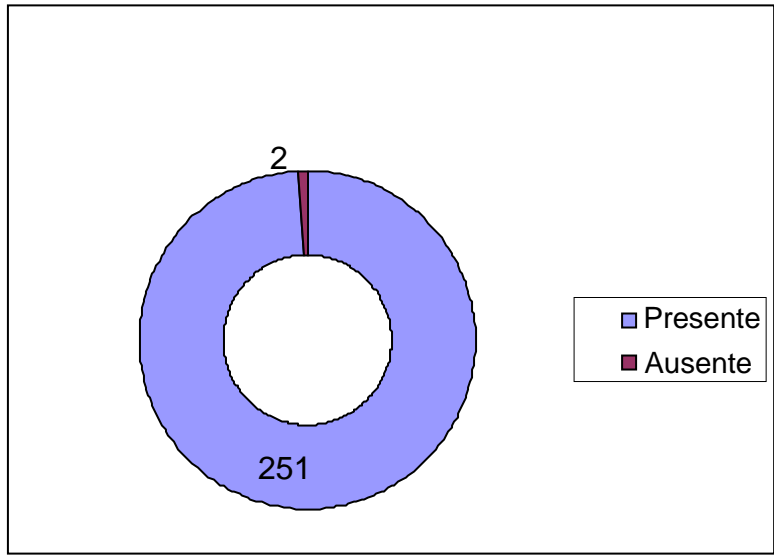
Encontrou-se apenas 17 (dezessete) prontuários com essas anotações presentes, sendo 236 (duzentos e trinta e seis) tidos como ausente.

A evolução de enfermagem é uma das etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem, elaborada privativamente pelo enfermeiro. Ela expressa avaliação global da execução da prescrição de enfermagem em comparação à resposta clínica do cliente submetido às terapias medicamentosa e procedimental, sendo primordial conhecer o conteúdo das anotações e das evoluções anteriores para a alta hospitalar (GALANTE, 2005)

Julga-se que o valor desse item reporta-se a um ponto vulnerável na organização da sistematização da assistência de enfermagem que é a inexistência de protocolos de cuidados que direcionem a prática da enfermagem.

Aprazamento e checagem das medicações administradas pela equipe de Enfermagem.

251 prontuários com as medicações checadas, sendo a maioria feitas por auxiliares ou técnicos de enfermagem e 2 (dois) prontuários com a checagem ausente. A representação escrita do labor da enfermagem é de fundamental importância e está envolvida com a sistematização da assistência (GALANTE ,2005).



FONTE: Hospital Municipal. Codó-Ma ,2010

Francisco (1990) considera a anotação dos cuidados de enfermagem um meio fundamental que se dispõe para controlar e avaliar a assistência prestada.

7- CONCLUSÃO

Diante do exposto, considera-se que, a partir dos resultados encontrados nesse estudo conclui-se que o processo de auditoria em enfermagem tem como finalidade identificar erros, acertos, progressos e paralisações no desenvolvimento das atividades de enfermagem, viabilizando a tomada de decisões quanto à manutenção, ao aprimoramento e ao redirecionamento dos respectivos operacionais, tecnológicos e gerenciais.

Existe defasagem entre teoria e prática, fato legitimado pela dicotomia entre os conhecimentos teóricos da formação de enfermagem quer seja à nível de graduação ou técnico e os registros de enfermagem identificados na instituição investigada, caracterizado pelo déficit da qualidade dos mesmos, tendo como consequência o comprometimento das informações prestadas sobre os cuidados efetivados. A ausência de registros desvaloriza a documentação impedindo a defesa jurídica da instituição e de seus profissionais. As incorreções e omissões dos registros de enfermagem verificadas nos prontuários geram problemas cognitivos, éticos e administrativos (GALANTE, 2005). O controle da qualidade é um instrumento valioso para determinar a qualidade da prática assistencial. É a partir da monitorização da prática assistencial que poderemos visualizar as situações favoráveis e desfavoráveis, afim de reforçar os padrões considerados alcançados e para modificar ações quando houver diferenças entre os padrões estabelecidos e os encontrados pela auditoria. A partir da inexistência da auditoria de enfermagem no programa gerencial da instituição, torna-se evidente o problema da administração da qualidade nos serviços dirigidos por enfermeiros. Modificar o processo de trabalho e o comportamento dos enfermeiros e equipe frente às situações diagnosticadas é um grande desafio. Este é passível de ser vencido, com decisão política de aceitar e incorporar como situações a serem solucionadas e esforço coletivo das pessoas envolvidas voltadas para o equacionamento das dificuldades. A auditoria de enfermagem aplicada aos prontuários de pacientes internados revelou que predomina a assistência de enfermagem ineficaz. A realização deste estudo veio confirmar a importância da implantação de uma auditoria de enfermagem em um hospital público e possibilitou compreender que a avaliação deve ser um processo contínuo e dinâmico, necessária para a análise das ações de enfermagem, o que otimizará a realização de mudanças nos processos de gestão, na orientação das atividades de aperfeiçoamento de recursos humanos, na identificação das dificuldades no processo de cuidar e estratégias de resolução de problemas, assim

como, promove a qualidade do cuidado de Enfermagem, redução de custos e impacto positivo sobre a gestão de Enfermagem e hospitalar como um todo. Desta forma, esperamos que este estudo seja um estímulo para que outros desta natureza sejam desenvolvidos no sertão central do Ceará, fato que contribuirá para uma reflexão quanto ao saber/fazer dos enfermeiros, para melhorar a qualidade dos registros e dos cuidados de Enfermagem.

8- REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**. 5. ed. São Paulo: Artmed, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de normas de auditoria do Ministério da Saúde**. Brasília, 1998.

BRASIL. **Manual para organização da atenção básica**. Brasília, 1998.

BRASIL. **Orientações para proceder auditoria na atenção básica**. Brasília, 2004.

BRUNNER ; SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. cap. 3, p. 21-34.

CHERUBIM, N. A. **Fundamentos de administração hospitalar**. São Paulo: Sociedade Beneficente São Camilo, 1976.

CIANCIARULLO, T. I. et al. **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001.

COFEN. **Legislações**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>. Acesso em: 25 jun. 2007.

FERNANDES, M. S. **A função do enfermeiro nos anos 90: réplica de um estudo**. 2000. 215 f. mestrado em saúde pública – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

FRANCISCO, M. T. R. **Auditoria em enfermagem: padrões, critérios de avaliação e instrumentos**. Rio de Janeiro, 1990.

GALANTE, A. C. **Auditoria hospitalar do serviço de enfermagem**. Goiânia: AB, 2005.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

INNOCENZO, M et al; **Indicadores, auditorias, certificações:** ferramentas de qualidade para gestão em saúde. São Paulo: Martinari, 2006.

JOHNSON, A. C.; SCHULZ, R. **Administração de hospitais.** São Paulo: Pioneira, 1979.

KURCGANT, P. **Administração em enfermagem.** São Paulo: EPU, 1991.

MARIN, H. F. **Informática em enfermagem.** São Paulo: EPU, 1995.

MARQUIS, B. L.; HUSTON C. J. **Administração e liderança em enfermagem:** teoria e aplicação. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

MATSUDA, L. M. **Satisfação profissional da equipe de enfermagem na UTI adulto:** perspectivas de gestão para a qualidade da assistência. 2002. 244 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

MONTE, C. M. do. **Ensaio prático sobre auditoria fiscal:** uma experiência no estado do Ceará. Fortaleza, 1999.

MOTTA, A. L. C. **Auditoria de enfermagem nos hospitais e operadoras de saúde.** São Paulo: Iátria, 2004.

NETO, A. Q. et al. **Administração da qualidade e acreditação de organizações complexas.** Porto Alegre: Editora, 2004.

PAIM, Lygia. **Sistema de registros de enfermagem:** plano assistencial e presença de enfermagem. Brasília, 1976.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Grande tratado de enfermagem prática.** São Paulo: Tempo, 1996.

RIBEIRO, C. M. **Auditoria do serviço de enfermagem.** Rio de Janeiro, 1972.

RIOLLINO, A. N.; KILUKAS, C. B. V. **Relato de experiências de enfermeiras no campo de auditoria do prontuário: uma ação inovadora.** São Paulo; 2003.

SILVA, S. H. da. **Controle da qualidade assistencial em enfermagem: implementação de um modelo.** 1994. 182 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

SOUZA, T. M. et al. **Prescrição de enfermagem.** 2. ed. São Paulo: Ícone,

TREVISAN, M. A. **Enfermagem hospitalar: administração e burocracia.** Brasília, 1988.

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AUDITORIA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM
SAÚDE

Paciente (Iniciais): _____ **Nº do Registro:** _____ **Clínica:** _____
Enfermaria/Leito: _____ **Sexo:** _____ **Idade:** _____ **Data da**
Internação: ___/___/___ **Diagnóstico:** _____ **Avaliador:** _____
Data da Alta: ___/___/___

Critérios de Avaliação: (1). Completo (2). Incompleto (3). Presente (4). Ausente

1- EXAME DO PRONTUÁRIO

<i>Dados de Identificação</i>	<i>Critérios de Preenchimento</i>	<i>Avaliação</i>
A – Os dados de identificação do paciente estão corretos?	Considerar nome, idade, sexo, dia da internação, nº do prontuário, diagnóstico, avaliador, leito, clínica.	
B – Identificação dos profissionais está de acordo com os padrões do COFEN?	Considerar nome completo, categoria, especificação do conselho, unidade federativa, e número de inscrição.	
C – Existem rasuras no prontuário?	Considerar anotações borradas, rasgadas ou presença de corretivos.	

2- AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

<i>Dados de Identificação</i>	<i>Crerios de Preenchimento</i>	<i>Avaliação</i>
A – A primeira prescrição é feita pelo mesmo enfermeiro (a) que admitiu?	Checar o horário que o paciente foi admitido	
B – A prescrição de admissão permite conhecer as condições gerais do paciente?	A prescrição de admissão revela que o (a) enfermeiro (a) realizou o exame físico e descreveu as principais alteraões físicas, descrevendo as queixas principais.	
C – A prescrição de enfermagem indica cuidado individual de acordo com a patologia e necessidade?	A prescrição foi elaborada de forma individualizada e acompanhando as necessidades do doente.	
D – Há registro de higiene corporal diária?	Há checagem, registro ou orientação de realização de higiene corporal pelo menos uma vez ao dia.	
E – Há registro de sinais vitais?	Existir controle de sinais vitais completos (pressão arterial, freqüência cardíaca, pulso, temperatura e freqüência respiratória)	
F – Os procedimentos invasivos estão registrados e datados?	Há registros e datas que os procedimentos invasivos foram realizados pela equipe de enfermagem e médica	
G – Há pelo menos uma prescrição descritiva em cada plantão?	Haver em cada turno pelo menos uma prescrição de enfermagem, referentes às condições geris do paciente.	

H – As anotações evidenciam a prestação de cuidados de enfermagem?	As anotações de enfermagem são claras, concisas, relatam a execução de atendimento ao cliente.	
I – Existe anotação descritiva de transferência, alta ou óbito?	Devem estar explícitos as informações quanto ao estado do paciente quanto à alta, transferência e óbito	
J – As medicações foram checadas?	Verificar na prescrição médica se todos os horários correspondentes a medicações foram checados.	

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AUDITORIA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM
SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Avaliar a qualidade dos registros de enfermagem em prontuários hospitalares visão da auditoria.

Ilmo. (a) Sr. (a) Diretor (a) do Hospital Geral Municipal,

Venho por meio deste solicitar a V.S.^a autorização para coletar dados no Arquivo desta, visando identificar a freqüência dos registros de enfermagem nos prontuários dos pacientes, fazendo desta forma uma análise literária sobre auditoria em enfermagem, contextualizada a prática vigente na instituição.

A escolha do Hospital Geral Municipal se deu pelo fato do mesmo ser o mais antigo estabelecimentos público de saúde deste município, além de atender às cidades vizinhas, funcionando como referência para a região.

Asseguramos que esta pesquisa não envolve riscos de natureza física, psicológica ou moral para os funcionários que comporem a amostra da mesma.

O Senhor poderá retirar a instituição da pesquisa a qualquer momento sem constrangimentos, e em caso de dúvida, por favor, entre em contato comigo: Maria Santana Soares Barboza e Graziela B. Pólo RG nº. 57477996-5 - SSP-MA pelo fone: (98) 8154-9954, Certa de vosso apoio antecipadamente agradece.

Codó (MA), ____ de _____ de 2010.

Eu _____ e _____

Assinaturas das Pesquisadoras esclarecidas autorizam a realização da pesquisa no Arquivo do Hospital Geral Municipal.

Assinatura da Diretora do H.G.M.

Larissa de Sousa Barros

ANEXOS

