

AVALIAÇÃO DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM PRONTUÁRIOS DE PACIENTES INTERNADOS EM CLÍNICA CIRÚRGICA¹

Evaluation of nursing records in records of patients Hospitalized in Surgical Clinic

Audren Machinski Euzebio²
Luciane Bisognin Ceretta³
Maria Tereza Soratto⁴

Recebido em: 04 fev. 2016
Aceito em: 18 jul. 2017

RESUMO: Na auditoria hospitalar é essencial o registro correto e completo dos materiais utilizados nos procedimentos para o faturamento das contas hospitalares evitando as glosas hospitalares. Os registros de enfermagem constituem-se em instrumentos capazes de interferir na qualidade da assistência. Pesquisa com objetivo de analisar os registros de enfermagem em prontuários de pacientes da Clínica Cirúrgica. Estudo de abordagem quantitativa, do tipo retrospectiva, descritiva, exploratória e documental. A amostra do estudo constitui-se de 101 prontuários de pacientes internados na Clínica Cirúrgica, no 1º trimestre de 2015 de um hospital do município de Santa Catarina. Utilizaram-se como variáveis: evolução do enfermeiro; identificação e assinatura do profissional, existência do registro de procedimento e quantidade de materiais utilizados. A análise dos dados foi realizada numa perspectiva quantitativa, a partir dos dados coletados nos prontuários. O resultado deste estudo revelou registros incompletos em prontuários de pacientes internados em Clínica Cirúrgica, o que pode influenciar na qualidade da assistência. Considera-se imprescindível o registro das ações profissionais no prontuário do paciente conforme Resolução COFEN 429/2012. Sugere-se educação continuada sobre Auditoria e os registros de enfermagem, enfatizando as normas éticas que regem a profissão.

Palavras-chave: Auditoria de Enfermagem. Serviço Hospitalar de Registros Médicos. Cirurgia Geral.

ABSTRACT: In hospital audit is essential to the correct and complete record of the materials used in the procedures for billing of hospital bills preventing the glosses. Nursing records are instruments capable of interfering with the quality of care. Research in order to analyze the records of nursing in medical records of patients of Surgical Clinic. Study of the quantitative approach, the retrospective, descriptive, exploratory type documentary. The sample of the study consists of 101 records of patients admitted to the Surgical Clinic, in the first quarter of 2015 of a hospital in the municipality of Santa Catarina. It was used as variables: evolution of nurses; identification and signature of the professional existence of procedure and amount of

¹ Artigo baseado na Monografia Pós-graduação especialização em Auditoria e Regulação em Saúde.

² Enfermeira – Especialista em Auditoria e Regulação em Saúde - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina - UNESC. Criciúma - SC - Brasil. Email: audren.me@gmail.com.

³ Enfermeira - Doutora em Ciências da Saúde - Mestre em Enfermagem - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina - UNESC – Criciúma - SC - Brasil. Email: luk@unesc.net.

⁴ Enfermeira - Mestre em Educação – UNESC - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina - Criciúma - SC - Brasil. Email: guiga@unesc.net. Endereço para correspondência:

Maria Tereza Soratto. R. Dom Joaquim Domingos de Oliveira, 50. Apt 301. Ed Jatobá. Centro. Criciúma - SC. CEP: 88.801-230. Email: guiga@unesc.net.

materials used. Data analysis was performed in a quantitative perspective, from the data collected on the charts. The result of this study showed incomplete records in records of patients hospitalized in Surgical Clinic, which can influence the quality of care. It is considered essential to the professional actions in the patient records as COFEN Resolution 429 of 2012. Suggested continuing education on nursing records Audit, emphasizing the ethical standards governing the profession.

Keywords: Nursing Audit. Medical Records Department. Hospital. General Surgery.

INTRODUÇÃO

A palavra auditoria origina-se do latim *audire* que significa ouvir, examinar, corrigir e certificar (DIAS et al, 2011; SEGATELI, 2015). A auditoria em enfermagem pode ser definida como a avaliação sistemática da qualidade da assistência de enfermagem, verificada através das anotações de enfermagem no prontuário do paciente (SETZ; D'INNOCENZO, 2009; DIAS et al, 2011; SILVA et al, 2012). A auditoria na Enfermagem tem como finalidade normatizar, orientar, disciplinar, racionalizar e identificar as deficiências existentes nos registros hospitalares, intervindo diretamente nos gastos e glosas desnecessários principalmente nos setores mais críticos (VIEIRA, 2014).

Nas organizações de saúde, a auditoria configura-se como uma importante ferramenta na transformação dos processos de trabalho que vêm ocorrendo em hospitais e operadoras de planos de saúde, os quais estão buscando se reestruturar para manterem a qualidade do cuidado prestado e ao mesmo tempo garantirem uma posição competitiva no mercado de trabalho (DIAS et al, 2011, p.932).

O processo de auditoria de enfermagem em prontuários de pacientes vem desempenhando um importante papel nas instituições hospitalares e propicia ao enfermeiro mais uma oportunidade no mercado de trabalho, sobretudo em relação à avaliação da qualidade dos serviços, documentos e processos. Tendo como fonte os registros de enfermagem, os indicadores também são usados como critérios de avaliação, a fim de estabelecer um conjunto de informações necessárias para monitoramento da qualidade da assistência de enfermagem (FRANCO; AKEMI; D'INOCENZO, 2012).

O registro de enfermagem (RE) é um dos meios de demonstrar o trabalho executado pela equipe de enfermagem e um indicador de qualidade da assistência relevante, o preenchimento incorreto e, sobretudo, a falta de periodicidade e a continuidade são fatores que impossibilitam, de forma irreversível, qualquer tipo de avaliação, certificação, criação de indicadores e até mesmo sindicâncias e perícias que possam inclusive amparar juridicamente o profissional e a instituição (FRANCO; AKEMI; D'INOCENZO, 2012).

Os registros no prontuário do paciente, feitos pela equipe de enfermagem, devem refletir as condições bio-psico-sócio-espirituais, onde são relatadas todas as ocorrências que tenham relação com este paciente, possibilitando a elaboração de um plano e a continuidade dos cuidados. Assim as anotações de enfermagem têm valor como fonte de investigação, instrumento de educação e documento legal. Desta forma, os registros podem servir como um dos meios para avaliação da assistência de enfermagem prestada ao paciente, bem como da qualidade das anotações elaboradas pela equipe de

enfermagem. O entendimento de um texto pode ser dificultado por frases mal construídas, pelo uso de palavras que podem gerar múltiplos sentidos ou pelo emprego de termos muito próprios de uma área de conhecimento (SETZ; D'INNOCENZO, 2009, p. 314)

O registro de enfermagem é um documento com a representação de um fato ou de um ato, podendo ser escrito ou gráfico, e, portanto deve ser registrado com clareza, expressando todas as ações desenvolvidas na assistência prestada ao paciente (SETZ; D'INNOCENZO, 2009).

No ambiente hospitalar, a comunicação acontece de várias formas, seja por meio da observação, da linguagem falada ou da escrita, as quais favorecem a assistência dos pacientes. Assim, a comunicação deve ocorrer de forma eficaz entre os profissionais da saúde, de modo que as necessidades do cliente sejam mais observadas, compreendidas e atendidas (PEDROSA; SOUZA; MONTEIRO, 2011).

Para que uma boa comunicação exista entre os profissionais de saúde, o registro clínico no prontuário é indispensável, já que é o principal meio de transmissão de informações sobre o paciente entre os membros da equipe multiprofissional. É uma ferramenta essencial para avaliação da qualidade dos serviços de saúde, prevenindo assim as glosas hospitalares, ou seja, o cancelamento parcial ou total do orçamento, por serem considerados ilegais ou indevidos pelos auditores. No prontuário deve conter as intervenções realizadas, os resultados obtidos e a situação do paciente (PEDROSA; SOUZA; MONTEIRO, 2011).

Os registros de enfermagem no prontuário do usuário constituem-se em elementos imprescindíveis, tanto na esfera da comunicação em enfermagem como nos aspectos éticos e legais. A anotação é uma dentre as formas mais importantes de comunicação da enfermagem, levando em conta que tem como finalidades: estabelecer uma efetiva comunicação entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais envolvidos no cuidado ao ser humano; servir de base para a elaboração do plano assistencial ao paciente; constituir fonte de subsídios para a avaliação da assistência prestada; servir para acompanhar a evolução do paciente; constituir documento legal, tanto para o paciente quanto para a equipe de enfermagem referente à assistência prestada; contribuir para a auditoria de enfermagem e colaborar para o ensino e pesquisa em enfermagem (SETZ; D'INNOCENZO, 2009; BARBOSA et al, 2011).

A qualidade dos serviços de enfermagem inclui não só a formação do enfermeiro, o processo de restauração da saúde do cliente ou, quando isto não é possível, a melhoria das condições de vida, as orientações quanto ao autocuidado, a simplificação e a segurança nos procedimentos de enfermagem, mas também o resultado do produto hospitalar, medido por meio da qualidade da documentação e do registro de todas as ações de enfermagem. Ou seja, a qualidade do registro das ações assistenciais reflete a qualidade da assistência e a produtividade do trabalho. E, com base nesses registros, pode-se permanentemente construir melhores práticas assistenciais, além de implementar ações que visem melhorias nos resultados operacionais (SETZ; D'INNOCENZO, 2009).

A documentação do paciente (prontuário) e os demais documentos inerentes ao processo de cuidados enfermagem (livros de ocorrência, relatórios, etc.) constituem a finalização do processo de cuidar do paciente: trazem maior visibilidade a profissão, permite o planejamento da assistência, refletem a produtividade da equipe, permitem que sejam feitas estatísticas de atendimento, servem de fonte de consulta para inspeção da auditoria de enfermagem, são provas cabais da jornada de trabalho, e ainda, poderão servir para a defesa ou incriminação de profissionais de saúde (COFEN, 2012).

Diante do exposto e por reconhecer que os registros de enfermagem constituem-se em instrumentos capazes de interferir na qualidade da assistência, este estudo teve por objetivo analisar os registros realizados pela enfermagem em prontuários de pacientes da Clínica Cirúrgica de um hospital de um município do estado de Santa Catarina. Acredita-se na importância do registro de procedimentos e situação clínica do paciente para melhorar o processo de auditoria e também para a segurança contra processos judiciais com isso justifica-se o objetivo da pesquisa.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo de abordagem quantitativa, do tipo retrospectivo, descritiva, exploratória e documental. A amostra do estudo constitui-se de 101 prontuários de pacientes internados da Clínica Cirúrgica, no 1º trimestre de 2015 de um hospital do município de Santa Catarina; sendo 35 prontuários de pacientes que estiveram internados na Clínica Cirúrgica no período de janeiro e fevereiro e 31 prontuários no mês de março do ano de 2015. Utilizaram-se como variáveis: evolução do enfermeiro; identificação e assinatura do profissional, existência do registro de procedimento, descrição e quantidade do material utilizado.

A análise dos dados foi realizada numa perspectiva quantitativa, a partir dos dados coletados em uma ficha contendo dados relacionados a evolução e identificação com carimbo e assinatura do enfermeiro, checagem do procedimento e material, observações complementares.

Segundo Leopardi (2002), a pesquisa documental é aquela que utiliza documentos para sua descrição. Os documentos considerados fontes de informação são os que ainda não receberam organização, tratamento analítico e publicação, sendo considerada fonte documental documento arquivado em serviços públicos e hospitais. Estudos retrospectivos buscam informações em documentos e registros de eventos acontecidos no passado.

Na fase de análise de dados, as informações foram quantificadas através do Microsoft Office Excel e apresentados por meio de análise quantitativa.

Na pesquisa documental de prontuários de pacientes foi garantida a confidencialidade dos dados referentes à identificação dos sujeitos pesquisados, sendo solicitada autorização para a pesquisa dos dados da instituição hospitalar e assinatura do Termo de Confidencialidade, sendo que este assegura o sigilo das informações obtidas na pesquisa. O termo segue as exigências formais contidas na resolução 466/12, do Conselho

Nacional de Saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC pelo Parecer nº 1.304.241/ 2015.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO NO PRONTUÁRIO DA CLÍNICA CIRÚRGICA

Em relação à evolução realizada pelos enfermeiros em prontuários de pacientes da Clínica Cirúrgica; 59,41% dos enfermeiros não registram a evolução de enfermagem e 40,59% registram parcialmente.

Tabela 1 - A evolução é realizada pelo enfermeiro?

Evolução realizada pelo enfermeiro	Jan 2015 nº	Fev 2015 nº	Mar 2015 nº	nº Total n = 101	%
Sim	0	0	0	0	0
Não	21	18	21	60	59,41%
Parcialmente	14	17	10	41	40,59%
Total	35	35	31	101	100%

Fonte: dados da pesquisa, 2015.

O registro parcial é relacionado à admissão e alta do paciente, além dos procedimentos técnicos de enfermagem e intercorrências clínicas.

A auditoria de enfermagem pressupõe avaliação e revisão detalhada dos registros para verificação da qualidade da assistência, objetivando a eficácia dos serviços (SETZ; D'INNOCENZO, 2009; FERREIRA et al, 2009; CAMELO et al, 2009; DIAS et al, 2011; PADILHA; MATSUDA, 2011; SILVA et al, 2012; OLIVEIRA; JACINTO; SIQUEIRA, 2013; VIEIRA, 2014; SIQUEIRA, 2014; GHIZONI; VUNHA; GIUSTINA, 2015). As anotações efetuadas pela enfermagem consistem no mais importante instrumento de prova da qualidade da atuação, sendo indiscutível a necessidade de registros adequados e frequentes no prontuário (BARRAL et al, 2012; PASSOS et al, 2012).

O serviço de auditoria está associado ao controle administrativo-financeiro das instituições de saúde; erros em cobranças são relacionados à falha de registros de materiais e medicamentos utilizados e à ausência de anotações tanto pela equipe de enfermagem quanto médica (OLIVEIRA; JACINTO; SIQUEIRA, 2013).

O registro da assistência de enfermagem serve como subsídio para avaliação, controle e verificação de inconformidades nas ações e realização de um plano de ação para correções em caráter educativo (FERREIRA et al, 2009; SANTOS, SANTANA; VIEIRA, 2012; SIQUEIRA, 2014, p.16).

Nas auditorias frequentemente são detectadas ausências de dados fundamentais para o esclarecimento das ações realizadas bem como registros feitos de forma indevida, com anotações de enfermagem inconsistentes, ilegíveis e subjetivas (OLIVEIRA; JACINTO;

SIQUEIRA, 2013; VIEIRA, 2014). A prática de glosar itens do faturamento das contas hospitalares tem sido significativa para o orçamento das instituições, uma vez que grande parte do pagamento de materiais, medicamentos, procedimentos e outros serviços estão vinculados ao processo de auditoria (VIEIRA, 2014).

A equipe de enfermagem acaba priorizando a assistência de enfermagem e deixando de lado as anotações para serem realizadas em outro momento, no qual talvez nem acabe acontecendo em virtude das intercorrências no setor e o ritmo de trabalho acelerado para dar conta do trabalho até o momento da troca de plantão. A ausência das anotações dificulta o processo de trabalho por meio da equipe multidisciplinar interferindo na qualidade da assistência ao paciente.

A evolução do enfermeiro denota a qualidade da assistência, sendo que o registro completo da evolução pode trazer melhoria nos processos de auditoria hospitalar, além de maior segurança em processos judiciais relacionados a assistência de enfermagem. Considera-se imprescindível a anotação correta e completa no prontuário por parte da enfermagem, sendo normativa do Conselho Federal de enfermagem.

IDENTIFICAÇÃO DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM NO PRONTUÁRIO

Todos os profissionais da equipe de enfermagem identificam-se em virtude do sistema eletrônico que registra o nome do profissional e o nº do COREN. Verificou-se que todos os profissionais de enfermagem não assinam a evolução diária de internação.

Nas anotações de enfermagem, seja na evolução, na prescrição, em relatórios ou qualquer documento utilizado quando no exercício profissional, constitui responsabilidade e dever do profissional, apor o número e a categoria de inscrição, conjuntamente a sua assinatura (COFEN, 2012).

De acordo com a Resolução COFEN 429/2012 – art.4º - que dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, caso a instituição ou serviço de saúde adote o sistema de registro eletrônico, mas não tenha providenciado, em atenção às normas de segurança, a assinatura digital dos profissionais, deve-se fazer a impressão dos documentos para guarda e manuseio por quem de direito. O termo assinatura digital refere-se a uma tecnologia que permite garantir a integridade e autenticidade de arquivos eletrônicos, e que é tipicamente tratada como análoga à assinatura física em papel. Difere de assinatura eletrônica, que não tem valor legal por si só, pois se refere a qualquer mecanismo eletrônico para identificar o remetente de uma mensagem eletrônica, seja por meio de escaneamento de uma assinatura, identificação por impressão digital ou simples escrita do nome completo. A cópia impressa dos documentos deve, obrigatoriamente, conter identificação profissional e a assinatura do responsável pela anotação.

Conforme resolução do COFEN (2012) a assinatura eletrônica no ponto de vista jurídico não é válida, sendo que não comprova a veracidade do conteúdo, pois outra pessoa pode alterar a evolução se não forem sistemas devidamente protegidos ou até mesmo por

descuido do próprio profissional em deixar a senha aberta no sistema, permitindo que outra pessoa faça evoluções em seu nome. Tendo em vista assim a importância da assinatura do profissional para comprovar a veracidade dos fatos descritos, nos termos da Resolução COFEN nº 429/2012.

CHECAGEM DE PROCEDIMENTO NA PRESCRIÇÃO MÉDICA

Em relação aos procedimentos registrados no prontuário 61,39% são checados na prescrição médica; 11,88% não são checados e 26,73% parcialmente.

Tabela 2 – Os procedimentos que são registrados no prontuário são checados na prescrição médica?

Checagem dos procedimentos na prescrição médica	Jan 2015 nº	Fev 2015 nº	Mar 2015 nº	nº Total n = 101	%
Sim	24	23	15	62	61,39%
Não	04	08	0	12	11,88%
Parcialmente	07	04	16	27	26,73%
Total	35	35	31	101	100%

Fonte: dados da pesquisa, 2015.

Segundo o COFEN (2012) o prontuário do paciente e outros documentos próprios da Enfermagem são considerados uma fonte de informações clínicas e administrativas para tomada de decisão, e um meio de comunicação compartilhado entre os profissionais da equipe de saúde.

A auditoria tem como função avaliar a eficiência e a eficácia dos serviços (GHIZONI; VUNHA; GIUSTINA, 2015), visando uma “maior qualidade da assistência prestada e satisfação do paciente/cliente, e despesa adequada e justa para instituição” (SIQUEIRA, 2014, p.16). Para os serviços de saúde, a auditoria tem a finalidade de avaliar a qualidade da atenção, por meio da observação direta do registro e da história clínica do paciente (GHIZONI; VUNHA; GIUSTINA, 2015).

A auditoria em enfermagem visa o controle de custos, a qualidade do atendimento ao cliente, pagamento justo da conta hospitalar e a transparência da negociação, embasada na conduta ética. Um dos elementos imprescindíveis deste processo é o prontuário médico, importante ferramenta legal na avaliação da qualidade da assistência prestada ao cliente que fornece informação vital para possíveis processos judiciais e convênios de saúde, pois este é o conjunto de documentos padronizados e ordenados, destinados ao registro dos cuidados profissionais prestados pelos serviços de saúde públicos e privados. Desta forma, sua informação é analisada e, portanto, havendo dúvidas quanto aos procedimentos realizados ou a falta de anotações de enfermagem, pode incidir em glosas das contas hospitalares (FERREIRA et al, 2009).

A qualidade dos registros reflete a prestação da assistência e a produtividade do trabalho. “Quanto mais detalhadas forem as anotações, maiores serão as informações para direcionar a terapêutica do cuidar pela equipe multiprofissional” (OLIVEIRA; JACINTO;

SIQUEIRA, 2013, p.156).

DESCRIÇÃO DO MATERIAL UTILIZADO

Nos procedimentos 50,50% dos materiais utilizados são registrados na evolução de enfermagem; 20,79% não são registrados e 28,71% parcialmente.

Tabela 3 – Nos procedimentos é identificado o material utilizado?

Identificação do material utilizado nos procedimentos	Jan 2015 nº	Fev 2015 nº	Mar 2015 nº	nº Total n = 101	%
Sim	14	26	11	51	50,50%
Não	06	06	09	21	20,79%
Parcialmente	15	03	11	29	28,71%
Total	35	35	31	101	100%

Fonte: dados da pesquisa, 2015.

Em relação a identificação da quantidade do material utilizado, 100% não foram registrados no prontuário.

A auditoria em enfermagem, na atualidade, é exercida e difundida nas instituições públicas e privadas, objetivando minimizar desperdício de materiais, medicamentos, equipamentos e recursos humanos (SILVA et al, 2012). Todos os procedimentos e ações de enfermagem geram custos, e o principal meio de assegurar o recebimento do valor gasto durante a assistência de enfermagem prestada é a realização adequada das anotações de enfermagem, sendo estas de grande importância para mostrar o cuidado prestado (OLIVEIRA; JACINTO; SIQUEIRA, 2013).

A auditoria é um sistema de revisão e controle, para informar a administração sobre a eficiência e eficácia dos programas em desenvolvimento. Sua função não é somente indicar as falhas e os problemas, mas também, apontar sugestões e soluções, assumindo, portanto, um caráter eminentemente educacional. É definida também como exame oficial de registros de enfermagem com o objetivo de avaliar, verificar e melhorar a assistência de enfermagem e como um método utilizado para avaliar a qualidade do cuidado de enfermagem através dos registros de enfermagem, após a alta do paciente (SETZ; D'INNOCENZO, 2009).

A equipe de enfermagem poderá responder pelas perdas financeiras da instituição auditada, sendo importante que as anotações sejam padronizadas, seguindo uma normativa e levando em consideração aspectos éticos e legais, pois o registro em prontuário faz parte das obrigações legais da enfermagem, devendo qualquer erro ser corrigido de acordo com as normas da instituição (SILVA et al, 2012).

Na gestão hospitalar, a auditoria se destaca como instrumento de fiscalização e controle mais adequado às necessidades de gerenciamento das informações subsidiando a tomada de decisões (VIEIRA, 2014). Tendo caráter educativo, não sendo sua função somente indicar os problemas e as falhas, mas também apontar sugestões e soluções (FERREIRA et al, 2009; VIEIRA, 2014). A auditoria de Enfermagem, como processo educativo fornece importantes subsídios para a implantação e gerenciamento de uma assistência de enfermagem qualificada, segura, ágil, criativa, eficaz e eficiente (PINTO; MELO, 2010; VIEIRA, 2014).

“As instituições e órgãos de saúde deverão investir na educação continuada, informando aos seus colaboradores a importância da utilização dos recursos e ferramentas dos registros dos pacientes” (SEGATELI, 2015, p.54).

Na auditoria hospitalar é essencial o registro correto e completo dos materiais utilizados nos procedimentos e a quantidade dos mesmos, para o faturamento das contas hospitalares evitando, desta forma, as glosas hospitalares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação a evolução realizada pelos enfermeiros em prontuários de pacientes da Clínica Cirúrgica; 59,41% dos enfermeiros não registram a evolução de enfermagem e 40,59% registram parcialmente.

Todos os profissionais da equipe de enfermagem identificam-se com o nome e o nº do COREN, sendo que nenhum dos profissionais assina a evolução diária de internação.

Em relação aos procedimentos registrados no prontuário 61,39% são checados na prescrição medica; 11,88% não são checados e 26,73% parcialmente.

Nos procedimentos, 50,50% dos materiais utilizados são registrados na evolução de enfermagem; 20,79% não são registrados e 28,71% parcialmente. Quanto a identificação da quantidade do material utilizado, 100% dos profissionais de enfermagem não registram no prontuário.

A auditoria tem um grande papel na avaliação da qualidade da assistência, bem como a diminuição de custos, por meio de cobranças indevidas ou até mesmo gastos desnecessários. Mas para poder dar continuidade no trabalho e proporcionar qualidade no atendimento a enfermagem deve saber a importância do registro correto e completo, pois cabe a enfermagem a responsabilidade de fazer este registro e com isso melhorar a qualidade da assistência e evitar as glosas hospitalares.

Além de proporcionar a qualidade na assistência o registro de enfermagem traz maior segurança em caso de processos judiciais. É um meio de comprovar que foi executada tal ação de enfermagem. O prontuário do paciente é um documento importante e tem valor legal no meio jurídico.

De acordo com os resultados observa-se a necessidade de uma educação

continuada para despertar na equipe de enfermagem a importância dos registros corretos e completos para Auditoria e aperfeiçoar o conhecimento destes profissionais.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Silvia Freitas et al. Qualidade dos registros de enfermagem: análise dos prontuários de usuários do Programa de Assistência Domiciliária de um hospital universitário. **O Mundo da Saúde**, v.35, n.4, p.395-400, 2011.

BARRAL, Luana Nayara Maia et al. Análise dos Registros de Enfermagem em prontuários de pacientes em um Hospital de Ensino. **reme – Rev. Min. Enferm.**, v.16, n.2, p.188-193, abr./jun. 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 13 set. 2013.

CAMELO, Silvia Helena Henriques et al. Auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: uma revisão da literatura. **Rev. Eletr. Enf.**, v.11, n.4, p.1018-25, 2009. Disponível em :<<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a28.htm>> Acesso em 4 mai. 2015.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN-429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. Disponível em <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html> Acesso em: 28 jan. 2016.

DIAS, Teresa Cristina Lyporageet al . Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 64, n. 5, p. 931-937, Out. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Abr. 2015.

FERREIRA, Tânia S et al . Auditoria de enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. **Aquichán**, Bogotá , v. 9, n. 1, Jan. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Abr. 2015.

FRANCO, Maria Teresa Gomes; AKEMI, Elizabeth Nishio; D'INOCENTO, Maria. Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes internados em unidade de clínica médica. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. 2, 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200002&lng=pt&nrm=iso>. acesso em: 29 jan. 2015.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Florianópolis: UFSC, 2002.

GHIZONI, Maiara Wessling; VUNHA, Karla Pickler; GIUSTINA, Kelli Pazeto Della . Atuação do enfermeiro que pratica auditoria hospitalar em um hospital de grande porte da

região sul de Santa Catarina. **Rev. Ciênc. Cidadania**, v.1, n.1, 2015.

OLIVEIRA, Driely Reis de; JACINTO, Silvia Maria; SIQUEIRA, Cibele Leite. Auditoria de enfermagem em Centro Cirúrgico. **RAS**, v.15, n.61, Out-Dez, 2013.

PASSOS, Maria Leonice de Lima et al. Auditoria de enfermagem: conhecimento de profissionais em hospital público de referência. **Revista Rene**. v. 13, n. 5, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1160/pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

PADILHA, Elaine Fátima; MATSUDA, Laura Misue. Qualidade dos cuidados de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio de auditoria operacional. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 64, n. 4, p.684-691, Ago. 2011 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Mai 2015.

PEDROSA, Karilena Karlla de Amorim; SOUZA, Marília Fernandes Gonzaga de; MONTEIRO, Akemilwata. O enfermeiro e o registro de enfermagem em um hospital público de ensino. **Rev Rene**, Fortaleza, v.12, n.3, p. 568-73, jul/set. 2011.

PINTO, Karina Araújo; MELO, Cristina Maria Meira de. A prática da enfermeira em auditoria em saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 671-678, Set. 2010 . Disponível em :<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Mai 2015.

SANTOS, Cristina Almeida dos; SANTANA, Élide de Jesus Santos; VIEIRA, Rachel Porto. A auditoria e o enfermeiro como ferramentas de aperfeiçoamento do SUS. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 36, n. 2, p.539-559, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/475/pdf_151>. Acesso em: 12 jan. 2016.

SEGATELI, Taísa Naila. A Atuação do Profissional Enfermeiro na Auditoria em Saúde. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 7, n.4, jan/dez.2015.

SETZ, Vanessa Grespan; D'INNOCENZO, Maria. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 22, n. 3, p. 313-317, Jun. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Abr. 2015.

SILVA, Maria Verônica Sales da et al . Limites e possibilidades da auditoria em enfermagem e seus aspectos teóricos e práticos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 65, n. 3, p. 535-538, Jun 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Mai 2015.

SIQUEIRA, Patrícia Lopes de Freitas. Auditoria em Saúde e atribuições do Enfermeiro Auditor. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v.3, n.2, jul/dez 2014.

VIEIRA, Ana Paula Timoteo. Enfermeira auditora uma ferramenta importante para a qualidade do serviço em saúde em hospitais privados. **Revista Especialize On-line**

IPOG, Goiânia, v.1, n9, p.1-13, dez/2014.