

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO SUL DE MINAS - UNIS/MG

ENFERMAGEM

ERIC MENDES PEREIRA

AUDITORIA EM ENFERMAGEM: revisão dos prontuários de pacientes internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em um Hospital de pequeno porte no sul de Minas Gerais.

Varginha

2016

ERIC MENDES PEREIRA

”

AUDITORIA EM ENFERMAGEM: revisão dos prontuários de pacientes internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em um Hospital de pequeno porte no sul de Minas Gerais.

Trabalho apresentado ao curso de Enfermagem do Centro Universitário do Sul de Minas - UNIS/MG como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel, sob orientação da Profa. Patrícia Alves Pereira Carneiro.

Varginha

2016

ERIC MENDES PEREIRA

AUDITORIA EM ENFERMAGEM: revisão dos prontuários de pacientes internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em um Hospital de pequeno porte no sul de Minas Gerais.

Trabalho apresentado ao curso de Enfermagem do Centro Universitário do Sul de Minas - UNIS MG, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel pela Banca Examinadora composta pelos membros:

Aprovado em / /

Prof.: Ms. Patrícia Alves Pereira Carneiro

Prof.: Ms. Amilton Marques

Prof.: Ms. Estefânia Santos Gonçalves Feliz Garcia

OBS.:

Dedico este trabalho a duas pessoas extremamente importantes em minha vida, mas que já não estão entre nós, meu tio Túlio e meu avô Ildeu. Essa conquista só será minha se de alguma maneira for para vocês, onde quer que estejam.

AGRADECIMENTOS

De imediato a Deus pela força espiritual para realização deste trabalho. Aos meus pais, minha noiva, tios, avós e amigos que me ajudaram muito para concretização deste sonho. Agradeço também a todos meus colegas de classe, pela cumplicidade e ajuda recebida. Por fim a todos os professores presentes até então nestes anos, em especial minha orientadora Ms. Patrícia Alves Pereira Carneiro, pelo tempo e orientações prestadas.

"Nem todas as empresas precisam investir em qualidade de vida, promoção de saúde ou coisa parecida, somente aquelas que querem ser competitivas no século X:XI."

Robert Karch

RESUMO

Neste trabalho foi realizado um estudo documental, retrospectivo de caráter estatístico, a fim de analisar a questão da qualidade no preenchimento dos prontuários hospitalares e o conhecimento por parte da equipe de enfermagem, no que diz respeito ao seu preenchimento e obrigatoriedades. A coleta de dados baseou-se na análise de todos os prontuários de pacientes internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) do mês março de 2015 em um Hospital de pequeno porte no sul de Minas Gerais, com base em um roteiro de pesquisa documental e bibliográfico em forma de check list, seguindo critérios pré-estabelecidos como: P (possui), NP (não possui), C (completo), I (incompleto), NPR (não preenchido), elaborado através do Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar do Ministério da Saúde de 2010, protocolos institucionais e literaturas científicas específicas da área de enfermagem. Tal pesquisa teve o objetivo de analisar e avaliar a qualidade do preenchimento dos prontuários hospitalares, o que nos norteia para o processo de enfermagem no seu preenchimento, evolução e revisão dos mesmos na instituição escolhida. Como resposta a essa situação, espera-se que o presente estudo mostre aos profissionais envolvidos a importância do adequado preenchimento dos prontuários hospitalares, e que profissionais incapacitados, desmotivados e falta de treinamento na área específica, são motivos para possíveis falhas, o que pode gerar glosas nas contas geradas, faturamento hospitalar reduzido, déficit na qualidade prestada e ilegalidade de acordo com as normas e leis que regulamentam a profissão. Os resultados evidenciaram que de maneira geral os itens de preenchimento obrigatórios nos prontuários hospitalares estão sendo respeitados de acordo com o conhecimento individual de cada membro da equipe de enfermagem, ou através de instruções recebidas pela mesma de maneira verbal, isto é, a equipe não se norteia em qualquer Sistematização de Assistência de Enfermagem, uma vez que essa não é realizada na instituição. Portanto, pode-se concluir que com a implantação da SAE e um serviço de auditoria de enfermagem interna atuante, a assistência prestada apresentaria um aumento de qualidade, consecutivamente uma maior aceitabilidade e confiabilidade por parte dos pacientes, além do aumento do faturamento mensal de acordo com teto hospitalar previamente estabelecido pelo SUS.

Palavras-chave: Enfermagem. Sistematização. Auditoria. Prontuário. Qualidade.

ABSTRACT

In this paper we present a documentary retrospective study of statistical nature in order to examine the question of the quality of hospital records and knowledge on the part of the nursing team, when it comes to respect for their fill and Obligations. Data collection was based on the analysis of all medical records of patients admitted by the Unified Health System (SUS) of the month March 2015 in a small hospital in southern Minas Gerais, based on a documentary research script and literature in the form of check list, following pre-established criteria such as: P (has) NP (not have), C (complete), I (incomplete), NPR (not filled), prepared by the System Manual Operating Technician Hospital Information of the Ministry of Health in 2010, institutional protocols and specific scientific literature of nursing. Such research aimed to analyze and evaluate the quality of hospital records, which guides us to the nursing process of completion, development and review of the same in the chosen institution. In response to this situation, it is expected that the present study show the professionals involved the importance of adequate filling of hospital records, and disabled professional, motivated and lack of training in the specific area, are reasons for possible failures, which can generate losses in the generated accounts, reduced hospital revenues, deficit in provided quality and illegality according to the rules and Laws which govern the profession. The results showed that that general filler items required in hospital records are being respected according to the individual knowledge of each member of the nursing staff, or through instructions received by the same verbally, that is, the team did not is guided in any systematization of nursing care, as this is not carried out in the institution. Therefore, it can be concluded that with the implementation of SAE and an active internal nursing audit service, assistance would present a quality increase consecutively greater acceptability and reliability by patients, and increased the monthly billing agreement with hospital ceiling previously established by SUS

Keywords: Nursing. Systematization, Audit. Record. Quality.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 HISTÓRIA DA AUDITORIA	09
3 O EXERCÍCIO DA AUDITORIA INTERNA	11
4 AUDITORIA EM ENFERMAGEM	12
5 O AUDITOR,	14
6 O PRONTUÁRIO	15
7 QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	17
8 MATERIAL E MÉTODO	19
9 RESULTADOS E DISCUSSÕES	20
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	34
APÊNDICES	37
ANEXO	43

! INTRODUÇÃO

Este estudo tem como tema a auditoria em enfermagem, que visa avaliar as necessidades de um adequado preenchimento dos prontuários hospitalares relacionados à enfermagem, afim de evitar problemas com auditorias internas e externas no que se refere a glosas hospitalares, faturamento ineficaz e deficiência na qualidade na prestação da assistência ao paciente.

Justifica-se pelo fato de que enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem conscientes a cerca do problema imposto, se tornarão conscientes que o adequado preenchimento dos prontuários hospitalares é de extrema importância não só para instituição no que diz respeito à redução de glosas e faturamento eficaz, mais que eles próprios poderão se nortear pelo prontuário tudo que foi realizado, utilizado e orientado aos pacientes, nortear o planejamento na assistência individual, aumentando a qualidade da assistência prestada e a comunicação entre a equipe.

Tem como objetivo avaliar as conformidades e não conformidades no que diz respeito ao preenchimento dos prontuários hospitalares, analisar se contém todos os formulários obrigatórios, se as prescrições estão sendo realizadas através da sistematização de assistência de enfermagem, se os procedimentos de enfermagem estão sendo realizados e evoluídos de maneira correta, ponderando as condições da alta, descrição do ato cirúrgico e anestésico, partograma, berçário, e a averiguação dos itens que não podem conter nos prontuários hospitalares, como rasuras ou escritas a lápis, o uso de corretivo, além de formulários e espaços em branco. A partir desse levantamento de dados, conhecer como acontece o processo de enfermagem no preenchimento, evolução e revisão dos mesmos.

Foram submetidos à pesquisa todos os prontuários de pacientes internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no mês de Março de 2015 em um Hospital de pequeno porte no Sul de Minas Gerais, perfazendo uma amostragem de 20 prontuários. Para tanto foi realizado uma abordagem documental, retrospectiva de caráter estatístico. Como instrumento principal, contém perguntas em roteiro de pesquisa documental e bibliográfico formalizado em check-list, elaborado através do Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar do Ministério da Saúde de 2010, seguindo critérios pré-estabelecidos como: P (possui), NP (não possui), C (completo), I (incompleto), NPR (não preenchido).

2 HISTÓRIA DA AUDITORIA

Segundo Riolino, Kliukas (2003), a palavra auditoria possui origem do latim "audire" que significa ouvir. Toda pessoa que possui a autonomia e a legitimidade de verificar relatórios e fatos econômico-financeiros pode ser considerado um auditor, com função de prestar contas aos seus superiores.

A auditoria teve seu início na área contábil em aproximadamente 2600 anos antes de Cristo. Porém após milhares de anos, a partir do século XII depois de Cristo que foi reconhecido com a nomenclatura de auditoria. Sua evolução aconteceu com o surgimento e demanda de novas empresas da época, mais especificamente na Inglaterra perante a revolução industrial, realizado primeiramente pelo médico George Gray Ward, onde avaliava os registros nos prontuários para averiguar a assistência prestada (FERREIRA, BRAGA, 2011).

Considerando-se os conceitos de auditoria, verifica-se que seu nascimento ocorreu a partir dos controles financeiros nas organizações e se expandiu para uma avaliação do controle de qualidade e dos processos em diversos campos de atuação, incluindo a área da Saúde. O processo avaliativo, aqui definido como auditoria, constitui um dos instrumentos de gestão desses serviços, visando mensurar os esforços voltados para o alcance da qualidade da assistência prestada aos pacientes (ADAMI, MARANHÃO, 1995.P. 47-55).

Já segundo Costa MS, et.al. (2004), a primeira auditoria no ramo da saúde foi realizada na década de 20, mais especificamente em 1918, para avaliar a prática médica, que de início se caracterizava como uma ação policial, mais que aos poucos recebeu uma nova conotação.

Fonseca AS, et.al. (2005), indicam que em 27 de julho de 1993, surge a Lei 8689, que estabelece o SNA (Sistema Nacional de Auditoria) com a competência de acompanhar, fiscalizar, controlar e avaliar de forma técnica, científica, financeira e contábil as práticas e ações nas instituições que promovem a saúde.

Já para Ferreira, Braga (2011), foi a Lei 8.080 de 1990 que estabeleceu a necessidade da criação de um órgão, mais especificamente um sistema, nomeado como SNA - Sistema Nacional de Auditoria. SNA então passou a ser o instrumento fiscalizador e atribuindo a este uma coordenação da avaliação técnica e financeira do Sistema Único de Saúde (SUS) em âmbito nacional.

Já em meados da década de 80, em 1983, surgia no Hospital Universitário de São Paulo, a auditoria em Enfermagem, que logo seria o objetivo de outros hospitais universitários. Possuíam padrões pré-estabelecidos para sustentar a SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem).

Ferreira, Braga (2011), ainda citam que em dezembro de 1999, foi criada um órgão específico para auditoria em Enfermagem nomeada como SOBEAS - Sociedade Brasileira em Enfermeiros Auditores em Saúde (SOBEAS), tendo como intuito de agregar e unificar os profissionais Enfermeiros auditores de todo Brasil.

3 O EXERCÍCIO DA AUDITORIA INTERNA

A Auditoria interna é uma atividade em franco desenvolvimento e de grande importância para a administração de uma companhia. Tendo isto, é verdade que a existência de uma auditoria interna eficiente e atuante é considerada como um ponto forte de controle interno (D.INNOCENZO M, ADAMI NP, 2006).

Os recentes problemas financeiros que atingiram as empresas, não só do ramo da saúde, mais como em qualquer outra área, colocou em tona reflexões nas legislações. A partir daí entende-se que os controles internos possuem um respeito e grande eficácia dentro das organizações norteando-se através da análise dos processos, normas e procedimentos.

A auditoria interna nada mais é que um controle realizado internamente nas instituições para reduzir os riscos que as mesmas possuem, diminuindo o índice de acidentes e anormalidades em relação ao atendimento prestado e a redução dos desperdícios, aumentando o faturamento e não glosas das contas hospitalares. (BRASIL 2005).

Conforme Brito, Ferreira (2006), a auditoria interna tem como primórdio a avaliação de outros controles, sejam eles administrativos ou de qualidade dos processos, a fim de auxiliar os respectivos setores com fatos e evidências comprovados.

Pode ser considerado um ramo da medicina e da enfermagem que analisa, controla e autoriza ou não os procedimentos realizados em determinado paciente, sempre mantendo a ética e sigilo do mesmo. Acontece através da conferência dos prontuários médicos e de enfermagem, observando tudo que foi prescrito e anotado pela equipe, objetivando sempre o auto padrão técnico a fim de reduzir gastos e melhorar o atendimento prestado (BRASIL 2005).

Vale lembrar que qualquer auditoria, seja ela interna ou não, não está 100% livre de fraudes. Sua importância esta apenas na redução dos mesmos, a partir de análises de anormalidades. Assim, Brasil (2005) concretiza que a auditoria interna possui objetivos como identificar deformidades, promovendo suas correções a fim de buscar sempre o aperfeiçoamento da assistência no âmbito médico hospitalar ou ambulatorial. Auxilia na relação custo x benefício não deixando a qualidade dos serviços em segundo plano.

Para Attie (1998), controle interno compreende o plano de organização e todos os métodos e medidas adotados numa empresa para salvaguardar seus ativos, verificar a exatidão e fidedignidade dos saldos contábeis, desenvolver a eficiência nas operações e estimular o segmento das políticas administrativas prescritas.

4 AUDITORIA EM ENFERMAGEM

Segundo D'innocenzo M, Adami NP, Cunha ICKO (2006), o processo de análise e julgamento de erros realizados em todas as anotações de enfermagem de todos os prontuários ou não, pode ser considerado uma auditoria em enfermagem, com intuito de rotular as assistências prestadas pela equipe.

Brasil (2005), a auditoria pode ser realizada de duas maneiras, retrospectiva ou operacional. De forma retrospectiva quando o paciente já recebeu a alta da instituição e utiliza-se o seu prontuário, ou de forma operacional que acontece com o paciente ainda internado.

Assim, a assistência e a produção da equipe se refletem nas anotações feitas pelos mesmos. Pelos registros feitos nos prontuários, o enfermeiro auditor pode estipular medidas de melhorias em tais procedimentos, implementando atos necessários para melhoria da assistência e consecutivamente dos resultados (D.INNOCENZO, ADAMI NP, 2006).

De tal modo, a completa e legítima anotação por parte da equipe de enfermagem tem grande importância para comunicação entre os membros da mesma, além da interação do enfermeiro auditor com seus superiores. Com base nesse argumento, Daniel FL (1981) relata que a auditoria possui algumas finalidades concretas, como estabelecer a contínua e adequada relação entre as equipes multiprofissionais, servindo de base para o planejamento individual da assistência que será prestada ao paciente, servindo de acompanhamento na evolução do mesmo. Além disso, protege os pacientes e as equipes prestadoras dos serviços, servindo como documento legal, além de contribuir para o ensino e pesquisas no ramo.

Já para Oguisso T (1974), as anotações de enfermagem possuem uma outra primordial função, a de servir como fonte de averiguação, instrumento de educação e documento legal perante a lei. Desta forma, os registros podem servir como um dos meios para estimativa da assistência de enfermagem prestada ao paciente, através da excelência das anotações elaboradas pela equipe de enfermagem.

Apesar do relato da importância do adequado preenchimento e anotações pela equipe de enfermagem nos prontuários dos pacientes, não é o que se vê em alguns casos. Nota-se ainda grande despreparo, indolência ou até mesmo a falta de tempo, fazendo com que a equipe de enfermagem, ou parte dela, muitas vezes não tenha respaldo para enfrentar processos judiciais ou até mesmo administrativos, justamente por falta de conteúdo das anotações (D'INNOCENZO, ADAMI NP, 2006).

De acordo com Seixas RS, Viana RB, Silva LR (2005), os registros de enfermagem são realizados em duas etapas:

- ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM cuja responsabilidade é do Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem, destinado ao registro, em prontuário do paciente, dos procedimentos e reações apresentadas pelo paciente, de acordo com o prescrito pelo Enfermeiro, na Sistematização da Assistência de Enfermagem;

- EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM que é o acompanhamento e registro diário do estado clínico. Nesta etapa é realizada a avaliação dos cuidados prestados, contribuindo com orientações ao cliente que favoreçam sua recuperação e estimulem o auto cuidado. A evolução deve ser feita para todos os pacientes, diariamente, ou refeita, na ocorrência de alteração no estado do paciente, constando data e horário e assinatura com carimbo do responsável pelo procedimento executado.

De maneira rotineira acontecem distorções e problemas sérios em relação às anotações feitas pelos enfermeiros ou sua equipe (técnicos e auxiliares de enfermagem), uma vez que os prontuários dos pacientes possuem caráter legal perante justiça e comumente são requisitados cópias dos mesmos junto à instituição. As anotações e intercorrências devem ser anotadas de maneira correta a fim de evitar possíveis danos e injustiças tanto para o paciente, para os profissionais e/ou para a instituição.

SOAUDITOR

Garcia CE (2004) aponta que um dos fatores de sucesso da auditoria é a experiência dos auditores, que será composta por uma equipe contendo um auditor líder e outros participantes. O auditor líder é quem deve planejar e organizar a auditoria, selecionar OS membros da equipe, presidir as reuniões, os processos e métodos que serão usados, emitir o relatório final com as sugestões para melhoria do serviço prestado a redução de gastos, além de realizar um acompanhamento período da instituição e equipe auditada,

O profissional auditor deve possuir conduta ética e profissional, zelando pela sua integridade, passando confiança, objetividade, honestidade, confidencialidade e competência.

Assim, Motta ALC (2003), enfatiza que os principais objetivos e funções do auditor são verificar se as normas propostas estão sendo seguidas e se existe a necessidade de aprimorá-las ou redefini-las, além de auditar a área contábil e operacional das intuições.

As responsabilidades da auditoria interna, nas organizações devem ser claramente determinadas pelas políticas da Companhia. A autoridade de correspondente deve propiciar o auditor interno livre acesso a todos os registros, propriedades e pessoal da Companhia que possam vir a ter importância para o assunto em exame. O auditor interno deve sentir-se à vontade para revisar e avaliar diretrizes, planos, procedimentos e registros. Já as responsabilidades do auditor interno devem ser: informar e assessorar a administração e desincumbir-se dessa responsabilidade de maneira condizente com o código de ética do Instituto de Auditores Internos; coordenar suas atividades com a de outros, de modo a atingir, com mais facilidades os objetivos da auditoria em benefício das atividades da Companhia (BRITO MF, FERREIRA LN, 2006. p. 9)

O auditor não possui função fiscalizadora e sim de orientador, pacificador, agente de mudanças, de efetividade, economicidade e eficiência. Qualquer profissional do setor mediante treinamento pode auxiliar no processo de auditoria. Ministério da Defesa do Exército Brasileiro (2005) acrescenta ainda, que os auditores incompetentes, incapacitados e inseguros, normalmente são aqueles de agem de forma arrogante e prepotente. Destaca que a atribuição do auditor deve basear-se apenas a análise dos prontuários médicos, entrevistas e exames ao paciente quando necessário, além do relatório final da auditoria, sempre zelando pela sensatez, firmeza, segurança, responsabilidade e imparcialidade na tomada das decisões.

6 O PRONTUÁRIO

Segundo a Resolução nº 1.638/02, do Conselho Federal de Medicina (CFM), prontuário é um documento único, contendo informações anotadas a partir de acontecimentos e fatos sobre a real saúde do paciente e assistência prestada ao mesmo, de caráter sigiloso e científico, a fim de facilitar a comunicação entre a equipe auxiliando no planejamento e na continuidade do serviço prestado.

O Conselho Regional de Medicina (2006), ainda relata que o prontuário a fim de melhor prestação de serviços ao paciente, a equipe e a instituição, o mesmo deve ser organizado, pois servirá como instrumento de consulta, ensino, avaliações, auditorias, pesquisas, estatísticas, investigações, processos éticos e legais e comunicação entre as equipes multiprofissionais da instituição.

Segundo o Código de Ética Médica (2009), o prontuário médico pode ser usado como defesa pelos profissionais prestadores de assistências, como documento legal em processos de Conselhos de classe, comissões de Ética e até processos judiciais.

Ministério da Defesa do Exército Brasileiro (2005) aponta o Prontuário Médico sendo um conjunto de documentos onde consta registrado todos os serviços prestados de forma organizada e ordenada. É um documento valioso para os profissionais prestadores e a instituição na qual prestam seus serviços, e principalmente para o paciente. Tem valor legal por pelo menos 20 anos, podendo após esse período, a partir da data de registro do *ultimo* atendimento ao paciente, ser substituído por métodos eletrônicos capazes de assegurar as informações neles contidas.

Brasil (2010) informa o que deve possuir no prontuário hospitalar individual de cada paciente:

1. Atendimento ambulatorial;
2. Atendimento de urgência;
3. Evolução médica;
4. Evolução de enfermagem e de outros profissionais assistentes - No caso de internação, as evoluções devem ser diárias, com data e horário em todas elas;
5. Partograma (em obstetrícia);
6. Prescrição médica;
7. Prescrição de enfermagem e de outros profissionais assistentes - No caso de internação, as prescrições devem ser diárias, com data e horário em todas elas;

7 QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

É comum quando o assunto tratado é a qualidade dos serviços de saúde do Brasil, escutar reclamações sobre profissionais despreparados e desmotivados, filas de espera, usuários insatisfeitos, dentre outros.

É possível afirmar que qualidade é um conceito dinâmico, ou seja, que trabalha com referenciais que mudam ao longo do tempo e, às vezes, de forma bastante acentuada. Qualidade é, também, um termo de domínio público, pois todos têm uma noção intuitiva do que seja qualidade (Paladini, 1995, p.286).

Primeiramente, a definição de qualidade baseava-se em conformidade às especificações exigidas. Atualmente seu conceito está direcionado para a satisfação do cliente. É o que afirmam LOPES AD, CICONELLI RM, REIS FB (2007).

Assim, segundo Camelo (2009), a cada dia que se passa os usuários estão convictos de seus direitos e exigem o grau mais elevado de excelência em seu atendimento.

Cunha AP (2003) ressalta que todas as equipes de saúde têm como objetivo principal atender a população com qualidade, através de credibilidade, aceitabilidade, confiabilidade, equidade, e a equipe de enfermagem é uma das, se não a maior responsável por esse processo, já que permanece 24 horas/dia prestando assistência ao paciente.

Porém as instituições de saúde dependentes de repasses Municipais, Estaduais e Federais, no atual momento passam por grandes dificuldades financeiras e estruturais. É o que afirma Lima (1998), que aponta como os principais problemas enfrentados nas instituições a má locação dos recursos, os custos crescentes dos materiais e medicamentos e as condições ao acesso dos usuários.

Baseado nisso, Munro (1994) relata que a prestação de serviços realizada pelo poder público ainda mantém o foco na própria existência do serviço, o que deixa a qualidade do serviço prestado em baixo padrão.

Estefano (1996) identifica as organizações do setor público como às maiores prestadoras de serviços a população, esta dependente de qualidade, boa localização e agilidade nos serviços prestados. Devem possuir uma relação de responsabilidade com a sociedade e continuamente redefinir suas metas, funções e missões.

Segundo Vasconcelos (2002), existe uma dificuldade em formar a definição de qualidade, já que os clientes possuem reações diferentes em relação aos serviços recebidos. Estes possuem percepções desiguais sobre qualidade e desigualdade, justificado por alguns fatores, como por exemplo, o estado emocional do cliente e do profissional prestador no ato da prestação de serviços.

Atualmente qualidade é essencial em qualquer mercado. Não é mais um fator opcional, mais uma questão de sobrevivência em um mercado cada vez mais competitivo. Assim sendo, Motta ALC (2003) relata que os critérios de qualidade nas instituições de saúde são bem definidos. Hospitais cada vez mais buscam selos de qualidade como forma de aprimorar seu atendimento, receber créditos e consecutivamente atrair a população.

De acordo com os padrões de acreditação da Joint Commision International para Hospitais (2008), qualidade esta relacionada à avaliação, e destaca que a acreditação hospitalar contém critérios, procedimentos e padrões que evidenciam essa qualidade nas instituições acreditadas. Essa acreditação é um processo cujo uma empresa acreditadora externa, realiza uma avaliação a fim de determinar se a instituição em si possui os critérios necessários, sejam eles estruturais, de segurança e de cuidado ao paciente. A empresa (instituição de saúde) então se corresponder aos critérios obrigatórios na avaliação realizada pela empresa acreditadora, passam a possuir selo de qualidade e buscam sempre se aperfeiçoarem demonstrando os resultados obtidos.

Portanto, para Loverdos (2003), a Acreditação Hospitalar possui uma rede adequada de prestadores, na qual atendem a população no ponto de vista qualiquantitativo. Isso proporciona o alto índice na qualidade de prestação de 'serviços, pois possuem auditorias contínuas de monitoramento pelas empresas acreditadoras.

8 MATERIAL E MÉTODO

Este projeto trata-se de uma abordagem documental, retrospectiva de caráter estatístico.

A análise documental foi realizada no mês de março de 2015, através da conferência dos prontuários hospitalares sob internação pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em um Hospital de pequeno porte no sul de Minas Gerais.

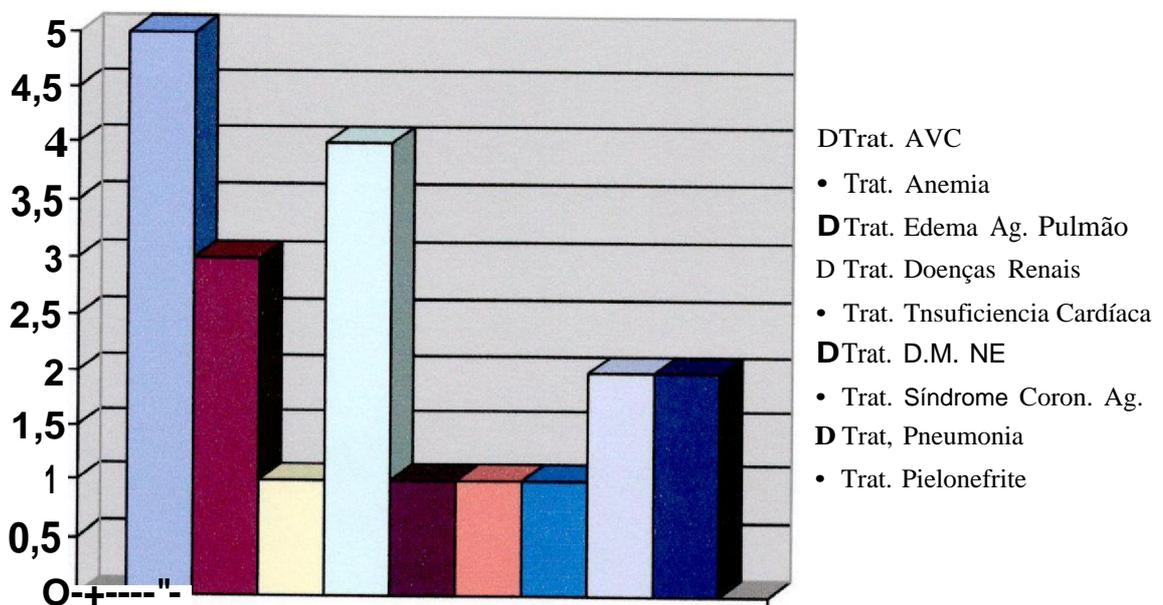
Para conferência utilizou-se um roteiro de pesquisa documental e bibliográfico, com questionamentos relacionados ao adequado preenchimento dos prontuários hospitalares em de forma de check-list, confeccionado com base Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar do Ministério da Saúde de 2010, onde: P(possui), NP (não possui), C (completo), I (incompleto), NPR (não preenchido).

O trabalho utilizou somente dados estatísticos e excluiu qualquer possibilidade de identificação dos prontuários, atendendo assim a resolução 196/96 que regulamenta a pesquisa com seres humanos.

9 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram analisados todos os registros de enfermagem nos prontuários dos pacientes internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de todas as clínicas referente ao mês março de 2015, no hospital em questão. Logo abaixo (GRÁFICO 1), a nível de indiscrição, as patologias dos pacientes internados no período informado anteriormente,

GRÁFICO 1 - Patologias dos pacientes internados pelo Sistema Único de Saúde no mês de março de 2015, em um hospital de pequeno porte no Sul de Minas Gerais.



Fonte: o autor

Esse levantamento teve como propósito apenas identificar as patologias nas quais os pacientes foram internados na instituição. Notou-se que não houve nenhuma internação na clínica cirúrgica, nenhuma na clínica obstétrica/ginecológica, consecutivamente não houve nenhum procedimento anestésico, clínicas estas que estão cadastradas junto ao CNES do hospital de estudo em questão.

A partir disso, é de importante conhecimento que o CNES nada mais é que o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, que possui como finalidade a identificação das instituições que fazem parte de uma rede que presta serviços de saúde privados, obordando sua capacidade física instalada, os serviços disponíveis e profissionais cadastrados responsáveis pelo atendimento. São assim, a base de operacionalização dos sistemas de informações de saúde e auditoria por parte dos órgãos responsáveis (BRASJL, 2015).

Em relação aos formulários que são obrigatórios em todas internações hospitalares, conforme normas do Manual Técnico Operacional do Sistema Informação de Hospitalar do Ministério da Saúde de 2010 e protocolos institucionais., verificaram-se os resultados a seguir aplicados na TABELA 1:

TABELA 1 - Conformidades e não conformidades em relação aos formulários obrigatórios nos prontuários dos pacientes internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em um hospital de pequeno porte no sul de Minas Gerais.

	Completo: 19	95		
Ficha de atendim. Ambulatorial individual	Incompleto: 1	5	0	0
	Não preenchido: 0	0		
	Completo: 19	95		
Ficha de atendimento Urgência individual	Incompleto: 1	5	0	0
	Não preenchido: 0	0		
	Completo: 19	95		
Ficha para evolução diária de enfermagem	Incompleto: 1	5	0	0
	Não preenchido: 0	0		
	Completo: 0	0		
Ficha para Sistematização de enfermagem	Incompleto: 0	0	20	100
	Não preenchido: 0	0		
	Completo: 20	100		
Ficha para laudo de Internação Hospitalar	Incompleto: 0	0	0	0
	Não preenchido: 0	0		
	Completo: 20	100		
Ficha de Termo de Responsabilidade	Incompleto: 0	0	0	0
	Não preenchido: 0	0		
	Completo: 16	80		
Ficha de sumário de alta	Incompleto: 3	15	0	0
	Não preenchido: 1	5		
	Completo: 19	95		
Ficha para controle de infecção hospitalar	Incompleto: 1	5	0	0
	Não preenchido: 0	0		
	Completo: 18	90		
ficha de autorização p/ Internação Hospitalar	Incompleto: 2	10	0	0
	Não preenchido: 0	0		

	Completo: 0	0		
Ficha para berçário	Incompleto: 0	0	20	100
	Não preenchido: 0	0		
	Completo: 0	0		
Ficha de Partograma	Incompleto: 0	0	20	100
	Não preenchido: 0	0		
	Completo: 0	0		
Ficha para cirurgia	Incompleto: 0	0	20	100
	Não preenchido: 0	0		
	Completo: 0	0		
Ficha para anestesista	Incompleto: 0	0	20	100
	Não preenchido: 0	0		
	Completo: 20	100		
Impresso do resumo de AIH (Espelho)	Incompleto: 0	0	0	0
	Não preenchido: 0	0		

Fonte: o autor

Após avaliação dos resultados obtidos notou-se que os seguintes itens (formulários) abaixo estão conforme o check list elaborado:

- Ficha de atendimento ambulatorial individual: 19 prontuários (95% do total analisado) foram preenchidos de maneira completa;
- Ficha de atendimento de urgência individual: 19 prontuários (95% do total analisado) foram preenchidos de maneira completa;
- Ficha para evolução diária de enfermagem: 19 prontuários (95% do total analisado) foram preenchidos de maneira completa;
- Ficha para laudo de Internação hospitalar: 19 prontuários (95% do total analisado) foram preenchidos de maneira completa;
- Ficha de Termo de Responsabilidade: 20 prontuários (100% do total analisado) foram preenchidos de maneira completa;
- Ficha de sumário de alta: 16 prontuários (80% do total analisado) foram preenchidos de maneira completa;
- Ficha para controle de infecção hospitalar: 19 prontuários (95% do total analisado) foram preenchidos de maneira completa;
- Ficha de autorização para internação hospitalar: 18 prontuários (90% do total analisado) foram preenchidos de maneira completa;

- Impresso do resumo de AIH (Espelho): 20 prontuários (100% do total analisado) foram preenchidos de maneira completa.

Porém notou-se que alguns itens (formulários) não estão dentro das conformidades estabelecidas pelo check list elaborado . Abaixo os formulários e as não conformidades encontradas nos mesmos:

- Ficha de atendimento ambulatorial individual: 1 prontuário (5% do total analisado) não possui assinatura do médico responsável pelo atendimento;
- Ficha de atendimento de urgência individual: 1 prontuário (5% do total analisado) não possui assinatura do médico responsável pelo atendimento;
- Ficha de evolução diária de enfermagem: 1 prontuário (5% do total analisado) ficou sem evolução diária ao menos durante um plantão;
- Ficha para prescrição de enfermagem: 20 prontuários (100% do total analisado) não possuem prescrição diária pelo enfermeiro responsável;
- Ficha sumário de alta: 3 prontuários (15% do total analisado) faltaram a conduta médica após a alta e 1 prontuário (5% do total analisado) não possui qualquer preenchimento por parte do enfermeiro e a equipe de enfermagem responsável;
- Ficha para controle de infecção hospitalar: 1 prontuário (5% do total analisado) não possui data informada;
- Ficha de autorização para internação hospitalar: 2 prontuários (10% do total analisado) não possui assinatura do paciente.

Após análise dos levantamentos dos dados, identificou-se um bom comprometimento e conhecimento por parte da equipe de enfermagem em relação a importância do adequado preenchimento dos prontuários hospitalares.

Porém a falta de um item chamou atenção. Em todos os 20 prontuários analisados (100%), não continham sequer o formulário para sistematização de enfermagem, sistemática essa que é de responsabilidade do enfermeiro responsável pelo setor.

De tal modo, é válido destacar que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma atividade exclusiva do Enfermeiro, onde o mesmo utiliza de técnicas, métodos e estratégias para identificar problemas e realizar assim a prescrição e implementação das ações em si, contribuindo para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde não só do paciente, mais de seus familiares e da comunidade envolvida (COFEN, 2009).

Dando sequência no assunto relacionado às prescrições realizadas pelo enfermeiro no processo de sistematização de enfermagem, notaram-se os seguintes resultados a partir da análise dos dados obtidos na TABELA 2:

TABELA 2 - Conformidades e não conformidades relacionados à prescrição de enfermagem nos prontuários dos pacientes internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em um hospital de pequeno porte no sul de Minas Gerais

	Completo: 0	0	20	100
Nome (iniciais) do paciente em todos formulários	Incompleto: 0	0		
Nº do prontuário do paciente	Completo: 0	0		
	Incompleto: 0	0	20	100
Identificação da clínica	Completo: 0	0		
	Incompleto: 0	0	20	100
Nº da Enfermeira e leito do paciente	Completo: 0	0		
	Incompleto: 0	0	20	100
Horário nas prescrições	Completo: 0	0		
	Incompleto: 0	0	20	100
Sexo do paciente	Completo: 0	0		
	Incompleto: 0	0	20	100
Idade do paciente	Completo: 0	0		
	Incompleto: 0	0	20	100
Grau de dependência do paciente	Completo: 0	0		
	Incompleto: 0	0	20	100
Religião do paciente	Completo: 0	0		
	Incompleto: 0	0	20	100
Diagnóstico de enfermagem	Completo: 0	0		
	Incompleto: 0	0	20	100
Data, horário, nº do Coren e ass. do responsável	Completo: 0	0		
	Incompleto: 0	0	20	100
Prescrição diária para cada paciente	Completo: 0	0		
	Incompleto: 0	0	20	100
Cuidados individuais de acordo com o diagnóstico	Completo: 0	0		
	Incompleto: 0	0	20	100

Anotações não pertinentes ao paciente	Completa: 0	0	20	100
	Incompleta: 0	0		
Checagem nas prescrições que não conferem com a evolução.	Completo: 0	0	20	100
	Incompleto: 0	0		

Fonte: o autor

Como já citado anteriormente, os enfermeiros responsáveis pela instituição onde foi realizado o estudo, não realizam a sistematização da assistência de enfermagem. Sendo assim 100% dos itens analisados apresentaram o resultado de "não possui".

Isso leva a entender que a equipe de enfermagem realiza os cuidados necessários conforme as necessidades (sinais e sintomas) do pacientes quando solicitado pelos mesmos ou baseando-se nas prescrições e orientações realizadas pelos médicos.

Com base nisso, Pivotto F, Filho WDL, Lunardi VL (2004), citam que com a sobrecarga excessiva dos profissionais enfermeiros, estes tendem a não seguir o que lhes foi orientado em seus anos de formação, mesmo que apoiado legalmente. Assim, a equipe na qual deveria seguir as prescrições realizadas pelo enfermeiro, segue as orientações dos médicos do setor e se acomodam com tal situação, acometendo em um respectivo grau de bem-estar em relação à coordenação e supervisão do enfermeiro (s) responsável pelo setor.

Entende-se que os enfermeiros podem estar sendo solicitados pela equipe de enfermagem, apenas quando esta não possui capacidade técnica para realizar tal procedimento, mostrando a falta de comunicação entre a equipe e o profissional enfermeiro responsável pelo setor, o que dificulta a avaliação final dos cuidados prestados.

Desse modo, pode-se considerar que a prescrição de enfermagem é um método de comunicação de informações importantes sobre o paciente, concebida para promover cuidados de qualidade, através da facilitação do cuidado individualizado e da continuidade deste mesmo cuidado, constituindo-se, além disso, num mecanismo para a avaliação da assistência prestada (LUNARDI F, LUNARDI GL, PAULITSCH FS. 1997, p.65)

Foram também analisadas questões relacionadas aos procedimentos de enfermagem, na qual se obtiveram os seguintes resultados (TABELA 3):

TABELA 3 - Conformidades e não conformidades em relação aos procedimentos realizados pela equipe de enfermagem e suas anotações nos prontuários hospitalares dos pacientes internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em um hospital de pequeno porte no sul de Minas Gerais.

Higiene oral ao menos 3x ao dia	Completo: 0	0	19	95
	Incompleto: 1	5		
Higiene corporal	Completo: 16	80	2	10
	Incompleto: 2	10		
Verificação de SV ao menos 4x dia	Completo: 4	20	0	0
	Incompleto:	80		
Peso diário ao quando necessário	Completo: 0	0	20	100
	Incompleto: 0	0		
Controle diário das micções	Completo: 19	95	1	5
	Incompleto: 0	0		
Controle diário das evacuações	Completo: 20	100	0	0
	Incompleto: 0	0		
Controle diário de episódios eméticos	Completo: 1	5	17	85
	Incompleto: 2	10		
Controle diário de ingestão de líquidos	Completo: 19	95	1	5
	Incompleto: 0	0		
Controle diário de ingestão de alimentos	Completo: 19	95	1	5
	Incompleto: 0	0		
Data e assinatura dos procedimentos realizados	Completo: 20	100	0	0
	Incompleto: 0	0		
Anotação diária descritiva de cada plantão	Completa: 20	100	0	0
	Incompleta: 0	0		
Horário e rubrica em todas as anotações	Completa: 20	100	0	0
	Incompleta: 0	0		
Compatibilidade entre anotaç. e prescrição enf.	Completa: 0	0	20	100
	Incompleta: 0	0		
Anotações que evidenciam cuidados realizados	Completa: 20	100	0	0
	Incompleta: 0	0		

Anotações que evidenciam sinais, sintomas e queixas relatadas pelo paciente	Completo: 20	100	0	0
	Incompleto: 0	0		
Anotações que indicam o profissional respons. pelo cuidado.	Completo: 20	100	0	0
	Incompleto: 0	0		
Anotações descritivas na admissão do paciente	Completo: 20	100	0	0
	Incompleto: 0	0		
Anotações descritivas na alta (óbito) do paciente	Completo: 15	75	2	10
	Incompleto: 3	15		
Anotações referentes à intercorrências	Completo: 20	100	0	0
	Incompleto: 0	0		
Anotações referentes à condição emocional do paciente	Completo: 13	65	1	5
	Incompleto: 6	30		
Aprazamento das medicações e cuidados	Completo: 0	0	0	0
	Incompleto:	100		
Checagem nas medicações/cuidados realizados	Completo: 20	100	0	0
	Incompleto: 0	0		

Fonte: o autor

Notou-se a partir dos dados coletados e analisados na TABELA 2, que a maioria dos itens, são realizados e registrados pela equipe de enfermagem nos prontuários hospitalares. Entretanto 4 itens averiguados nos mesmos obtiveram baixo índice de conformidade: higiene oral ao menos 3x ao dia (95% dos prontuários não continham), peso diário (100% dos prontuários não continham), controle diário de episódios eméticos (85% dos prontuários não continham) e compatibilidade entre anotações e prescrição de enfermagem (100% dos prontuários não continham). É função do enfermeiro manter o controle, além da iniciativa de cobrar sua equipe, orientando que a mesma anote e mantenha o controle desses itens.

Com base nos dados levantados, é relevante informar que enfermeiro atuante, age como auditor dos processos e anotações realizadas pela sua equipe, avaliando a sistemática da qualidade dos cuidados prestados aos pacientes através de seus prontuários individuais, verificando a compatibilidade entre os procedimentos realizados com os anotados, além de seus custeios operacionais, seguindo a legislação a qual compete, além de protocolos institucionais (MOTA ALC, 2003).

Porém seria possível o enfermeiro manter esse controle e realizar essa cobrança perante sua equipe, sendo que o mesmo não realiza a sistematização (prescrição)? Diante do

exposto, Labbadia LL, Adami NP (2004) indicam que uma eficaz comunicação entre a equipe de enfermagem e seu responsável técnico, baseia-se no adequado preenchimento e evolução do prontuário hospitalar de cada paciente, onde este é o principal meio de informações e entendimento dos problemas encontrados, além de servir para avaliação da qualidade da assistência prestada e prevenção de glosas, o que impediria a diminuição parcial ou total do orçamento institucional.

Rosa LA, Caetano LA, Matos SS, Reis DC (2012) ressaltam que a auditoria em enfermagem está cada vez mais voltada para a avaliação da qualidade, o que aumenta o indicador da mesma, a satisfação do cliente, consecutivamente aumento do faturamento final.

Vale ressaltar ainda, que o enfermeiro responsável pelo setor muitas vezes em sua prática, se mantém afastados dos pacientes, já que podem estar envolvidos em funções administrativas e burocráticas, o que os deixam incapacitados de realizar as prescrições e o gerenciamento da assistência (COSTA RA, SHIMIZU HE, 2006)

Em fase final da análise dos dados, a TABELA 4 expõe as obrigatoriedades no que diz respeito ao momento da alta do paciente, se foi relatado pela equipe de enfermagem à data e o horário de sua saída, sua condição físico-mental, se o mesmo recebeu orientações sobre continuidade do cuidado no pós alta hospitalar e de qual maneira deixou a instituição (sozinho, acompanhado, ambulância, transferido etc).

TABELA 4 - Conformidades e não conformidades em relação as condições da alta informadas pela equipe de enfermagem nos prontuários dos pacientes internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em um hospital de pequeno porte no sul de Minas Gerais.

Condições físicas e mentais do paciente	Completo: 8	40	6	30
	Incompleto: 6	30		
Orientações quanto à continuidade do cuidado	Completo: 8	40	9	45
	Incompleto: 3	15		
Data e hora	Completo: 18	90	2	10
	Incompleto: 0	0		
Qual acompanhante ou de q/ mane Ira o paciente deixou a unidade	Completo: 10	50	10	50
	Incompleto: 0	0		

Fonte: o autor

Após análise dos dados notou-se não conformidades em todos os itens. Apenas 8 prontuários (40% do total de prontuários analisados) conteve de maneira completa as

condições físicas e mentais do paciente no momento da alta e as orientações quanto a continuidade do cuidado em sua residência. 10 prontuários (50% do total de prontuários analisados) identificaram com qual acompanhante ou de que maneira o paciente deixou a unidade. Esses itens são de extrema importância e devem ser desempenhados e bem relatados em todas as altas hospitalares, pois o paciente, sempre juntos com seus familiares, passa por questionamentos em relação a sua saída da instituição, como medo, insegurança, receios, dentre outros.

Marra et. ai., (1989), relata que o momento da alta médica costuma trazer sentimentos imprecisos ao paciente e seus familiares, que vai da alegria ao medo. Sentem-se alegres por estarem indo para suas residências melhorados ou recuperados, mais ao mesmo tempo podem se sentirem com medo devido à insegurança por não contarem com a equipe prestadora dos cuidados.

Como forma de assegurar a continuidade dos cuidados e a garantia do atendimento das necessidades do paciente, um programa de alta hospitalar pode contribuir para que a família seja capaz de desenvolver ações necessárias, para dar prosseguimento ao tratamento iniciado no âmbito hospitalar, criando possibilidades de manutenção ou melhoria do estado de saúde (MA RTINS ACS, SILVA JG, FERRAZ LM. 2013, p. 2)

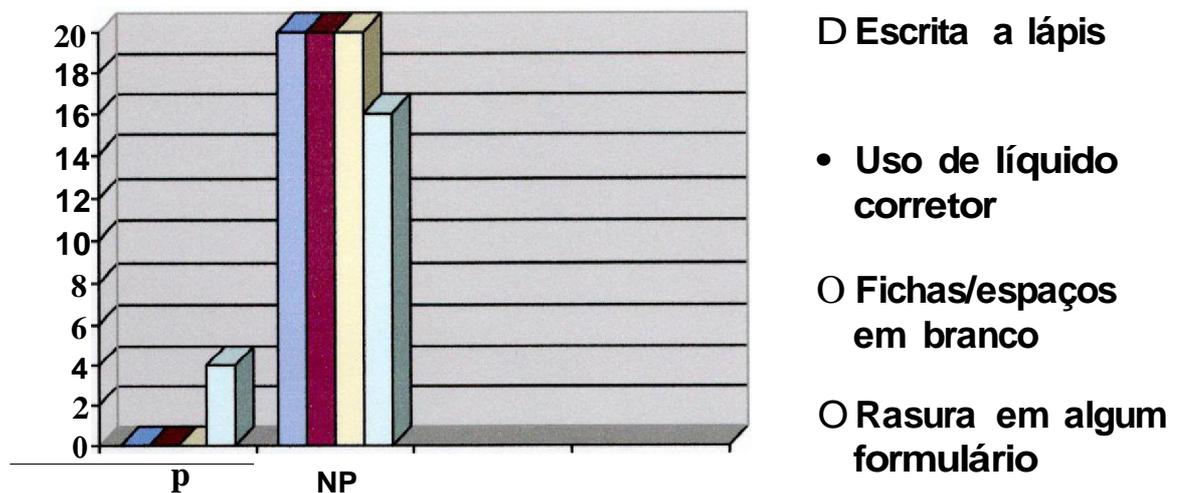
É de grande importância os enfermeiros juntamente com sua equipe terem essa preocupação com as orientações após a alta hospitalar, uma vez que esses cuidados não forem realizados da maneira correta e efetiva, o paciente pode retornar a instituição com o problema agravado.

Pompeu DA, Pinto HMA (2007) mencionam que existem dados sugestivos que 20% das internações sofrem eventos adversos após a alta, acarretando no retorno do paciente a instituição, podendo ocasionar em uma nova internação. Dentro desses eventos adversos podemos citar a falta de informações ao paciente sobre os cuidados que deveriam possuir após a alta hospitalar.

É responsabilidade do enfermeiro, organizar o planejamento da alta para cada paciente. Conforme previsto na Resolução COFEN 358/2009, as orientações sobre os cuidados a serem seguidos após a alta hospitalar, devem estar respaldados em evidências técnicas e científicas para garantir a segurança não só do paciente, mais também de toda equipe envolvida no processo. Assim, deve ser realizada mediante a elaboração efetiva da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

E por último, após análise dos prontuários em relação ao que não pode de maneira alguma conter/ocorrer em um prontuário hospitalar, obteve-se os seguintes resultados apresentados no GRÁFICO 2.

GRÁFICO 2 - Conformidades e não conformidades nos prontuários dos pacientes internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em um hospital de pequeno porte no sul de Minas Gerais, em relação ao que não pode conter no mesmo.



Fonte: o autor

Os dados apresentados no gráfico 2 mostram um elevado índice de conformidade em relação aos itens em questão. Em nenhum dos 20 prontuários analisados foram encontrados escritos a lápis, uso de líquido corretor e presença de fichas ou espaços em branco, o que mostra o comprometimento da equipe de enfermagem em seguir o que orienta o Manual Técnico Operacional do Sistema Informação de Hospitalar de 2010 do Ministério da Saúde, citado no referencial teórico.

Em 4 prontuários (20% do total analisado) encontrou-se algum tipo de rasura, seja traços, borrões, rabiscos de caneta sobre alguma palavra tentando substituí-la, invalidá-la ou corrigi-la.

Este achado não está em conformidade com o Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar do Ministério da Saúde de 2010, citado no referencial teórico, na qual corrobora que o prontuário é um documento único, de caráter sigiloso e científico, que permanece arquivado na instituição. Nele contém anotações de todos os acontecimentos sobre o período em que o paciente permaneceu na instituição. Sendo assim,

também serve para processos éticos, operacionais, institucionais e investigações jurídicas, auxiliando não só o paciente, mais também os profissionais envolvidos.

Luz A, Martins AP, Dynewicz AM (2007) norteiam que as anotações de enfermagem devem ser claras e completas, e que os erros devem ser corrigidos usando os termos "digo" ou "correção" e jamais o uso corretivos e rasuras. Logo após registrar o correto dando sequência na anotação. Informam também que as rasuras podem implicar em complicações em defesas no ponto de vista institucional e jurídico, além de possíveis glosas hospitalares.

Frente ao cenário exposto, Dias TCL et. al., (2011) relata que a auditoria interna de enfermagem possui com base na diminuição dos erros de anotações nos prontuários, a posto de reduzir os custos sem prejudicar a assistência, garantir a qualidade dos serviços prestados, receber feedback de alto índice de satisfação do paciente, e auxiliar o setor de faturamento da instituição a faturar o que lhe é de direito conforme o texto pré estabelecido pelo SUS.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou avaliar as conformidades ou não nos prontuários hospitalares de pacientes internados pelo sistema único de saúde em uma instituição de pequeno porte no sul de Minas Gerais, no mês de março de 2015, o que totalizou numa quantia de 20 prontuários. Analisou-se a presença ou não dos formulários obrigatórios, se os mesmos foram preenchidos de forma correta, se as prescrições (SAE) foram realizadas pelos enfermeiros, e assim acompanhadas pela equipe de enfermagem.

De maneira geral, após avaliação dos resultados, pressupõem-se que a equipe de enfermagem realiza seus cuidados conforme sinais ou sintomas averiguados nos pacientes, a partir de solicitações dos mesmos, ou segue orientações por parte da equipe médica com base em suas prescrições, ou ainda através de solicitação verbal pelo enfermeiro responsável do setor.

O principal problema encontrado se baseia no exposto anteriormente, que é a não realização da Sistematização de Assistência de enfermagem, o que acarreta em problemas subsequentes também notados durante o estudo, como procedimentos importantes não realizados pela equipe de enfermagem, problemas esses que seriam diminuídos se a SAE fosse implantada na rotina da instituição.

Claro que possuem outras vantagens com a implantação da SAE, como o aumento da qualidade dos serviços prestados, consecutivamente a aceitabilidade e confiabilidade dos pacientes, uma vez que estes estão cada vez mais convictos em relação aos seus direitos, exigindo o grau mais elevado de excelência pelo serviço (atendimento) recebido.

Diante do divulgado, faz-se necessário uma avaliação crítica do papel do enfermeiro no âmbito hospitalar, para que esse de maneira mais rápida e adequada implante a Sistematização da Assistência de Enfermagem, o que tornará mais eficiente e de maior qualidade os serviços prestados, além da auto-valorização do profissional enfermeiro, uma vez que este realizará uma de suas mais importantes funções, a de gerir e orientar o cuidado.

Destarte, sugere-se a implantação do setor de auditoria de enfermagem na instituição estudada, voltada não somente na estratégia em busca da alto índice de qualidade no atendimento e prestação de serviços de enfermagem, mais também funcionando com uma ferramenta voltada aos interesses financeiros da instituições, auxiliando na redução de gastos, diminuição no nº de glosas hospitalares e aumento do faturamento mensal.

No campo de conhecimento, nada impede que sejam realizadas atividades de educação permanente e continuada, fazendo com que cada vez mais toda equipe possua uma

reflexão sobre seus direitos, deveres e ética em relação as suas funções, onde dúvidas serem sanadas, críticas e sugestões estudadas para resolução dos problemas encontrados.

A auditoria seja ela em enfermagem, ou em outras áreas da saúde, ainda não possui tantos estudos aprofundados na bibliografia científica nacional. São necessários novos e frequentes estudos na área no que diz respeito à análise e discussão das responsabilidades do profissional enfermeiro, dentre elas a sistematização da assistência de enfermagem, a qualidade dos registros nos prontuários hospitalares realizados por toda equipe, e por fim sobre auditoria de todo processo abrangendo aspectos éticos e Legais.

REFERÊNCIAS

- ADAMI NP, MARANHÃO AMSA. Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. P. 47-55. 1995.
- ATTIE, W. Auditoria: conceitos e aplicações. 3. ed. São Paulo: Atlas,1998.
- BRASIL. Ministério da Defesa. Manual de auditoria de contas médicas. 4ª Região Exército Brasileiro - Juiz de Fora MG. 2005
- BRASIL, Ministério da Saúde. Manual Técnico Operacional do Sistema Informação de Hospitalar. Brasília DF, 2010
- BRASIL Ministério da Saúde (2005). Orientações Técnicas sobre assistência Ambulatorial e Hospitalar no SUS - Caderno 3.
- BRASIL (2015). CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cnes>> Acesso em: 10 Nov. 2015.
- BRITO MF, FERREIRA LN. A importância da auditoria interna hospitalar na gestão estratégia dos custos hospitalares. Goiás (GO): Universidade Católica de Brasília. 2006.
- CAMELO SH, PINHEIRO A, CAMPOS D, OLIVEIRA TL. Auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: um a revisão da literatura. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2009. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a28.pdf> Acesso em: 14 Ago. 2015.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM- Resolução COFEN 358/2009. Disponível em: <http://mt.corens.portalcofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_726.html> Acesso em: 11 Nov. 2015.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (2009). Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação do Processo de Enfermagem. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html> Acesso em: 10 Nov. 2015.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. 2009.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - Resolução CFM nº 1.638/2002. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm> Acesso em: 15 ago. 2015.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL. Prontuário médico do paciente: guia para uso prático. 2006.
- COSTA RA, SH[MIZU HE. Estudo das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros em um hospital-escola. 2006.

COSTA MS, FORTE BP, ALVES MDS, VIANA JF, ORIÁ MOB. Auditoria em enfermagem como estratégia de um marketing profissional. 2004.

CUNHA AP, OROFINO CLF, COSTA AP, DONATO JUNIOR G. Serviço de enfermagem: um passo decisivo para a qualidade. 2003.

DANIEL LF. Enfermagem planejada. 1981.

DIAS TCL, SANTOS JLG, CORDENUZZI OCP, PROCHNOW AG. Auditoria em Enfermagem: revisão sistemática da literatura. (2011). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a20v64n5.pdf>> Acesso em: 11 Nov. 2015.

D.INNOCENZO M, ADAMI NP, CUNHA ICKO. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF, 2006 v.59, nº1.

D'INNOCENZO M, ADAMI NP. Indicadores, Auditorias, Certificações: Ferramentas de Qualidade para Gestão em Saúde. São Paulo (SP), 2006.

ESTEFANO, EVV. Satisfação dos recursos humanos no trabalho: um estudo de caso na biblioteca central da Universidade Federal de Santa Catarina. 1996.

FERREIRA TS, BRAGA ALS. Auditoria em Enfermagem: O impacto das anotações de Enfermagem no contexto das glosas hospitalares. 2011.

FILHO WDL, LUNARDI GL, PAULITSCH FS. A prescrição de enfermagem computadorizada como instrumento de comunicação nas relações multiprofissionais e intra equipe de enfermagem: relato de experiência. 1997.

FONSECA AS, YAMANAKA NMA, BARISON THAS, LUZ SF. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. 2005.

GARCIA CE. Planejamento da Auditoria de Saúde e Segurança no Trabalho - OUSAS 1800.2004

JCI. Padrões de acreditação da Joint Commision Ioternational para Hospitais. Rio de Janeiro, 2008, 3ª edição.

LABBADTALL, ADAMI NP. Avaliação das anotações de enfermagem em prontuários de um hospital universitário. 2004

LIMA, CRM. A avaliação do custo-eficácia das intervenções em organizações de saúde. 1998.

LOPES AD, CICONELLI RM, REIS FB. Medidas de avaliação de qualidade de vida e estados de saúde em ortopedia - 2007

LOVERDOS, A. Auditoria e análise de contas médicas. 2003.

- LUZ A, MARTINS AP, DYNEWICZ AM. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. (2007) Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a05.htm>> Acesso em: 11 Nov. 2015.
- MARRA CC, CARMAGNANL MIS, AFONSO C, SALVADOR ME. Orientação planejada de enfermagem na alta hospitalar. (1989)
- MARTINS ACS, SILVA JG, FERRAZ LM. Orientações de enfermagem na alta hospitalar: contribuições para o paciente e cuidadores. (2013)
- MOTTA ALC. Auditoria de enfermagem nos hospitais e seguradoras de saúde. São Paulo: latria; 2003.
- MOTT A, ALC. Auditoria de enfermagem no processo de credenciamento. 2003
- MUNRO, ACM. Divergências entre as expectativas do usuário e a percepção da gerência em relação à qualidade do serviço. 1994.
- OGUISSO T. Os aspectos legais da anotação de enfermagem no prontuário do paciente. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1974.
- PALADINI EP. Gestão da qualidade no processo: a qualidade na produção de bens e serviços. São Paulo, 1995, p. 286.
- PIVOTTO F, FILHO WDL, LUNARDI VL. Prescrição de Enfermagem: dos motivos da não realização às possíveis estratégias de implementação (2004). Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/1714/1422>> Acesso em: 11 Nov. 2015.
- POMPEU DA, PINTO MHA. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexão a partir dos relatos dos pacientes. (2007)
- RIOLINO NA, KLIUKAS GBV. Relato de experiência de enfermeiras no campo de auditoria de prontuário - uma ação inovadora. 2003.
- ROSA LA, CAETANO LA, MATOS SS, REIS DC. Auditoria como estratégia de avaliação dos registros de enfermagem em unidade de internação pediátrica. 2012. Disponível em:< <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/560>> Acesso em: 11 Nov. 2015.
- SEIXAS RS, VIANA RB, SILVA LR. Auditoria de Enfermagem: um estudo na enfermaria pediátrica.
- VASCONCELLOS, PP. Desenvolvimento de um modelo de avaliação da qualidade do serviço odontológico. 2002.

APÊNDICE A - Check List para coleta e análise de dados dos prontuários de pacientes internados pelo SUS referentes ao mês de março de 2015 em unia instituição de pequeno porte no sul de Minas Gerais

DATA DA INTERNAÇÃO: _/_/ _ _

IDADE DO PACIENTE: __

01 - FORMULÁRIOS OBIUGATÓRIOS EM TODAS AS INTERNAÇÕES HOSPIT.

Obs.: Se possuir, identificar se o preenchimento está C (completo), I (Incompleto) ou NPR (não preenchido)

- a) Possui ficha de atendimento ambulatorial individual?
 possui não possui
- b) Possui ficha de atendimento em urgência individual?
 possui não possui
- e) Possui ficha evolução diária de enfermagem?
 possui não possui
- d) Possui ficha de prescrição de enfermagem?
 possui não possui
- e) Possui a ficha "Laudo para Internação Hospitalar"?
 possui não possui
- f) Possui a ficha "Termo de Responsabilidade"?
 possui não possui
- g) Possui a ficha "Sumário de Alta"?
 possui não possui
- h) Possui a ficha "Controle de Infecção Hospitalar"?
 possui não possui
- i) Possui a ficha "Autorização para Internação Hospitalar"?
 possui não possui
- j) Possui a ficha "Berçário" (quando for o caso)?
 possui não possui
- k) Possui a ficha "Partograma" (quando for o caso)?
 possui não possui
- l) Possui ficha de cirurgia (quando for o caso)?
 possui não possui
- m) Possui ficha de anestesia (quando for o caso)?
 possui não possui

- n) Possui a ficha "Espelho da AIH"?
 possui não possui

02 - PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM

Obs.: Se possuir, identificar se o preenchimento está C (completo) ou I (Incompleto)

a) Dados de Identificação:

- a1 - Possui nome do paciente (iniciais) em todas as fichas/formulários?
 possui não possui

- a2 - Possui nº do prontuário do paciente?
 possui não possui

- a3 - Possui identificação da clínica?
 possui não possui

- a4 - Possui nº da Enfermaria e leito?
 possui não possui

- a5 - Possui horário?
 possui não possui

- a6 - Possui sexo do paciente?
 possui não possui

- a7 - Possui idade do paciente?
 possui não possui

- a8 - Possui grau de dependência do paciente?
 possui não possui

- a9 - Possui religião do paciente?
 possui não possui

- alü - Possui data da internação (na ficha de admissão)?
 possui não possui

- a11 - Possui data da alta/horário (na última prescrição)?
 possui não possui

- al2 - Possui diagnóstico médico?
 possui não possui

- a13 - Possui diagnóstico de enfermagem?
 possui não possui

- b) Todas as prescrições possuem data, horário, nº do Coren e assinatura do responsável?
 possui não possui

- e) Possui prescrição diária para o paciente?
 possui não possui
- d) Possui na prescrição, cuidados individuais de acordo com o diagnóstico?
 possui não possui
- e) Possui na prescrição, o grau de dependência do paciente?
 possui não possui
- f) Possui carimbo e rubrica nos cuidados e medicamentos prescritos?
 possui não possui
- g) Possui anotações no prontuário individual do paciente não pertinente ao mesmo?
 possui não possui
- h) Possui checagem nas prescrições que não conferem com a evolução de enfermagem?
 possui não possui

03 - PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

Obs.: Se possuir, identificar se o preenchimento está C (completo) ou I (Incompleto)

- a) Possui registro de higiene oral ao menos 3x ao dia?
 possui não possui
- b) Possui registro diário de higiene corporal?
 possui não possui
- e) Possui registro de verificação de sinais vitais ao menos 4x ao dia?
 possui não possui
- d) Possui registro de peso diário ou quantas vezes necessário?
 possui não possui
- e) Possui registro e controle diário das micções?
 possui não possui
- f) Possui registro e controle diário das evacuações?
 possui não possui
- g) Possui registro diário de episódios eméticos?
 possui não possui
- h) Possui registro e controle diário de ingestão de líquidos?
 possui não possui
- i) Possui registro e controle diário da ingestão de alimentos?
 possui não possui

- b) Nas anotações da alta, possui orientações quanto à continuidade do cuidado?
() possui () não possui
- e) Nas anotações da alta, possui data e hora da mesma?
() possui () não possui
- d) Nas anotações da alta, possui com qual acompanhante o paciente deixou a instituição?
() possui () não possui

06 - O QUE NÃO PODE CONTER EM UM PRONTUÁRIO HOSPITALAR

- a) Possui em algum momento escrita a lápis?
() possui () não possui
- b) Possui em algum momento uso de líquido corretor (corretivo)?
() possui () não possui
- e) Possui fichas ou espaços em branco?
() possui () não possui
- d) Possui rasura em algum formulário?
() possui () não possui

Data e Assinatura do Responsável pela coleta de dados:

----- / / -----

APÊNDICE B - Autorização para Trabalho de Conclusão de Curso

Varginha, 25 de junho de 2015.

Prezada Sra. Secretária de Saúde.

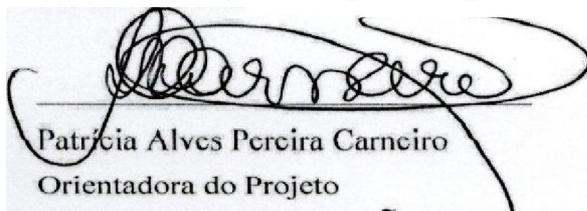
Vimos, através desta, solicitar sua autorização para o desenvolvimento do projeto: **"AUDITORIA EM ENFERMAGEM: revisão dos prontuários em um Hospital de pequeno porte no sul de Minas Gerais."**, cujos objetivos são avaliar a qualidade do preenchimento de prontuários médicos, avaliando se os itens de preenchimentos obrigatórios estão sendo realizados, além de conhecer como acontece o processo de enfermagem no preenchimento e revisão dos mesmos.

O projeto é referente ao Trabalho de Conclusão de Curso de Eric Mendes Pereira, discente do curso de Enfermagem do Centro Universitário do Sul de Minas - UNIS MG, e esta sob orientação da professora M. Patrícia Alves Pereira Carneiro.

A análise dos dados será realizada nos prontuários referente ao mês de Março de 2015 no Hospital Imaculada Conceição de Monsenhor Paulo através de questionários, onde os dados obtidos terão finalidade de pesquisa e os resultados serão divulgados no meio científico desde que sejam preservadas as identidades dos funcionários e dos pacientes.

Desde já agradecemos.

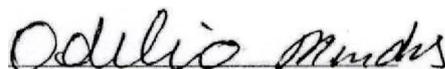
Atenciosamente,



Patrícia Alves Pereira Carneiro
Orientadora do Projeto

Professora e Coordenadora do Curso de Enfermagem - UNIS MG

Em acordo e ciente:



Presidente Hospital Imaculada Conceição - Mons. Paulo

Odilio Mendes
Presidente
Hospital Imaculada Conceição