

AUDITORIA EM ENFERMAGEM: PROPOSTA DE UM INSTRUMENTO

*Sandra Honorato da Silva**

SILVA, S.H. da Auditoria em enfermagem: proposta de um instrumento. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 23(3):305-323, dez. 1989.

A autora propõe um instrumento de auditoria retrospectiva, para avaliação da assistência de enfermagem prestada a cada paciente, através da documentação da mesma. O instrumento foi elaborado com base nos padrões assistenciais e nas normas do planejamento da assistência de enfermagem estabelecidos para a unidade.

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

1. INTRODUÇÃO

O serviço de Enfermagem como parte integrante da estrutura administrativa do hospital, precisa propor o uso de medidas ou critérios de avaliação que expressem estatisticamente a qualidade da assistência de enfermagem prestada na instituição como esquema de controle de suas próprias atividades e embasamento para propostas de reformulação.

A auditoria é parte integrante e essencial da tecnologia de controle. É fundamental para o administrador como instrumento de vigilância, fiscalização e orientação (SÁ, 1969).

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 em função disso um caráter eminentemente educacional”.

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

* Professor Assistente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. *Disciplinas Introdução à Enfermagem e Fundamentos de Enfermagem I*. Supervisora de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.

A auditoria de enfermagem está sendo utilizada, na medida que se reconhece sua importância na avaliação da qualidade de assistência de enfermagem (KURCGANT 1976).

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 documentação dessa assistência no prontuário”.

Porém, a maior dificuldade que se apresenta em propostas de avaliação de qualidade de assistência em nosso meio, é a inexistência de critérios de avaliação.

ABDELLAH (1973) considera que critérios de avaliação podem ajudar na modificação da prática de enfermagem para melhorar o cuidado ao paciente, avaliar o efeito da ação de enfermagem na evolução do estado do paciente, e finalmente, contribuir para a definição e identificação da ciência de enfermagem.

Sempre que se trata do problema de mensuração da qualidade de assistência, alguns elementos devem ser considerados: definir o que deve ser feito, comparar o que deve ser feito com o que é feito, identificar falhas e propor ações (PERG, 1974). Observando essa colocação, a existência de critérios de avaliação, pressupõe o estabelecimento de padrões assistenciais e a adoção de um método assistencial, pois ambos determinam as bases sobre os quais se desenvolverá a prática assistencial, fornecendo conseqüentemente, os elementos indispensáveis à avaliação dos resultados alcançados.

Para acompanhar o desenvolvimento técnico e científico da enfermagem, no momento atual, há uma necessidade crescente de se desenvolverem instrumentos que mensurem a qualidade da assistência de enfermagem prestada em nossas instituições. É nesse contexto que se propõe um instrumento para auditoria retrospectiva.

2. ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AUDITORIA RETROSPECTIVA

Para a obtenção de dados que permitissem uma visualização de toda a assistência de enfermagem prestada a cada paciente, elaborou-se um instrumento de auditoria, tomando-se por base os padrões de assistência, aqueles passíveis de análise retrospectiva, definidos para a Unidade de Pediatria e as normas estabelecidas para a sistemática de assistência de enfermagem adotada na instituição. Considerou-se ainda que a assistência de enfermagem prestada a um paciente numa unidade de internação está direcionada fundamentalmente ao atendimento dos problemas de enfermagem, levantados pela própria enfermagem e dos problemas médicos que demandam ações de enfermagem.

Para análise da assistência de enfermagem foram consideradas 6 áreas de atuação da enfermagem.

- Área I – levantamento de dados na admissão: nesta área é proposta uma análise do levantamento de dados realizado na admissão do paciente no hospital, para conhecimento de suas condições e dos problemas de enfermagem a serem inicialmente trabalhados;
- Área II – prescrições e evoluções de enfermagem: nesta área é proposta uma análise de cada uma das prescrições e evoluções realizadas durante a internação, para averiguação das ações de enfermagem propostas, face aos problemas levantados, dos resultados destas ações pelas evoluções, assim como o levantamento de novos problemas;
- Área III – anotações de enfermagem: nesta área é proposta uma verificação das anotações de enfermagem, feitas por toda a equipe e análise das mesmas em relação a sua consonância com as ações propostas nas prescrições de enfermagem;
- Área IV – execução de ordens médicas: nesta área é proposta uma verificação nas prescrições médicas e anotações de enfermagem para se constatar o cumprimento ou não de ordens médicas e as devidas justificativas. Além disso é verificado se constam das ordens médicas indicações de ações de enfermagem;
- Área V – procedimentos de enfermagem: nesta área é proposta uma análise dos registros de controle de: temperatura; peso; ingestão de líquidos; ingestão de alimentos; hidratação parenteral; eliminações urinárias e intestinal; vômitos e assaduras; para verificar se os mesmos estão em concordância com os padrões propostos, e
- Área VI – condições de alta: nesta área é proposta uma análise das condições físicas e emocionais do paciente no momento da alta, assim como o preparo e orientação dados aos familiares no que concerne a cuidados e continuidade do tratamento.

Para garantir a objetividade na aplicação do instrumento e uniformização na obtenção de dados, foram descritos os critérios adotados para o preenchimento de cada um dos itens que compõem o instrumento.

3. INSTRUMENTO DE AUDITORIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

PACIENTE _____ RG _____ SEXO _____ IDADE _____

CLÍNICA _____ QUARTO _____ LEITO _____

DATA DE ADMISSÃO _____ DATA DE SAÍDA _____

Nº DE DIAS ANALISADOS _____ ANÁLISE Nº _____

ENFERMEIRA _____ COREN Nº _____

| | SIM | INCOMP. | NÃO | OBSERVAÇÕES |
|---|-----|---------|-----|-------------|
| I – LEVANTAMENTO DE DADOS NA ADMISSÃO | | | | |
| 01. dados de identificação completos | | | | |
| 02. entrevista preenchida de forma correta e por completo | | | | |
| 03. exame físico preenchido corretamente | | | | |
| 04. levantamento de dados permite identificar as condições do paciente: físicas | | | | |
| 05. idem emocionais | | | | |
| 06. levantamento de dados permite conhecimento de hábitos relacionados às necessidades: psicobiológicas | | | | |
| 07. psicossociais | | | | |
| 08. psicoespirituais | | | | |
| 09. levantamento de dados datado e assinado | | | | |
| II – PRESCRIÇÕES E EVOLUÇÕES DE ENFERMAGEM | | | | |
| 10. primeira prescrição é feita pela mesma enfermeira que realizou o levantamento | | | | |
| 11. primeira prescrição reflete os problemas levantados, observada a prioridade do atendimento | | | | |
| 12. “evolução de entrada” possibilita conhecer as condições gerais do paciente | | | | |
| 13. há uma prescrição diária | | | | |

| | DIAS DE INTERNAÇÃO | | | | | | OBSERVAÇÕES |
|--|--------------------|--|--|--|--|--|-------------|
| | | | | | | | |
| 14. prescrição estruturada na seqüência determinada | | | | | | | |
| 15. prescrição indica o grau de dependência do paciente | | | | | | | |
| 16. prescrição indica ações relacionadas ao atendimento de necessidades: psicobiológicas | | | | | | | |
| 17. psicossociais | | | | | | | |
| 18. psicoespirituais | | | | | | | |
| 19. prescrição aborda os problemas de enfermagem anteriores e novos | | | | | | | |
| 20. prescrição aponta cuidados referentes à terapêutica médica prescrita | | | | | | | |
| 21. prescrição tem data, horário e assinatura | | | | | | | |
| 22. os cuidados prescritos foram checados | | | | | | | |
| 23. há uma evolução antecedendo cada prescrição | | | | | | | |
| 24. evolução possibilita uma visão geral das condições do paciente | | | | | | | |
| 25. evolução fornece informações dos resultados dos cuidados prestados | | | | | | | |
| 26. evolução tem data, horário e assinatura | | | | | | | |
| III – ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM | | | | | | | |
| 27. há pelo menos uma anotação em cada plantão | | | | | | | |
| 28. anotações respondem aos itens da prescrição | | | | | | | |
| 29. anotações evidenciam observação de sinais e sintomas | | | | | | | |
| 30. horário e rubrica em cada anotação | | | | | | | |
| 31. anotação indica quem fez (enfermeira-técnico-auxiliar-atendente) | | | | | | | |
| IV – EXECUÇÃO DE ORDENS MÉDICAS | | | | | | | |
| 32. medicação dada checada e rubricada | | | | | | | |
| 33. tratamentos checados e rubricados | | | | | | | |
| 34. anotada com hora e rubrica ocorrência com medicação e tratamentos | | | | | | | |
| 35. ordens médicas não indicam ações de enfermagem | | | | | | | |
| V – PROCEDIMENTOS | | | | | | | |
| 36. controle de temperatura feito duas vezes ao dia no mínimo | | | | | | | |
| 37. peso controlado uma vez ao dia | | | | | | | |

| | DIAS DE INTERNAÇÃO | | | | | | OBSERVAÇÕES |
|--|--------------------|--|--|--|--|--|-------------|
| | | | | | | | |
| 38. ingestão de alimentos foi controlada | | | | | | | |
| 39. ingestão de líquidos V.O. foi controlada | | | | | | | |
| 40. quando prescrita, a infusão de líquidos EV foi controlada | | | | | | | |
| 41. as micções foram controladas | | | | | | | |
| 42. as evacuações foram controladas | | | | | | | |
| 43. a ocorrência de vômitos foi registrada | | | | | | | |
| 44. quando presente assadura, as prescrições apontam cuidados relacionados à mesma | | | | | | | |
| VI – CONDIÇÕES DE ALTA | | | | | | | |
| 45. prescrições de enfermagem evidenciam preparo para alta | | | | | | | |
| 46. as anotações e/ou evoluções indicam as orientações para continuidade do cuidado e tratamento | | | | | | | |
| 47. as anotações de saída indicam as condições do paciente: físicas | | | | | | | |
| 48. emocionais | | | | | | | |

LISTA DE PROBLEMAS

Problemas levantados
entrevista

Problemas abordados:

exame físico

evolução de entrada

Posteriores

4. INSTRUMENTO – CRITÉRIOS ADOTADOS PARA O PREENCHIMENTO

| Áreas – componentes | Critérios adotados |
|---|---|
| <p>I – Levantamento de dados na admissão 1 – dados de identificação completos</p> | <p>Os dados de identificação são os que compõem o cabeçalho da folha do histórico até o item: nome do entrevistado. Total de itens: 14 14 = sim 13 a 7 = incompleto 6 a 0 = não Nota: especificar na coluna de observações o n^o dos itens não preenchidos.</p> |
| <p>2 – entrevista preenchida de forma correta e por completo</p> | <p>correta = resposta pertinente à pergunta completo = resposta preenchida ou com um traço Total de itens: 56 56 = sim 55 a 28 = incompleto 27 a 0 = não</p> |
| <p>3 – exame físico preenchido de forma correta e por completo</p> | <p>correta = resposta pertinente à pergunta completo = resposta preenchida ou com um traço Total de itens: 43 43 = sim 43 a 22 = incompleto 21 a 0 = não</p> |

- NOTA: 1. as respostas em branco sem traço serão consideradas como não respondidas.
2. as questões que apresentam sub-itens só serão consideradas respondidas quando, nos casos de resposta afirmativa, os sub-itens tiverem sido respondidos.
3. anotar na coluna de observações o número das questões que não foram respondidas.

| Áreas – componentes | Critérios adotados |
|---|--|
| 4 – levantamento permite identificar as condições físicas | <p>as condições físicas são identificadas: todo exame físico (49 itens) + dados evolução entrada + impressão do examinador:</p> <p>sim = 32 itens E. Físico + sinais e sintomas.</p> <p>incompleto = 21 a 32 itens E.F. + sinais e sintomas.</p> <p>não = menos de 21 itens E.F. sem sinais e sintomas</p> |
| 5 – Levantamento de dados permite identificar as condições emocionais no momento da internação | <p>sim = houve menção das condições emocionais da criança.</p> <p>não = não houve menção das condições emocionais da criança.</p> <p>Nota: esta informação poderá estar: evolução entrada, outras informações ou impressões do examinador.</p> |
| 6 – Levantamento de dados permite conhecimento dos hábitos relacionados ao atendimento das necessidades psicobiológicas | <p>indicam atendimento às necessidades psicobiológicas as questões nº 1, 2, 3 e 15 a 35</p> <p>Total de itens = 24</p> <p>sim = 24</p> <p>incompleto = 12 a 23</p> <p>não = menos de 12</p> |
| 7 – psicossociais | <p>indicam necessidades psicossociais questões nº 4 a 14 e 36 a 55</p> <p>Total de itens = 31</p> <p>sim = 31</p> <p>incompleto = 16 a 30</p> <p>não = 0 a 15</p> |

| Áreas – componentes | Critérios adotados |
|---|---|
| 8 – psíquicos | <p>não existe questão referente ao aspecto psíquico, porém a informação poderá estar registrada em qualquer parte do histórico ou ao final do exame físico.</p> <p>sim = quando existe a informação não = quando não existe a informação.</p> |
| 9 – Levantamento datado e assinado. | <p>data – cabeçalho do histórico – item = histórico em ... assinatura = ao final do histórico ou do exame físico ou em ambos.</p> <p>sim = constam data e assinatura incompleto = falta data ou assinatura não = faltam data e assinatura</p> <p>Anotar na coluna de observação o dado em falta.</p> |
| <p>II – Prescrição e evoluções de enfermagem</p> <p>10 – A primeira prescrição é feita pela mesma enfermeira que realizou o levantamento.</p> | <p>Conferir assinatura da prescrição e levantamento.</p> <p>sim = assinaturas indicam mesma pessoa não = assinaturas indicam pessoas diferentes</p> <p>Em caso negativo anotar a justificativa na coluna de observações.</p> |
| 11 – Primeira prescrição reflete os problemas levantados | <p>Verificar a listagem dos problemas (histórico + Exame Físico) + Evolução de entrada e verificar se a prescrição reflete os mesmos.</p> <p>Do nº total de problemas</p> <p>sim = de 50% a 100% não = menos de 49%</p> |

| Áreas – componentes | Critérios adotados |
|---|--|
| <p>12 – “Evolução de entrada” possibilita verificar as condições gerais do paciente</p> | <p>Evolução de entrada deve fazer um resumo das condições físicas e emocionais no momento da internação.</p> <p>a – sinais e sintomas físicos + alimentação + eliminações.</p> <p>b – condições emocionais</p> <p>sim = tem item a e b</p> <p>incompleto = não tem item a ou b</p> <p>não = não tem item a nem b</p> <p>Anotar na coluna de observação o dado que faltou, se físico ou emocional.</p> |
| <p>13 – Há uma prescrição diária</p> | <p>Verificar se há uma prescrição diária para cada dia de internação</p> <p>Prescrição tem validade de 24 horas</p> <p>sim = há uma para cada dia de internação</p> <p>não = faltam uma ou mais prescrições.</p> |
| <p>14 – Prescrição estruturada na seqüência determinada</p> | <p>Verificar em cada prescrição a seguinte seqüência:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. controles – 2. alimentação – 3. higiene – 4. sinais e sintomas – 5. tratamentos (curativos, preparação de exames) – 6. orientação – 7. assistência espiritual – 8. encaminhamentos. <p>sim = observa seqüência na íntegra</p> <p>não = não observa seqüência na íntegra</p> |

| Áreas – componentes | Critérios adotados |
|--|---|
| 15 – Prescrição indica o grau de dependência do paciente. | <p>Grau de dependência é indicado pelo verbo</p> <p>Total – fazer, ministrar, aplicar, medir, limpar, mobilizar, executar, colocar, etc.</p> <p>Parcial – ajudar, auxiliar, apoiar, oferecer, permitir, vigiar, fornecer, acompanhar.</p> <p>sim = quando indica grau não = quando não indica grau</p> <p>Na coluna de observação colocar se dependência Total ou parcial.</p> |
| 16 – Prescrição indica ações relacionadas ao atendimento das necessidades psicobiológicas 17 – psicossociais 18 – psicoespirituais | <p>na coluna observações listar as necessidades abordadas</p> <p>idem às psicobiológicas</p> <p>idem às psicobiológicas</p> |
| 19 – Prescrição de enfermagem aborda problemas anteriores e novos | <p>Verificar a listagem de problemas + evolução que antecede a prescrição do dia.</p> <p>Do total de problemas:</p> <p>sim = 60 a 100%</p> <p>incompleta = 59 a 40%</p> <p>não = menos de 40%</p> |
| 20 – Prescrição aponta cuidados referentes à terapêutica médica prescrita | <p>Ler a prescrição médica correspondente e verificar os itens que demandam ações de enfermagem a serem explicitadas na prescrição de enfermagem.</p> <p>sim = todos os itens abordados = 100%</p> <p>incompleta = 50% a 99% abordados ou então abordados de maneira incompleta</p> <p>não = menos de 49% abordados</p> <p>não se aplica – quando na prescrição médica não existem itens que demandem ações de enfermagem a serem explicitadas na prescrição de enfermagem.</p> |

| Áreas – componentes | Critérios adotados |
|---|--|
| 21 – Prescrição tem data, horário e assinatura | Toda prescrição deve ter os três itens sim = tem os três itens incompleta = falta um item não = faltam dois ou três itens Anotar na observações o que ficou faltando. |
| 22 – Os cuidados prescritos foram checados | Verificar checagem Do total de itens sim = 100% incompleto = 50 a 99% não = menos de 49% |
| 23 – Há uma evolução antecedendo cada prescrição | Verificar se há uma evolução para cada prescrição. sim = quando há não = quando não há |
| 24 – Evolução possibilita visão geral das condições do paciente | A evolução deve conter: – estado emocional – temperatura – eliminações – alimentação, hidratação – intercorrências – sinais e sintomas sim = 100% incompleto = de 50 a 99% não = menos de 49% Na observação especificar o que ficou faltando |
| 25 – Evolução fornece informações dos resultados dos cuidados prestados | Verificar prescrição anterior e na evolução seguinte as informações sobre o resultado dos cuidados. sim = 100% incompleto = 50 a 99% não = menos de 49% |

| Áreas – componentes | Critérios adotados |
|--|--|
| 26 – Evolução tem data, horário e assinatura | <p>Verificar presença dos três dados. Como prescrição e evolução são contínuas, os dados são válidos para ambas.</p> <p>sim = 3 itens incompleto = 2 itens não = faltam 2 ou 3 itens</p> <p>Anotar na observação o dado que ficou em falta</p> |
| III – Anotações de enfermagem 27 – há pelo menos 1 anotação em cada plantão | <p>Padrão estabelecido – 1 anotação por plantão.</p> <p>manhã = 7:30 às 13:30 hs tarde = 13:30 às 19:30 hs noite = 19:30 às 7:30 hs</p> <p>sim = 1 por plantão não = quando não há 1 por plantão</p> |
| 28 – anotações respondem os itens da prescrição | <p>comparar anotações e prescrições do dia e verificar se respondem as ações indicadas:</p> <p>sim = 100% incompleta = 99 a 50% não = 49 a 0%</p> |
| 29 – anotações evidenciam observações de sinais e sintomas | <p>verificar se as anotações denotam observação de sinais e sintomas.</p> <p>sim = 100% incompleta = 99 a 50% não = 49 a 0%</p> |
| 30 – horários e rubrica em cada anotação | <p>como horário e rubrica são condições que validam a anotação, verificar se cada anotação tem horário e rubrica.</p> <p>sim = 100% incompleto = 99 a 50% não = 49 a 0%</p> |

| Áreas – componentes | Critérios adotados |
|---|--|
| 31 – anotação indica a categoria de quem a realizou (enf. tec. aux. atend.) | <p>verificar se após a rubrica tem a sigla indicando a categoria do elemento que realizou a anotação</p> <p>sim = 100%</p> <p>incompleto = 95 a 50%</p> <p>não = 49 a 0%</p> |
| IV – Execução de ordens médicas 32 – medicação dada checada e rubricada | <p>verificar se todos os horários foram checados e rubricados</p> <p>Total dos itens</p> <p>100% = sim</p> <p>50 a 90% = incompleto</p> <p>0 a 49% = não</p> |
| 33 – tratamentos checados e rubricados | <p>verificar se todos os horários estabelecidos foram checados e rubricados.</p> <p>Total de itens</p> <p>100% = sim</p> <p>50 a 90% = incompleto</p> <p>0 a 49% = não</p> |
| 34 – anotada com hora e rubricada ocorrência com medicação e tratamento | <p>verificar se as medicações e tratamentos não checados ou circulados foram justificados.</p> <p>sim = quando houve anotação da ocorrência</p> <p>não = quando não houve anotação da ocorrência</p> |
| 35 – ordens médicas não indicam ações de enfermagem | <p>as ordens médicas não devem indicar ações próprias de enfermagem.</p> <p>sim = quando as ordens médicas não indicam ações de enfermagem</p> <p>não = quando as ordens médicas indicam ações de enfermagem</p> |

| Áreas – componentes | Critérios adotados |
|--|---|
| V – Procedimentos de enfermagem 36 – controle de temperatura feito no mínimo 2 vezes ao dia | verificar no gráfico se cada dia de internação corresponde 2 controles de temperatura. sim = 2 controles registrados não = 1 ou nenhum controle registrado |
| 37 – peso controlado 1 vez ao dia no mínimo | verificar no gráfico se há 1 controle de peso registrado por dia. sim = 1 controle não = sem controle anotado |
| 38 – ingestão de alimentos foi controlada | verificar no impresso de controles especiais, se diariamente está anotada a ingestão do alimento nos horários especificados sim = quando há anotação em todos os horários não = quando não há anotação em todos os horários |
| 39 – ingestão de líquidos V.O. foi controlada | idem 38 |
| 40 – quando prescrita a infusão de líquidos EV. foi controlada | verificar na coluna de horário da prescrição médica, hora do início e término da infusão, comparando com o que foi prescrito sim = anotado horário do início e término da infusão e observa o prazo prescrito não = quando falta horário de início ou término e/ou o prazo prescrito não foi observado não aplicável = quando não há prescrição de infusão EV. |

| Áreas – componentes | Critérios adotados |
|---|--|
| 41 – as micções foram controladas | <p>verificar na folha de controles especiais se as micções foram anotadas. sim = quando as micções foram anotadas não = quando as micções não foram anotadas</p> |
| 42 – as evacuações foram anotadas | <p>verificar na folha de controles especiais se as evacuações foram anotadas. sim = quando as evacuações foram anotadas ou então mencionada a não evacuação não = quando não há nenhum registro referente a evacuação</p> |
| 43 – a ocorrência de vômitos foi registrada | <p>verificar na folha de controles especiais se há registro de vômito – ler as anotações e evoluções do dia para comparação. sim = quando há registro na folha de controle não = quando não há registro na folha de controle porém aparecem vômitos mencionados nas evoluções não aplicável = não há nenhum registro de vômitos</p> |
| 44 – quando presente a assadura, as prescrições apontam cuidados relacionados à mesma | <p>verificar exame físico-evoluções e anotações de enfermagem para constatar presença de assadura. sim = quando assadura presente e as prescrições de enfermagem apontam cuidados não = quando assadura presente e as prescrições não apontam cuidados não aplicável = quando não há registro de assadura</p> |

| Áreas – componentes | Critérios adotados |
|---|---|
| VI – Condições de alta 45 – prescrições de enfermagem evidenciam preparo para alta | verificar se nas prescrições de enfermagem há indício de preparo para alta. sim = quando há não = quando não há |
| 46 – as anotações e ou evoluções indicam orientações para continuidade do tratamento | idem ao 45, só que nas evoluções |
| 47 – as anotações de saída indicam condições físicas do paciente | sim = quando indicam não = quando não indicam |
| 48 – as anotações de saída indicam condições emocionais do paciente | sim = quando indicam não = quando não indicam |

Nota: Para responder as questões de 1 a 13, assinalar com um X a coluna correspondente.
 Para as questões de 14 a 44, utilizar no preenchimento da coluna correspondente os numerais conforme segue:

- sim = 3
- incompleto = 2
- não = 1
- não se aplica = 0

5. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O instrumento proposto, está sendo utilizado desde 1983 no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, tendo sido realizadas modificações na área V. do mesmo para atender às especificidades de cada unidade de internação.

A finalidade precípua da utilização da auditoria é a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada na instituição. A aplicação contínua da mesma tem permitido ao Departamento de Enfermagem:

- caracterizar o nível de atuação da enfermagem nas diversas unidades de internação;
- identificar os aspectos deficientes relacionados à assistência de enfermagem proposta;
- motivar a equipe de enfermagem melhorar o nível de assistência de enfermagem prestada;
- obter dados para elaboração dos programas de atualização e reciclagem do pessoal de enfermagem;
- garantir a qualidade dos registros da assistência de enfermagem;
- subsidiar a elaboração de novos programas assistenciais e reelaborar os existentes.

A auditoria em enfermagem, representa a função "controle" do ciclo do processo administrativo, sob a qual o departamento de enfermagem conduz suas funções básicas, direcionando a assistência prestada ao atendimento das reais necessidades apresentadas por seus clientes e pacientes, contribuindo assim, para a melhoria do nível de saúde da comunidade.

SILVA, S.H. *Auditory in nursing: proposal of an instrument.* *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 23(3):305-323, dez. 1989.

The author purposes an instrument of retrospective auditory for the assessment of the nursing care given to each patient by means of his/her documentation. The instrument was elaborated based on the assistencial patterns and the norms of the nursing care program established for the unit.

UNITERMS: *Nursing audit. Nursing care.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDELLAH, F.C. Critérios de avaliação em enfermagem. *Rev. Bras. Enf.*, Rio de Janeiro, 26(1/2): 17-32, jan./fev. 1973.
- AQUINO, C.B. de. *Administração de recursos humanos: uma introdução.* São Paulo, Atlas, 1980. 270 p.
- BERG, H.U. Nursing audit and entcome criteria. *Nurs. Clin. North Am.*, Philadelphia, 9(2): 331-5, June 1974.
- CHIAVENATO, I. *Administração de recursos humanos.* 2. ed. São Paulo, Atlas, 1981. 375 p.
- KRON, 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. 1976.
- SÁ, A.L. de. *Curso de auditoria.* 5. ed. São Paulo, Atlas, 1969. 250 p.

Recebido em 09/08/88

Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, 23(3):305-323, dez. 1989