

INSTITUTO VALE DO CRICARÉ
FACULDADE VALE DO CRICARÉ
CURSO DE ENFERMAGEM

CLÁUDIA GONÇALVES LECCHI

AUDITORIA RETROSPECTIVA DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM UMA
UNIDADE CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL ESTADUAL DA REGIÃO NORTE DO
ESPÍRITO SANTO

SÃO MATEUS

2018

CLÁUDIA GONÇALVES LECCHI

AUDITORIA RETROSPECTIVA DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM UMA
UNIDADE CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL ESTADUAL DA REGIÃO NORTE DO
ESPÍRITO SANTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Faculdade Vale do Cricaré, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Msc Angelina Rafaela Debortoli Spinassé

SÃO MATEUS

2018

CLÁUDIA GONÇALVES LECCHI

**AUDITORIA RETROSPECTIVA DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM UMA
UNIDADE CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL ESTADUAL DA REGIÃO NORTE DE
SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Faculdade Vale do Cricaré, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em 04 de Dezembro de 2018

BANCA EXAMINADORA

**PROF.^a MSC ANGELINA RAFAELA
DEBORTOLI SPINASSÉ
ORIENTADORA**

**PROF.^a MSC CYNTHIA VALÉRIA
OLIVEIRA DA SILVA COLOMBI
FACULDADE VALE DO CRICARÉ**

**ENF.^a MARIANA QUINQUIM
NASCIMENTO
HOSPITAL MATERNIDADE SÃO
MATEUS**

SÃO MATEUS

2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela oportunidade que me foi oferecida, pelo aprendizado, por nunca ter me desamparado.

Aos meus pais, que diariamente viviam a minha luta, as minhas conquistas e decepções, mas sempre tinham uma palavra de amor e apoio a me dizer.

Ao meu namorado, que esteve ao meu lado com seu amor, incentivo e compreensão.

A minha orientadora, que compartilhou comigo parte do seu conhecimento com muita dedicação e sempre me oferecendo uma palavra de motivação.

Muito obrigada!

“Não se gerencia o que não se mede;
não se mede o que não se define; não
se define o que não se entende e não
há sucesso no que não se gerencia.”

William Edwards Deming

LECCHI, CLÁUDIA GONÇALVES. **Auditoria retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital estadual da região norte de saúde do Espírito Santo**. 2018. 42f. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade Vale do Cricaré, 2018.

RESUMO

Os registros de enfermagem são de suma importância para o processo cuidar, pois são por eles que ocorre a comunicação da equipe, planejamento de intervenções, relatos de intercorrências, dados esses que auxiliam a equipe a buscar um plano de cuidado que atenda as necessidades do paciente sem maiores danos. E para que se possa obter um bom resultado na análise de uma auditoria, esses registros precisam ter sido realizados de maneira clara, concisa, coerente e ética. Esta pesquisa é de caráter mista (quantitativa e qualitativa), que teve como objetivo realizar análise da coleta de dados em prontuários, identificando inconformidades dos registros de enfermagem da clínica cirúrgica de um hospital do norte do Espírito Santo, utilizando a auditoria retrospectiva com base no formulário para coleta desses dados. Foram analisados 75 prontuários de pacientes que obtiveram alta hospitalar do período de junho/2018 a outubro/2018, contabilizando 15 prontuários para cada mês. Avaliou-se o preenchimento e a completude dos registros de enfermagem e notou-se que 90% dos prontuários avaliados, não havia registros realizados ou os mesmos estavam incompletos. Diante desta fragilidade, pôde-se concluir que os registros de enfermagem da unidade cirúrgica avaliada são falhos. Este trabalho demonstra dados que poderão contribuir para a melhoria do processo de enfermagem no setor estudado uma vez que a realização desses registros é uma exigência ética do trabalho da enfermagem que favorece a continuidade da assistência prestada.

Palavras - chave: Registro de enfermagem, Auditoria, Auditoria retrospectiva, Prontuário do paciente.

LECCHI, CLÁUDIA GONÇALVES. **Retrospective audito of nursing records in a surgical unit of a State hospital in the north of Espírito Santo.** 2018. 42f. Final Project. – Faculdade Vale do Cricaré, 2018.

ABSTRACT

Nursing records are of paramount importance for the care process, because they are the team communication, planning of interventions, reports of interurrences, which help the team to find a plan of care that meets the needs of the patient without further damage. And in order to obtain a good result in the analysis of an audit, these records must have been made in a clear, concise, coherent and ethical manner. This research is of mixed character (quantitative and qualitative), whose objective is to analyze the collection of data in medical records, identifying nonconformities of the nursing records of the surgical clinic of a hospital in the north of Espírito Santo, using the retrospective audit based on the form that was prepared for the collection of this data. We analyzed 75 patient charts that were discharged from June / 2018 to October / 2018, counting 15 medical records for each month. It was evaluated the completeness and completeness of the nursing records and it was noticed that 90%, for the most part, did not occur filling the records. Faced with this fragility, it was concluded that the nursing records of the surgical unit evaluated are flawed. This work demonstrates data that may contribute to the improvement of the nursing process in the studied sector since the accomplishment of these registers is an ethical requirement of nursing work that favors the continuity of the care provided.

Keywords: Nursing record, Audit, Retrospective audit, Patient record.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número de pacientes atendidos por cidade/ Junho a Outubro – 2018.....	23
Gráfico 2 – Número de pacientes atendidos por sexo/ Junho a Outubro – 2018.....	24
Gráfico 3 – Número de procedimentos realizados por pacientes/ Junho a Outubro – 2018.....	25
Gráfico 4 – Avaliação Inicial: Preenchimento dos dados/ Junho a Outubro – 2018.....	26
Gráfico 5 – Avaliação Inicial: Completude dos dados/ Junho a Outubro – 2018.....	26
Gráfico 6 – Exame físico: Preenchimento dos dados/ Junho a Outubro – 2018.....	28
Gráfico 7 – Exame físico: Completude dos dados/ Junho a Outubro – 2018.....	28
Gráfico 8 – Evoluções de enfermagem: Preenchimento dos dados/ Junho a Outubro – 2018.....	29
Gráfico 9 – Evoluções de enfermagem: Completude dos dados/ Junho a Outubro – 2018.....	30
Gráfico 10 – Diagnóstico de enfermagem: Preenchimento dos dados/ Junho a Outubro – 2018.....	31
Gráfico 11 – Anotações de enfermagem: Preenchimento dos dados/ Junho a Outubro – 2018.....	32
Gráfico 12 – Anotações de enfermagem: Completude dos dados/ Junho a Outubro – 2018.....	32
Gráfico 13 – Prescrição médica: Preenchimento dos dados/ Junho a Outubro – 2018.....	33
Gráfico 14 – Prescrição médica: Completude dos dados/ Junho a Outubro – 2018.....	34

LISTA DE SIGLAS

CID	Código Internacional de Doenças
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
HRAS	Hospital Estadual Roberto Arnizaut Silveses
ICESP	Instituto do Câncer do Estado de São Paulo
INPS	Instituto Nacional da Previdência Privada
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	12
2 – OBJETIVO GERAL	15
2.1 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 – REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1 – HISTÓRICO DA AUDITORIA.....	15
3.2 – AUDITORIA EM ENFERMAGEM.....	16
3.2.1 – Histórico da Auditoria em Enfermagem	17
3.2.2 – Definição e finalidades de auditoria em enfermagem	17
3.2.3 – Métodos e classificações de auditorias	17
3.2.4 – Aspectos éticos e legais da auditoria	18
3.3 – PRONTUÁRIO DO PACIENTE	19
4 – PERCURSO METODOLÓGICO	20
4.1 – DESENHO DO ESTUDO	20
4.2 – CENÁRIO DO ESTUDO	20
4.3 – SELEÇÃO DO ESTUDO.....	21
4.4 – COLETA DE DADOS	21
4.5 – ANÁLISE DOS DADOS	21
4.6 – ASPECTOS ÉTICOS	21
5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
5.1 – PARTE I - ANÁLISES SOCIO-GEOGRÁFICAS.....	22
5.2 – PARTE II - MOTIVOS DE INTERNAÇÃO	24
5.3 - PARTE III - ANÁLISES DAS VARIÁVEIS DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM REALIZADOS NO PRONTUÁRIO.....	25
6 - CONCLUSÃO	34
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICE	38
ANEXO	42

1 –INTRODUÇÃO

A auditoria é uma análise organizada dos registros, buscando ao final apresentar um parecer contendo o ponto de vista ético e legal do auditor sobre as questões patrimoniais (PINTO e MELLHO, 2009).

Auditoria de enfermagem é definida por Motta (2008), como a análise organizada da assistência oferecida aos pacientes, avaliação dos prontuários, averiguação do procedimento realizado e os materiais pertinentes utilizados, acompanhamento *in loco* do paciente e se os itens usados na sua internação estão de acordo com a cobrança em conta hospitalar. A categoria está respaldada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) – Resolução nº 266/2001, que diz que é competência privativa do enfermeiro a profissão de Enfermeiro Auditor.

Segundo Silva *et al* (2012), a auditoria em enfermagem tem como intuito disciplinar, normatizar, guiar, racionalizar e identificar as inconformidades presentes nos registros dos prontuários. Não tem como objetivo apontar erros com as informações levantadas, mas sim avaliar a qualidade da assistência prestada a esse cliente e também diminuir o desperdício de medicamentos, materiais, recursos humanos e equipamentos.

De acordo com o COFEN (2015), os registros de enfermagem são imprescindíveis ao processo da assistência, e quando feitos de forma correta facilita a comunicação entre os profissionais, além de ter diversas finalidades como: ensino e pesquisa, relatório permanente, garantia de qualidade, partilha de informações, evidência legal e auditoria.

Para se obter um bom desempenho na auditoria em enfermagem, é necessário que seja seguido o código de ética dos profissionais de enfermagem e as leis do exercício profissional de enfermagem segundo o COFEN. Por exemplo, a Lei nº 7.498/86, diz que são privativos do enfermeiro: realizar consultas de enfermagem, efetuar prescrições da assistência de enfermagem, cuidados diretos a pacientes críticos e que tenham uma maior exigência técnica e científica, tomada de decisão imediata. O planejamento, a organização, a execução e avaliação da assistência prestada, também é um exercício privativo do enfermeiro. Sendo a mesma Lei que regulamenta o decreto nº 94.406/87, no Art. 11, onde traz que o auxiliar de enfermagem efetua atividade de nível médio e de baixa complexidade e no Art. 14

ênfatiza como dever de toda equipe de enfermagem registrar no prontuário a assistência prestada.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma atividade privativa do enfermeiro e traz como metodologia de trabalho etapas que possibilitam o enfermeiro a uma melhor coordenação e organização das atividades do profissional. De acordo com Venturini e Marcon (2008), para realizar a SAE o enfermeiro necessita de conhecimento científico onde ele possa discernir características de saúde/doença e criar ações que serão prestadas pela assistência de enfermagem, contribuindo na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do paciente e de seus familiares.

A sistematização dá-se por seis etapas, sendo elas o histórico do paciente, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico de enfermagem. Este documento é de grande importância para os registros do paciente, uma vez que na SAE contêm dados necessários para se traçar estratégias específicas para o bem estar do cliente, e o controle das checagens dos cuidados prescritos pelo enfermeiro.

A evolução de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro e nela deverá conter dados analisados, referente ao período de vinte quatro horas, sendo realizada em texto corrido de maneira sistemática registrando a reflexão dos dados avaliados.

A anotação de enfermagem é um registro que pode ser realizado por qualquer membro da equipe de enfermagem. Os registros devem ser referentes às observações feitas pela equipe em um determinado momento e devem ser escritas de modo pontual. Faz-se necessário que estejam presentes nas anotações de enfermagem todos os cuidados prestados, sinais e sintomas, intercorrências e respostas do paciente a alguma assistência prestada (COFEN, 2015).

Todos esses registros são para construir uma melhor assistência da enfermagem, e caso não sejam realizados podem trazer grande impacto na qualidade dos serviços prestados a saúde da população, e baseada exatamente nessas evidências que a auditoria fará sua análise, buscando qualquer inconformidade que possa lesar não só a assistência prestada como o fator econômico também. Ghizoniet al (2015), relata que a auditoria hospitalar exige um maior conhecimento técnico-científico do enfermeiro para que ele exerça de maneira satisfatória a prática de auditoria, uma vez que este ambiente é de grande complexidade.

Perante a pouca exploração no meio científico desta nova função da enfermagem e a falta de esclarecimento enquanto ao objetivo e o impacto da auditoria na saúde, se fez importante trazer o quanto é pertinente à atuação da enfermagem como auditor no ambiente hospitalar.

Diante do exposto, a área de concentração dessa pesquisa delimitou-se em realizar um estudo de campo no Hospital Estadual Dr.^o Roberto Arnizaut Silveiras (HRAS), localizado no município de São Mateus - ES, tendo como tema central, a avaliação dos registros de enfermagem dos prontuários de pacientes que foram internados na unidade cirúrgica. O intuito foi avaliar se há inconformidades nos registros de enfermagem dos prontuários dos pacientes cirúrgicos e comparar esses resultados com estudos já publicados em artigos científicos, respondendo assim a problematização desta pesquisa.

Existe uma associação direta entre o registro de enfermagem e a assistência de enfermagem prestada ao paciente. A não realização desse registro, obedecendo às recomendações do COFEN, deixa o profissional vulnerável do ponto de vista ético, uma vez que todo cuidado ou qualquer cuidado prestado ao paciente deverá ser registrado corretamente e com clareza de modo a garantir a continuidade da assistência oferecida.

Entre o período de abril/2017 a abril/2018, a autora cumpriu estágio extracurricular no Hospital Meridional de São Mateus no setor de auditoria, onde vivenciou a importância da atuação da enfermagem frente a esta função e seus enfrentamentos mediante sua implantação.

Concomitantemente estava sendo aplicada a aula prática da disciplina de Administração e Gerenciamento II, e observou-se enquanto realizava análise dos prontuários, que havia muitas inconformidades nos registros de enfermagem dos pacientes da Clínica Cirúrgica.

Considerando a Resolução COFEN nº 0564/2017 - Art. 36, onde diz que é responsabilidade e dever da enfermagem registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar e tendo como finalidades a “partilha de informações, garantia de qualidade, relatório permanente, evidência legal, ensino e pesquisa e auditoria” (COFEN, 2015), vi-se a necessidade de desenvolver uma pesquisa para analisar os registros de enfermagem da clínica cirúrgica do HERAS.

A vista do exposto, ainda existe uma lacuna no que diz respeito aos registros de enfermagem do hospital de estudo. Atualmente, também não são encontrados estudos que avaliaram os registros de enfermagem desse hospital. Com isso, o objetivo desse trabalho foi realizar uma análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital Estadual da região norte do Espírito Santo.

2 – OBJETIVO GERAL

- Análise dos registros de enfermagem dos prontuários dos pacientes de alta hospitalar da clínica cirúrgica do hospital de estudo.

2.1 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterização da clínica cirúrgica;
- Identificação de não conformidades.

3 – REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 – HISTÓRICO DA AUDITORIA

Originada na Itália no século XV e XVI a auditoria surgiu como uma técnica da contabilidade, sendo uma ferramenta que auxiliava no controle financeiro levantando dados dos ganhos e gastos da empresa. Após o século XX, diante da efetiva atuação da Revolução Industrial e posteriormente a vinda de empresas estrangeiras para o Brasil, ocorreu o favorecimento à consolidação e atuação da auditoria em nosso país. Com esse impacto industrial no cenário brasileiro, o país passou por grandes modificações e melhorias iniciando a era da globalização, na qual impacta diretamente a saúde.

Conforme Camelo *et al* (2009), com a influência da globalização e a presente conjuntura do panorama político-financeiro do Brasil, a saúde passou a buscar novas possibilidades de gestão, na expectativa de adaptação das organizações de saúde a

um mercado cada vez mais exigente e competitivo. É importante salientar que a auditoria deixa de ter um olhar apenas contábil e passa para um olhar mais holístico, buscando assegurar a qualidade dos serviços oferecidos aos clientes e aperfeiçoar seus custos. Esses por sua vez, passam a ter mais opções pela alta competitividade e crescimento do mercado.

Em seu artigo, Siqueira (2014), traz que em 1918 nos Estados Unidos a auditoria ganha seu espaço na área da saúde, graças a uma pesquisa realizada pelo médico George Gray Ward, que utiliza os prontuários médicos para averiguar a qualidade da assistência oferecida aos pacientes.

Segundo Pinto e Melo (2009), a auditoria médica e de enfermagem teve seu início no Brasil na década de 70, de forma ainda rudimentar, mas que ao longo dos anos vem progredindo e ganhando espaço no mercado de trabalho, oferecendo assim, mais oportunidades a enfermeiros e médicos. No entanto, até o ano de 1976 o setor público de saúde utilizava o Instituto Nacional de Previdência Privada (INPS) para as conferências e análises dos prontuários dos pacientes, pois ainda não era direta e efetiva a atuação dos auditores em ambiente hospitalar sendo reconhecido apenas em 1983 a função de médico-auditor, e desde então se iniciou a auditoria *in loco*, conforme relata Siqueira (2014).

Em 1990 a Lei nº 8.080 também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, presume a criação do SNA - Sistema Nacional de Auditoria, na qual diz que é de interesse da gestão do SUS controlar, acompanhar e avaliar as ações e serviços de saúde.

De acordo com o Manual de Auditoria do SUS (2011), foi publicado no dia 22 de fevereiro de 2006 na Portaria/GM nº 399 o “Pacto pela Saúde” realizando um acordo entre os gestores do SUS que prioriza a gestão, a vida e a defesa do próprio Sistema Único de Saúde (SUS). Essas três dimensões priorizadas no Pacto oportunizam ainda mais a atuação da Auditoria no âmbito da saúde como instrumento de gestão, tendo como objetivo avaliar a efetividade, eficácia, eficiência e economicidade das ações e serviços realizados na saúde.

3.2 – AUDITORIA EM ENFERMAGEM

3.2.1 – Histórico da Auditoria em Enfermagem

Inspirado na contabilidade, a auditoria vem ganhando cada vez mais espaço em vários segmentos, inclusive na saúde, com a participação intransferível do enfermeiro que realiza a auditoria de processo da enfermagem.

Iniciado nos anos 70, a auditoria em enfermagem surge juntamente com a hospitalar, buscando avaliar a efetividade e a eficácia dos processos nas áreas oferecidas por uma instituição. Segundo Segateli e Castanheira (2015), a auditoria em saúde é considerada uma importante ferramenta que busca analisar a qualidade da assistência prestada pela equipe multidisciplinar, principalmente pela enfermagem.

De acordo Souza *et al* (2010), um marco importante para auditoria de enfermagem foi a criação do SNA, consolidado pela Lei 8.080 de 1990 criada com o intuito de coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS.

Conforme Junior e Cardoso (2017), com o SNA a enfermagem deixa de atuar apenas no setor financeiro controlando recursos hospitalares e passar a ser mais efetivo na assistência, podendo dessa forma colaborar com a qualidade do serviço que está sendo oferecida.

3.2.2 – Definição e finalidades de auditoria em enfermagem

Souza *et al* (2010), define auditoria de enfermagem como uma ferramenta que avalia a qualidade da assistência prestada de maneira ordenada e clara, analisando também se os insumos utilizados foram ou não pertinentes ao cuidado prestado.

A auditoria em enfermagem vem exercendo ao longo do tempo uma importante função no controle do processo administrativo, buscando a todo o momento analisar os prontuários de forma técnica e ética, onde o seu olhar holístico percorre, sobretudo, a qualidade da assistência e otimização dos recursos financeiros utilizados.

3.2.3 – Métodos e classificações de auditorias

É natural que ao longo do tempo ocorresse uma evolução da auditoria, se fazendo necessário criar algumas terminologias que caracterize melhor seus objetivos de acordo com suas classificações e métodos.

Referente à classificação, Sá (2000), dividiu de acordo a forma de intervenção, ao tempo, à natureza e ao limite.

Conforme Sá (2000), a forma de intervenção pode ser interna ou externa. A interna é realizada por um profissional da própria instituição já a externa não possui vínculo empregatício. Quanto ao tempo, pode ser uma auditoria contínua ou periódica. A contínua, chamada também de permanente ou de acompanhamento, é desempenhada mensalmente ou no máximo a cada três meses; e a periódica, conhecida como temporária, pode ser realizada semestralmente, anualmente ou até mesmo quinquenalmente. Se referindo à natureza, o autor classifica como normal e especial. Normal é aquela que para obter suas conclusões não possui uma finalidade específica, não se prende apenas a uma particularidade, o contrário da especial, que é específica. E por fim enquanto ao limite, que se divide em auditoria total e auditoria parcial. A total é quando a auditoria abrange todos os setores e serviços de uma instituição e a parcial é direcionada apenas a um serviço ou setor.

De acordo com Santana e Silva (2009), os métodos podem ser classificados como auditoria prospectiva, concorrente e retrospectiva.

A auditoria prospectiva também conhecida como auditoria prévia, tem como objetivo identificar possíveis situações de risco das intervenções e intervir antes que cause algum prejuízo na qualidade da assistência, ou seja, sua atuação é de caráter preventivo, segundo Santana e Silva (2009).

Souza *et al* (2010), definem auditoria concorrente sendo aquela que é realizada enquanto o cliente ainda está recebendo o serviço. Avaliando se a assistência prestada condiz com a necessidade do cliente naquele determinado momento, e se esta sendo eficiente e eficaz.

Já a auditoria retrospectiva, Souza *et al* (2010), diz que é desempenhada após o cliente obter os serviços, analisando criteriosamente os registros realizados pela equipe, buscando evidências de que os critérios estabelecidos foram de fato realizados, avaliando assim os resultados e reparando as possíveis falhas.

3.2.4 – Aspectos éticos e legais da auditoria na enfermagem

De acordo com a Resolução COFEN nº 266/2001, são atividades privativas do enfermeiro auditor:

- Organizar, dirigir, planejar, coordenar e avaliar, prestar consultoria auditoria e emissão de parecer sobre os serviços de auditoria de enfermagem;
- Atuar no planejamento, execução e avaliação do programa de saúde;
- Atuar na elaboração, execução e avaliação dos planos de assistência de saúde;
- Atuar na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de enfermagem;
- O Enfermeiro Auditor tem autonomia em exercer suas atividades sem depender de prévia autorização por parte de outro membro auditor, Enfermeiro, ou multiprofissional;
- O Enfermeiro Auditor, quando no exercício de suas funções, deve ter visão holística, como qualidade de gestão, qualidade de assistência e quântico -econômico-financeiro, tendo sempre em vista o bem estar do ser humano enquanto paciente/cliente;
- O Enfermeiro Auditor, no exercício de sua função, deve fazê-lo com clareza, lisura, sempre fundamentado em princípios Constitucional, Legal, Técnico e Ético;
- A Competência do Enfermeiro Auditor abrange todos os níveis onde há a presença da atuação de Profissionais de Enfermagem.

3.3 – PRONTUÁRIO DO PACIENTE

A Resolução do CFM nº 1.638/2012, define prontuário como “documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimento e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo”.

Há todo momento que nos referimos à auditoria nos remetemos aos registros realizados no prontuário do paciente, principalmente no que se trata de registros de enfermagem. “A enfermagem é uma profissão fortemente dependente de informações precisas e oportunas para executar a grande variedade de intervenções envolvidas no cuidado” (COFEN, 2015).

Segundo o COFEN (2015), o mais importante instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada são os registros de enfermagem, que representam 50% dessas informações tão relevantes ao cuidado do paciente.

O Artigo 25º da Resolução COFEN nº 311/07, diz que é dever e responsabilidade da equipe, “Registrar no Prontuário do Paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar”.

De acordo com Possari (2007), uma instituição pode ter Prontuário do Paciente em Papel ou Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), ambos possuem em sua individualidade vantagens e desvantagens do seu uso, sobretudo é inaceitável em um prontuário:

- Registro realizado a lápis;
- Tons de tinta de caneca que não esteja no protocolo institucional;
- Rasuras;
- Deixar espaço ou folha em branco;
- Fazer anotações que não se refere ao paciente;
- Usar líquido corretor;
- Ambiguidades, etc.

4 – PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 – DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de caráter mista (quantitativo e qualitativo) de um estudo descritivo e exploratório, onde foram realizadas análises e coletas de dados em prontuários, identificando inconformidades dos registros de enfermagem.

Segundo Creswell (2010) o método misto tem ganhado admiradores como utilização para pesquisas, principalmente diante dos desafios trazidos pelas ciências sócias e pela saúde, observando-se que apenas uma abordagem quantitativa ou qualitativa se torna inviável para esse tipo de complexidade.

4.2 – CENÁRIO DO ESTUDO

Este estudo foi realizado no faturamento do HRAS, situado na Rodovia Othovarino Duarte Santos, Km 3, nº 2, Residencial Park Washington, São Mateus – ES. Reinaugurado em 1989 o HRAS presta atendimento de urgência e emergência e

é referência para o norte e leste do Estado e sul da Bahia. Possui um total de 197 leitos e conta com 9 especialidades, sendo elas clínica médica, cirurgia geral, pediatria, ortopedia, neurocirurgia, urologia, vascular, cirurgia plástica reparadora e buco-maxilo-facial.

4.3 – SELEÇÃO DO ESTUDO

Este projeto foi realizado no período de agosto/2018 a outubro/2018. Foram analisados 75 prontuários de pacientes que obtiveram alta da clínica cirúrgica no período de Junho/2018 a Outubro/2018. Foram selecionados aleatoriamente 15 prontuários de cada mês do período escolhido para estudo.

4.4 – COLETA DE DADOS

Os prontuários dos pacientes foram analisados por meio de um formulário semi-estruturado conforme apêndice 1.

4.5 – ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram analisados usando Excel 2010, onde foram transformados em gráficos, preservando os aspectos éticos e legais.

4.6 – ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa seguiu os preceitos das Resoluções CNS nº 466/2012 e a CNS nº 510/2016, sendo encaminhado para apreciações do Comitê de Ética da Faculdade Vale do Cricaré, sendo aprovado, com parecer número: 2.949.913. CAAE: 98222918.0.00008207.

5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

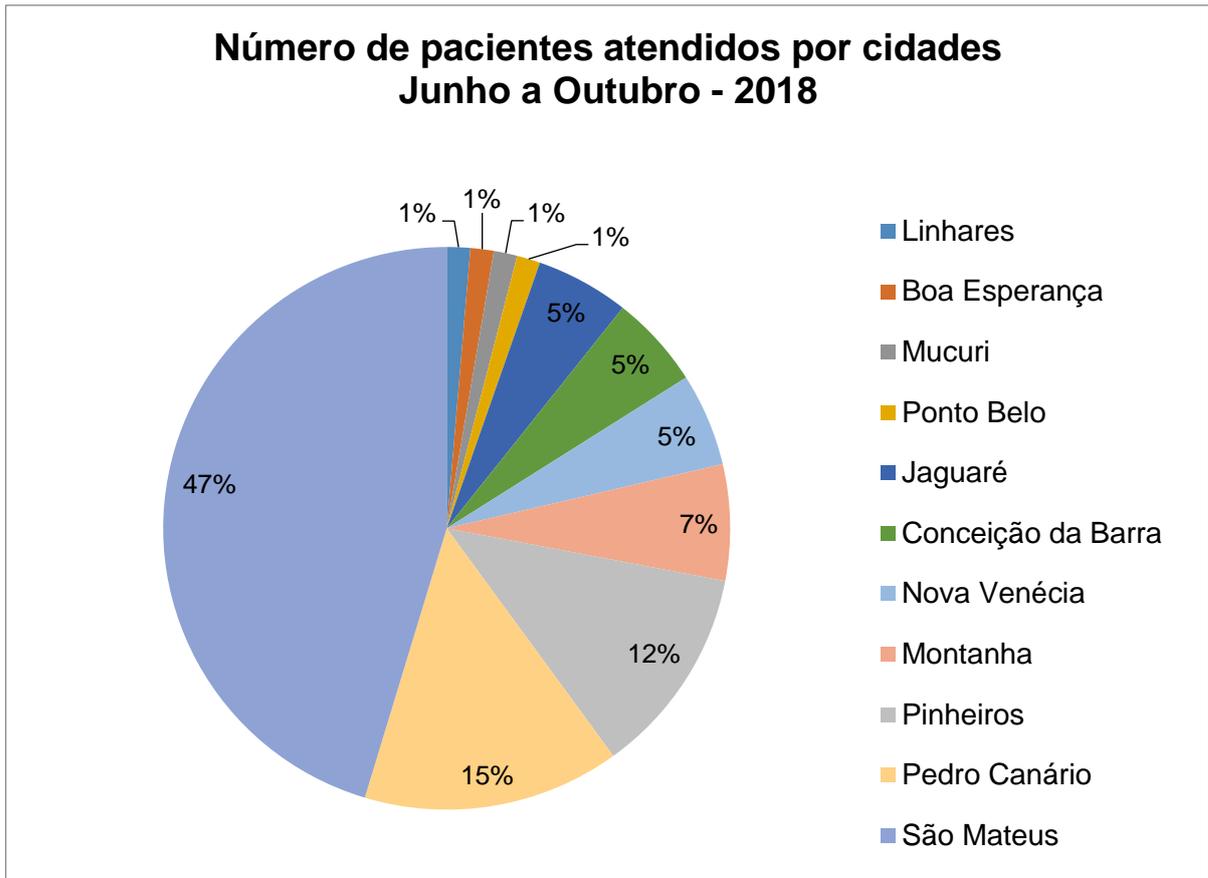
Como descrito no percurso metodológico, à casuística desta pesquisa corresponde a 75 prontuários, sendo todos pertencentes a pacientes que estiveram internados na Clínica Cirúrgica do HERAS.

Os dados serão descritos na seguinte ordem:

- Parte I – Análises sócio-geográficas;
- Parte II – Indicações clínicas;
- Parte III – Análises das variáveis dos registros de enfermagem realizados no prontuário.

5.1 – PARTE I - ANÁLISES SOCIO-GEOGRÁFICAS

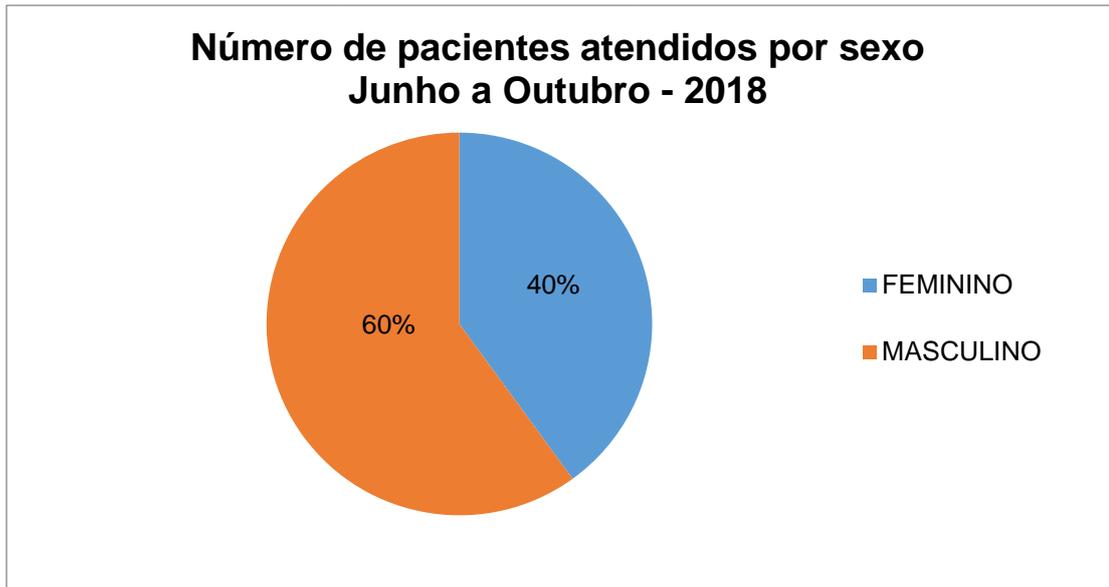
O HERAS é considerado uma referência para os catorze municípios do norte do Estado do Espírito Santo, sendo assim é normal que alguns pacientes sejam referenciados, principalmente quando seus municípios de origem não provem de condições para o tratamento indicado.



Fonte: LECCHI, 2018

O gráfico 1 mostra a procedência de cada paciente internado na clínica cirúrgica no período de junho a outubro de 2018. Pôde-se observar que 47% dos pacientes internados eram provenientes do município de São Mateus, município sede do hospital de estudo. 53% dos demais pacientes que estiveram internados na unidade cirúrgica eram procedentes de cidades do norte do Espírito Santo. Nota-se também que o município de Mucuri localizado ao extremo sul do Estado da Bahia, obteve 1% dos atendimentos, mesmo sendo este um percentual mínimo, temos que levá-lo em consideração, pois nos mostra que o HERAS não é apenas um hospital que atende pacientes do norte do Estado, mas que também municípios do estado da Bahia.

Gráfico 2 – Número de pacientes atendidos por sexo/ Junho a Outubro – 2018



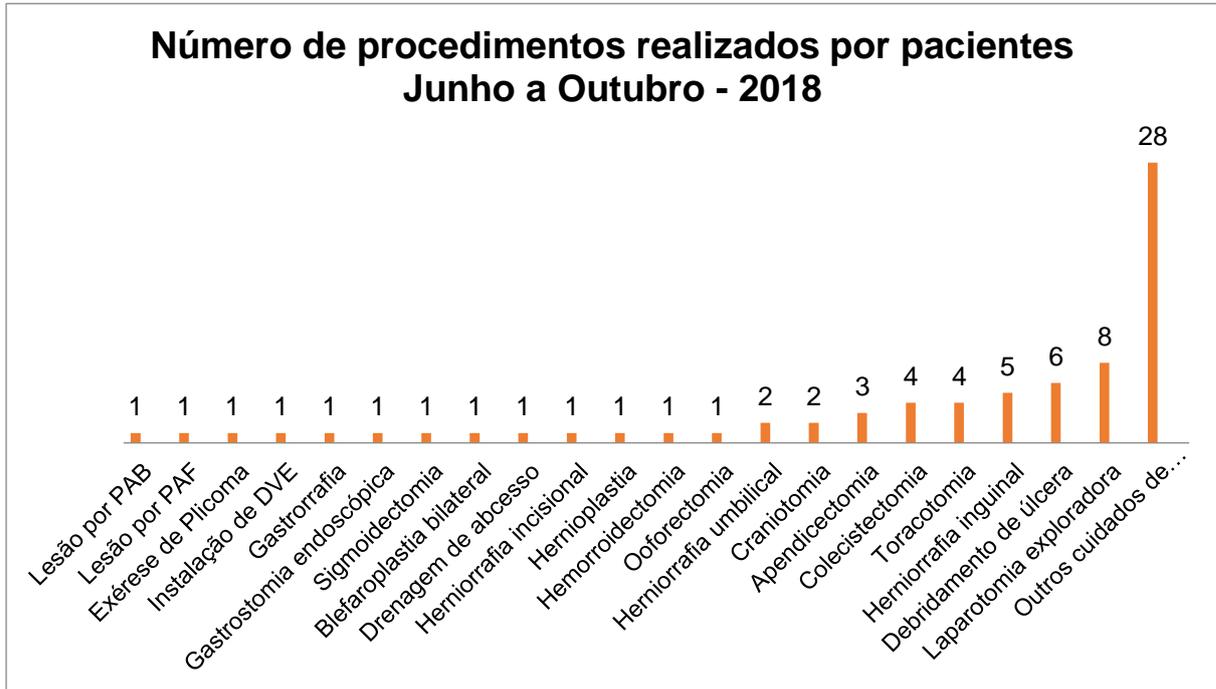
Fonte: LECCHI ,2018

A idade dos pacientes internados variou de 13 a 90 anos, sendo 40% destes pacientes eram do sexo feminino e 60% do sexo masculino, como mostra o gráfico 2.

Em um estudo realizado por Giordani *et al* (2015), no Hospital Estadual Dr.º Anísio Figueiredo em Londrina/PR, evidenciou que de dos 110 pacientes cirúrgicos atendidos no primeiro semestre de 2013, 55% eram do sexo feminino e 45% do sexo masculino.

5.2 – PARTE II - MOTIVOS DE INTERNAÇÃO

Gráfico 3 – Número de procedimentos realizados por pacientes/ Junho a Outubro – 2018



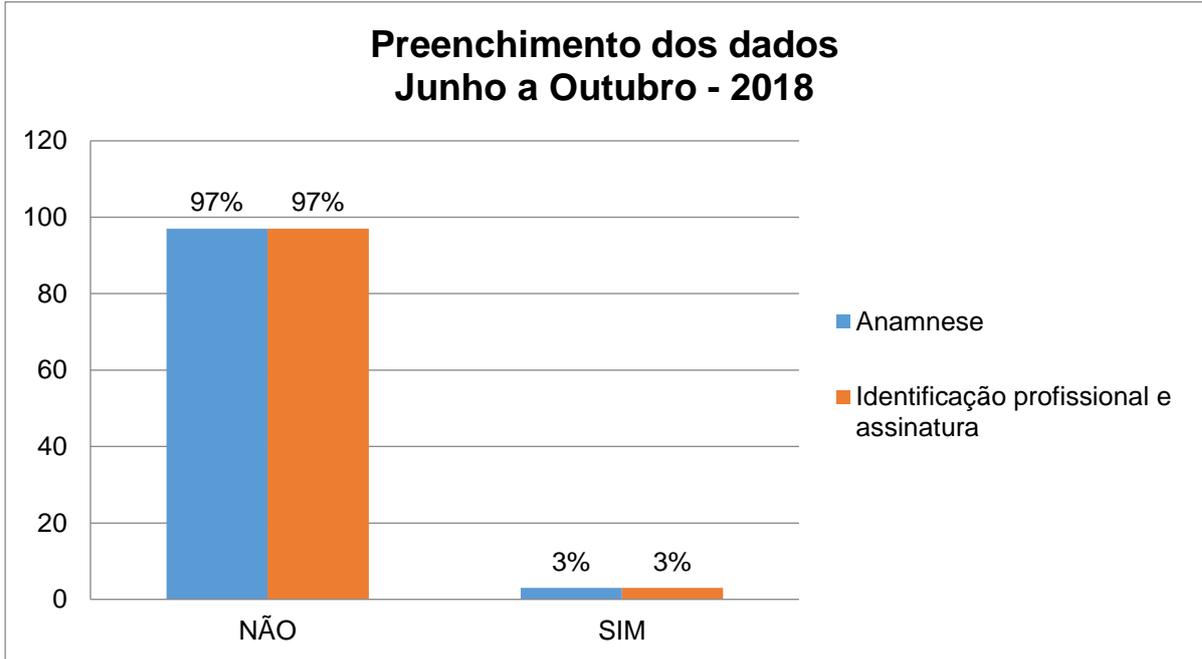
O gráfico 3 demonstra os motivos de internação da unidade cirúrgica estudada no período de junho a outubro de 2018. É possível observar que esta clínica recebeu pacientes que foram submetidos aos mais diversos procedimentos cirúrgicos, dentre eles: laparotomia exploradora, debridamento de lesão, herniorrafia inguinal, entre outros. Dos setenta e cinco pacientes que foram internados nesta clínica, 28 apresentaram o Código Internacional de Doenças (CID) descrito como “Outros Cuidados de Segmentos Ortopédicos”.

Em uma pesquisa desenvolvida no primeiro semestre de 2013 no Hospital Estadual de Londrina - Paraná foram encontrados resultados parecidos com o nosso estudo. Dos 110 procedimentos cirúrgicos realizados, 28 foram relacionados à ortopedia seguidos de 16 herniorrafias e 6 colecistectomias. (GIORDANI *et al* 2015).

5.3 - PARTE III - ANÁLISES DAS VARIÁVEIS DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM REALIZADOS NO PRONTUÁRIO

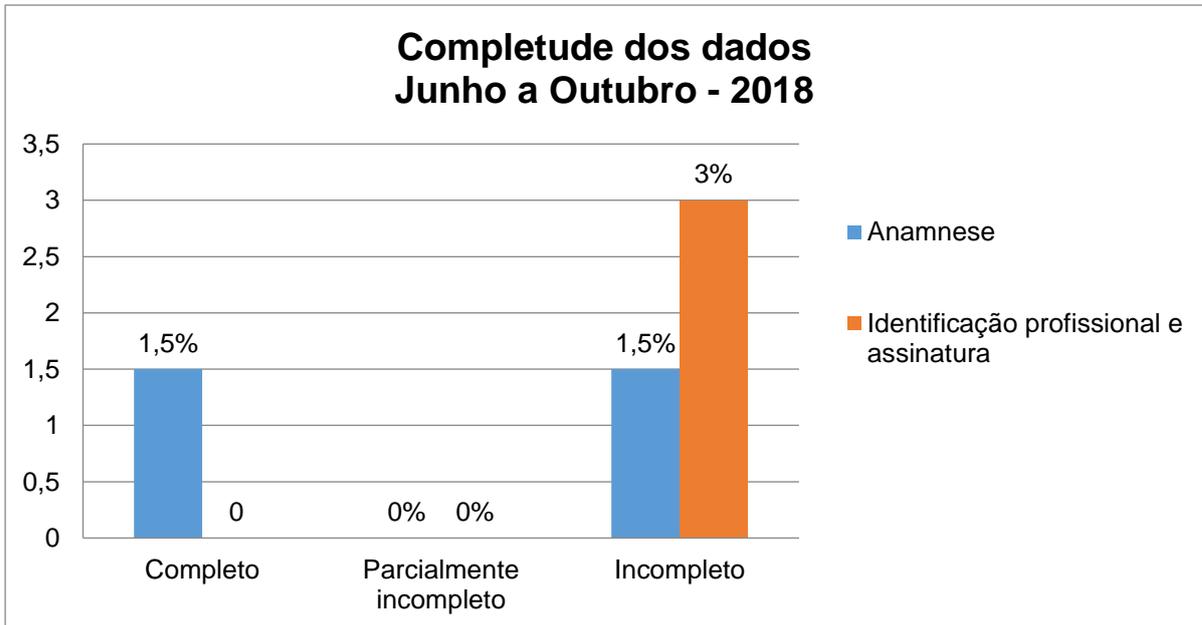
a) Avaliação inicial

Gráfico 4 – Avaliação Inicial: Preenchimento dos dados/ Junho a Outubro - 2018



Fonte: LECCHI, 2018

Gráfico 5 – Avaliação Inicial: Completude dos dados/ Junho a Outubro – 2018



Fonte: LECCHI, 2018

O gráfico 4 representa os registros de anamneses de enfermagem e a identificação profissional. Constatou-se que 97% das anamneses não foram preenchidas e não possuíam identificação profissional. Em sua completude, como aponta o gráfico 5, 1,5% das anamneses estavam preenchidas de forma completa e

1,5% parcialmente incompletas, e 3% delas possuíam identificação profissional e assinaturas incompletas.

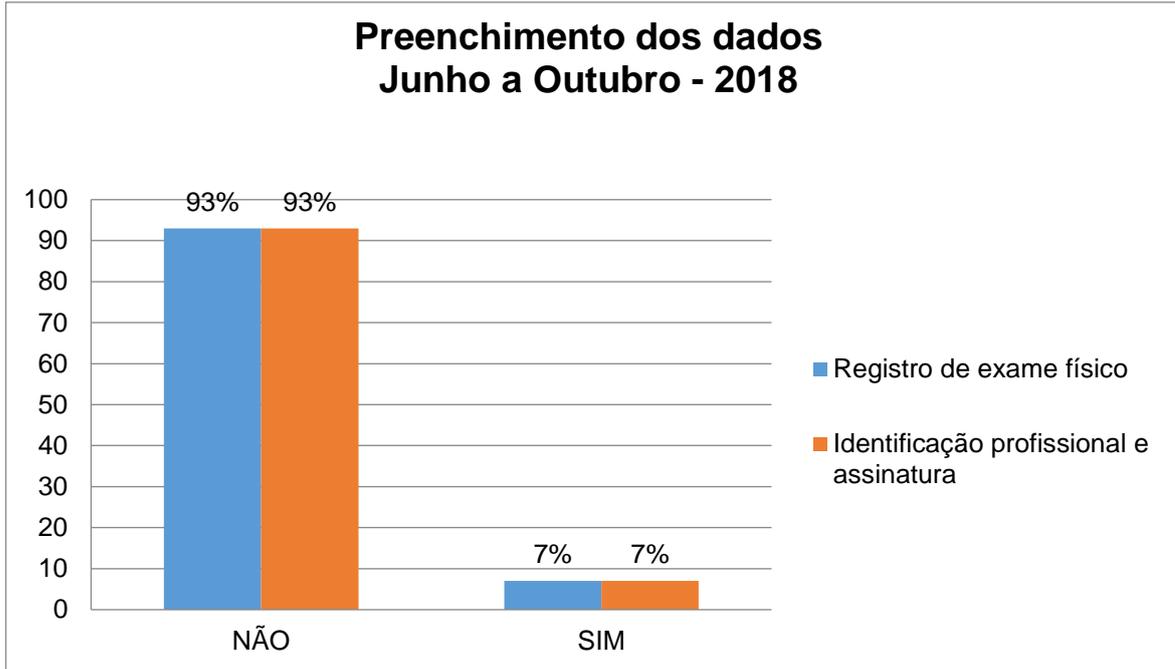
Segundo Pimenta (2016), em um estudo realizado no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), percebeu-se que 86,2% das anamneses estavam preenchidas e o mesmo percentual possuíam identificação profissional e assinatura. Já em sua completude, 10% das anamneses estavam preenchidas de forma completa, 78% parcialmente incompletas e 12% incompletas. As identificações profissionais e assinaturas apontavam que 88% delas estavam completas e 12% incompletas.

De acordo com Resolução COFEN nº 358/2009, Art. 1º, “a coleta de dados da enfermagem é um processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença”.

A utilização da anamnese para o conhecimento holístico do paciente é imprescindível, e a percepção técnica que o enfermeiro possui para avaliação do processo saúde/doença o auxilia a desenvolver um melhor planejamento e implementação para uma assistência de qualidade.

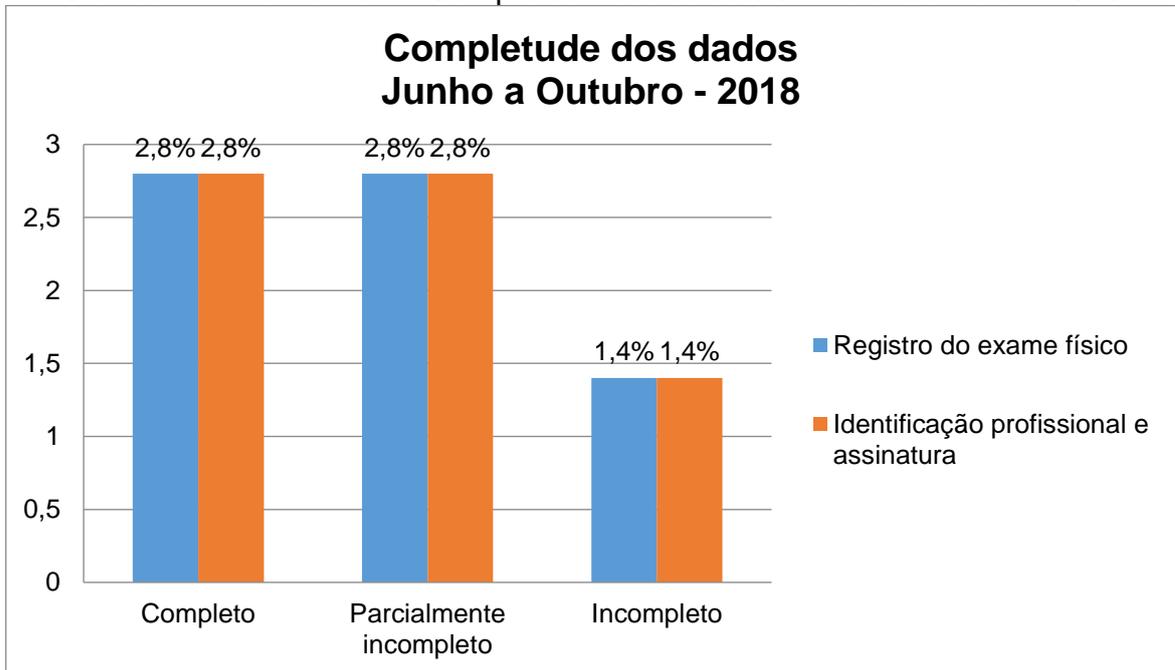
b) Exame físico

Gráfico 6 – Exame físico: Preenchimento dos dados/ Junho a Outubro – 2018



Fonte: LECCHI, 2018

Gráfico 7 – Exame físico: Completude dos dados/ Junho a Outubro – 2018



Fonte: LECCHI, 2018

O gráfico 6 representa a existência de registros de exame físico e identificação profissional. Não foram realizados os registros de exame físico e identificação

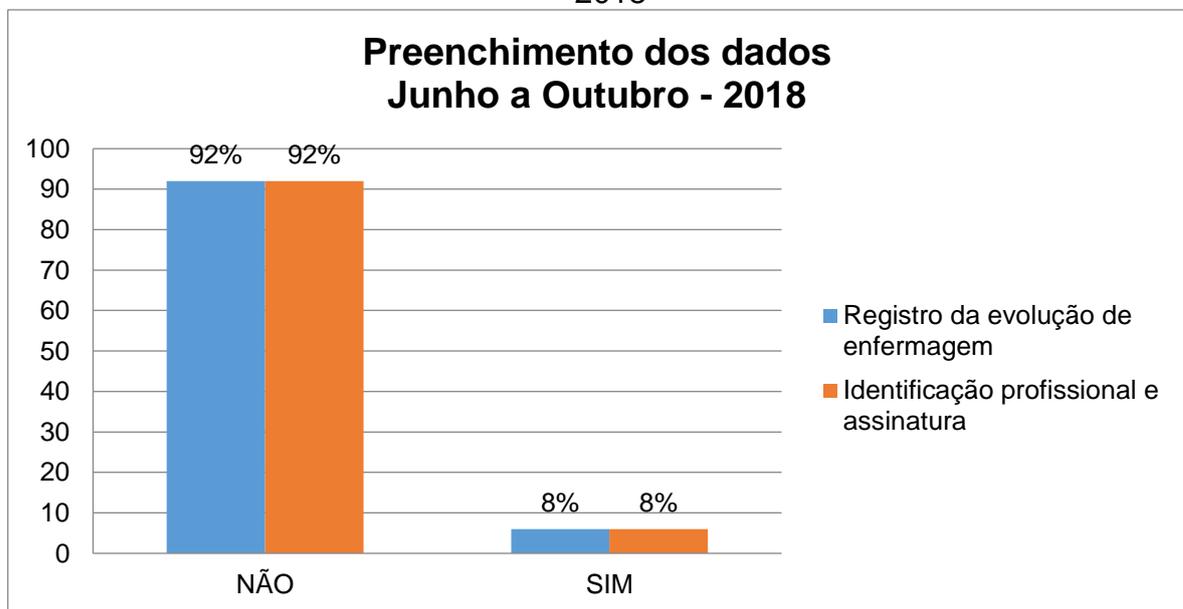
profissional em 93% dos prontuários analisados, tendo apenas 7% em conformidade. Em relação à completude dos registros de exame físico, 2,8% dos registros estavam completos, 2,8% parcialmente incompletos e 1,4% incompletos (GRÁFICO 7).

Em sua pesquisa no ICESP, Pimenta (2016), encontrou valores iguais tanto para os registros de exame físico quanto para identificação profissional, indicando 98,8% dos prontuários avaliados em conformidade. A completude do exame físico ficou distribuída em 48,8% completos, 49,6% parcialmente incompletos e 1,6% incompletos.

Segundo COFEN (2015) o exame físico faz parte do “Histórico de enfermagem”, é uma das cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes. Caracterizado como um conjunto de técnicas, o exame físico tem como finalidade identificar no paciente algum problema relacionado a alguma patologia, possibilitando um melhor planejamento de enfermagem.

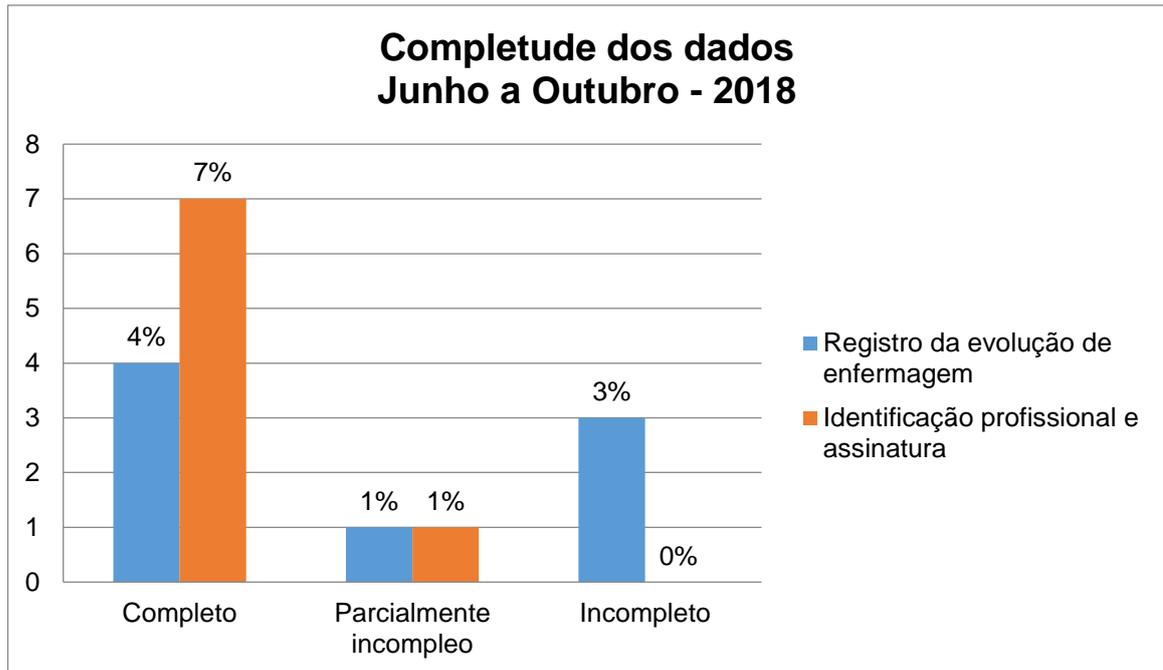
c) Evoluções de enfermagem

Gráfico 8 – Evoluções de enfermagem: Preenchimento dos dados/ Junho a Outubro – 2018



Fonte: LECCHI, 2018

Gráfico 9 – Evoluções de enfermagem: Completude dos dados/ Junho a Outubro – 2018



Fonte: LECCHI, 2018

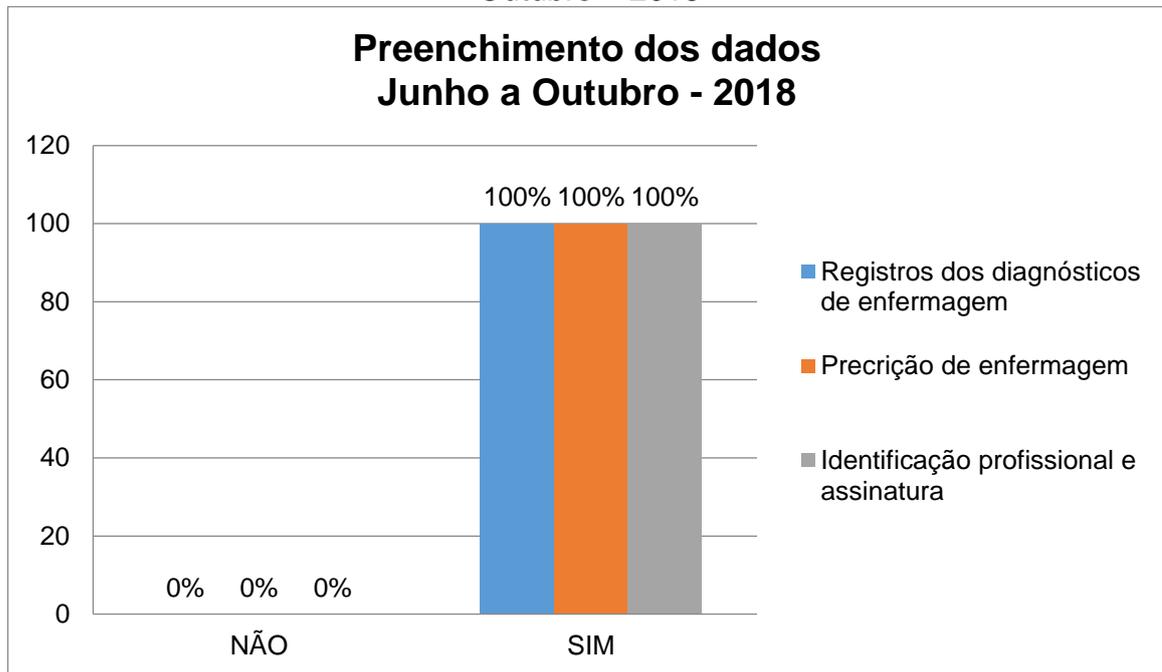
O gráfico 8 representa os registros das evoluções de enfermagem e a identificação profissional. Podemos observar que em 92% dos prontuários não haviam registros de evolução de enfermagem. Dos 8% que estavam em conformidade, 4% apresentavam registros completos, 1% parcialmente incompletos e 3% incompletos (GRÁFICO 9).

Segundo o artigo de Pimenta (2016), sua pesquisa evidenciou que 100% dos prontuários possuíam registro de evolução de enfermagem, sendo que em sua completude 57% dos registros estavam completos e 43% parcialmente incompletos.

De acordo com o COFEN (2015), para se construir uma evolução de enfermagem é necessário reunir dados sobre a condição clínica do paciente como estado nutricional, humor, mobilidade, dentre outros fatores que possam influenciar na sua recuperação. A manutenção desses dados precisa ser diária, apontando mudanças do paciente tanto para piora ou melhora do quadro, assim como o surgimento de alguma complicação.

d) Diagnóstico de enfermagem

Gráfico 10 – Diagnóstico de enfermagem: Preenchimento dos dados/ Junho a Outubro – 2018



Fonte: LECCHI, 2018

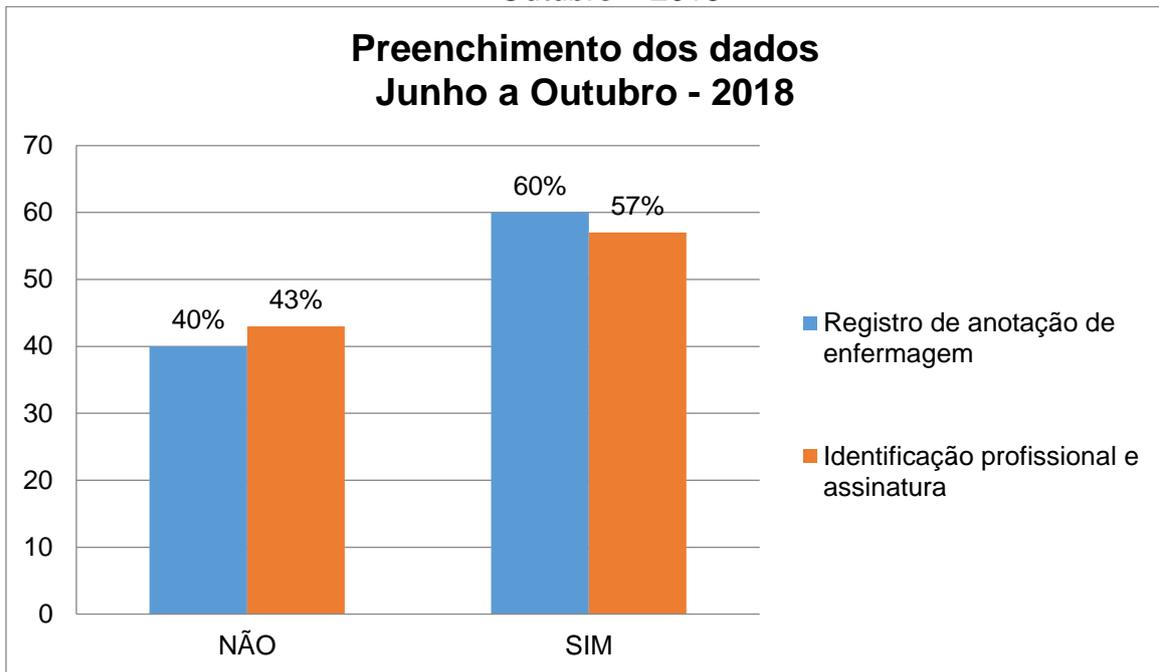
O gráfico 10 representa os registros de diagnósticos, prescrição de enfermagem e se nesses registros havia a identificação e assinatura do profissional responsável. Não foram encontrados registros de diagnóstico e prescrição de enfermagem em 100% dos prontuários avaliados na unidade cirúrgica estudada.

Ao contrário, Pimenta (2016), mostrou que 98,8% dos prontuários avaliados constavam o diagnóstico de enfermagem e identificação profissional.

Segundo a Resolução COFEN nº 358/2009, o Diagnóstico de Enfermagem faz parte das V etapas da SAE, o definindo como “processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que acarreta com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados”.

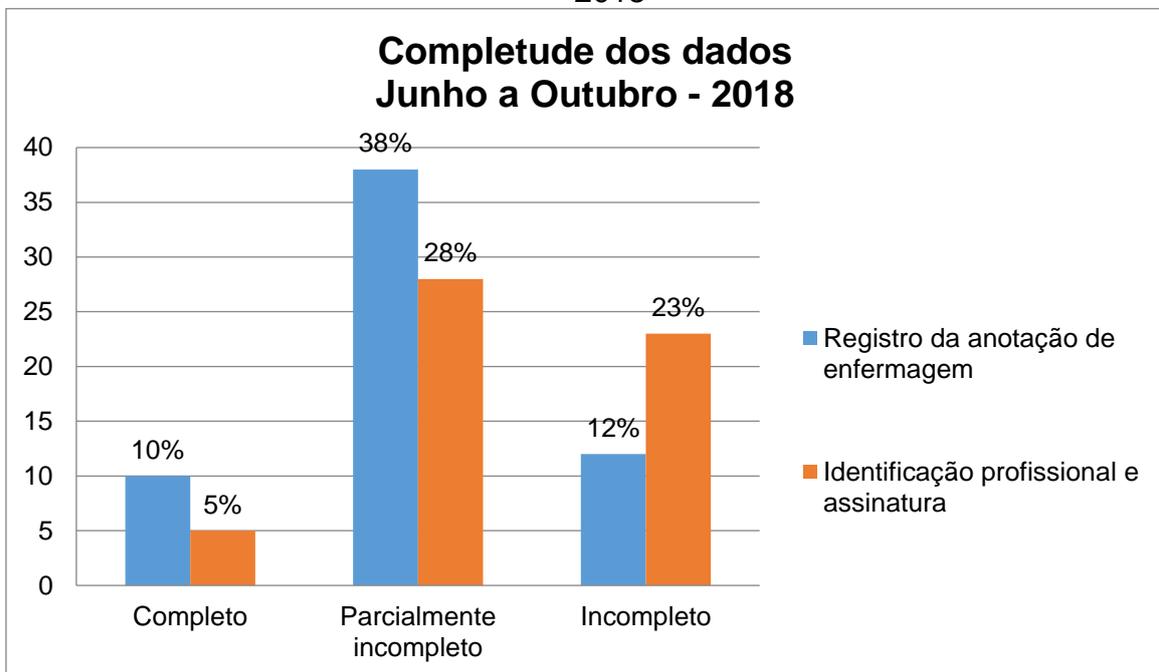
e) Anotações de enfermagem

Gráfico 11 – Anotações de enfermagem: Preenchimento dos dados/ Junho a Outubro – 2018



Fonte: LECCHI, 2018

Gráfico 12 – Anotações de enfermagem: Completude dos dados/ Junho a Outubro – 2018



Fonte: LECCHI, 2018

O gráfico 11 mostra os registros das anotações de enfermagem e identificação dos profissionais responsáveis pelos registros. Podemos observar que 60% dos

prontuários apresentam anotação de enfermagem e 57% tinham a identificação do profissional e assinatura.

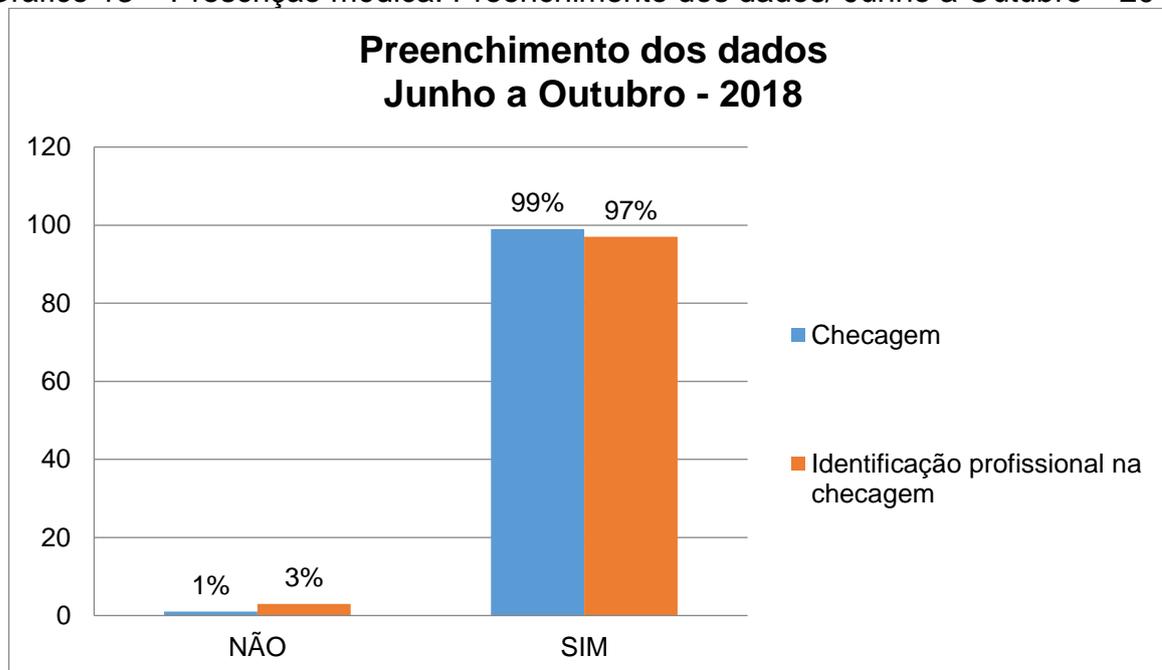
A completude das anotações de enfermagem está representada no gráfico 12. Pudemos observar que dos 60% dos prontuários que apresentavam anotações de enfermagem, 10% desses registros estavam completos, 38% parcialmente incompletos e 12% incompletos.

A pesquisa de Setz e D’Innocenzo (2009), realizada em um Hospital Universitário do município de São Paulo, apresentou um resultado diferente. Foram encontradas anotações de enfermagem em 99,5% dos prontuários sendo que destes, 2,4% estavam completos.

Segundo Cianciarulho (2012), a anotação de enfermagem tem como finalidade oferecer através de registros, informações correlacionadas à assistência prestada de maneira que a equipe multidisciplinar possa ter acesso e entendimento à condição de saúde do paciente.

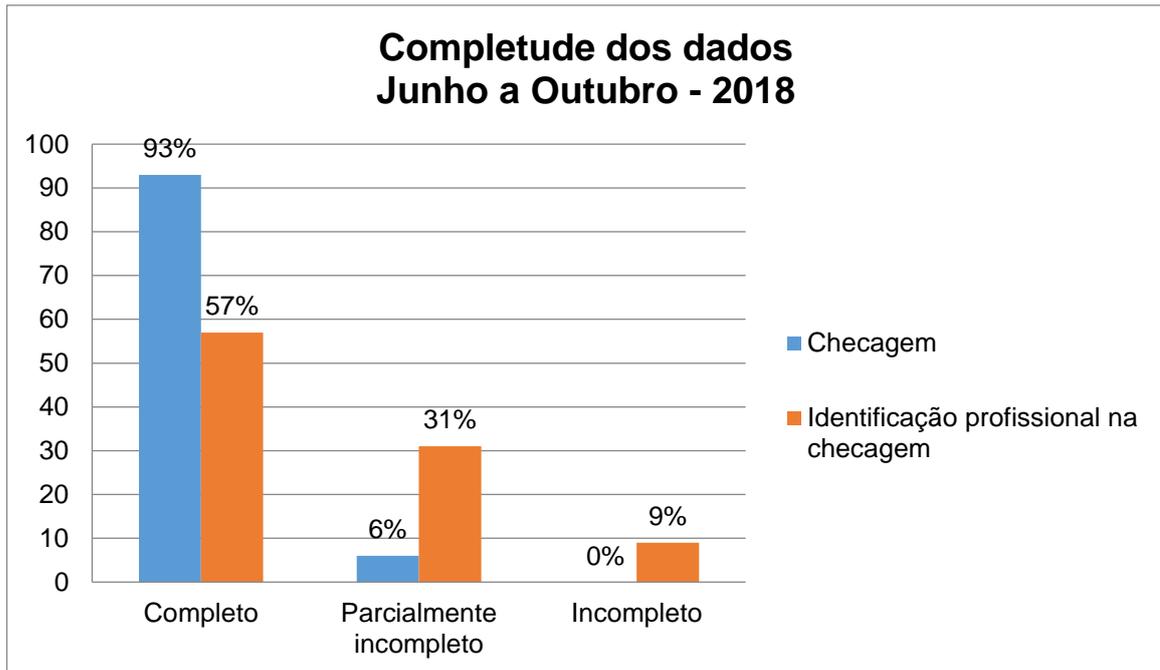
f) Prescrição médica

Gráfico 13 – Prescrição médica: Preenchimento dos dados/ Junho a Outubro – 2018



Fonte: LECCHI, 2018

Gráfico 14 – Prescrição médica: Completude dos dados/ Junho a Outubro – 2018



Fonte: LECCHI, 2018

O gráfico 13 representa a avaliação dos registros de enfermagem em relação à checagem das prescrições médicas. Foi constatado que 99% das prescrições estavam checadas e 97% possuíam identificações na checagem.

Em relação à completude dos registros de checagem, 93% dos prontuários apresentavam checagem completa e 6% apresentavam checagem incompleta. Já na variável identificação profissional na checagem, 3% desses registros estavam completos, 12% parcialmente incompletos e 12% incompletos. (GRÁFICO 14).

Setz e D’Innocenzo (2009), relata em sua pesquisa que 98,1% das prescrições médicas foram checados, e apenas 1,7% possuíam a checagem completa.

De acordo com o COFEN (2015), fica estabelecido que o profissional da equipe de enfermagem além de registrar os medicamentos administrados em evolução ou anotação de enfermagem, deve utilizar o símbolo (/) para indicar sua checagem. A identificação deve vir acrescido do número de inscrição dos profissionais de Enfermagem feita com a sigla do COREN, acompanhada da sigla da Unidade da Federação onde está sediado o Conselho Regional, seguida do número de inscrição, separados todos os elementos por hífen, conforme Resolução COFEN nº 0545/2017.

6 - CONCLUSÃO

O presente trabalho demonstrou algumas problemáticas relacionadas aos registros de enfermagem e suas identificações, deixando o prontuário do paciente fragilizado, principalmente no que se referi à qualidade da assistência oferecida.

Diante de alguns critérios que são determinados pelos órgãos reguladores da profissão, podemos perceber neste estudo que a maioria dos determinantes do Processo de Enfermagem (PE) não estão sendo aplicados de maneira efetiva. É importante que a instituição possa visualizar a deficiência da sua equipe para que assim, possa criar estratégias e intervenções de melhoria da qualidade dos registros realizados.

É possível evidenciar que tanto o preenchimento dos registros quanto sua completude estão fragilizados. Em nenhum dos prontuários analisados foi possível evidenciar a presença de prescrição de enfermagem o que é preocupante, pois não se tem uma intervenção específica para a comorbidade que o paciente está apresentando. Está faltando à efetividade dos registros da enfermagem, suas evoluções, seus cuidados, suas prescrições. Para que uma equipe não caia no trabalho mecânico da rotina, é necessário capacitá-la, orientá-la e conduzi-la, visando sempre uma melhor qualidade da assistência. Se não há registro, não há cuidado prestado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da República**

Federativa do Brasil. Brasília, 25 de junho de 1986. Disponível em http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil.** Brasília, 19 de setembro de 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.

CAMELO, Sílvia Helena Henriques. **Auditoria de enfermagem e a qualidade à saúde: uma revisão da literatura.** Revista eletrônica de enfermagem. Goiás, vol. 11, nº 4, pág. 1018-1025, 2009.

CIANCIARULLO, Tamara Iwanowet *et al.* **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências.** 5ª ed. São Paulo: Ícone, 2012.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN Nº 266/2001, de 5 de outubro de 2001.** Aprova as atividades do Enfermeiro Auditor. Diário Oficial da União. Brasília, 2001.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN Nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 2009.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Guia de recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem.** Brasília, 2015.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN Nº 0545/2017, de 09 de maio de 2017.** Anotação de enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. Diário Oficial da União, 2017.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN Nº 0564/2017, de 06 de dezembro de 2017.** Aprova o nome Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Diário Oficial da União. Brasília, 2017.

CFM – Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM Nº 1.638/2002, 10 de julho de 2012.** Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuário nas instituições de saúde. Diário da Oficial da União. Brasília, 2012.

COREN/ES – Conselho Regional de Enfermagem do Espírito Santos. **Legislação dos profissionais de enfermagem.** Vitória – ES, 2013.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DIAS, Teresa Cristina Lyporage *et al.* **Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura.** REBEn - Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, vol. 64, nº 5, pág. 931-937, 2011.

GHIZONI, Maiara Wessling; VUNHA, Karla Pickler; GIUSTINA, Kelli Pazeto. **Atuação do enfermeiro que pratica auditoria hospitalar em um hospital de grande porte da região sul de santa Catarina.** Revista ciência e cidadania. Santa Catarina, vol. 1, nº 1, pág. 69-88, 2015.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 6ª Ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GIORDANI, Anney Tojeiro *et al.* **Perfil de pacientes cirúrgicos atendidos em um hospital público.** REUOU - Revista de Enfermagem UFPE online, vol. 9, nº 1, pág. 54-61, 2015.

GODOI, Ana Paula de *et al.* **Auditoria de custos: análise comparativa das evidências de glosas em prontuário hospitalar.** Revista Instituto Ciência Saúde, vol. 26, nº 4, pág. 403-408, 2008.

JUNIOR, Nery José de Oliveira; CARDOSO, Kássia Eliza. **O papel do enfermeiro frente à auditoria hospitalar.** Revista de Administração em Saúde. São Paulo, vol. 17, nº 68, trimestral, 2017.

KURCGANT, Paulina. **Administração em Enfermagem.** 1ª Ed. São Paulo: EPU, 1991.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Subsecretaria de assuntos administrativos. Departamento de controle, avaliação e auditoria. **Manual de Normas de Auditoria.** Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão Estratégica e Participativa. Sistema Nacional de Auditoria. Séria A: Normas e Manuais técnicos. **Auditoria do SUS: Orientações básicas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. DENASUS - Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **História da Auditoria.** Disponível em <http://sna.saude.gov.br/historia.cfm>. Acessado no dia 28 de abril de 2018.

MOTTA, Ana Letícia Carnevalli. **Auditoria de enfermagem nos hospitais e operadores de planos de saúde.** 4ª Ed. São Paulo: Érica, 2008.

PIMENTA; Ariane Silva Paulino. **Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário eletrônico em um hospital oncológico.** 2016. 128f. Dissertação (Mestre em ciências) - Programa de Pós - Graduação em Gerenciamento em Enfermagem, Universidade de São Paulo –USP, São Paulo, 2016.

PINTO, Karina Araújo; MELO, Cristina Maria Meira de. **A prática de enfermagem em auditoria em saúde.** Revista Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, vol. 44, nº 3, pág. 671-678, 2009.

POSSARI, João Francisco. **Prontuário do paciente e os registros de Enfermagem.** 2ª ed. São Paulo: Iátria, 2007.

SÁ, Antônio Lopes de. **Curso de Auditoria.** 9ª ed. São Paulo: Atlas, 2000.

SANTANA, Ricardo Matos; SILVA, Verônica Gonçalves da. **Auditoria em Enfermagem: uma proposta metodológica.** Ilhéus: Editus, 2009.

SCARPARO, Ariane Fazzolo; FERRAZ, Clarice Aparecida. **Auditoria em enfermagem: Identificando sua Concepção e Métodos.** REBEn - Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, vol. 63, nº 3, pág. 302-305, 2007.

SCARPARO, Ariane Fazzolo *et al.* **Tendências da função do enfermeiro auditor no mercado em saúde.** Revista Texto contexto de enfermagem. Florianópolis, vol. 19, nº 1, pág. 85-92, trimestral – 2010.

SEGATELI, Taísa Naila; CASTANHEIRA, Nelson. **A atuação do profissional enfermeiro na auditoria em saúde.** Revista saúde e desenvolvimento. São Paulo, vol. 7, nº. 4, anual – 2015.

SETZ, Vanessa Grespan e D'INNOCENZO, Maria. **Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria.** ACTA Paulista de Enfermagem. São Paulo, vol. 22, nº 3, pág. 313-317, 2009.

SILVA, Maria Verônica Sales da. **Limites e possibilidades da auditoria em enfermagem e seus aspectos teóricos e práticos.** REBEn - Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, vol. 65, nº 3, pág. 535-538, bimestral – 2012.

SIQUEIRA, Patrícia Lopes de Freitas. **Auditoria em saúde e atribuições do enfermeiro auditor.** Caderno saúde e desenvolvimento. São Paulo, vol. 3, nº. 2, semestral – 2014.

SOUZA, Luiziane Agostine Alves de; DYNIEWICZ, Ana Maria; KALINOWSKI, Luísa Canestrano. **Auditoria: uma abordagem histórica e atual.** Revista de Administração em Saúde. São Paulo, vol. 12, nº 47, pág. 71-78, bimestral – 2010.

VENTURINI, Daniele Aparecida; MARCON, Sonia Silva. **Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola.** REBEn- Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, vol. 61, nº 5, pág. 570-575, bimestral – 2008.

APÊNDICE

**Formulário para “Análise dos registros de enfermagem nos prontuários da
clínica cirúrgica do HRAS”**

Data da coleta: ___/___/___

Parte I – Análise demográfica

Sexo: F () M ()

Idade:

Cidade que reside:

Parte II – Motivos de internação

Por qual(is) procedimentos cirúrgico(s) foi submetido(a)?

Parte III – Análise das variáveis dos registros de enfermagem realizados no prontuário

a) AVALIAÇÃO INICIAL

VARIÁVEIS DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM	PREENCHIMENTO		COMPLETUDE		
	NÃO	SIM	COMPLETO	PARCIALMETE INCOMPLETO	INCOMPLETO
Anamnese					
Identificação profissional e assinatura					

b) EXAME FÍSICO

	PREENCHIMENTO	COMPLETUDE

VARIÁVEIS DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM	NÃO	SIM	COMPLETO	PARCIALMETE INCOMPLETO	INCOMPLETO
Registro do exame físico					
Identificação profissional e assinatura					

c) EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

VARIÁVEIS DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM	PREENCHIMENTO		COMPLETUDE		
	NÃO	SIM	COMPLETO	PARCIALMETE INCOMPLETO	INCOMPLETO
Registro da evolução de enfermagem					
Identificação profissional e assinatura					

d) DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

VARIÁVEIS DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM	PREENCHIMENTO		COMPLETUDE		
	NÃO	SIM	COMPLETO	PARCIALMETE INCOMPLETO	INCOMPLETO
Registros dos diagnósticos de enfermagem					
Prescrição de enfermagem					
Identificação profissional e assinatura					

e) ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

VARIÁVEIS DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM	PREENCHIMENTO		COMPLETUDE		
	NÃO	SIM	COMPLETO	PARCIALMETE INCOMPLETO	INCOMPLETO
Registro da anotação de enfermagem					
Identificação profissional e assinatura					

f) PRESCRIÇÃO MÉDICA

VARIÁVEIS DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM	PREENCHIMENTO		COMPLETUDE		
	NÃO	SIM	COMPLETO	PARCIALMETE INCOMPLETO	INCOMPLETO
Checagem					
Identificação profissional em checagem					

Fonte: Adaptação do formulário do artigo "Avaliação da Qualidade dos Registros de Enfermagem no prontuário eletrônico de um Hospital Oncológico", PIMENTA (2016).

ANEXO

Termo de autorização para realização da pesquisa

Eu, Allan Jacqueson Barbosa Lobo, diretor geral do hospital Dr. Roberto Arnizault Silveiras, RG Nº 299124022 SSPSP; CPF Nº 031.912.487.81, AUTORIZO a professora Angelina Rafaela Debortoli Spinassé, RG 13059168-83 SSP BA e CPF 103085967-14, a realizar coleta de dados, para a realização do Projeto de Pesquisa intitulado **AUDITORIA RETROSPECTIVA DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL ESTADUAL DA REGIÃO NORTE DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO** que tem por objetivo primário avaliar o nível de estresse dos enfermeiros que atuantes nas unidades de terapia intensiva do hospital de estudo.

A pesquisadora acima qualificada se compromete a:

- 1- Iniciar a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
- 2- Obedecer às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
- 3- Assegurar a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

São Mateus, 06 de setembro 2018

(Carimbo e assinatura do diretor)