

## AUDITORIA EM REGISTROS DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

### AUDIT IN NURSING RECORDS: INTEGRATIVE REVIEW IN THE LITERATURE

### AUDITORÍA EN REGISTROS DE ENFERMERÍA: REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA

Hellen Gomes e Claudino<sup>I</sup>  
Eloise Maria de Lima Gouveia<sup>II</sup>  
Sérgio Ribeiro dos Santos<sup>III</sup>  
Maria Emília Limeira Lopes<sup>IV</sup>

**RESUMO:** Os registros de enfermagem são alvo de auditoria nas instituições de saúde devido à representação do cuidado prestado ao paciente e ao vínculo com o faturamento dos custos hospitalares. Objetivou-se analisar a produção científica acerca da auditoria em registros de enfermagem disseminada em periódicos brasileiros, no período de 1995-2011. Trata-se de uma revisão integrativa realizada nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online*; Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde; Base de Dados de Enfermagem; e Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Foram utilizados os descritores: auditoria, auditoria de enfermagem e registros de enfermagem. Dos 484 artigos encontrados, apenas 12 atenderam aos critérios de inclusão. Observa-se a importância do registro de enfermagem completo e objetivo, nos prontuários dos clientes, pois é através dele que a auditoria controla os gastos financeiros e avalia a qualidade da assistência.

**Palavras-chave:** Enfermagem; auditoria; registros de enfermagem; custos hospitalares.

**ABSTRACT:** Nursing records are audit target in institutions as health due to the representation of the care given to the patient and to the bond with the billing of the hospital costs. This study aimed to analyze the scientific production about the audit in nursing records disseminated in Brazilian journals, in the period 1995-2011. It is an integrative review held in the databases *Scientific Electronic Library Online*; *Literatura Latino-americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde*; *Base de Dados de Enfermagem*; and Portal of Coordination of Personal Improvement of Higher Level, using the keywords: audit, nursing audit and nursing records. Of the 484 articles found, only 12 met the inclusion criteria. It is observed the importance of the nursing record complete and objective, because is through this one that the audit controls financial expenses and evaluates the quality of care.

**Keywords:** Nursing; audit; nursing records; hospital costs.

**RESUMEN:** Los registros de enfermería son objeto de auditoría en las instituciones de salud debido a la representación del cuidado dedicado al paciente y al vínculo con la facturación de los costos de hospital. Se objetivó analizar la producción científica acerca de la auditoría en registros de enfermería difundida en revistas brasileñas, del período 1995-2011. Se trata de revisión integradora realizada en las bases de datos *Scientific Electronic Library Online*; Literatura Latinoamericana y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud; Base de Datos de Enfermería; y Portal de la Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior, utilizando los descriptores: auditoría, auditoría de enfermería y registros de enfermería. Fueron encontrados 484 artículos, pero sólo 12 fueron seleccionados. Se percibe la importancia del registro de enfermería completo y objetivo, pues es a través de esto que la auditoría controla los gastos financieros y evalúa la calidad de asistencia.

**Palabras clave:** Enfermería; auditoría; registros de enfermería; costos de hospital.

## INTRODUÇÃO

A auditoria iniciou sua atuação na área contábil como técnica de controle econômico e de escrituração mercantil. Na área da Saúde, a primeira auditoria foi realizada em 1918, pelo médico George Gray Ward, nos Estados Unidos,

com o objetivo de verificar a qualidade da assistência prestada aos pacientes através de registros em prontuários<sup>1</sup>.

No Brasil, a auditoria em saúde só surgiu na década de 1970, de modo incipiente, a atenção voltada para

<sup>I</sup>Enfermeira. Especialista em Auditoria em Saúde. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: hellenge\_11@hotmail.com.

<sup>II</sup>Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: eloisemlgouveia@gmail.com.

<sup>III</sup>Enfermeiro e Administrador. Doutor em Sociologia. Docente do Departamento de Enfermagem Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa em Administração e Informática em Saúde da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: srsantos207@gmail.com.

<sup>IV</sup>Enfermeira. Doutora em Educação. Docente do Departamento de Enfermagem Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Vice-coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Bioética da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: mlimeiralopes@yahoo.com.br.

a avaliação dos aspectos qualitativos da assistência ao paciente. Porém, com as diversas mudanças do cenário político-financeiro do país e com o processo de globalização, houve um aumento expressivo da demanda de pacientes às instituições particulares de saúde e da atuação de empresas operadoras de planos de saúde, o que impulsionou o sistema de saúde brasileiro a buscar novas alternativas para se adaptar a um mercado que se tornava cada vez mais competitivo.

Na atualidade, a auditoria é adotada como uma ferramenta de controle dos custos e de avaliação da qualidade da assistência à saúde. Desde então, tem-se ampliado a prática da auditoria em saúde, que é adotada no setor público como uma ferramenta essencial para o controle e regulação da utilização dos serviços de saúde e, na área privada, como um instrumento de controle dos custos da assistência prestada ao paciente<sup>2</sup>.

Cumprir salientar que um dos instrumentos imprescindíveis à auditoria é o prontuário, definido como um documento que contém informações diárias, de âmbito multiprofissional, referentes aos atendimentos prestados durante o processo de internação<sup>3</sup>. Destarte, a informação é um requisito essencial para a prestação da assistência, de maneira que os registros clínicos no prontuário é o principal veículo de comunicação de informações sobre o paciente entre os membros da equipe multiprofissional de saúde<sup>4</sup>. Desse modo, os registros, além de serem instrumentos assistenciais que garantem a continuidade do cuidado ao paciente, também agem como suporte administrativo para os setores de faturamento, pois todos os procedimentos e as ações efetuadas geram custos para a instituição de saúde.

Mediante esse contexto, é oportuno enfatizar que os registros de enfermagem estão vinculados à grande parte do pagamento de materiais, medicamentos e procedimentos, principais fontes de lucratividade das instituições hospitalares. Assim, o principal meio de assegurar o recebimento do valor gasto é através das corretas anotações de enfermagem. Contudo, registros de enfermagem inconsistentes, ilegíveis e subjetivos sugerem glosas de itens do faturamento das contas hospitalares.

É importante salientar que glosa é o cancelamento parcial ou total do orçamento considerado ilegal ou indevido, aplicada quando qualquer situação gera dúvidas em relação à regra e à prática adotada pela instituição de saúde auditada. Portanto, existem as glosas administrativas, que são decorrentes de falhas operacionais no momento da cobrança, e as glosas técnicas, que estão vinculadas à falta de anotações de enfermagem e médica no prontuário que justifiquem os medicamentos utilizados e os procedimentos realizados<sup>5</sup>.

Ante o exposto, considerando a relevância da temática e o quantitativo ínfimo de estudos acerca da auditoria de registros de enfermagem, surgiu o interes-

se em desenvolver um estudo tendo como fio condutor a seguinte questão norteadora: Qual a produção científica acerca da auditoria em registros de enfermagem disseminada em periódicos brasileiros, no período de 1995 a 2011? Com a finalidade de responder a tal questionamento, o presente estudo tem como objetivo identificar e analisar a produção científica acerca da auditoria em registros de enfermagem.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura referente à produção científica a respeito do tema em questão. Esse método viabiliza a análise de pesquisas científicas de modo sistemático e amplo e favorece a caracterização e a divulgação do conhecimento produzido<sup>6</sup>. Para a sua elaboração, o percurso metodológico foi operacionalizado por meio das seguintes etapas: estabelecimento da questão norteadora da pesquisa, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, interpretação e síntese dos resultados e apresentação da revisão.

A busca *online* foi realizada por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas seguintes bases de dados eletrônicas: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); Literatura Latino-americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF); e do Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Para operacionalizar a busca, utilizaram-se os descritores: auditoria; auditoria de enfermagem; registros de enfermagem. A seleção dos artigos foi realizada no mês de janeiro de 2012, por meio dos seguintes critérios de inclusão: artigos de periódicos online nacionais indexados nas bases de dados, e cujos textos estivessem apresentados na íntegra, retratassem a temática e tivessem sido publicados no período compreendido entre 1995 e 2011.

Após a busca, foram identificados 484 artigos; contudo, somente 12 se enquadraram nos critérios de inclusão. Para analisar e sintetizar os artigos selecionados, foi elaborado um instrumento de coleta de dados, preenchido para cada artigo da amostra final, contendo as seguintes variáveis: título dos artigos, autores, ano de publicação, base de dados, nome do periódico, modalidade da pesquisa, objetivos e principais resultados.

Os dados evidenciados na análise foram discutidos à luz da literatura e apresentados de forma descritiva, a fim de possibilitar a aplicabilidade dessa revisão na prática da auditoria nos registros de enfermagem.

## RESULTADOS

Os artigos encontrados no período delimitado pelo estudo permitiram a seleção de 12 *papers*, conforme exposto na Figura 1.

Autoria	Fonte	Ano	Principais resultados
Lopes <sup>7</sup>	BDENF	1998	Na enfermagem, os maiores problemas encontram-se na subcategoria anotações de enfermagem e na administração de medicamentos, ferindo completamente as regras de anotação, princípios éticos e legais.
Riolino, Kliukas <sup>3</sup>	LILACS	2003	O enfermeiro auditor de prontuário é um importante membro da equipe e, atualmente, com o reconhecimento de que os registros existentes no prontuário do paciente refletem também a qualidade da assistência prestada, suas ações têm sido cada vez mais valorizadas e requisitadas.
Rodrigues, Perroca, Jericó <sup>8</sup>	LILACS	2004	Os resultados mostraram que as anotações realizadas pela equipe de enfermagem nesta instituição de cuidados de saúde têm fornecido informações suficientes e contribuído de forma substancial para um alto percentual de recuperação dos componentes glosados.
Buzatti, Chianca <sup>9</sup>	LILACS	2005	Evidenciou-se que os erros identificados eram devidos às faltas nas anotações de enfermagem e que aconteciam em sua maioria por desconhecimento do processo correto ou por negligências.
Luz, Martins, Dnyewicz <sup>10</sup>	LILACS	2007	Os problemas mais comuns foram anotações por turno e não por horário, rasuras nas escritas, letra ilegível, não utilização de toda a extensão do impresso, falta de identificação correta dos profissionais, principalmente carimbo e assinatura, falta de checagem, checagem incorreta, anotação incompleta de todos os parâmetros dos sinais vitais, entre outros.
Venturini, Marcon <sup>11</sup>	LILACS	2008	O resultado deste estudo revela falhas importantes nas anotações de enfermagem, o que evidenciou a necessidade de informações mais completas e que realmente tragam dados sobre os cuidados que foram realizados para e com o paciente.
Vituri, Matsuda <sup>12</sup>	LILACS	2008	As deficiências mais pronunciadas encontradas nos registros de enfermagem relacionam-se com a frequência dos registros, a correlação dos mesmos com os cuidados prescritos pelo enfermeiro e a relevância do conteúdo registrado.
Godoi, Machado, Lins, Cruz, Batista, Rosa <sup>13</sup>	LILACS	2008	As anotações de enfermagem apresentaram dados inconcisos e incompletos, destacando um alto índice de falta de orientação ao paciente e à família quanto à terapêutica e alta hospitalar. Observa-se que a grafia estava ilegível na maior parte dos prontuários, e os dados além de incompletos não continham a identificação do executor da atividade.
Abdon, Dodi, Vieira, Martinho, Carneiro, Ximenes <sup>14</sup>	LILACS	2009	Através da auditoria foi possível identificar pontos frágeis no registro de enfermagem com relação à identificação do cliente, profissional e, principalmente, o registro do exame físico.
Setz, D'Innocenzo <sup>15</sup>	SciELO	2009	Os problemas encontrados foram anotações e evoluções de enfermagem indistintas quanto ao conteúdo, ou ainda, semelhante à evolução médica, incluindo condutas e prescrições, como também apresentaram falhas como ilegibilidade, erros de ortografia, utilização de terminologia incorreta, bem como falhas na identificação do profissional, seja por ausência de carimbo ou nome ilegível.
Ferreira, Braga <sup>16</sup>	PORTAL CAPES	2009	As falhas ocorridas na maioria das vezes por falta de anotação, prescrição e checagem da equipe de enfermagem, elevam as glosas e acarretam de forma expressiva as despesas da instituição.
Borsato, Rosaneis, Haddad, Vannuchi, Vituri <sup>17</sup>	SciELO	2011	Valores insatisfatórios foram encontrados para a qualidade dos registros de enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva. Em contraposição, na Divisão de Internamento, onde se encontram pacientes clínicos e cirúrgicos, as anotações de enfermagem alcançaram valores satisfatórios.

**FIGURA 1:** Características e principais resultados dos estudos examinados. João Pessoa-PB, janeiro, 2012.

De acordo com os resultados, 8(66,6%) artigos foram encontrados na base de dados LILACS, (16,6%) na SciELO, 1(8,3%) na BDENF e 1(8,3%) no Portal CAPES. Quanto ao ano em que foram publicados, 2008 e 2009 apresentaram, igualmente, o maior número de publicações. Vale registrar que não foi encontrada produção, com as características dos critérios de inclusão, em 1995, 1995 e 1997. No que concerne ao periódico, predominaram artigos publicados na *Acta Paulista de Enfermagem*, na *Revista Brasileira de Enfermagem* e na *Revista Nursing*, com dois textos em cada um deles.

No que tange à modalidade, verificou-se que 11(91,6%) foram artigos originais.

## DISCUSSÃO

Os artigos<sup>3,7-17</sup> apontaram diversos erros nos registros de enfermagem referentes aos aspectos éticos e legais<sup>18-22</sup>, entre outros, a saber: letra ilegível, rasuras, uso de corretor gráfico, anotações por turno e não por horário, ausência de datas, registros incompletos, identificação incorreta de profissionais, ausência de checagem de medicamentos e

procedimentos, que são considerados os elementos responsáveis pelo maior número de glosas relacionadas aos registros de enfermagem que foram identificados por meio de auditoria em prontuários.

Em vista desse contexto, os estudos<sup>7,10,13-15</sup> em relação aos itens - letra ilegível, rasuras e uso de corretor gráfico - apresentaram resultados que evidenciam falhas nas anotações de enfermagem dos prontuários analisados. Sabe-se que o prontuário é um documento legal em que não se permitem rasuras, uso de corretor gráfico, adesivos ou borracha, no caso de registros equivocados. Para esses casos, deve-se utilizar o termo *digo*, ou *registro incorreto* entre vírgulas<sup>19</sup>.

No tocante à ilegibilidade, os profissionais da área de enfermagem precisam estar conscientes de que a difícil compreensão dos registros possibilita a interrupção do processo de comunicação com a equipe multiprofissional, e isso pode causar danos à assistência prestada ao paciente e dificultar a defesa profissional em casos de processos judiciais e de ser motivo de glosa por não fornecer informações necessárias sobre o tratamento realizado.

Em um estudo realizado em três unidades de um hospital universitário de Curitiba, que têm convênio com planos de saúde, a grande maioria dos 144 prontuários analisados apresentou anotações de enfermagem com descrições do estado do paciente sem especificar o horário, que foi substituído pelo turno<sup>10</sup>. Outro estudo que efetuou uma auditoria em prontuários de pacientes internados na unidade cirúrgica do Hospital Universitário Regional de Maringá identificou a ausência de registro de data em 37,3% das anotações de enfermagem<sup>11</sup>.

Diante dessa realidade, é importante mencionar que o registro da data e do horário em ordem cronológica dos atendimentos prestados é fundamental para a continuidade do cuidado e o acompanhamento do quadro patológico do paciente. Para a auditoria, a ausência desse tipo de registro pode significar a não realização de um procedimento e prejudicar financeiramente a instituição onde o paciente foi assistido, a qual pode não receber pelo procedimento realizado<sup>20</sup>. Desse modo, a carência de relato do horário de início e término, por exemplo, da oxigenoterapia, da nebulização e da utilização da bomba de infusão, na evolução de enfermagem, foi um dos fatores que incidiram em glosas nas instituições investigadas<sup>16</sup>.

Outro aspecto destacado por alguns estudos foi o elevado percentual de registros de enfermagem com dados incompletos e inconsistentes. Observou-se um elevado índice de anotações de enfermagem incompletas em relação ao estado físico, estado mental e higiene corporal do paciente<sup>13</sup>. Em um estudo realizado em 146 prontuários abertos para consultas de crianças até um ano de idade, na Unidade de Cuidado de Enfermagem do Centro de Desenvolvimento Familiar

(CEDEFAM), no município de Fortaleza, os itens relativos à avaliação da cabeça, das condições - pulmonar, cardíaca, abdominal - das genitálias e dos membros estavam incompletos na maioria, acima dos 50%, dos prontuários analisados<sup>14</sup>. Em outra pesquisa, constatou-se que, dos 424 prontuários avaliados, 99,5% tinham anotações de enfermagem, porém apenas 2,4% delas eram completas<sup>15</sup>.

Foi possível perceber que os profissionais de enfermagem não valorizam os registros como um instrumento de comunicação eficaz entre os membros da equipe de saúde, pois estes não se detêm a registrar informações imprescindíveis para o cuidado como sinais, sintomas e exame físico dos pacientes sob sua responsabilidade<sup>12</sup>. No entanto, a comunicação escrita, na forma de anotações de enfermagem, é essencial para a assistência, uma vez que a prática do cuidado gera inúmeras informações que não devem ser perdidas, mas sim registradas.

Reafirmando a importância dos registros completos de enfermagem, o Artigo 41 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem determina que é responsabilidade e dever do profissional de enfermagem prestar informações escritas e verbais, completas e fidedignas, necessárias para assegurar a continuidade da assistência<sup>21</sup>. Portanto, considerando que todos os procedimentos e as ações da equipe de enfermagem geram um custo, o principal meio de assegurar o recebimento do valor gasto na assistência de enfermagem prestada, evitando glosas, é a realização de registros precisos, claros, objetivos, completos e referentes a todas as ações, porque são imprescindíveis para a promoção do cuidado e de grande valor para a instituição de saúde<sup>9</sup>.

Além de identificar registros incompletos nos prontuários avaliados por meio de auditoria, os artigos apresentaram dados que comprovaram incoerência entre a prescrição e a evolução de enfermagem, de maneira que os registros dos cuidados de enfermagem prestados não estavam relacionados com o que o enfermeiro prescreveu para o atendimento das necessidades do paciente, ou ainda, não correspondiam ao quadro e à patologia do paciente<sup>10,12</sup>. Observou-se, ainda, que algumas evoluções, condutas e prescrições de enfermagem eram semelhantes às do registro dos médicos<sup>15</sup>.

Assim, pode-se perceber que tanto o enfermeiro quanto os auxiliares e os técnicos de enfermagem não fazem leitura sistemática e rotineira das prescrições como instrumento de trabalho. Por essa razão, alguns estudos defendem que os profissionais de enfermagem precisam reconhecer a importância da elaboração dos registros e da implantação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), como responsabilidades legais do enfermeiro para facilitar o trabalho e direcionar a assistência prestada ao paciente, com a finalidade de individualizar o cuidado, em vez de mecanizá-lo<sup>17,18</sup>.

No que concerne à identificação do profissional que prestou o cuidado de enfermagem, as pesquisas<sup>10,12-14</sup> revelaram, através da auditoria, percentuais significativos de registros com ausência da categoria profissional, do número do Conselho Regional de Enfermagem (COREN), do carimbo e a assinatura do profissional, comprometendo assim os aspectos éticos e legais da documentação<sup>21,22</sup>. Esses percentuais são sugestivos de desinformação ou até mesmo despreocupação e desinteresse por parte dos profissionais de enfermagem no cumprimento das normas reguladoras do exercício profissional<sup>12</sup>. A Resolução nº 191/1996 do Conselho Federal de Enfermagem, que dispõe sobre a forma de se anotar ou usar o número de inscrição ou a autorização, determina a obrigatoriedade da assinatura e o uso do número de inscrição pelo pessoal de enfermagem, em todo o documento firmado, quando do exercício profissional<sup>22</sup>.

A ausência de checagem de medicamentos e dos procedimentos pelo pessoal de enfermagem, além da justificativa para os cuidados circulados como não realizados, também foram identificadas como indicadores de glosa por meio das auditorias realizadas por diversos estudos<sup>9-10,12,13,16</sup>. A checagem de procedimentos e de medicamentos é um tipo de registro de enfermagem, cuja ausência provoca uma lacuna na troca de informações entre os membros da equipe, gerando dúvidas quanto à realização ou não do cuidado prescrito<sup>12</sup>. Então, ficou comprovado que o item medicamento foi o que recebeu o maior número de glosas ocorridas por falta de checagem e de justificativa de enfermagem<sup>16</sup>.

Diante desse contexto, todas as falhas mencionadas anteriormente e que foram encontradas, nos registros de enfermagem, e analisadas, por meio de auditoria em prontuários, caracterizaram a falta de justificativa da quantidade de material utilizado ou de procedimentos realizados na prestação do cuidado. Isso pode promover glosas e elevar, de forma expressiva, as despesas da instituição. Logo, as instituições de saúde tentam recuperar seus prejuízos elaborando recursos de glosas embasados em justificativas dos profissionais envolvidos no cuidado.

As pesquisas<sup>3,8,16</sup> provaram, ainda, que depois da análise das justificativas dos recursos de glosas em que as instituições hospitalares se basearam para reaver seus gastos, as anotações realizadas pelas equipes de enfermagem forneceram informações suficientes e contribuíram, de forma substancial, para um alto percentual de recuperação dos componentes glosados. Constata-se, então, que os registros de enfermagem influenciam diretamente no controle da economia hospitalar, evidenciando a importância do registro de informações completas e objetivas, pois é através delas que a auditoria controla os gastos financeiros, além de avaliar a qualidade da assistência.

## CONCLUSÃO

Diante do exposto, constatou-se que os principais erros encontrados nos registros de enfermagem, segundo os artigos analisados, foram: letra ilegível, rasuras, uso de corretor gráfico e anotações por turno, razão porque não foi possível identificar o horário dos registros e as datas. Além disso, observaram-se registros incompletos e incoerentes quanto à prescrição de enfermagem, identificação incorreta de profissionais (falta do número do COREN, carimbo ou assinatura), ausência de checagem de medicamentos e procedimentos dos profissionais de enfermagem.

A pesquisa salienta que as falhas nos registros de enfermagem acarretam graves consequências de ordem assistencial, administrativa e financeira. O serviço de auditoria, dessa forma, está associado ao controle das organizações com vistas a reduzir as perdas financeiras e a melhorar a qualidade da assistência prestada ao usuário. Quando se trata da qualidade na forma de agir dos profissionais, é comum encontrar usuários insatisfeitos. No entanto, para se obter a qualidade desejável deve-se destacar que a excelência, além de outros fatores, registros estão corretos, devidamente preenchidos e coerentes com a assistência oferecida.

A auditoria de enfermagem, inserida nesse contexto, tem um papel essencial na identificação das inconsistências encontradas nos registros de enfermagem. O enfermeiro auditor deve ser capaz de avaliar, sistemática e formalmente, as atividades e as anotações desenvolvidas pelos profissionais, com o objetivo de reduzir as glosas hospitalares e propiciar um meio de informação adequado, através do prontuário do paciente.

Ressalte-se que a quantidade de artigos encontrados referentes à temática em questão foi incipiente. Por essa razão, os pesquisadores e profissionais da área da saúde devem atentar para a necessidade de se aprofundarem em estudos que deem visibilidade a esse fenômeno. Vale reforçar que os registros de enfermagem são extremamente úteis, por serem considerados instrumento de comunicação – assistencial, econômica, legal, histórica, de ensino e pesquisa –, que fornece informações imprescindíveis para que a equipe multiprofissional aja conjuntamente e em busca de um objetivo em comum - o cuidado humanizado ao paciente.

## REFERÊNCIAS

1. Kuregant P. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU; 1991.
2. Pinto KA, MeloCMM. A prática da enfermeira em auditoria em saúde. *Rev esc enferm USP*. 2010; 44:671-8.
3. Riolino NA, Kliukas GBV. Relato de experiência de enfermeiras no campo de auditoria de prontuário – uma ação inovadora. *Nursing (São Paulo)*. 2003; 65(6):35-9.
4. D'Innocenzo M, Feldman LB, Fazenda NRR, Helito RAB, Ruthes RM. Indicadores, auditorias e certificações: ferramen-

- tas de qualidade para gestão em saúde. 2ª ed. São Paulo: Martinari; 2010.
5. Pellegrini G. Glosas convênio x prestador. In: Congresso Latino Americano de Serviços de Saúde (CLASS) e 3ª Jornada de Gestão e Clínicas Médicas; 2004; São Paulo. Anais eletrônicos. São Paulo: CLASS; 2004.
  6. Silveira CS, Zago MMF. Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006; 14:614-9.
  7. Lopes CM. Auditoria e distorções: ênfase nas atividades de anotação de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 1998; 51:105-22.
  8. Rodrigues VA, Perroca MG, Jerico MC. Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. *Arq ciênc saúde*. 2004; 11(4):210-4.
  9. Buzzati CV, Chianca TC. Auditoria em enfermagem: erros e custos envolvidos nas anotações. *Nursing (São Paulo)*; 90:518-22.
  10. Luz A, Martins AP, Dyniewicz AM. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. *Rev Eletrônica Enferm*. 2007; 9:344-61.
  11. Venturini DA, Marcon SS. Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61:570-5.
  12. Vituri, DW, Matsuda LM. Os registros de enfermagem como indicadores da qualidade do cuidado: um estudo documental, descritivo-exploratório e retrospectivo. *Online Braz J Nurs*. 2008; 7(1):1-15.
  13. Godoi AP, Machado CS, Lins MA, Cruz MG, Batista VM, Rosa BA. Auditoria de custo: análise comparativa das evidências de glosas em prontuário hospitalar. *Rev Int Ciênc Saúde*. 2008; 26:403-8.
  14. Abdon JB, Dodt RCM, Vieira DP, Martinho NJ, Carneiro EP, Ximenes LB. Auditoria dos registros na consulta de enfermagem acompanhando o crescimento e desenvolvimento infantil. *Rev RENE*. 2009; 10(3):90-6.
  15. Setz VG, D'Innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22:313-7.
  16. Ferreira TS, Braga LS. Auditoria em enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. *Rev arquichán*. 2009; 9(1):38-49.
  17. Borsato FG, Rossaneis MA, Haddad MCFL, Vannuchi MTO, Vituri DW. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em um hospital universitário. *Acta Paul Enferm*. 2001; 24: 527-33.
  18. Pimpao FD, Lunardi Filho WD, Vaghetti HH, Lunardi VL. Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência e enfermagem. *Rev enferm UERJ*. 2010; 18:405-10.
  19. Possari JF. Prontuário do paciente e os registros de enfermagem. São Paulo: Iátria; 2005.
  20. Bacelar S, Almeida WM, Andrade GM. Falhas e dúvidas comuns no uso do prontuário do paciente. *Brasília médica*. 2002; 39(1/4):42-51.
  21. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 311, de 08 de fevereiro de 2007: aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2007. [citado em 26 jan 2012] Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4345>
  22. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 191, de 31 maio de 1996: dispõe sobre a forma de anotação e o uso do número de inscrição ou da autorização pelo pessoal de enfermagem. Rio de Janeiro, 1996. [citado em 26 jan 2012] Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4250>