

AUDITORIA EM ENFERMAGEM

* Paulina Kurcgant

RBEEn/08

KURCGANT, P. — Auditoria em enfermagem. Rev. Bras. Enf.; DF, 29 : 106-124, 1976.

INTRODUÇÃO

A auditoria foi inicialmente introduzida pelos administradores de indústrias, objetivando a avaliação contábil. Em 1918 George Gray Ward, médico de Women's — Hospital na cidade de Nova York, fez a primeira experiência em auditoria médica para avaliar, através dos registros de assistência médica, a prática da medicina.

Um dos primeiros trabalhos sobre auditoria em enfermagem foi publicado no Hospital Progress em 1955. Atualmente, nos Estados Unidos se faz auditoria em enfermagem, tanto hospitalar como de saúde pública e domiciliária.

Auditoria, para a enfermeira é o instrumento de controle da qualidade de seu trabalho. Por esse motivo deve ser utilizado pelos chefes de serviços de enfermagem, supervisoras e chefes de unidades, com o objetivo de melhorar a qualidade do cuidado prestado ao paciente.

A qualidade da atuação da enfermagem é influenciada por diversos fatores. Portanto quando se faz análise dessa atuação deve-se considerar: formação profissional, número de pessoal profis-

sional e auxiliar; mercado de trabalho e a legislação específica vigente. Quanto às instituições também influem a política, a estrutura e a organização das mesmas.

Por outro lado, a avaliação da prática de enfermagem influencia: na modificação dos currículos escolares, na ascensão do "status" profissional, na modificação da legislação, na ampliação do mercado de trabalho e na reformulação da política das instituições. Isto quer dizer que, o destino profissional da enfermeira é regido pela avaliação dos resultados das suas ações de enfermagem no campo de trabalho.

Quando em uma instituição, a assistência de enfermagem é tida como de boa qualidade, subentende-se que o pessoal de enfermagem está administrando bons cuidados de enfermagem.

Entretanto, não se pode classificar um serviço como bom ou mau, com afirmações abstratas. Estas afirmações só podem ser feitas por meio de um processo de avaliação e esse, por sua vez, deve estar baseado num sistema de referência que permita uma comparação

* Professor Assistente da E. E. U. S. P.

sistemática. Essa sistematização, deverá ser o resultado de investigações e estudos profundos sobre a prática de enfermagem. Esses estudos darão subsídios para estabelecimento de critérios de comparação para o que se pretende avaliar.

Na enfermagem, ainda não foram estabelecidas medidas específicas para a avaliação da prática profissional. Alguns trabalhos mostram o que a enfermagem faz, mas há pouca abordagem sobre o efeito da ação da enfermagem na evolução do estado do paciente. A atuação da enfermagem deve, fundamentalmente, ser avaliada pelos resultados obtidos na avaliação das atividades desenvolvidas no cuidado dos pacientes.

Essas atividades, registradas em relatórios, que fazem parte do prontuário do paciente, dão as informações para a avaliação da ação da enfermeira no cuidado do paciente, assim como, para a avaliação da evolução do tratamento desse paciente.

O registro de enfermagem, como fonte de informações, é por alguns 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 enfermagem.

Uma forma de se avaliar a qualidade da assistência de enfermagem que é prestada, através dos registros, é feita pela comparação desses registros com padrões pré-estabelecidos que definem qual a assistência de enfermagem que *deveria* ser prestado.

Essa sistematização, que consta de padrões de cuidados de enfermagem a serem seguidos na assistência do paciente e a avaliação destes, através dos registros, chama-se **AUDITORIA**.

Conceitos de Auditoria — Deeken¹ conceitua auditoria como “um exame ou verificação formal ou oficial dos cálculos executados pelos auditores” e auditoria em enfermagem “como um exame oficial dos registros de enfermagem com o objetivo de avaliar, verificar e melhorar a assistência de enfermagem”.

Para Dunn e Morgan² “Auditoria é um instrumento de administração utilizado na avaliação da qualidade do cuidado; é a comparação entre a assistência prestada e os padrões de assistência considerados como aceitáveis.

Segundo Phaneuf³ “auditoria é um método utilizado para avaliar a qualidade do cuidado de enfermagem através dos registros de enfermagem, após a alta do paciente.”

As autoras, acima citadas, utilizam o registro de enfermagem como instrumento de avaliação do cuidado, mas, diferem entre si na conceituação adotada no estabelecimento dos padrões de avaliação.

No presente estudo, adotamos o método e a experiência realizada por Phaneuf³ por dois motivos: o método se aplica tanto à assistência hospitalar como à de saúde pública e estabelece os padrões de qualidade tendo como base as sete funções de enfermagem que fundamentam o processo de enfermagem.

Segundo Anderson e Lesnick⁴ são funções da enfermagem:

- I — Análise e execução das ordens médicas.
- II — Observação de sinais, sintomas e reações.
- III — Supervisão dos pacientes.
- IV — Supervisão de todo pessoal que participa do cuidado (exceto médicos).
- V — Registros e relatórios.
- VI — Análise e execução de técnicas e procedimento de enfermagem.
- VII — Promoção da saúde pública e mental do paciente pela orientação e ensino.

A primeira função é a área da prática profissional na qual a enfermeira depende de ordens médicas para a execução de suas atividades; as demais são exercidas independentemente. Uma vez que estas funções constituem a base do processo de enfermagem, parece lógico utilizá-las como padrões, para realizar a auditoria em enfermagem. Para cada uma dessas funções são estabelecidos padrões e cada registro do cuidado do paciente deverá ser avaliado de acordo com esses padrões, que são identificados por perguntas. A cada pergunta são atribuído determinado número de pontos. Pela contagem dos pontos é feito o julgamento da qualidade dos cuidados prestados dentro dos níveis estabelecidos e são classificados em excelente, muito bom, bom, regular e insuficiente. O julgamento é feito em relação a cada função e em relação à soma total das funções.

Limitações da auditoria em enfermagem em relação à assistência ao paciente. A auditoria não avalia o cuidado prestado a pacientes internados ou em tratamento — a auditoria faz uma avaliação retrospectiva da assistência prestada, isto é, dos pacientes que já saíram do hospital. Nos pacientes internados ou em tratamento são utilizados para avaliação dos cuidados outros instrumentos, como a avaliação do plano de cuidado.

A auditoria em enfermagem não avalia a assistência total do paciente — o cuidado total do paciente inclui a atuação de outros profissionais que participam desse cuidado. Para a avaliação da assistência total seria necessário uma auditoria integrada. A auditoria de enfermagem, é, portanto, limitada à avaliação do cuidado de enfermagem do paciente.

A auditoria não tem finalidade punitiva — a auditoria verifica o cuidado, detecta erros e os analisa quanto à sua

natureza e significado. Fornece possíveis indicadores de padrões ou tendências assim como subsídios para a modificação de procedimentos e técnicas, que são de responsabilidade administrativa.

A auditoria não tem como objetivo primordial a melhoria dos registros de enfermagem — a auditoria, quando estabelece padrões, chama a atenção para as características básicas do cuidado de enfermagem e conseqüentemente fornece elementos para a melhoria dos registros.

PROCEDIMENTO DA AUDITORIA

Auditoria, instrumento de administração em enfermagem, é um processo composto de três partes: questões referentes ao paciente e à instituição, revisão dos registros e relatório final.

Parte I — Consta de questões referentes ao paciente e à procedimentos e política de ação da instituição.

Parte II — Consta dos relatórios de revisão dos registros utilizados no levantamento das anotações referentes às atividades de enfermagem.

Parte III — Mostra os valores finais de qualidade e o julgamento do revisor sobre a qualidade da prática de enfermagem encontrados na revisão dos registros.

PARTE I — *Auditoria de Enfermagem em Hospital e em Saúde Pública* — A parte I da auditoria é a única que estabelece diferenças entre hospital e saúde pública. Nessa parte são necessários dois formulários diferentes embora as questões a serem respondidas sejam igualmente significativas para todos os pacientes quer seja em Hospital ou em Saúde Pública. Essas questões não são avaliadas e se necessário são complementadas no item "observações" que consta na parte III. O preenchimento dos formulários da parte I não precisa ser obrigatoriamente

PARTE I - FORMULÁRIO PARA AUDITORIA DE ENFERMAGEM EM HOSPITAL

Os dados são confidenciais e não podem ser anexados ao prontuário do paciente.

1. Nome do paciente 2. sexo 3. idade 4. data admissão 5. data de saída

6. Nome da instituição	7. andar	8. Atendimento Médico	Particular	Convênio	Governamental
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Diagnóstico(s) completo(s):					
10. Admissão feita por:	Médico do corpo clínico	Médico Particular	Outros	11. Em emergência	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Saída do paciente para:	auto-cuidado	cuidado pelos familiares	Outros	Óbito	Ignorado
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. No caso de óbito:	Médico presente	Médico notificado imediatamente	Família presente	Família notificada imediatamente	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Se religioso:	Recebeu a assistência espiritual			sim	não
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Todas as anotações da enfermagem foram assinadas e datadas	sim não		16. Os registros indicam quem: (enfermeira, auxiliar de enfermagem, atendente, estudante, outra) fez as anotações?		sim não
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. As roupas, valores e objetos pessoais do paciente foram encaminhados segundo as normas?			sim	não	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Os termos de responsabilidade do paciente ou da família foram preenchidos de acordo com as normas			sim	não	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. A — Houve algum acidente ou incidente especial?			sim	não	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B — No caso afirmativo, os registros mencionam o fato			sim	não	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C — No caso afirmativo, os registros indicam que as anotações referentes foram submetidas à administração			sim	não	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. A — O Kardex é usado			sim	não	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B — No caso afirmativo, é registro permanente			sim	não	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. O plano de cuidados é anotado nos registros de enfermagem			sim	não	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. A — As observações da enfermagem na admissão do paciente mostram suas condições			sim	não	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
— físicas			sim	não	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
— emocionais			sim	não	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B — As observações da enfermagem na alta do paciente mostram suas condições			sim	não	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
— físicas			sim	não	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
— emocionais			sim	não	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

feito pela enfermeira, por se tratar de questões consideradas não qualitativas, conforme o formulário da parte I.

PARTE II — Auditoria de enfermagem — formulário para revisão de registros — Na segunda parte é feita a revisão dos registros de enfermagem. A palavra “registro” significa qualquer anotação de enfermagem referente ao cuidado de enfermagem, prestado ao paciente. Esse formulário é preenchido pelo auditor (enfermeira) e tem seus objetivos baseados nas funções da enfermagem, avaliando a ação da enfermeira, em relação a cada paciente. O alcance maior ou menor desses objetivos, medidos pela comparação com padrões pré-estabelecidos, qualificam o cuidado.

As sete funções da enfermagem são consideradas como componentes do processo de enfermagem e por esse motivo são o objeto de medição. Os componentes são complexos o que os leva a serem desdobrados em subcomponentes. Phaneuf³ estabelece para os sete componentes, 50 subcomponentes que são considerados essenciais para as diferentes funções. Cada função com os

seus respectivos subcomponentes são explicados no anexo I. Na parte II da auditoria de enfermagem a 1.^a etapa deve ser a seleção dos componentes e subcomponentes que serão estabelecidos como padrões. Essa etapa é a que requer maior tempo dos auditores. Em seguida, como 2.^a etapa, são atribuídos valores a cada um dos subcomponentes cuja soma estabelece o valor de cada componente.

No exame do formulário da parte II a escala de valores é desenvolvida após a identificação dos subcomponentes; em outras palavras, a escala se adapta aos subcomponentes e não vice-versa. A 3.^a etapa consiste em se estabelecer escalas numéricas, com as quais, a soma total dos componentes de cada caso revisado é comparado.

Por exemplo podemos estabelecer a seguinte escala:

Excelente	— 161-200
Muito Bom	— 121-160
Bom	— 81-120
Regular	— 41- 80
Insuficiente	— 0- 40

O quadro seguinte mostra o que se pode encontrar, após uma auditoria.

Funções da Enfermagem	n.º de Sub- componentes	Valor Total de pontos	% de pontos p/ cada função
I — Análise e execução das ordens médicas	6	42	21
II — Observação de sinais, sintomas e reações	6	40	20
III — Supervisão do paciente	7	28	14
IV — Supervisão de todo pessoal que participa do cuidado (exceto médicos)	4	20	10
V — Registros e relatórios	5	20	10
VI — Análise e execução de proced.º e técnicas de enfermagem	16	32	16
VII — Promoção da saúde física e mental do paciente p/orient. e ensino	6	18	9
TOTAL.....	50	200	100

**PARTE II — FORMULÁRIO PARA REVISÃO DOS REGISTROS
EM AUDITORIA DE ENFERMAGEM**
(Coloque um "X" na casela que corresponde à resposta correta)

NOME DO PACIENTE

I — ANÁLISE E EXECUÇÃO DAS ORDENS MÉDICAS	SIM	NAO	INCERTO	TOTAL
1. Diagnóstico médico completo	7	0	3	
2. Ordens completas	7	0	3	
3. Ordens de rotina	7	0	3	
4. Ordens prontamente executadas	7	0	3	
5. Ação de enfermagem que evidência causa e efeito	7	0	3	
6. Evidências que a história clínica foi levada em consideração pela enfermeira	7	0	3	
(42) TOTAL		0		

II — OBSERVAÇÃO DE SINAIS, SINTOMAS E REAÇÕES	SIM	NAO	INCERTO	TOTAL
7. Sinais e sintomas relacionados com curso da doença em geral	7	0	3	
8. Sinais e sintomas relacionados com o curso da doença no paciente	7	0	3	
9. Sinais e sintomas relacionados às complicações devido à terapia	7	0	3	
10. Sinais vitais	7	0	3	
11. Reações do paciente com relação à sua condição	7	0	3	
12. Reações do paciente no curso de sua doença	5	0	2	
(40) TOTAL		0		

III — SUPERVISÃO DO PACIENTE	SIM	NAO	INCERTO	TOTAL
13. Evidências que foi elaborado um diagnóstico inicial de enfermagem	4	0	1	
14. Segurança do paciente	4	0	1	
15. Proteção do paciente	4	0	1	
16. Adaptação	4	0	1	
17. Observação continua das condições do paciente	4	0	1	
18. O Plano de cuidados de enfermagem é atualizado de acordo com as observações	4	0	1	
19. Interação com a família, e outras pessoas envolvidas com o paciente.	4	0	1	
(28) TOTAL		0		

IV — SUPERVISÃO DO PESSOAL QUE PARTICIPA DO CUIDADO (exceto médicos)	SIM	NAO	INCERTO	TOTAL
20. Orientação do paciente, sua família e outros que participam do cuidado	5	0	2	
21. Considerações sobre a avaliação da aprendizagem	5	0	2	
22. Continuidade de supervisão dos elementos que estão sendo orientados	5	0	2	
23. Apoio aos elementos que estão dando o cuidado.	5	0	2	
(20) TOTAL		0		

V — REGISTROS E RELATÓRIOS	SIM	NAO	INCERTO	TOTAL
24. Registro do cuidado administrado	4	0	1	
25. Fatos essenciais relatados ao médico	4	0	1	
26. Registro dos fatos constantes da avaliação	4	0	1	
27. Paciente e família orientados sobre "o que" informar ao médico	4	0	1	
28. O registro permite continuidade do cuidado	4	0	1	
(20) TOTAL		0		

VI — ANÁLISE E EXECUÇÃO DE TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

	<u>Sím</u>	<u>Não</u>	<u>Incerto</u>	<u>Total</u>	<u>Não se Aplica</u>
29. Administração da medicação supervisão do seu uso	2	0	0,5		2
30. Higiene pessoal (banho, higiene oral, cuidados com a pele, unhas e cabelos)	2	0	0,5		
31. Nutrição, incluindo dietas especiais	2	0	0,5		2
32. Balanço hídrico e eletrolítico	2	0	0,5		2
33. Eliminação intestinal	2	0	0,5		2
34. Repouso e sono	2	0	0,5		2
35. Atividade física	2	0	0,5		2
36. Irrigação de canais e cavidades	2	0	0,5		2
37. Curativos e bandagens	2	0	0,5		2
38. Programas de exercícios físicos	2	0	0,5		2
39. Reabilitação	2	0	0,5		2
40. Prevenção de complicações incluindo infecções	2	0	0,5		2
41. Recreação	2	0	0,5		2
42. Procedimentos clínicos	2	0	0,5		2
43. Tratamentos especiais. (inclui traqueostomias, uso de oxigênio, cuidados com colostomia, alimentação por sonda, mudança de decúbito, etc.)	2	0	0,5		2
44. Procedimentos e técnicas ensinadas ao paciente	2	0	0,5		2
(32) TOTAL		0			

VII — PROMOÇÃO DA SAÚDE FÍSICA E MENTAL DO PACIENTE PELA ORIENTAÇÃO E ENSINO

45. Planos para atendimento de emergência	3	0	1		3
46. Apoio emocional	3	0	1		3
47. Apoio emocional à família	3	0	1		3
48. Orientação sobre cuidados relativos à prevenção de doenças	3	0	1		3
49. Avaliação das necessidades de recursos adicionais (guia espiritual, assistente social)	3	0	1		3
50. Ação da enfermagem com relação às necessidades identificadas.	3	0	1		3
(18) TOTAL		0			

Valor Global

Valor Final

Durante a revisão dos registros, cada um dos subcomponentes é avaliado isoladamente e cada resposta é extraída do registro como um todo.

Para os componentes da parte I da auditoria, são aplicados 3 tipos de respostas: “sim”, “não”, “incerta” e para os da parte II são aplicados 4 tipos: “sim”, “não”, “incerta” e “não se aplica”.

Conforme o já exposto no formulário da parte II, a contagem de pontos dadas às respostas dos subcomponentes são idênticas dentro de cada função exceto no item 12, da função II — onde existe um valor de 5 pontos para uma respostas “sim” e 2 pontos para “incerto”. A experiência mostra que “as reações do paciente no curso da sua doença” é uma dimensão identificável e para a qual um certo valor deve ser atri-

buido mas, pelo fato de ter parte de seu conteúdo já englobado nos itens 8 e 11 da mesma função tem seu valor ligeiramente rebaixado para que possa se equalizar aos demais.

Contagem de pontos do formulário da parte II — Após a revisão do registro, o auditor coloca os valores das respostas obtidas nas caselas do formulário. São colocados os valores para cada um dos cinqüenta subcomponentes e o total de cada função é computado e colocado na casela ao lado. Os valores totais de cada função são somados resultando num *valor global* das 7 funções. As colunas dos valores “não se aplica” são somadas separadamente e não são incluídas no valor global.

O quadro seguinte, exemplifica, o que se afirma:

Funções	Total	Não se aplica
I — Análise e execução das ordens médicas	35	—
II — Observação de sinais, sintomas e reações	30	—
III — Supervisão do paciente	20	—
IV — Supervisão de todo pessoal que dá cuidado (exceto médico)	17	—
V — Registros e relatórios	12	—
VI — Análise e execução de proced. ^o e técnicas da enfermagem	20	6
VII — Promoção da saúde física e mental do paciente	12	4
Valor Global	146	10

Para a computação do *valor final* é necessário corrigir a influência dos subcomponentes “não se aplica”. Evidentemente o valor final não deve ser rebaixado pelo fato de certos subcomponentes não serem considerados perti-

mentos no cuidado do paciente. O valor final será então obtido pela multiplicação de total global por um “coeficiente de correção” referente aos itens “não se aplica”. A tabela a seguir fornece valores dos “coeficientes de correção”.

TABELA DOS “COEFICIENTES DE CORREÇÃO”

Total de itens “não se aplica”	Valores do coeficiente de correção
0	1.00
2	1.01
3 ou 4	1.02
5 ou 6	1.03
7 ou 8	1.04
9 ou 10	1.05
11 ou 12	1.06
13 ou 14	1.07
15	1.08
16 ou 17	1.09
18 ou 19	1.10
20	1.11
21 ou 22	1.12
23	1.13
24 ou 25	1.14
26	1.15
27 ou 28	1.16
29	1.17
30 ou 31	1.18
32	1.19
33 ou 34	1.20
35	1.21
36	1.22
37 ou 38	1.23
39	1.24
40	1.25
41	1.26
42 ou 43	1.27
44	1.28
45	1.29
46	1.30
47	1.31
48 ou 49	1.32
50	1.33

Pelo exemplo encontrado no quadro, o valor global é 146 e os “não se aplica” totalizam 10 pontos. Verificando na tabela acima, encontramos correspondendo ao valor 10 dos itens “não se aplica”, o valor do “coeficiente de correção” 1.05. Teremos desse modo portanto, um valor final de $(146 \times 1.05 = 153.3)$. Esse valor cai dentro da faixa, de acordo com nossa escala no nível

121-160 que estabelece a qualidade do cuidado como sendo “muito bom”. O valor final máximo que pode ser obtido de acordo com o exemplo é 200. Esse valor final só é obtido quando todas as respostas são afirmativas. No caso de ocorrerem respostas do tipo “não se aplica” esse valor final será reduzido para um máximo de 150 pontos (vide tabela de coeficientes de correção).

Para esclarecimentos, pode-se, por exemplo, estabelecer para a auditoria de um caso, um valor global de 120. Esse valor global terá significado percentual diferente no caso do valor final máximo ser 200, ou um número menor. Um valor global de 120 pontos comparado a um valor final máximo de 200 representaria 60% ao passo que esse mesmo valor global, comparado com um valor máximo de 150 corresponderia a 80%. Esse é o motivo da existência do “coeficiente de correção”. Se na auditoria de um caso com o valor final máximo 200, encontramos 50 respostas “não se aplica”, esse valor final máximo passará a ser 150. Se o valor global encontrado no nosso exemplo foi 120 teremos que: 1.º) procurar na tabela dos “coeficientes de correção” qual o valor correspondente a 50 respostas “não se aplica”. 2.º) multiplicar o valor global encontrado pelo “coeficiente de correção”. Assim teremos ($120 \times 1.33 = 160$) que corresponderá a 80% do valor final máximo 200.

PARTE III — *Formulário dos resultados da auditoria*

O julgamento da qualidade do cuidado de enfermagem de pacientes cujos registros foram revistos, serão classificados em excelente, muito bom, bom, regular e insuficiente de acordo com o valor final encontrado. Quando alguns registros não permitirem auditoria, os auditores anotam no formulário quais os motivos que os tornam excludentes.

O item “observações” deve ser preenchido pelos auditores para enfocarem e complementarem aspectos considerados importantes na revisão. Isso inclui comentários sobre técnicas não usuais executadas no cuidado ao paci-

ente; falta de conhecimento sobre a doença do paciente e outros aspectos que o revisor considere importantes.

Comissão de Auditoria — A Chefe do serviço de enfermagem é a responsável, de uma forma global, pela qualidade do cuidado de enfermagem prestado na instituição.

A implantação de um sistema de auditoria de enfermagem, como instrumento de avaliação do cuidado, depende, conseqüentemente, da aprovação e incentivo da chefe do serviço e da cooperação das supervisoras e chefes de unidades envolvidas no processo de auditoria. Todos os elementos que participam direta ou indiretamente do processo devem conhecê-lo bem para saberem aplicá-lo corretamente.

Deve ser formada uma comissão, e à chefe do serviço de enfermagem cabe a escolha das enfermeiras que farão parte da comissão que irá estudar a implantação do processo de auditorias. A chefe do serviço de enfermagem deve acompanhar o desenvolvimento de todo o processo mas *não* deve ser membro da comissão. Esse aspecto deve ser respeitado porque a chefe do serviço irá utilizar os resultados da auditoria e como membro da comissão fatalmente irá intervir. A comissão não deve ter menos de 5 enfermeiras e em instituições maiores este número pode ser aumentado. Em instituições pequenas pode-se formar uma comissão conjunta, com membros comuns, e que prestará serviço a todas as entidades representadas. São considerados requisitos necessários para serem membros da comissão: conhecimento técnico e integridade reconhecida pelos seus pares; envolvimento com o cuidado do paciente; interesse no controle de qualidade e capacidade de trabalho

PARTE III — FORMULÁRIO DOS RESULTADOS DA AUDITORIA

Os registros refletem o serviço como sendo:

Excelente (161-200)	Muito Bom (121-160)	Bom (81-120)
<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
Regular (41-80)	Insuficiente (0-40)	
<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	

Os registros não permitem auditoria Por que?

Observações: (inclui críticas e sugestões pertinentes à prática de enfermagem conforme registros das Parte I e II).

Assinatura do membro da Comissão de Auditoria que fez a revisão do caso.

Data

em grupo. A comissão deve ser ampla para englobar especialidades como enfermagem médica, cirúrgica, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica e saúde pública.

O tempo recomendado para a designação dos membros é de 1 ano; nos últimos meses da gestão deverão orientar seus sucessores. Isso evita, de um lado, o hábito de se formar um determinado grupo específico e de outro lado dá oportunidade a outros. É interessante que enfermeiras não filiadas à instituição façam parte da comissão para facilitar um julgamento mais objetivo dos registros de enfermagem e para minimizar os interesses da instituição e focalizar o paciente. É necessário também, uma secretária para auxiliar a comissão na parte burocrática. Deve ser um elemento de toda confiança e desempenha a parte do trabalho de auditoria que não requeira julgamento de enfermagem. Isso inclui o preenchimento de dados do formulário da parte I, a computação dos pontos já atribuídos aos subcomponentes e o preparo do relatório da auditoria. O tempo dispendido por essa secretária é menos de um dia por mês. Os relatórios de auditoria

já impressos, aceleram o processo e permitem comparações entre instituições com relação à qualidade do cuidado de enfermagem.

Atividades da Comissão — existe uma regra prática que estabelece para cada membro da comissão a revisão de 10 casos por mês. Uma comissão com 5 enfermeiras pode auditar 50 casos por mês. Depois de treinado um membro pode completar um caso em 15 minutos. A comissão deve se reunir para considerar seus resultados, decidir casos dúbios, e elaborar relatório que será submetido à chefe do serviço de enfermagem. Para essas atividades a comissão leva em média entre 1h a 1,30h.

O número de casos auditados dependerá do número de altas por mês. Se o número de altas for 50 ou menos é recomendável que seja feita a auditoria de todos; se maior que 50 a auditoria deve ser em 10% dos casos escolhidos aleatoriamente (utilizar tabela de números aleatórios).

É perda de tempo auditar maior número de casos do que o necessário. Pesquisas já realizadas demonstram que nesse caso a *qualidade é em parte fun-*

ção da quantidade, isto é, em instituições maiores as normas e sistemas de controle e supervisão também são mais eficientes acontecendo o inverso nas pequenas entidades.

Nas instituições que possuem serviço de Arquivo Médico e Estatística, o trabalho é mais fácil porque os procedimentos para a utilização dos prontuários poderão ser elaborados em conjunto com esse Serviço. Uma regra importante é que os formulários de auditoria vazios ou preenchidos *nunca* devem ser anexados ao prontuário, assim como, nenhuma observação deve ser feita no prontuário que evidencie que foi auditado. Essa proteção é necessária porque, no caso de se julgar a qualidade como abaixo do adequado, não sejam utilizados os elementos de auditoria como uma arma contra a instituição.

Orientação da Comissão — uma das metas da orientação é desenvolver uma filosofia comum que requer comunhão de pensamentos de seus membros. A comissão se encaminha para uma filosofia comum de auditoria pelas discussões que envolvem a “subjetividade” e “objetividade” da qualidade do cuidado de enfermagem. A “objetividade” é explicada como uma observação de um fenômeno cujos resultados *sempre* possam ser obtidos desde que se repita o mesmo fenômeno.

A subjetividade é uma experiência mental com componentes emocionais em relação a um fenômeno que *não se repete sempre* da mesma forma na presença do mesmo fenômeno. A auditoria é baseada na hipótese que a objetividade total não é possível e utiliza *critérios* como um passo para atingir maior ob-

jetividade. A finalidade é construir e não destruir. Por outro lado não há lugar na auditoria para medos ou favores. Perguntas sobre a qualidade devem ser tão destacadas quanto possível e os resultados obtidos devem ser honestamente discutidos. Mesmo auditores experientes têm que procurar, constantemente, as definições para classificar os subcomponentes em “sim”, “não”, “incerto” e “não se aplica”. O “sim” denota *evidência* do fato no registro para justificar a afirmativa. O “não” significa a *ausência da evidência* do fato que justifique a afirmativa. O “incerto” significa que no registro existe *alguma evidência* em direção ao sentido afirmativo. O “não se aplica” significa que alguns subcomponentes não são pertinentes às necessidades do paciente.

Evidência — significa presença de dados nos quais um julgamento ou uma conclusão possam ser estabelecidos. Os procedimentos não devem ser discutidos fora das reuniões da comissão a não ser com pessoas diretamente relacionadas com os relatórios e recomendações da comissão.

Comissão de auditoria e a Chefe do Serviço de Enfermagem — a forma do relatório que será entregue pela comissão de auditoria à chefe do serviço de enfermagem, é estabelecida anteriormente pela própria comissão. O relatório inclui, número de casos que foram julgados refletindo no total um cuidado excelente, muito bom, bom, regular ou insuficiente. O julgamento de cada função mostra como foi obtido o geral e, especificamente dirige a atenção para áreas consideradas excelentes ou para as consideradas insuficientes.

**RELATÓRIO DA AUDITORIA
DE ENFERMAGEM**

mês dia ano Assinatura do presidente da Comissão
da Auditoria

Nome da Instituição

Número de casos revistos _____

Distribuição dos casos re-
vistos nos diferentes ní-
veis de qualidade.

Excelente Muito bom Bom Regular Insuficiente

*Avaliação por funções de
enfermagem e número de
casos*

	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Insuficiente	TOTAL
I — Análise e execução das ordens médicas.						
II — Observação de sinais, sintomas e reações.						
III — Supervisão do paciente.						
IV — Supervisão do pessoal que participa do cuidado (exceto médicos).						
V — Registros e relatórios.						
VI — Análise e execução de técnicas e procedimentos de enfermagem.						
VII — Promoção da saúde física e mental do paciente pela orientação e ensino.						

INSTRUÇÕES:

1. A distribuição de casos é obtida a partir do formulário da parte III.
2. A distribuição de casos por função é obtida a partir do formulário da parte II. Para as funções I e V inclusive, use a contagem total obtida; para as funções VI e VII, a contagem total obtida *mais* os respectivos "não se aplica".
Relacione as contagens obtidas conforme a tabela abaixo.

NÍVEL DE QUALIDADE POR FUNÇÃO

Funções	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Insuficiente
I	(36-42)	(27-35)	(18-26)	(9-17)	(0-8)
II	(32-40)	(24-31)	(16-23)	(8-15)	(0-7)
III	(23-28)	(16-22)	(10-15)	(5- 9)	(0-4)
IV	(17-20)	(12-16)	(8-11)	(4- 7)	(0-3)
V	(17-20)	(12-16)	(8-11)	(4- 7)	(0-3)
VI	(27-32)	(21-26)	(14-20)	(7-13)	(0-6)
VII	(16-18)	(12-15)	(8-11)	(4- 7)	(0-3)

O relatório deverá conter, além do sumário estatístico, uma descrição sucinta dos casos auditorados. Deve incluir observações sobre a qualidade do cuidado em termos claros, específicos, construtivos e breves e as recomendações da comissão devem ser viáveis.

O relatório deve ser enviado após cada trabalho de auditoria.

Quando a auditoria é sistemática existe a necessidade de se estabelecer metas iniciais e modificá-las à medida

que sejam atingidas. São elaboradas pela comissão e devem ser expressas na forma de comportamentos e ações propostas como desejáveis para a melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem na instituição. Os resultados dos auditores podem ser melhor visualizados quando representados em gráfico, pois permitem a comparação entre os padrões ideais e os valores obtidos indicando os níveis de melhoria na assistência prestada.

CONCLUSÃO

Conclui-se pelo exposto, que somente a auditoria poderá responder, com dados objetivos, à pergunta que as chefes dos serviços de enfermagem e todas as enfermeiras, conscientes das suas responsabilidades perante o paciente, fa-

mília, comunidade e grupo de trabalho conseguiria responder:

“Qual a qualidade do cuidado de enfermagem que está sendo prestado aos nossos pacientes?”.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. DEEKEN, M.H.L., sister — *A guide for the nursing service audit*. Saint-Louis, the Catholic Hospital Association, 1960. 26. p.
2. DUNN, H.W. & MORGAN, E.M. — *The nursing audit*. New York, National League for Nursing, 1968. 38 p.
3. PHANEUF, M.C. — *The nursing audit: profile for excellence*. New York, Appleton — Century-Crofts, c. 1972. 130 p.
4. LESNIK, M.V. & ANDERSON, B.E. — *Nursing Practice and the Law*, 2d ed. Philadelphia, J. B. Lippincott Co., 1955.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. ABDELAH, F.G. — Critérios de avaliação em enfermagem; tradução de Circe de Mello Ribeiro. *Rev. Bras. Enf.* 26 (1-2): 17-32, 1973.
2. CARVALHO, L. de F. — O prontuário médico na avaliação da capacidade profissional. *Rev. Paul. Hosp.* 6 (3): 31-35, mar., 1958.
3. DUNHAM, G.W. — A quality of patient care project. *Superv. Nurse.*, 7 (4): 34-38, apr., 1976.
4. FISHER, P.R. — The Nursing audit — *Nurs Outlook*, 5 (10): 590-592, Oct., 1957.
5. McGUIRE, R.L. — Bedside Nursing audit. *Am J. Nurs.* 68 (10): 2146-2148, oct., 1968.
6. MELLO, C.G. de & AGUIAR, N. — O exercício da auditoria médica. *Rev. Paul. Hosp.*, 20 (6): 16-26 jun., 1972.
7. NORMAS DE AUDITORIA. *Revista Paulista de Contabilidade*, 44 (418): 1-52, 1967.
8. PHANEUF, M.C. — A Nursing audit Method. *Nurs Outlook*, 12 (5): 42-45, May, 1964.
9. RAMIREZ, M.S. — Auditing of Nursing care plans. *Superv. Nurse*, 6 (6): 29-38, jun. 1975.
10. RIBEIRO, C. de M. — Auditoria de serviços de Enfermagem. *Rev. Bras. Enf.*, 25 (4): 91-103, jul/set., 1972.
11. SOUZA, F.P. de — importância da audição nas organizações hospitalares. *Rev. Paul. Hosp.* 17 (8): 49-50, ago., 1969.
12. VIEIRA, A et all — O princípio da investigação e observação sistematizada na enfermagem — uma experiência em hospital escola. *Rev. Bras. Enf.* 24 (5): 66-69, jun/set., 1971.

ANEXO I

FUNÇÕES E SUBCOMPONENTES

I — *Análise e Execução das Ordens Médicas.*

1. *Diagnóstico médico completo* — O diagnóstico é claro o suficiente para permitir a execução lógica das funções da enfermagem. Quando houver mudança no estado do paciente, o que se exige é que a enfermeira diagnostique e decida com acerto. Quando o paciente tem múltiplos diagnósticos, as mesmas regras são aplicadas mesmo quando um deles é o mais importante.

2. *Ordens completas* — as ordens médicas são claras, explícitas e conclusivas quando analisadas em relação ao paciente, e ao diagnóstico. As ordens de medicação devem incluir dosagem, frequência e modo de administração, a menos que exista rotina predeterminada. Exemplo: insulina.

3. *Ordens de rotina* — as ordens são executadas de acordo com a política da instituição e do julgamento da enfermeira. Exemplo: a administração de um entorpecente está de acordo com a política do hospital, mas se estiver causando efeitos indesejáveis ao paciente, poderá ser suspenso pela enfermeira e em seguida ser informado o médico.

4. *Ordens prontamente executadas* — o registro mostra um adequado intervalo de tempo entre a ordem e o seu cumprimento. A data com relação à ordem e o registro da hora em que foi escrita, como também a data e a hora em que a ordem foi executada devem ser considerados.

5. *Ação da enfermagem que evidencia causa e efeito* — o registro evidencia que a enfermagem sabe “o que” e “por que” está agindo. A enfermeira executando qualquer ordem indicada pelo médico é legalmente obrigada a enten-

der causa e efeito da ordem antes de executá-la.

6. *Evidências que a história clínica foi levada em consideração pela enfermeira* — o registro reflete conhecimento por parte da enfermeira de pontos pertinentes à vida pregressa do paciente no planejamento de cuidados.

II — *Observações de Sinais, Sintomas e Reações.*

7. *Sinais e sintomas relacionados com o curso da doença em geral* — há evidências de que a enfermeira compreende a doença de acordo com a literatura pertinente e observa o paciente tendo o quadro clínico com referência segundo Seavell e Clark, o padrão de evolução é traçado em pré-patológico, patologia inicial, diagnóstico precoce, doença avançada, convalescença, recuperação, estado-crônico, incapacidade e morte.

8. *Sinais e sintomas relacionados com o curso da doença no paciente* — há evidência de reações individuais do paciente à doença e ao tratamento.

9. *Sinais e sintomas relacionados a complicações devido à terapia* — as observações registradas se relacionam à terapêutica esperada e a possíveis efeitos colaterais ou indesejáveis. As observações são reflexos da habilidade da enfermeira em entender relação causa efeito na execução de suas atividades.

10. *Sinais vitais* — quando indicativo da situação do paciente, os registros incluem: temperatura, pulso (ritmo e frequência), respiração (tipo e frequência) pressão arterial e observações relativas ao estado emocional do paciente. O registro de um só sinal vital por exemplo, pressão arterial não é significativo, pois a variação da pressão arterial é que indica a terapêutica adequada.

11. *Reações do paciente com relação à sua condição* — existe evidência que foi dada atenção ao comportamento do

paciente com relação à sua condição clínica e à sua situação sócio-econômico, pois existem influências recíprocas entre elas. A "atenção" nesse caso significa uma observação cuidadosa de todas as atitudes do paciente. Isso inclui as respostas do paciente a questões diretas ou indiretas ou mesmo respostas não verbais.

12. *Reações do paciente no curso da sua doença* — existe evidência de que foi dada a atenção à evolução da doença no paciente, isto é, atenção ao grau de aceitação, de rejeição ou de ambivalência do paciente em relação à doença em relação aos sintomas da doença. Exemplo de ambivalência: O paciente pode rejeitar sua doença, mas aceitar os sintomas desagradáveis que ela lhe causa ou vice-versa. A intervenção da enfermagem sem levar em conta a posição do paciente será certamente de efeito nulo.

III — Supervisão do Paciente

13. *Evidências de que foi elaborado em diagnóstico inicial de enfermagem* — evidências de que as anotações de enfermagem foram utilizadas como base para a elaboração de planos de cuidados de enfermagem dirigidos no sentido de solucionar os problemas do paciente. O diagnóstico deveria ser feito assim que possível após o primeiro contacto da enfermeira com o paciente. A evidência do diagnóstico implícito também deve ser levada em consideração uma vez que este dá o compasso ou encaminha as etapas do processo de enfermagem até a formulação do plano de cuidado.

14. *Segurança do paciente* — existe evidências nos registros de ações executadas pela enfermeira para evitar injúrias ou danos físicos ao paciente. Essas precauções incluem assistência de deambulação precoce e outras atividades que envolvam funções neuromusculares co-

mo também as que englobam segurança ambiental.

15. *Proteção do paciente* — registros que evidenciem a existência de serviços que dão condições para a terapia do paciente. Nesse item estão incluídas condições físicas ambientais adequadas e bom relacionamento interpessoal.

16. *Adaptação* — há evidências de tentativas em ajudar o paciente a se ajustar à sua situação atual e à futura prevista. Essas tentativas incluem: ajudar o paciente a aceitar metas terapêuticas atingíveis: ajudar o paciente a reduzir sua ansiedade, medo e dúvida; ajudá-lo a ter autoconfiança e confiança no seu cuidado; ajudá-lo a exercer esforços físicos e emocionais requeridos na sua situação e de acordo com sua capacidade.

17. *Observação contínua das condições do paciente* — os registros refletem uma avaliação dinâmica do estado do paciente, isto é, são identificados fatos que corretamente interpretados fornecem elementos para revisão e modificação dos planos de cuidados.

18. *O plano de cuidados de enfermagem é atualizado de acordo com as observações* — Há evidências de que o plano foi adaptado às mudanças do estado do paciente, isto é, se o plano de cuidados de enfermagem foi adequadamente atualizado à medida que as condições e capacidades do paciente mudavam.

19. *Interação com a família e outras pessoas envolvidas com o paciente* — os registros dizem respeito às pessoas que estão em contacto com o paciente com o objetivo de promover interações que sejam benéficas a todos. Isto quer dizer que as interações do paciente com sua família, seu médico e amigos, são observadas para o planejamento de um relacionamento mutuamente construtivo.

IV — *Supervisão do Pessoal que Participa do Cuidado (Exceto médicos)*

20. *Orientação do paciente, sua família e outros que participam do cuidado* — esse registro reflete que o cuidado foi ensinado com o apoio adequado a quem irá executá-lo. O ensinamento inclui todas as atividades assumidas pelo paciente e todas as tarefas a serem executadas por outros envolvidos no seu cuidado. Acredita-se que o cuidado não foi ensinado até que o comportamento das pessoas envolvidas mostre ou sugira que o aprendizado ocorreu.

21. *Considerações sobre a avaliação da aprendizagem* — Há evidências de que o ensino foi adequado àquela pessoa que irá dar o cuidado. As anotações refletem a capacidade inicial dos que receberam os ensinamentos, isto é, quais as condições dos elementos quanto a conhecimentos, atitudes e habilidades antes de se iniciar o processo de aprendizagem.

22. *Continuidade de supervisão dos elementos que estão sendo orientados* — Há evidências que os resultados dos ensinamentos iniciais e dos que se seguiram foram observados apropriadamente, isto é, os registros vão indicando a mudança de comportamento do elemento que está sofrendo o processo de aprendizagem.

23. *Apoio aos elementos que estão dando cuidado* — o registro reflete ajuda física e emocional àqueles que receberam orientação e quais os fatos que evidenciaram a necessidade dessa ajuda.

V — *Registros e Relatórios*

24. *Registro do cuidado administrado* — registro de informações que facilitam a continuidade da assistência de enfermagem e médica. Informações mínimas como observações dos sinais e sintomas; evidência da execução das ordens médicas e outros dados desenvolvidos na supervisão de assistência ao paciente.

25. *Fatos essenciais relatados ao médico* — o registro mostra que informações básicas necessárias foram encaminhadas ao médico verbalmente ou por escrito. Os fatos relatados serão considerados de maior ou menor importância de acordo com a maior ou menor influência que terão na orientação da terapêutica do paciente.

26. *Registro dos fatos constantes da avaliação* — existe evidência do julgamento da enfermeira em relação aos fatos registrados. Em outras palavras, a ênfase é dada nos registros que foram considerados indispensáveis ao médico, no atendimento do paciente.

27. *Paciente e família orientados sobre o que informar ao médico* — Há evidências que o paciente e membros da sua família foram orientados sobre o que relatar ao médico com o objetivo de favorecer o entrosamento médico-paciente-família o que é mutuamente vantajoso. Estimular a comunicação do paciente e família com o médico a respeito das necessidades do paciente.

28. *O registro permite continuidade do cuidado* — A questão a ser respondida nesse subcomponente não é se existe continuidade de cuidado, mas, se a continuidade de cuidados seria possível com as informações reveladas pelo registro.

VI — *Análise e Execução de Técnicas e Procedimentos de Enfermagem*

29. *Administração da medicação, supervisão de seu uso* — no caso do medicamento ser administrado pela enfermeira ou por outro elemento, o registro deve refletir conhecimento do efeito terapêutico da droga como também seus efeitos colaterais e indesejáveis. Exemplo: reações alérgicas.

30. *Higiene pessoal* — (banho, higiene oral, cuidado com a pele, unhas e cabelos) — o registro indica atenção adequada com a higiene pessoal do paciente quando realizada por ele mesmo

Ou por qualquer um dos elementos da enfermagem. Atenção adequada inclui não somente preocupação com limpeza mas também, cuidados que conduzam a sentimentos de bem-estar, valor e dignidade humana.

31. *Nutrição incluindo dietas especiais* — há evidências de atenção para uma nutrição adequada relatando principalmente a aceitação e as preferências do paciente. No caso de dieta especial, evidenciar se as razões são entendidas e aceitas pelo paciente e família. Verificar se está implícito a utilização dos resultados na implementação de planos de cuidados de enfermagem.

32. *Balanço hídrico e eletrolítico* — o registro reflete considerações sobre possíveis distúrbios que incluem: atenção à ingestão de líquidos e micção; modificações na frequência e tipo de respiração; modificações no turgor da pele; mudança de comportamento tal como aumento da apatia ou cansaço; sede, ascite e edema.

33. *Eliminação intestinal* — evidência de funcionamento normal do intestino, ou da ação adequada em caso de anormalidade. Ênfase deve ser dada em normalidade para o homem saudável e os desvios que ocorrem devido à doença.

34. *Repouso e sono* — evidência de que os padrões usuais do paciente quanto ao repouso e sono são levados em consideração no planejamento de seu cuidado.

35. *Atividade física* — o registro mostra o relacionamento entre a atividade desenvolvida pelo paciente e a que lhe é clinicamente permissível. Para que se consiga um equilíbrio entre o excesso e a falta de atividade requerida pelo paciente, é necessário que ela compreenda e aceite as razões que determinam a restrição ou o aumento.

36. *Irrigação de canais e cavidades* — evidência de que a irrigação foi reali-

zada conforme a prescrição. Esse sub-componente se refere a todos tipos de irrigação inclusive enemas. Devem estar registradas as reações do paciente e as anormalidades observadas no desempenho da técnica.

37. *Curativos e bandagens* — evidências que estas foram aplicadas e executadas conforme prescritas ou indicadas. Aplicações tópicas, se houver, devem ser identificadas. Observações da ferida e dos tecidos de áreas próximas deverão ser registradas de modo a permitir uma observação contínua do processo de cicatrização ou detectar precocemente complicações.

38. *Programas de exercícios físicos* — registros de que o plano de tratamento é levado adiante conforme prescrição do médico ou do fisioterapeuta. A enfermeira é responsável pela observação de que o programa está sendo executado e pelo encorajamento e assistência dadas ao paciente.

39. *Reabilitação* — evidências da orientação e encorajamento da enfermeira no sentido da independência do paciente. Atividades do dia a dia incluem não somente cuidados consigo próprio, mas também outras atividades que dão um aspecto positivo ao dia do paciente. A avaliação do desempenho, feito pela enfermeira, pode aumentar ou diminuir a motivação do paciente.

40. *Prevenção de complicações incluindo infecções* — Evidências de assistência de enfermagem no sentido de detectar infecções primárias e secundárias; complicações devido à terapia; prevenção de incapacitações evitáveis tais como contracturas.

41. *Recreação* — o registro indica atenção específica às necessidades do paciente quanto às atividades que desviam a sua atenção da doença.

42. *Procedimentos clínicos* — o registro mostra resultados de procedimentos de enfermagem como: controle de foco fetal; determinações da pressão arterial; controle de sangramento e outros.

43. *Tratamentos especiais* — (inclui traqueostomias, uso de oxigênio, cuidados com a colostomia, alimentação por sonda, cuidados na mudança de decúbito, etc.) evidência de que os tratamentos foram cumpridos, quais os resultados e quais as reações do paciente. O preparo do paciente para tratamentos especiais pela explicação e motivação deve ser desenvolvido pela enfermeira.

44. *Procedimentos e técnicas ensinadas ao paciente* — evidência de que qualquer procedimento ou técnica que beneficie o paciente tenha sido ensinada. Os registros mostram as atividades de enfermagem orientados no sentido de promover a independência do paciente dentro dos limites das suas possibilidades.

VII — *Promoção da Saúde Pública e Mental do Paciente pela Orientação e Ensino*

45. *Planos para atendimento de emergência* — O planejamento para emergências é uma eventualidade que deve ser reconhecida e preparada pela enfermeira. Em hospitais bem organizados há rotinas específicas para essas situações. Em auditoria é necessário observar se essas rotinas foram aplicadas de forma adequada. Em caso de atendimento de ambulatório, o paciente e sua família devem saber precisamente quais as facilidades de serviços a serem utilizadas em emergência e como usá-los.

46. *Apoio emocional* — evidências de trabalho no sentido de ajudar o paci-

ente a compreender e aceitar sua situação. Para proporcionar apoio emocional ao paciente é necessário que a enfermeira conheça as necessidades de seu paciente, seu comportamento característico e sua formação sócio-econômico-cultural.

47. *Apoio emocional à família* — o registro reflete impressões e fatos sobre as reações da família em relação ao paciente e sua condição. Prover apoio para a família requer as mesmas informações básicas requeridas para o apoio emocional prestado ao paciente.

48. *Orientação sobre cuidados relativos à prevenção de doença* — Evidências de orientação para a promoção e proteção da saúde do paciente e de sua família, isto é, orientação sobre a detecção de sinais e sintomas que indicam novas patologias ou que indicam complicações na doença em curso. Como orientação, no mínimo, o paciente e família deverão entender, aceitar e executar os procedimentos e atividades necessárias ao restabelecimento do paciente.

49. *Avaliação das necessidades de recursos adicionais* — (guia espiritual, assistente social, fisioterapeuta, outros) — Evidência de ações de enfermagem para atender as necessidades do paciente, através da comunicação com os serviços indicados bem antes da alta do paciente.

50. *Ação da enfermagem com relação às necessidades identificadas* — Evidências que as ações de enfermagem foram orientadas no sentido de atender às necessidades do paciente. Registro da avaliação e resultado da ação de enfermagem.