

AUDITORIA EM ENFERMAGEM: IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

*Sandra Honorato da Silva **
*Diley Cardoso Franco Ortiz ***
*Helena Eri Shimizu ****
*Márcia Toth ****

SILVA, S.H. da; ORTIZ, D.C.F.; SHIMIZU, H.E.; TOTH, M. Auditoria em enfermagem+ implantação e desenvolvimento no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 24(2):199-209, ago. 1990

O trabalho relata a experiência do Departamento de Assistência de Enfermagem do Hospital Universitário da USP, da implantação e desenvolvimento do processo de auditoria retrospectiva para avaliação de suas atividades, como instrumento de controle e manutenção da qualidade da assistência de enfermagem prestada à comunidade. Descreve as várias etapas, instrumentos e relatórios utilizados, assim como o emprego dos resultados da auditoria para revisão dos programas assistenciais e educacionais desenvolvidos pelo Departamento.

UNITERMOS: *Auditoria em enfermagem. Assistência de enfermagem.*

INTRODUÇÃO

O Hospital considerado uma organização de alta complexidade, exige que as atividades desenvolvidas em seus diversos departamentos estejam coordenadas de maneira a garantir eficiência e eficácia dos serviços prestados e conseqüente alcance dos objetivos organizacionais.

O Departamento de Enfermagem, parte integrante e fundamental da organização hospitalar, deve desenvolver cientificamente suas atividades técnico-assistenciais e administrativas, visando não só a garantia da qualidade da assistência e ensino prestado à comunidade como sua perfeita integração e participação no processo de desenvolvimento organizacional.

Partindo dessa premissa, o Departamento de Enfermagem do Hospital Universitário, tomando por base uma filosofia assistencial, que visa primordialmente o atendimento do ser humano, em suas necessidades

* Professor Assistente da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Diretor de Divisão do Departamento de Assistência de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.

** Enfermeiro Encarregado da Unidade de Clínica Cirúrgica do Departamento de Assistência de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.

*** Enfermeiro Encarregado da Unidade de Clínica Médica do Departamento de Assistência de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.

humanas básicas direcionando essa assistência para o auto-cuidado, decidiu desenvolver suas atividades, considerando as funções do processo administrativo, uma vez que, segundo CHIAVENATO (1985) “planejamento, organização, direção e controle estão intimamente ligados entre si, são interdependentes e interagentes”.

A auditoria em enfermagem, representa a função de controle do ciclo do processo administrativo, sob o qual o Departamento de Enfermagem conduz suas funções básicas. Constitui o meio pelo qual o Departamento de Enfermagem verifica se os resultados atingidos na assistência de enfermagem prestada, estão de acordo com os objetivos traçados.

Para CHIAVENATO (1981) a auditoria é um “sistema de revisão e controle, para informar a administração sobre a eficiência e eficácia dos programas em desenvolvimento. Sua função não é somente indicar as falhas e os problemas, mas também, apontar sugestões e soluções, assumindo portanto um caráter eminentemente educacional.

AQUINO (1980) considera auditoria como uma investigação profunda sobre o sistema, em seus aspectos qualitativos e não apenas rotineiros e burocráticos, podendo ser definida como um conjunto de técnicas analíticas destinadas a efetuar diagnósticos, prognósticos e recomendações.

Para CHIAVENATO (1985) o controle é feito através de quatro fases distintas:

- estabelecimento de padrões de desempenho;
- mensuração do desempenho a ser controlado;
- comparação do desempenho atual com o padrão e
- tomada de ação corretiva para ajustar o desempenho atual ao padrão desejado.

Para cumprir a função controle do processo administrativo, o Departamento de Enfermagem precisa definir seus objetivos, estabelecer seus elementos estruturais, assim como os padrões de desempenho aceitáveis, o que torna possível uma análise adequada da eficiência e eficácia das atividades desenvolvidas.

Segundo KURCGANT (1976) “o destino profissional da enfermeira é regido pela avaliação dos resultados de suas ações de enfermagem no campo de trabalho”.

Adotando-se a avaliação como um método para determinar a extensão dos objetivos alcançados, fica implícita a mensuração da qualidade da assistência prestada, meta primordial de todo o trabalho desenvolvido pela enfermagem.

Para HOWARD (1986) um programa de garantia de qualidade faz com que a assistência de enfermagem prestada aos pacientes encontre padrões aceitáveis.

IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA AUDITORIA

O Grupo de Padrões e Auditoria em Enfermagem no Hospital Universitário, foi criado em 1982, para assessorar o Departamento de Enfermagem na avaliação da mensuração da qualidade da assistência de enfermagem prestada na Instituição, tendo como proposta uma análise retrospectiva da assistência de enfermagem, ou seja, uma análise criteriosa dos registros de enfermagem contidos no prontuário.

Para KRON (1978) o objetivo do processo de auditoria é “a avaliação, não somente da eficácia da assistência que o paciente recebe, mas também da integridade e exatidão da demonstração dessa assistência no prontuário”.

Num primeiro momento, foi elaborado o regimento do grupo de trabalho, onde ficaram determinadas as finalidades da auditoria, competência do grupo e os critérios a serem observados para auditoria retrospectiva.

Para viabilizar a proposta de auditoria foi construído um instrumento de auditoria tomando por base padrões assistenciais, passíveis de mensuração retrospectiva, adotados para cada unidade de internação. Para minimizar a subjetividade e atingir uma maior homogeneidade dos dados coletados, foram descritos os critérios e valores a serem observados para o preenchimento do instrumento de auditoria.

O instrumento criado previa a auditoria de seis áreas de atuação da enfermagem.

- I. Levantamento de dados na admissão;
- II. Prescrições e evoluções de enfermagem;
- III. Anotações de enfermagem;
- IV. Execução de ordens médicas;
- V. Procedimentos de enfermagem;
- VI. Condições de alta.

Os critérios inicialmente descritos a serem observados na auditoria foram:

- a assistência de enfermagem prestada ao paciente durante a hospitalização e registrada em prontuário seria avaliada desde a internação até a alta;
- fariam parte da amostra de cada mês todos os prontuários cujo tempo de internação estivesse dentro da média de permanência na unidade;
- os prontuários a serem auditados seriam determinados através de sorteio;
- do total de altas do mês, que estivessem dentro da média de permanência, seriam auditados 10%;

— os prontuários de óbito seriam analisados integralmente, independente de sorteio.

Para um desenvolvimento adequado do trabalho, os elementos do grupo sofreram treinamento específico. Para SA (1969) o treinamento significa que para desenvolver uma tarefa é preciso haver ensino e instrução de forma planejada e sistematizada, não permitindo que a aprendizagem se processe por experiência ou tentativa de erro.

Com a aplicação do instrumento de auditoria, segundo critérios estabelecidos, observou-se que ao se trabalhar somente com prontuários de pacientes cujo período de internação estivesse dentro da média de permanência da unidade, estaria sendo excluída da amostra uma parcela importante de pacientes com permanência prolongada e cuja assistência de enfermagem deveria, também, ser objeto de análise.

Para contornar o problema detectado, foi introduzida uma modificação. Como na ocasião a média de permanência estivesse em 15 dias, foi estabelecido:

- fariam parte da amostra para sorteio os prontuários correspondentes ao total de altas do mês;
- quando o período de hospitalização do paciente sorteado para auditoria fosse de até 15 dias, seriam analisados todos os dias de internação;
- quando o período de hospitalização ultrapassasse 15 dias seriam auditados os 5 primeiros dias — 5 dias intermediários e os 5 dias finais de internação.

O tempo médio utilizado para auditoria de um prontuário era de duas horas.

Em 1985 foi detectada a necessidade de reavaliação do instrumento, sendo então introduzida mais uma área para análise — “Retorno de Enfermagem”. Como nessa ocasião a média de permanência estivesse em 9 dias, o critério anteriormente estabelecido para 15 dias foi modificado para os 9 dias.

Nessa época todos os Serviços do Departamento de Enfermagem, eram auditados através de instrumento específico, sendo auditados por mês uma média de 25 prontuários, equivalente a 4 prontuários/mês por auditor. Os auditores realizavam seu trabalho, fora do horário regular de trabalho, o que significa uma sobrecarga individual e de grupo.

No final de 1986, o grupo de padrões estabeleceu algumas modificações:

- reformulação do instrumento de auditoria, com redução do número de itens a serem auditados, e redefinição dos critérios de preenchimento do instrumento para minimizar os aspectos de subjetividade;
- elaboração de um instrumento único para todos os Serviços, com instrumento complementar para as áreas de Centro Obstétrico e Centro Cirúrgico (Anexos I, II e III);

- ampliação do número de componentes do grupo, para que houvesse uma redução da carga de trabalho de cada elemento;
- os enfermeiros auditores passaram a receber folgas em proporção ao tempo utilizado para auditoria;
- todos os enfermeiros do grupo de auditoria e os Diretores de Serviço, receberiam um curso de auditoria, para que a participação de todos pudesse ser mais efetiva.

O atual instrumento (Anexo I) favoreceu a auditoria nos aspectos de facilidade e homogeneidade no preenchimento e redução do tempo de análise. Para manter uma dinâmica que possibilite o desenvolvimento adequado do trabalho, são auditados, por mês, 3 prontuários de cada unidade.

Para que a auditoria retrospectiva possa desenvolver-se de maneira adequada, é necessário uma perfeita interação entre o Departamento de Enfermagem e o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME). Ambos devem estabelecer a forma como os prontuários serão solicitados, e a área do SAME onde os auditores desenvolverão seu trabalho.

RESULTADOS DA AUDITORIA

Os resultados encontrados nas auditorias dos prontuários de cada unidade, após sofrerem grupamento e análise, precisaram ser colocados em relatórios, que expressem quantitativa e qualitativamente os dados encontrados para que os mesmos possam ser conhecidos pelo grupo diretamente envolvido no trabalho.

Para SÁ (1969) é no relatório de auditoria que o auditor expõe o estado em que encontrou o que foi objeto de suas verificações, descrevendo-o com clareza, técnica e precisão.

Na fase inicial do trabalho de auditoria foi estabelecido um esquema de relatórios trimestrais. No entanto, observou-se que o espaço de tempo entre eles era insuficiente para discussão do achado, propostas de melhoria de atuação nas unidades e reciclagem. Atualmente, o esquema prevê a elaboração de relatórios semestrais.

No relatório os dados são tabulados em cada uma das partes do instrumento (I a VI), atribuindo-se valores para cada item de acordo com seu preenchimento. Em seguida é feita uma análise sumária dos dados obtidos, acrescidos de sugestões para cada uma das unidades auditadas.

O esboço inicial do relatório de cada unidade é discutido em reunião do grupo de padrões e auditoria e posteriormente aprovado. Em seguida, os relatórios são discutidos e analisados em reunião de Diretoria do Departamento. Recebem cópias do relatório o Departamento de Enfermagem, o Serviço de Educação Continuada e demais Serviços do DE. A cada Serviço em conjunto com Educação Continuada cabem as providências necessárias para correção dos problemas detectados.

Para CHIAVENATO (1985) a ação corretiva "é a função básica do controle através da qual as providências são tomadas para eliminar as variâncias significativas entre o desempenho atual e o desempenho planejado".

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hoje, torna-se impraticável um trabalho de enfermagem, desenvolvido nos esquemas anteriormente adotados, onde planejamento e controle aparecem de maneira desordenada e descontínua.

Com a implantação de um processo de auditoria contínua, o Departamento de Enfermagem passa a dispor de informações corretas que funcionarão como elo de ligação entre os planos e as decisões subseqüentes.

Para ARAÚJO (1978) "um programa de auditoria constitui um alerta constante para o enfermeiro manter-se em suas funções, garantindo a qualidade assistencial, empenhando-se na aquisição de melhores padrões. O doente receberá uma assistência cada vez mais aperfeiçoada, o que lhe assegura recuperação rápida, com menos riscos e principalmente a certeza de receber o que necessita para resolver seu problema".

Ao estabelecer formas organizadas e científicas para a condução do trabalho em enfermagem, não só estaremos garantindo a qualidade da assistência e contribuindo para a melhoria do atendimento de saúde, como também, contribuindo para o desenvolvimento técnico-científico e social da nossa profissão.

SILVA, S.H. da; ORTIZ, D.C.F.; SHIMIZU, H.E.; TOTH, M. Nursing audit: implantation and development in Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 24(2):199-209, Aug. 1990.

The study reports an experience carried out by the Departamento de Assistência de Enfermagem do Hospital Universitário da USP, the implantation and development of the retrospective auditory process for the evaluation of their activities as an instrument for control and maintenance of the quality of nursing care given the community. It describes the various steps, instruments and reports used, as well as the use of the auditory's findings for reviewing the assistential and educational programs developed by the department.

UNITERMS: *Nursing audit. Nursing care evolution.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AQUINO, C.B. de. *Administração de recursos humanos: uma introdução*. São Paulo, Atlas, 1980. 270 p.
- ARAÚJO, M.V. de et alii. Auditoria em enfermagem. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 21(4): 466-77, out./dez. 1978.
- CHIAVENATO, I. *Administração de recursos humanos*. 2.ed. São Paulo, Atlas, 1981. V. 3.
- CHIAVENATO, I. *Administração: teoria, processo e prática*. São Paulo, Mc Graw-Hill, 1985. 381 p.
- HOWARD, K.P. Improving a quality assurance program. *Nurs. Manage.* Chicago, 17(4):38-42, Apr. 1988.
- KRONT, T. *Manual de enfermagem*. 4.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1978. 251 p.
- KURCGANT, P. Auditoria em enfermagem. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 29(3):106-24, jul./set. 1978.
- SA, A.L. de. *Curso de auditoria*. 5.ed. São Paulo, Atlas, 1969. V.1.

ANEXO I

INSTRUMENTO DE ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Paciente: _____ R.G.: _____ Sexo: _____ Idade: _____
 Data da Admissão: ___/___/___ Quarto: _____ Leito: _____ Data de Saída: ___/___/___
 Nº de dias analisados: _____ Análise nº: _____ Enfermeira: _____
 COREN nº _____ Clínica: _____

I - LEVANTAMENTO DE DADOS NA ADMISSÃO	SIM	INCOMP.	NÃO	OBSERVAÇÕES
1 - Dados de identificação completos				
2 - Entrevista preenchida correta e por completo				
3 - Exame físico preenchido correto e por completo				
4 - Levantamento de dados permite identificar as condições emocionais do paciente no momento da internação				
5 - Entrevista e exame físico datados e assinados				

II - EVOLUÇÕES E PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM	DIAS DE INTERNAÇÃO														OBSERVAÇÕES	
6 - Há uma evolução diária																
7 - Evolução possibilita uma visão geral das condições do paciente																
8 - Evolução fornece informações dos resultados dos cuidados prestados																
9 - Evolução e prescrição tem data, horário e assinatura																
10 - Há uma prescrição diária																
11 - A prescrição de enfermagem aborda todos os problemas levantados na evolução que a antecede																
12 - Os cuidados prescritos foram checados																
III - ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM																
13 - Há pelo menos 1 anotação em cada plantão																
14 - Anotações respondem aos itens da prescrição.																
IV - EXECUÇÃO DE PRESCRIÇÕES MÉDICAS																
15 - Medicação checada e rubricada ou circulada																
16 - Tratamentos checados e rubricados ou circulados																
17 - Prescrições médicas não indicam ação de enfermagem																

V - CONDIÇÕES DE ALTA	SIM	INCOMP.	NÃO	OBSERVAÇÕES
18 - Evolução e/ou prescrição de enfermagem de dia da alta evidenciam as orientações prestadas ao paciente.				
19 -A evolução e/ou anotação de saída indicam condições físicas e emocionais do paciente na ocasião da alta.				
VI -RETORNO - CONSULTA DE ENFERMAGEM				
20 -Existe um registro: do retorno agendado ou do não retorno na anotação ou evolução de saída.				
21 -Havendo retorno agendado o paciente compareceu.				
22 -Dados de identificação completos.				
23 -Abordagem preenchida correta e por completa.				
24 -Exame físico preenchido correto e por completo.				
25 -Intercorrência preenchida correta e por completa.				
26 -Os problemas levantados na abordagem, Exame Físico e Intercorrências foram abordados nas condutas.				
27 -Consulta de Enfermagem assinada.				

ANEXO II

ALOJAMENTO CONJUNTO

INSTRUMENTO COMPLEMENTAR DE ANÁLISE DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

VII - PROCEDIMENTO NO TRANS-PARTO	SIM	INCOMP.	NÃO	NP	OBSERVAÇÕES
28 - O controle da Dinâmica Uterina foi anotada pelo menos de 3/3 hs quando em trabalho de parto.					
29 - O controle dos Batimentos Cardíacos Fetais foi anotado pelo menos de h em h em trabalho de parto.					
30 - O toque realizado e anotado de 4/4 hs quando em trabalho de parto.					
31 - Dados do parto preenchidos por completo					
32 - Intercorrências durante o trans-parto foram registradas.					
33 - Parto realizado por Enfermeira Obstétrica					
34 - Os dados da Dequitação preenchida por completo.					
35 - Recuperação preenchida correta e por completo.					
36 - Os dados sobre o recém-nascido preenchidos por completo.					
37 - A prescrição pós-parto foi realizada pela enfermeira do CO.					
38 - A participação da puerpera nos cuidados com o recém-nascido foi registrado uma vez ao dia.					

ANEXO III

CLINICA CIRURGICA

FOLHA COMPLEMENTAR DO INSTRUMENTO DE ANALISE DE ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM

	SIM	INCOMP.	NÃO	OBSERVAÇÕES
VII - Preparo para cirurgia Perioperatório e Pós-Operatório				
28 - As orientações prestadas ao paciente relacionadas a cirurgia foram registradas.				
29 - O preparo pré-operatório da área cirúrgica está anotado.				
30 - Existe um registro correspondente a visita pré-operatória realizada pela enfermeira do centro cirurgico.				
31 - A evolução feita antes do encaminhamento do paciente para SO indica suas condições físicas.				
32 - Condições emocionais.				
33 - Há uma prescrição de enfermagem para sala de operação.				
34 - Os cuidados prescritos para SO foram checados.				
35 - Foram feitas anotações na SO.				
36 - Evolução de entrada na RPA ou saída do paciente da SO, informam as condições gerais do paciente.				
37 - Há uma prescrição de RPA.				
38 - Cuidados prescritos para RPA foram checados.				
39 - A evolução e a prescrição da RPA estão datadas, com horário e assinatura.				
40 - Evolução de saída da RPA informa as condições gerais do paciente.				
41 - Existe um registro correspondente a visita pós-operatória realizada pela enfermeira do centro cirurgico.				

Recebido em 10-01-89