

AUDITORIA DE ENFERMAGEM – UM ESTUDO NA ENFERMARIA PEDIÁTRICA

SEIXAS, R. S.¹; VIANA, R. B.²; SILVA, L. R.³

AUDITING OF NURSING - A STUDY IN THE PEDIATRIC INFIRMARY

Resumo

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo e exploratório com objetivo de analisar a qualidade da assistência de enfermagem em uma Enfermaria Pediátrica através da Auditoria Retrospectiva. A coleta de dados baseou-se na análise do prontuário de um paciente a partir de um check list elaborado para obter dados referentes ao prontuário analisado, seguindo critérios estabelecidos como: C – completo; I - incompleto; NP – não preenchido. Os resultados demonstraram que diversas informações essenciais ao cuidado do paciente não se encontravam registradas no prontuário, ou estavam registradas de forma incompleta. Conclui-se que existem falhas nos registros dos cuidados realizados pela enfermagem sendo uma função do enfermeiro como líder de equipe transmitir e conscientizar a equipe de enfermagem da importância dos registros no prontuário, não só como demonstração da qualidade da assistência prestada, bem como um respaldo legal, isentando-os de comprometimentos em relação à ausência da prestação do cuidado de enfermagem.

Descritores: Auditoria de Enfermagem; Registros de Enfermagem; Qualidade da Assistência à Saúde.

Abstract

The present work is treated of a descriptive and exploratory study with objective of analyzing the quality of the nursing attendance in a Pediatric Infirmary through the Retrospective Auditing. The collection of data based on the analysis of a patient's handbook starting from a check list elaborated to obtain data regarding the analyzed handbook, following established criteria as: C - complete; I - incomplete; NP - no filled out. The results demonstrated that several essential information under the care of the patient if they didn't find registered in the handbook, or they were registered in an incomplete way. It is ended that flaws exist in the registrations of the cares accomplished by the nursing being a function of the nurse as team leader to transmit and to become aware the team of nursing of the importance of the registrations in the handbook, not only as demonstration of the quality of the rendered attendance, as well as a legal backrest, exempting them of compromisings in relation to the absence of the installment of the nursing care.

Key Words: Auditing of Nursing; Registrations of Nursing; Quality of the Attendance to the Health.

¹ Raquel de Souza Seixas. Acadêmica de Enfermagem, 9º período da Universidade Federal Fluminense.

End:Rua Barata Ribeiro, 70/401 – Copacabana – RJ - CEP: 22011-000 E-mail: quelseixas@yahoo.com.br

² Renata Brum Viana. Acadêmica de Enfermagem, 9º período da Universidade Federal Fluminense.

³ Luciana Rodrigues da Silva. Orientadora, Mestra em Enfermagem. Professora MEM/UFF.

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata-se de um estudo desenvolvido durante o Estágio Curricular do 9º período do Curso de Graduação e Licenciatura em Enfermagem, com objetivo de avaliarmos a qualidade da Assistência de Enfermagem através da Auditoria Retrospectiva.

O trabalho foi realizado a partir da coleta de dados no prontuário de um paciente que permaneceu internado na Enfermaria Pediátrica, localizada no 5º andar do Hospital Universitário Antônio Pedro.

Deste modo, para melhor compreensão do estudo definiremos inicialmente o conceito de Auditoria de Enfermagem; Tipos de Auditoria e a diferença entre Evolução e Anotação de Enfermagem.

DEFINIÇÃO DE AUDITORIA DE ENFERMAGEM

A Auditoria de 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 deste¹.

A auditoria tem surgido como uma ferramenta importante para mensuração da qualidade (Auditoria de cuidados) e custos (Auditoria de custos) das instituições de saúde. Desta forma, sua finalidade consiste em identificar áreas deficientes do serviço de enfermagem, bem como da assistência de enfermagem, fornecendo dados para melhoria dos programas e da qualidade do cuidado de enfermagem, permitindo a reciclagem e atualização dos profissionais de enfermagem como um todo².

Além disso, diversos benefícios podem ser encontrados tanto para os clientes/ pacientes, através da melhoria da qualidade na assistência; quanto para a equipe de enfermagem, fornecendo dados para reflexão de sua própria prática profissional; e também para a instituição, por permitir verificar o alcance de objetivos, dar continuidade a programação e auxiliar no controle de custos¹.

Portanto, a auditoria pode ser vista como um processo educativo onde não se busca o responsável pela falha, mas sim se questiona o porquê do resultado adverso. Essa mudança de referencial estimula a participação da equipe na detecção e busca de soluções.

TIPOS DE AUDITORIA

A Auditoria de Enfermagem pode ser dividida em dois tipos: *Retrospectiva* e *Operacional ou Concorrente*.

A auditoria retrospectiva é aquela realizada após a alta do paciente, onde se utiliza o prontuário do paciente para avaliação. Neste tipo de auditoria, o paciente não é beneficiado após a avaliação dos dados obtidos na auditoria, entretanto o benefício se reverte para a assistência de forma global¹.

Já na auditoria operacional ou concorrente, o paciente ainda encontra-se hospitalizado ou em atendimento ambulatorial, podendo ser realizada de 4 maneiras: avaliação feita pelo paciente e sua família verificando suas percepções a cerca da assistência prestada; entrevista com o funcionário após a prestação do cuidado levando-o à reflexão; exame do paciente e confronto com as necessidades levantadas com a prescrição de enfermagem e/ou avaliação dos cuidados *in loco*; e pesquisa junto à equipe médica, verificando o cumprimento da prescrição médica e interferências das condutas de enfermagem na terapêutica médica.

Em ambos os tipos de auditoria o procedimento consta da elaboração de um plano auditorial que propõe a forma de realização da auditoria, sendo ao final da mesma elaborada um relatório apresentando à chefia do departamento de enfermagem um parecer técnico sobre o que foi auditado bem como sugestões para aperfeiçoamento da assistência de enfermagem prestada.

Neste estudo, utilizaremos a auditoria retrospectiva para a avaliação da qualidade da assistência de enfermagem prestada na Enfermaria Pediátrica do HUAP.

DEFINIÇÃO DE EVOLUÇÃO E ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

O prontuário é um documento valioso para o paciente, para a equipe de saúde (médico, enfermeiro, dentista, entre outros) que o assiste e para as instituições de saúde, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços públicos de saúde, além de instrumento de defesa legal.

O preenchimento do prontuário do paciente é obrigação e responsabilidade intransferível da equipe de saúde, com exceção dos hospitais de ensino, nos quais alunos de medicina, enfermagem e outras profissões o fazem sob supervisão, correção e responsabilidade de médicos, enfermeiros e outros profissionais.

Os registros de Enfermagem são constituídos por 02 tipos de ações, quais sejam:

1.3.1 ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

A anotação de enfermagem é de responsabilidade do Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem, destinado ao registro, em prontuário do paciente, dos procedimentos e reações apresentadas pelo paciente, de acordo com o prescrito pelo Enfermeiro, na Sistematização da Assistência de Enfermagem³.

As anotações devem abranger todos os cuidados prestados como:

- Verificação dos sinais vitais;
- Banho (leito ou chuveiro, c/ ou s/ auxílio);
- Massagem de conforto;
- Troca de curativos (tipo, local, aberto ou fechado);
- Aceitou ou não o desjejum

1.3.2 EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

A evolução de enfermagem é o acompanhamento e registro diário do estado clínico, nesta etapa é realizada a avaliação dos cuidados prestados, contribuindo com orientações ao cliente que favoreçam sua recuperação e estimulem o auto cuidado.

A evolução deve ser feita para todos os pacientes, diariamente, ou refeita, na ocorrência de alteração no estado do paciente, constando data e horário; registrada em impresso próprio; na primeira evolução, resumir sucintamente as condições gerais detectadas durante o preenchimento do histórico e relacionar os problemas selecionados para a primeira intervenção; constar assinatura e COREN do enfermeiro³.

É de responsabilidade exclusiva do Enfermeiro, complementando a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, devendo abranger os seguintes aspectos:

- Nível de consciência (sonolento, confuso);
- Locomoção (acamado, deambulando);
- PA (elevada, anotar valores SSVV);
- Mantendo jejum (sim ou não/24hs, se não porque?);
- Sono ou repouso (sim ou não/24hs, se não porque?);
- Incisão cirúrgica (dreno, cateter);
- Incisão cirúrgica abdominal (aspecto da secreção drenada);
- Sondas (fechada ou aberta);
- Venóclise e dispositivo de infusão (onde, tipo);
- Eliminações urinárias e fecais (ausente, presente, quantos dias);
- Queixas (náuseas, dor, etc.)

O quadro abaixo apresenta as diferenças entre anotação e evolução de enfermagem:

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
Dados brutos	Dados analisados
Equipe de enfermagem	Enfermeiro/a
Momento	Período
Pontual	Processada e contextualizada
Observação	Reflexão

Estas são as 02 formas legais e éticas de registros de Enfermagem.

Outro recurso existente é o chamado Livro de Ocorrências do Plantão, largamente utilizado de maneira inadequada, devido à ausência da Sistematização da Assistência de Enfermagem por parte do Enfermeiro. Com essa irregularidade, este livro passou a receber, mais que no próprio prontuário do paciente, o registro de todas as ações e procedimentos de Enfermagem, além das respostas dos pacientes à terapêutica.

Essa distorção tem causado sérias conseqüências legais e éticas à Enfermagem, uma vez que não é reconhecido, legalmente, como substituto do prontuário do paciente, devendo ser anotadas as intercorrências técnico-administrativas do plantão ou alguma orientação ético-profissional do Enfermeiro à Equipe de Enfermagem³.

2. DESENVOLVIMENTO

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

Os critérios de avaliação utilizados serão baseados na ausência de determinado dado no prontuário e presença dos mesmos podendo estar completos ou incompletos. Desta forma, utilizaremos as seguintes denominações:

- **NP – NÃO PREENCHIDO**
- **C - COMPLETO**
- **I – INCOMPLETO**

CHECK LIST DOS DADOS COLETADOS NO PRONTUÁRIO

➤ Prescrição de Enfermagem

1. Dados de Identificação

- Paciente (iniciais) **C**
- N° prontuário **C**
- Clínica/enfermaria **C**
- Hora **C**
- Leito **NP**
- Sexo **NP**
- Idade **I**
- Grau de dependência **NP**
- Religião **NP**
- Data da Internação **C**
- Data Alta (hora) **C**
- Dias de Internação **NP**
- Diagnóstico Médico **C**
- Diagnóstico de Enfermagem **NP**

2. Prescrição de Enfermagem tem data, horário, n° COREN e assinatura?

I – Não há prescrição de enfermagem feita pelo enfermeiro, só as preenchidas pelos acadêmicos de enfermagem, mas não estavam checadas só as feitas nos horários em que os alunos estavam presentes.

3. Há pelo menos uma prescrição diária para o paciente?

NP – Não há prescrição diária para o paciente.

4. A prescrição indica o Grau de Dependência do paciente?

I – Não indica pelos funcionários do setor. Indica somente pelos acadêmicos de Enfermagem em espaço próprio – Fazer/ Auxiliar/ Orientar.

5. A prescrição indica cuidado de enfermagem especial (individual) de acordo com a patologia e com a necessidade?

NP – Não há prescrição individual.

6. Os cuidados prescritos foram checados e rubricados?

I – Alguns procedimentos de cateterismo foram rubricados pelos funcionários, porém sem identificação do profissional que realizou. Os outros cuidados foram checados e rubricados pelos acadêmicos de enfermagem.

➤ **Procedimentos de Enfermagem**

1. Há registro de higiene oral pelo menos 3 vezes ao dia?

NP - Não há registro.

2. Há registro de higiene corporal diária?

NP - Não há registro.

3. Há registro de verificação de sinais vitais pelo menos 3 vezes ao dia?

I - Sim, mas não há verificação de PA.

4. O peso é controlado e anotado uma vez ao dia quando necessário?

I - O peso só foi registrado no dia da alta.

5. As micções foram controladas e anotadas?

C – Foi registrada a diurese em todos os procedimentos de cateterismo vesical realizados conforme a prescrição médica (cateterismo vesical intermitente de 6/6h)

6. As evacuações foram controladas e anotadas?

NP - Não há registro de frequência nem aspecto das evacuações.

7. Há registros de episódios eméticos?

NP - Não há registro.

8. A ingestão de líquidos foi controlada e anotada?

NP - Não há registro. Somente registro de que o paciente aceitou a dieta.

9. A ingestão de alimentos foi controlada e anotada?

I - Há registro apenas de que o paciente aceitou a dieta, porém em apenas 1 registro da enfermeira descrevia o tipo de alimentos (leite e biscoitos).

10. Os procedimentos invasivos foram registrados e datados?

C - Os únicos procedimentos invasivos registrados foram os de cateterismo vesical, que foram registrados e datados, inclusive o realizado pela mãe do paciente sob orientação, porém sem a definição do profissional que acompanhou o procedimento.

➤ **Anotações de Enfermagem**

1. Há pelo menos uma anotação descritiva em cada plantão?

C - Há registros de condições gerais do paciente.

2. Há horário e rubrica em cada anotação?

I - Há hora e rubrica do profissional, porém sem a identificação se foi enfermeiro, técnico, auxiliar e só constavam as identificações dos acadêmicos de enfermagem.

3. As anotações respondem aos itens da prescrição?

I - Respondem parcialmente, pois não há prescrição de enfermagem específica.

4. As anotações de enfermagem evidenciam prestação de cuidados de enfermagem?

C - Evidenciam que cuidado foi realizado conforme a necessidade do paciente e relatam execução de atendimento, claras e concisas.

5. As anotações de enfermagem evidenciam observação dos sinais e sintomas?

C - Sim, pois relatam eupnéia, afebril, recreando na TV, ativa, alegre cooperante).

6. As anotações de enfermagem indicam quem realizou o cuidado (enfermeiro, técnico, auxiliar de enfermagem, acadêmico de enfermagem)?

I - Não evidenciam em todas, pois só há carimbo na prescrição médica e apazamento professora.

7. Existem anotações descritivas de admissão, alta ou óbito?

I - Há registro dia e a finalidade da internação, porém sem descrições detalhadas.

8. Há anotações referentes a intercorrências?

C – Há registro do enfermeiro na passagem de plantão de ausência de intercorrências.

9. As anotações indicam as condições emocionais do paciente?

C - As anotações indicam que o paciente estava cooperante e alegre.

10. As medicações foram aprazadas e checadas?

C – As medicações foram aprazadas e checadas corretamente.

11. A prescrição médica indica as ações de enfermagem?

C – As prescrições indicam as ações a serem desenvolvidas pela enfermagem como realizar cateterismo, registrar volume diurese, verificar sinais vitais 6/6h, etc.

➤ **Condições de Alta**

1. As anotações de alta indicam condições físicas do paciente?

I – As anotações apenas indicam a data e hora da alta e em companhia da mãe, mas não indicam o nível de consciência, estado geral, se deambula ou não.

2. As anotações indicam orientações para continuidade do cuidado e tratamento no domicílio?

I – As anotações tanto de enfermagem quanto médicas apenas indicam que houve orientação da mãe para alta, porém estas não são descritas por ambos os profissionais, e também não explicita se houve a compreensão necessária das mesmas para o cuidado domiciliar.

3. CONCLUSÕES

ENTENDIMENTO DA SITUAÇÃO

De acordo com a auditoria realizada foi possível compreender os fatos ocorridos durante o período de hospitalização do paciente em questão, a partir dos registros no prontuário, embora alguns dados não tenham sido registrados ou registrados de forma incompleta.

RESPALDO LEGAL

O Art. 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem dispõe como Responsabilidade e Dever do Enfermeiro: registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva e completa⁴.

O prontuário do paciente a cada dia vem se firmando legalmente como ferramenta importante na avaliação da qualidade da assistência prestada aos clientes no hospital fornecendo informações vitais para processos judiciais e convênios de saúde.

Os registros do prontuário do cliente são também utilizados para fins de faturamento/cobrança, para auditoria interna ou externa, para obtenção de dados estatísticos sobre as atividades realizadas e para análise institucional².

Portanto, os registros de enfermagem são de extrema importância para a prática profissional, uma vez que é um dever do enfermeiro previsto em lei e, além disso, pode servir como um respaldo legal favorável ao enfermeiro como prova de que sua assistência foi prestada visando cumprir seu papel como profissional, isentando-se de quaisquer responsabilidades.

QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

Nos serviços de enfermagem o controle da qualidade tem se tornado condição indispensável à eficácia assistencial através do uso de processos avaliativos contínuos da assistência implementada. Um dos indicadores utilizados para verificação da qualidade da assistência é a forma como ela é prestada considerando-se a competência do profissional que a executa, a segurança e efetividade da ação de enfermagem e a forma como ela é registrada.

O registro de enfermagem, como fonte de informações, tem sido, às vezes, criticado sob a alegação de que são avaliados os registros e não os cuidados de enfermagem. Entretanto, pode-se considerar óbvio que há correlação positiva entre os registros e a qualidade do cuidado. Os

cuidados de enfermagem podem ser avaliados através dos registros, logo, a avaliação dos registros, conseqüentemente, reflete a qualidade de enfermagem².

Nesta auditoria, é possível perceber que em alguns aspectos a presença da enfermagem na assistência ao paciente estava deficiente, uma vez que alguns registros não foram encontrados e algumas perguntas ficam respondidas como:

- Quais as orientações de alta foram feitas à mãe do paciente?
- Houve compreensão satisfatória da mãe após estas orientações?
- Durante a prestação do cuidado pela mãe qual o profissional que a acompanhou?
- Como foi seu desempenho? Ela teve dúvidas?
- Estava apta para realizá-lo no domicílio?

Deste modo, um aspecto fundamental no cuidado à criança, que é a orientação do responsável para alta, não ficou explícito se ocorreu de forma eficaz ou não, o que poderia acarretar uma reinternação.

De acordo com as conclusões obtidas e com as dúvidas que permaneceram, é possível concluir que a prestação do cuidado se deu de forma eficaz, uma vez que a criança conseguiu se recuperar e recebeu alta.

Entretanto, torna-se necessário que a equipe esteja atenta para a questão dos registros e da identificação do profissional que realizou o cuidado; das condições de higiene; padrão das eliminações; pesagem do paciente; orientações do responsável para alta hospitalar e verificação da sua compreensão diante das mesmas.

Neste caso, torna-se responsabilidade do enfermeiro, como líder de equipe, transmitir e conscientizar toda a equipe de enfermagem a respeito da importância destes registros e de serem realizados de forma completa, clara e coerente, a fim de comprovar que a assistência prestada a todos os pacientes atendidos na enfermaria pediátrica foi de qualidade.

4. REFERÊNCIAS

1. Kurcgant, P. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU, 2006.
2. Rodrigues VA, Perroca MG, Jericó MC. Glosas hospitalares: importância das anotações de Enfermagem. Arq Ciênc Saúde 2004 out-dez;11(4):210-4.
3. http://www.corensp.org.br/072005/legislacoes/legislacoes_busca.php?leg_id=40019&texto
4. http://www.coren-rj.org.br/site/codigo_etica.pdf