



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ANA CLAUDIA GRASIELLA NASCIMENTO

**REGISTROS DE ENFERMAGEM COMO SUBSÍDIO PARA AUDITORIA
ASSISTENCIAL**

FLORIANÓPOLIS

2020

ANA CLAUDIA GRASIELLA NASCIMENTO

REGISTROS DE ENFERMAGEM COMO SUBSÍDIO PARA AUDITORIA
ASSISTENCIAL

Trabalho de conclusão de curso, referente à disciplina:
Trabalho de conclusão de curso II (INT5182), do Curso
de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção
do Grau de Enfermeiro.

Orientadora: Dra. Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni
Coorientadora: Dra. Veridiana Tavares Costa

FLORIANÓPOLIS

2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Nascimento, Ana Claudia Grasiella

Registros de enfermagem como subsídio para auditoria assistencial / Ana Claudia Grasiella Nascimento ; orientador, Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni, coorientador, Veridiana Tavares Costa, 2020.

81 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Auditoria de enfermagem. 3. Registros de enfermagem. 4. Assistência de enfermagem. I. Lanzoni, Gabriela Marcellino de Melo . II. Costa, Veridiana Tavares . III. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Enfermagem. IV. Título.

ANA CLAUDIA GRASIELLA NASCIMENTO

REGISTROS DE ENFERMAGEM COMO SUBSÍDIO PARA AUDITORIA HOSPITALAR

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado como requisito parcial para obtenção do Título de “Enfermeiro” e aprovado e sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 19 de novembro de 2020.

Prof. Dra. Felipa Rafaela Amadigi

Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem

Banca Examinadora:



Documento assinado digitalmente
Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni
Data: 15/12/2020 10:06:24-0300
CPF: 053.071.579-16

Prof.^a Dr.^a Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni

Prof.^a Dr.^a Maria Lígia Bellaguarda

Prof.^a Dr.^a Diovane Ghignatti da Costa

Dedico este trabalho ao meu marido Luiz, que sempre me apoiou e tornou possível esse sonho

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por iluminar meu caminho, proteger à mim e a minha família e me abençoar com a realização desse sonho que é me formar enfermeira.

Agradeço ao meu marido Luiz Alberto (Cheiro), que trabalhou tanto para que esse sonho fosse possível, que me apoiou em todos os momentos, principalmente naqueles momentos difíceis em que pensei em desistir, mesmo nesses momentos ele estava ao meu lado sempre me motivando a prosseguir. Por ouvir meu entusiasmo ao falar de algo novo que aprendi, por aturar minhas reclamações e meus momentos de ansiedade e irritação. Serei eternamente grata, por cada dia de descanso que ele abdicou para que eu pudesse estudar. Quero que saiba que me dediquei muito para que teu sacrifício não tenha sido em vão! Te amo, obrigada por ser o marido, amigo e companheiro que pedi a Deus e por ser o melhor pai que a Manuella poderia ter.

À minha filha Manuella, peço desculpas pelos momentos ausentes, e pela minha falta de paciência em alguns momentos de estresse. Eu te amo muito minha filha, e fiz esta graduação buscando também, um futuro melhor pra você.

Agradeço a minha vó, a Dona Cota, que ajudou a me criar, que está presente em minha vida desde sempre, que ora por mim todas as noites, e que fica toda orgulhosa quando me ver vestida de branco. Vó eu te amo, obrigada pela educação que a Sra. me deu e pelas broncas e puxões de orelha também, que Deus permita que a Sra. esteja presente por muitos anos na minha vida.

Agradeço a minha mãe Claudia, que me criou e nunca me deixou faltar nada mesmo com tantas dificuldades. Obrigada por tudo mãe, hoje sou o que sou graças a educação que a Sra. me proporcionou. Te amo mãe!

Agradeço ao meu irmão Israel,

Agradeço minhas colegas de turma, Glacy, Gabrielle e Emanuele, pelo companheirismo durante esses anos, pelos momentos de descontração e risos, e por aturar meus momentos de teimosias.

A minha orientadora Prof.^a Gabriela e coorientadora Prof.^a Veridiana, por toda paciência e por todo conhecimento compartilhado durante a elaboração deste trabalho sempre me auxiliando a superar os desafios que surgirão. Muito obrigada pela dedicação, vocês são um exemplo para mim!

A Prof.^a Maria Lígia por todos os ensinamentos, sempre demonstrando muita empatia e amor pela profissão que exerce.

A Prof.^a Diovane, obrigada por ceder um pouco do seu tempo e aceitar fazer parte da minha banca.

A todos os professores e profissionais da saúde que de alguma forma fizeram parte da minha jornada acadêmica, seja em sala de aula ou em campo de estágio, compartilhando conhecimentos que me proporcionaram muito aprendizado, meu sincero agradecimento

RESUMO

No processo de cuidar, o registro realizado pelo enfermeiro é uma ferramenta de comunicação eficaz entre os profissionais de saúde. O registro dos serviços prestados e seus resultados são propícios ao planejamento e a continuidade do cuidado. No entanto, esses registros muitas vezes não refletem a diversidade e especificidade da assistência prestada, o que torna invisíveis as práticas e ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem durante o cuidado direto. Para avaliar e monitorar a qualidade dos registros de enfermagem nos serviços hospitalares, são realizadas auditorias de enfermagem. Auditoria se configura em um sistema de monitoramento, que analisa os procedimentos realizados e registrados pela equipe de enfermagem. Os registros incompletos ou a falta de informações necessárias no prontuário do paciente são os principais obstáculos que os enfermeiros encontram ao realizar as auditorias de enfermagem. Este trabalho tem como objetivo analisar os registros de enfermagem auditados em um hospital Universitário do Sul do Brasil. A coleta de dados compreendeu os meses entre julho de 2019 a março de 2020. Este estudo trata-se de um estudo transversal quantitativo realizado com base em dados secundários, que analisou os registros de enfermagem desenvolvido nas Clínicas médica e cirúrgica de um Hospital de Universitário do Sul do Brasil, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina. De forma geral, em todas as clínicas prioriza-se a elaboração do histórico de enfermagem nas primeiras 24hs de internação, visto que representam 86,0% (n= 129). Referente aos dados de identificação do paciente, 14,7% (n= 22) do total não registram mais do que um dado de identificação. Quanto ao uso de terminologias reconhecidas na área da saúde, 98,7% dos profissionais cumpriram este quesito. Em relação às eliminações intestinais e vesicais, os registros que se destacaram foram do controle de esfíncter (62,7%) e eliminação vesical espontânea (84,0%). Nos registros referentes à integridade cutâneo-mucosa, observou-se que 92,0% dos profissionais realizaram o registro. Observou-se que os profissionais registram com mais frequência as regulações térmica (73,3%), neurológica (90,7%) e vascular (76,7%). Em relação às informações sobre a terapêutica, os registros das condições dos músculos (84,7%), rede venosa (88,7%) e fluidoterapia (56,7%) estavam mais presentes. A análise dos prontuários apontou que 43,3% não foram localizados o registro do diagnóstico de enfermagem. Em relação à identificação do profissional no histórico de enfermagem, 73,3% do total apresentou identificação completa. Referente ao quantitativo de evoluções de enfermagem dos prontuários, 78% (n= 117) do total não continha uma evolução de enfermagem para cada 24 horas de internação do paciente e apenas 46,0% estavam devidamente assinadas e carimbadas. 82,6% das prescrições de enfermagem apresentaram ausência de checagem de horários. O desenvolvimento deste estudo evidenciou a importância dos registros de enfermagem para a continuidade do cuidado, para a qualidade da assistência de enfermagem e para a segurança do paciente durante o período de hospitalização. Com a análise dos registros de enfermagem, com dados oriundos da auditoria de enfermagem, foi possível conhecer como os profissionais estão documentando sua prática, e quais são os pontos fortes e as fragilidades destes registros.

Palavras-chave: Auditoria em enfermagem. Registros de enfermagem. Assistência de enfermagem.

LISTA DE TABELAS

Quadro 1 – Classificação das variáveis.

Tabela 1 – Preenchimentos do histórico de enfermagem segundo a clínica de procedência (n= 150), Florianópolis, 2020.

Tabela 2 – Informações presentes no histórico de enfermagem, segundo a clínica de admissão (n= 150). Florianópolis, 2020

Tabela 3 – Dados do prontuário do paciente segundo a unidade avaliada (n= 150), Florianópolis, 2020.

Tabela 4 – Quantitativo de evoluções e prescrições de enfermagem (n= 150), Florianópolis, 2020.

Tabela 5 – Quantitativo de evoluções e prescrições de enfermagem faltantes por prontuário (n= 150), Florianópolis, 2020.

Tabela 6 – Quantitativo de prescrições de enfermagem, período faltando checagem por prontuário (n= 150), Florianópolis, 2020

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

SNA - Sistema Nacional de Auditoria

DENASUS - Departamento Nacional de Auditoria do SUS

SUS - Sistema Único de Saúde

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

HU - Hospital Universitário

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

COREN - Conselho Regional de Enfermagem

COPE – Comissão Permanente de Processo de Enfermagem

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVO GERAL	14
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
3.1 Auditoria em enfermagem	14
3.2 O papel do enfermeiro na auditoria	17
3.3 Sistematização como ferramenta para a qualidade da assistência	18
4. METODOLOGIA	21
4.1 Tipo de estudo	21
4.2 Cenário do estudo	21
4.3 Coleta de dados	22
4.4 Variáveis	22
4.4.1 Avaliação inicial do paciente	23
4.4.2 Avaliação de enfermagem	31
4.4.3 Quantitativo de evoluções e prescrições de enfermagem	33
4.5 Amostra/população do estudo	34
4.6 Análise dos dados	34
4.7 Aspectos éticos	34
5. RESULTADOS	35
5.1 Manuscrito	35
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
7. REFERÊNCIAS	69
8. APÊNDICE A	77
9. ANEXO A	79
10. ANEXO B	82

1. INTRODUÇÃO

Os primeiros indícios de registros hospitalares foram localizados no Antigo Egito com aproximadamente dois mil anos. Mas, somente no ano de 1580 na Itália, a prescrição médica e os registros de enfermagem passaram a ser exigidos como parte dos documentos dos pacientes (LUZ; MARTINS; DYNEWICZ, 2009). Nos Estados Unidos, no ano de 1877, o Hospital Geral de Massachussets começou a arquivar todos os documentos com a história clínica dos pacientes. No Brasil, a partir do ano de 1952, quando entrou em vigor a Lei Alípio Correa Neto, os hospitais tinham como dever arquivar os registros com o histórico clínico dos pacientes (LUZ; MARTINS; DYNEWICZ, 2009). Assim, ao longo do tempo, os registros médicos e de enfermagem foram se estruturando e se tornaram o que hoje chamamos de prontuário.

No processo de cuidar, o registro realizado pelo enfermeiro é uma ferramenta que possibilita a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde. O registro dos serviços prestados e seus resultados favorecem o planejamento e a continuidade do cuidado. Em uma unidade hospitalar, o enfermeiro está presente 24 horas por dia, acompanhando de forma integral o período de internação dos pacientes. Desta forma, os registros de enfermagem subsidiam as práticas em saúde devido sua importância para o processo saúde/doença.

Apesar da importância dos registros de enfermagem com relação à qualidade assistencial e aos aspectos legais, como estudante de enfermagem, observei ao longo da graduação, nas unidades de internação onde realizei os estágios, que esses registros algumas vezes apresentavam informações básicas sobre o paciente, mas que não conferiam o detalhamento necessário para a continuidade do cuidado. Essa lacuna exigia que profissionais confirmassem dados junto ao próprio paciente ou com profissionais que estavam nos turnos anteriores. Ainda, muitas vezes os registros não expressam a diversidade e a especificidade dos cuidados realizados no turno de trabalho, tornando invisíveis as práticas e ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem durante a assistência direta. Certamente, as condições de trabalho influenciavam a dinâmica laboral dos profissionais, que por vezes estavam sobrecarregados. Assim, visando dar suporte para práticas educativas futuras e entendendo a importância do registro de enfermagem qualificado para a segurança do paciente, optei por trabalhar com essa temática no meu Trabalho de Conclusão de Curso.

Os registros quando realizados de forma incompleta e inadequada podem comprometer diretamente a segurança do paciente. O Conselho Federal de Enfermagem – COFEN publicou a resolução nº 514/2016 que originou um “Guia de recomendações para os registros de

enfermagem” no qual traz informações aos profissionais para a elaboração dos registros de maneira apropriada, visando assim respaldar as atividades dos profissionais e trazer visibilidade para a profissão (CAMARGO; PEREIRA, 2017).

A evolução e a prescrição de enfermagem em conjunto com outras ferramentas, consolidam a Sistematização da Assistência de Enfermagem que estabelece uma padronização nos procedimentos e registros (FIORIN et al., 2019). Regulamentadas pela Lei nº 7.498 de junho de 1986, a elaboração da evolução e da prescrição de enfermagem são atividades privativas do enfermeiro. Ambas caracterizam-se como instrumentos de direcionamento das ações de cuidado, priorizando as necessidades do paciente e permitindo a identificação das intervenções necessárias para o processo de cuidar (FAEDA; PERROCA, 2016).

Para avaliação e acompanhamento da qualidade dos registros de enfermagem nos serviços hospitalares, geralmente, desenvolve-se a auditoria de enfermagem. Esta se configura em um monitoramento sistemático que analisa os procedimentos realizados e registrados pela equipe de enfermagem, é uma ferramenta essencial para identificar falhas nos processos e melhorar a qualidade do serviço prestado, trazendo benefícios como o aumento da segurança do paciente e a redução de custos para a instituição (LOUREIRO et al., 2018).

O enfermeiro auditor deve possuir conhecimento técnico-científico para identificar as necessidades dos pacientes de modo a proporcionar-lhes uma assistência de qualidade. Deve possuir uma visão holística de caráter gerencial e assistencial sendo capaz de organizar os processos de trabalho, melhorando a qualidade dos serviços e diminuindo os custos para a instituição (LOUREIRO et al., 2018).

Estudos mostram que registros incompletos ou a inexistência de informações primordiais no prontuário do paciente é um grande obstáculo que enfermeiros encontram ao realizar a auditoria de enfermagem. Além disso, a falta de informação sobre os medicamentos e materiais utilizados nos procedimentos gera prejuízos às instituições, pois impossibilita a provisão de recursos de forma mais precisa (MORAIS *et al.*, 2019) e demais controles de financeiros.

Morais *et al.* (2019) destacam a importância e a responsabilidade da auditoria de identificar as fragilidades e potencialidades dos processos institucionais, para implementar ações a fim de sensibilizar os envolvidos quanto aos aspectos que precisam ser melhorados e fornecer temas para treinamentos garantindo uma educação permanente coerente com as necessidades advindas da prática.

Desta forma, qualificar os registros de enfermagem com o suporte da auditoria é uma ação de gestão com ênfase na segurança do paciente. Os profissionais envolvidos nesse processo elaboram indicadores, monitoram unidades e profissionais visando entender o que está acontecendo e fornecer apoio quando necessário. É primordial que a equipe de enfermagem, em especial o enfermeiro, utilize os registros como instrumento de gestão para aprimorar processos assistenciais e gerenciais.

Segundo Amaral, Spiri e Bocchi (2017, p. 43) “a qualidade, de modo geral, deve ser entendida como uma atitude coletiva, por se tratar de um diferencial técnico e social necessário, que envolve não somente o usuário do sistema, mas também os seus gestores”. Logo, a implementação de processos de melhoria implica na articulação de todos, principalmente, quando o objeto de ação é, mesmo que de forma indireta, a segurança do paciente. Mais recentemente, a qualidade em saúde tem sido fortemente associada com a segurança do paciente, exigindo que cada etapa do cuidado seja detalhadamente estudada, planejada, para então ser executada com menor risco de dano ao paciente (VIEIRA et al., 2016).

Assim, diante do contexto apresentado, questiona-se: como estão os registros de enfermagem em um Hospital Universitário do Sul do Brasil?

Esta pesquisa justifica-se pela necessidade de verificar como estão sendo realizados os registros de enfermagem, se as condutas tomadas pelos enfermeiros estão sendo embasadas cientificamente por meio de planos de cuidado/prescrições de enfermagem.

2. OBJETIVO GERAL

Analisar os registros de enfermagem auditados em um hospital Universitário do Sul do Brasil.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Auditoria em enfermagem

A palavra auditoria tem origem do Latim *Audire* que significa ouvir, mas o termo *Audit* vindo da língua inglesa, significa examinar, corrigir e certificar (LUZ; MARTINS; DYNEWICZ, 2009).

A auditoria teve origem na Inglaterra, em 1314, quando esta predominava no comércio e na navegação, criando o cargo de auditor do tesouro inglês (LUZ, MARTINS E DYNEWICZ,

2009). Segundo Andreotti et al (2017), o surgimento da auditoria aconteceu na Itália em meados do século XV e XVI com origem na área contábil. No Brasil a auditoria surgiu com o crescimento das empresas nacionais e a chegada de empresas internacionais, e foi oficializada por meio do Banco Central do Brasil em 1968 (LUZ; MARTINS; DYNEWICZ, 2009).

A auditoria em saúde iniciou em 1918 nos Estados Unidos, onde o médico George Gray Ward analisava a qualidade da assistência prestada aos pacientes através dos registros em prontuário. No Brasil a auditoria em saúde surgiu na década de 70, e desde então vem ampliando sua prática (LOUREIRO et al., 2018). O reconhecimento da especialidade de enfermeiro auditor pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) aconteceu mais tarde, no ano de 2001, após a publicação da resolução nº 266/2001, que aprova as atividades de auditoria pelo enfermeiro (ANDREOTTI et al., 2017).

No SUS, a auditoria:

[...] consiste no exame sistemático e independente dos fatos obtidos, através da observação, medição, ensaio ou outras técnicas apropriadas, de uma atividade, elemento ou sistema, para verificar a adequação aos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes e determinar se as ações de saúde e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas (BRASIL, 1998, p.6).

O Ministério da Saúde destaca que a auditoria é um instrumento que possibilita realizar uma análise e controle interno, por meio da verificação dos serviços de saúde prestados, facilitando assim a gestão do setor. O objetivo da auditoria é fornecer acesso e qualidade do serviço aos usuários, e contribui significativamente no controle de gastos públicos (BRASIL, 2014).

Para o Ministério da Saúde, com a Lei nº 8.080 de 1990 (que dispõe sobre a criação do Sistema Único de Saúde – SUS) se deu a necessidade da criação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) regulamentado pelo Decreto nº 1.651/95, cujo permitia avaliar, controlar e acompanhar em todo o país as ações e serviços de saúde (GARCIA; FERREIRA; SILVA, 2018).

Com a reestruturação do SNA por meio da Portaria nº 1.069 / MS, de 19 de agosto de 1999 o MS, repassou as atividades de avaliação e controle para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). E as atividades de auditoria para o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) o que possibilitou a avaliação dos serviços de saúde (TAJRA et al., 2014).

Tajra et al. (2014) apontam que no ano de 2007 com a aprovação da Portaria nº 3.027, a auditoria passou a integrar a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (PARTICIPASUS). Em 2008, com a proposta de fortalecimento do Sistema Nacional de

Auditoria do SUS, através de Qualificação da Gestão do Programa Mais Saúde e o Decreto N.º 7.508, de 2011 a auditoria passou a ser vista como um instrumento eficiente no aprimoramento do sistema de saúde do Brasil. Justificado pelo fato de que a auditoria possibilita, por meio de avaliações e análises, a identificação das conformidades e inconformidades das práticas de saúde em seus diferentes níveis de complexidade (TAJRA et al., 2014).

Desde seu surgimento na área contábil até sua aplicação nos serviços de saúde, a auditoria vem conquistando espaço, evoluindo ainda mais no que diz respeito a gestão em enfermagem e contribuindo fortemente para o aumento da qualidade da assistência. Dias et al. (2011) definem a auditoria em enfermagem como a avaliação sistemática da qualidade da assistência, realizada por meio da avaliação dos registros de enfermagem em prontuário do paciente.

O serviço de auditoria pode ser desenvolvido por instituições públicas e privadas, realizado por auditores que avaliam aspectos técnicos, científicos, financeiros, patrimoniais e estruturais (GARCIA; FERREIRA; SILVA, 2018).

Lima et al. (2018) destacam como os principais tipos de auditoria: auditoria retrospectiva e a auditoria operacional. A auditoria operacional é aplicada através de entrevistas com o paciente ou familiares, portanto é realizada durante o período de internação (GARCIA; FERREIRA; SILVA, 2018). Já auditoria retrospectiva é realizada após a alta do paciente, através da análise dos registros em prontuário, esse tipo de auditoria tem finalidade de padronizar, disciplinar e orientar a equipe de enfermagem quanto aos registros e permite identificar as fragilidades e estabelecer uma intervenção (RIBEIRO et al., 2018).

Guisande et al. (2019) afirma que a auditoria pode ser classificada quanto à sua forma (interna, externa e mista), quanto ao tempo (contínua e periódica), quanto à natureza (normal e específica) e quanto ao limite (auditoria total ou parcial) e subdivide em auditoria de cuidados e auditoria de custos.

A auditoria quando aplicada por um profissional da própria empresa é denominada auditoria interna, por auditores pertencentes à outra instituição, é chamada de auditoria externa, ou pode ser uma auditoria mista com a participação de auditores internos e externos (RIBEIRO et al., 2018).

A auditoria contínua é aquela realizada em momentos determinados, e dá prosseguimento a auditoria realizada anteriormente. A auditoria periódica é aplicada também em períodos determinados, mas sem uma continuidade (GUISANDE et al., 2019). A auditoria específica é aquela realizada conforme se apresenta as necessidades da instituição. Já a auditoria

normal, acontece em períodos pré-determinados e não necessita de motivos para sua realização (GUISANDE et al., 2019). A auditoria total é aquela que quando realizada abrange todos os setores de uma instituição, ao contrário dele a auditoria parcial limita-se apenas a um ou mais setores (GUISANDE et al., 2019).

A auditoria de cuidados é aquela aplicada com objetivo de avaliar a qualidade da assistência de enfermagem, incluindo os registros em prontuário e os procedimentos realizados. Já a auditoria de custos visa o controle de gastos oriundos do processo de cuidado, avaliando se o uso de materiais nos procedimentos e solicitações de exames apresentam conformidade com as informações registradas em prontuário (GUISANDE et al., 2019).

Desta forma, considerando a ampla diversidade de temas e ênfases que a auditoria em enfermagem possui, faz-se necessário conhecer a dinâmica de trabalho de enfermeiros auditores.

3.2 O papel do enfermeiro na auditoria

Atualmente a qualidade da assistência é um requisito cada vez mais importante para as instituições de saúde, o que coloca em evidencia o cargo de enfermeiro auditor. Na prática, a auditoria em enfermagem responde questionamentos relacionados aos custos dos serviços prestados e a qualidade da assistência, possibilitando que os estabelecimentos conheçam suas fragilidades e planejem suas finanças.

O enfermeiro, como líder de equipe é responsável pela gestão do cuidado, tem um importante papel no que diz respeito à qualidade da assistência. Oliveira, Junior e Cardoso (2017) destacam que as demandas administrativas das instituições de saúde deram origem as auditorias realizadas pelo enfermeiro por meio dos registros enfermagem.

Atualmente a auditoria abrange não somente o lado administrativo, mas também a qualidade da assistência prestada ao paciente. Neste contexto, a presença do enfermeiro como integrante da equipe que realiza auditoria é fundamental, pois é um profissional que conhece os procedimentos realizados assim como os materiais necessários e é capaz de avaliar como os registros provenientes dos cuidados estão sendo realizados pela enfermagem (OLIVEIRA et al., 2017).

Realizar a auditoria em enfermagem é função privativa do enfermeiro, regulamentada pela Resolução nº 266/2001. Esta mesma resolução traz que o papel do enfermeiro auditor, cujo exercício profissional inclui possuir visão holística, objetivando a qualidade da assistência e o bem-estar do paciente (COFEN, 2001).

O enfermeiro auditor deve ser capaz de reconhecer o impacto da desorganização da assistência de enfermagem, e ter consciência de que ações inadequadas da equipe podem levar a perda da qualidade do cuidado. Condicionar a Sistematização da Assistência de Enfermagem é uma maneira de facilitar a padronização e organizar o processo de cuidar. O enfermeiro auditor deve também controlar os custos do serviço prestado, realizando uma provisão dos materiais utilizados e verificando a sua correta utilização, desta maneira é possível educar os profissionais a prezar pelos recursos disponíveis o que viabiliza economicamente a instituição (SILVA; RODRIGUES; PIRES, 2016).

Nas instituições hospitalares, dentre os profissionais da saúde envolvidos no tratamento e no cuidado para com o paciente, a enfermagem está presente 24 horas por dia, por este motivo, produz, cotidianamente, muitos registros em prontuário.

Segundo o Guia de Recomendações do COFEN aprovado pela Resolução nº 514/2016, os registros de enfermagem são uma forma de comunicação entre os profissionais de saúde e facilita o planejamento e a continuidade do cuidado (COFEN, 2016). O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem aprovado pela Resolução nº 0564/2017, no artigo 36, afirma o dever de “Registrar no prontuário e em outros documentos as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva, cronológica, legível, completa e sem rasuras” (COFEN, 2017).

Neste contexto o prontuário é o principal meio de investigação da auditoria de enfermagem. O enfermeiro possui conhecimento teórico e prático que o possibilita exercer a função de auditor e o torna capaz de identificar fatores intervenientes no processo de trabalho da equipe de enfermagem. Vale ressaltar a importância das instituições de ensino na capacitação durante a graduação.

3.3 Sistematização como ferramenta para a qualidade da assistência

Tronchin et al. (2009) consideram qualidade em saúde, como sendo as condições relacionadas aos cuidados prestados ao paciente que elevam a possibilidade de recuperação e diminuem a possibilidade de intercorrências agravantes.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1993), a qualidade da assistência à saúde está relacionada a elementos que incluem um alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, um mínimo de riscos, um alto grau de satisfação dos pacientes e um efeito favorável na saúde.

Desde a época de Florence Nightingale, a qualidade sempre foi um fator importante no processo do cuidado de enfermagem (BORSATO; VANNUCHI; HADDAD, 2016). No momento atual, com os avanços no que diz respeito a profissão, a enfermagem preconiza cada vez mais garantir a qualidade da assistência, reconhecendo como direito do paciente. Por este motivo a categoria passou a adotar métodos que possibilitam avaliar tanto os elementos estruturais, quanto o processo em si e seus resultados, o que permitiu coletar informações sobre a assistência e utilizar as mesmas para subsidiar o planejamento das ações de melhoria permanente nos estabelecimentos (BORSATO; VANNUCHI; HADDAD, 2016 p. 2).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem visa organizar a prática profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, possibilitando a implementação das etapas do Processo de Enfermagem (COFEN, 2009). A SAE possibilita a implementação do Processo de Enfermagem, que é um método organizado em cinco etapas: coleta de dados e investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento da assistência, implementação da assistência e avaliação dos resultados (COFEN, 2009).

A elaboração do histórico de enfermagem, realizado por meio de coleta de dados junto ao paciente ou familiar que o acompanha, junto ao exame físico, é a primeira etapa do processo de enfermagem, onde o enfermeiro registra informações essenciais para determinar a saúde atual e anterior do paciente. Esse levantamento de dados também torna possível conhecer seus hábitos individuais e biopsicossociais e identificar os problemas de enfermagem (COFEN, 2009).

Na segunda etapa do processo de enfermagem, por meio das informações coletadas o enfermeiro realiza um julgamento clínico, classificando os problemas de saúde dentro do domínio da enfermagem e determinando os diagnósticos (POTTER; PERRY, 2017).

O planejamento da assistência é a terceira etapa do processo de enfermagem. Nesta etapa após identificar os diagnósticos de enfermagem o enfermeiro os prioriza e planeja as intervenções apropriadas, ou seja, define os tratamentos mais adequados a situação atual do paciente baseando-se em evidências. O pensamento crítico e a tomada de decisão centrada na resolução dos problemas são essenciais para o planejamento (POTTER; PERRY, 2017).

A quarta etapa consiste na implementação do plano de cuidados traçado anteriormente. É neste momento que o enfermeiro põe em prática as intervenções estabelecidas para atingir os objetivos e resultados esperados para a melhora da situação de saúde do paciente (POTTER; PERRY, 2017).

A avaliação de enfermagem é a etapa final do processo de enfermagem e primordial para analisar se, as ações implementadas anteriormente, contribuíram para a melhora da condição de saúde do cliente. Nesta etapa o enfermeiro também avalia a necessidade de incluir ou abandonar uma conduta sempre buscando o bem-estar do paciente (POTTER; PERRY, 2017).

A Resolução nº 358 de 2009 do COFEN, determina que todas as instituições de saúde, sendo ela pública ou privada, que ofertem serviços de enfermagem devem implementar a SAE, e que todas as informações pertinentes ao processo de enfermagem devem ser registradas formalmente no prontuário (COFEN, 2009).

Em um estudo realizado com objetivo de “avaliar o impacto de uma intervenção educativa na qualidade dos registros de enfermagem” demonstrou que os registros de um hospital de ensino brasileiro referentes a admissão dos pacientes estavam de acordo com as normas do Conselho Regional de Enfermagem, mas os históricos de enfermagem apresentavam inadequações significantes (LINCH et al., 2017, p. 1).

Neste contexto, destaca-se a necessidade de investimento na educação permanente e continuada dos profissionais para que o processo de trabalho seja organizado por meio da sistematização da assistência de enfermagem e para que os elementos que dificultam a realização adequada dos registros sejam superados (LINCH et al., 2017).

Uma pesquisa realizada em dois hospitais com 843 registros de enfermagem revelou a deficiência dos registros em expressar a real situação do paciente e em documentar na íntegra a assistência prestada pela equipe de enfermagem. Avaliando a continuidade do cuidado, comparando os registros dos dois hospitais verificou-se que: em um hospital, os registros pertinentes à avaliação realizada pelo enfermeiro não possuíam uma sequência que demonstrassem a evolução do estado de saúde do paciente; já no outro hospital os registros analisados apresentavam uma continuidade de informações lógicas que possibilitavam realizar uma avaliação clínica do paciente (LINCH et al., 2017).

Em seu estudo, Linch et al. (2017) afirmam que promover ações educativas junto aos profissionais, refletem positivamente na qualidade dos registros de enfermagem, mas ressalta que mesmo com o investimento de tais ações os registros avaliados na pesquisa ainda apresentavam fragilidades em sua elaboração.

Bellaguarda et al. (2020) descrevem a SAE como planejamento e organização de todo o serviço de enfermagem, o que reflete no processo de enfermagem e suas fases para o planejamento e cuidado individualizado ao paciente e família. (BELLAGUARDA, PADILHA

e NELSON, 2020) Neste sentido, a SAE contribui de maneira significativa para a qualidade da assistência de enfermagem e a capacitação dos profissionais é de grande importância para o sucesso de sua implementação.

A auditoria de enfermagem caracteriza-se como uma ferramenta importante de monitoramento dos serviços prestados, pois permite identificar fragilidades e potencialidades, visando sempre a qualidade, a confiabilidade e completude dos processos de trabalho (SILVA; LIMA; SOUSA, 2016). Desta forma, a SAE tem como finalidade padronizar o serviço de enfermagem, que aliada à auditoria permitem orientar e conduzir os profissionais, e não somente apontar falhas no processo.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal quantitativo realizado com análise de dados secundários, com vistas a analisar os registros de enfermagem.

O estudo transversal parte da observação da realidade e analisa dados coletados ao longo de um período de tempo (ARAGÃO, 2013). Os estudos transversais têm como objetivo obter dados fidedignos que possibilitem elaborar conclusões confiáveis ao final da pesquisa (ZANGIROLAMI-RAIMUNDO; ECHEIMBERG; LEONE, 2018).

4.2 Cenário do estudo

Estudo foi desenvolvido nas Clínicas médica e cirúrgica de um Hospital de Universitário do Sul do Brasil.

A instituição hospitalar foi fundada na década de 80 com atendimento totalmente público, desde então vem atuando em três níveis de assistência o básico, o secundário e o terciário (FLORIANÓPOLIS, 2016).

O hospital possui duas unidades de Clínica cirúrgica, onde uma atende pacientes em pré e pós-operatório principalmente nas especialidades: cirurgia geral, cirurgia do aparelho digestivo e cirurgia oncológica. A outra unidade atende os pacientes cirúrgicos principalmente das especialidades: cirurgia vascular, coloproctologia e urologia (FLORIANÓPOLIS, 2016).

A instituição conta com duas clínicas médicas, que atendem pacientes nas especialidades: nefrologia, gastroenterologia, infectologia, cardiologia, hematologia, reumatologia, geriatria, oncologia, pneumologia, endocrinologia e clinico geral. As duas unidades contam com aproximadamente 53 leitos ativos (FLORIANÓPOLIS, 2019).

O local do estudo foi escolhido por ser uma instituição que recentemente instituiu a Comissão Permanente de Processo de Enfermagem (COPE), comissão responsável pelo processo de auditoria dos registros de enfermagem do HU. A COPE também iniciou a implantação do processo de enfermagem após oferecer cursos de capacitação e atualização aos profissionais do hospital.

4.3 Coleta de dados

Os dados secundários foram coletados por meio de relatórios disponibilizados pela COPE por meio de relatórios que contém informações sobre o registro de enfermagem dos pacientes internados. Destaca-se que os relatórios foram fornecidos sem a presença de qualquer dado de identificação do paciente, como nome, número de prontuário, dados pessoais, dentre outros. O período de coleta compreendeu os meses entre julho de 2019 a março de 2020. Foram consultados os dados secundários no mês de abril de 2020 após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Além de acessar as planilhas geradas pela COPE, foi consultado o instrumento que a comissão utilizou para a coleta de informações em prontuários (apêndice A). A organização e registro dos dados utilizados para esta pesquisa ocorreu por meio da consulta aos relatórios fornecidos no formato Excel.

Os dados secundários consultados abarcam um conjunto de variáveis que serão classificadas conforme o quadro abaixo.

Quadro 1 – Classificação das variáveis

Avaliação inicial do paciente	Avaliação de enfermagem	Quantitativo de evoluções e prescrições de enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> • Histórico de Enfermagem; • Diagnóstico de enfermagem do histórico; • Prescrição de enfermagem do histórico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evolução de enfermagem; • Diagnóstico de enfermagem; • Prescrição de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Quantitativo de evoluções e prescrições de enfermagem.

4.4 Variáveis

4.4.1 Avaliação inicial do paciente

a) Histórico de Enfermagem (variável qualitativa nominal):

Elaboração do histórico nas primeiras 24 horas de internação: o registro da data e horário da elaboração do histórico de enfermagem respeita o prazo de 24 horas a partir da data da internação do paciente (sim ou não).

Registro de dados de identificação: registro da presença de dois ou mais dados de identificação do paciente em prontuário (sim ou não).

Rasuras e grandes lacunas/espacos entre as palavras: o histórico possui rasuras nos dados registrados, que tornam inválidas ou ilegíveis as informações apresentadas (sim ou não).

Registro de dados demográficos: presença de registro de dados como: sexo, profissão, religião e procedência (sim ou não).

Registro de acompanhante: presença do registro de quem acompanha, assiste e protege o paciente (sim ou não).

Registro de precaução no atendimento: registro da necessidade de aplicar medidas ao paciente hospitalizado, com intuito de reduzir o risco de agravo no seu estado de saúde (exemplos: quedas, infecções, lesões) (POTTER; PERRY, 2017).

Assinatura e carimbo no histórico de enfermagem: presença da assinatura do enfermeiro e carimbo contendo o número de registro do Conselho Regional de Enfermagem, conforme a Resolução Cofen nº 0545/2017 (sim ou não) (COFEN, 2017).

Terminologias reconhecidas: os registro do histórico possui terminologias reconhecidas na área de saúde (sim ou não).

b) Percepções e/ou expectativas (variável qualitativa nominal): descrição do que incomoda o paciente (preocupações, medo, problemas), o que ele espera da equipe de saúde (OLIVEIRA, 2016).

Queixas, medos, preocupações: registro de expressão de dor, sofrimento, apreensão/receio em relação a algo que tenha sido observado pelo enfermeiro ou relatado pelo paciente (sim ou não).

Hábitos e vícios: registro de hábitos permanentes ou frequentes do paciente comportar-se e/ou possuir dependência ao consumo de alguma substâncias (sim ou não) (OLIVEIRA, 2016).

Conhecimento sobre sua doença: registro do relato do paciente sobre o que ele sente e/ou conhece sobre sua atual situação de saúde (sim ou não) (OLIVEIRA, 2016).

c) Respiração/oxigenação (variável qualitativa nominal): informações provenientes da coleta de dados e exame físico que permitam a avaliação do sistema respiratório do paciente (POTTER; PERRY, 2017).

Padrão respiratório: registro das características dos movimentos toracoabdominais durante a respiração do paciente (ritmo, profundidade, frequência respiratória) (sim ou não) (OLIVEIRA, 2016).

Ventilação: presença de registro da necessidade ou não de dispositivos que auxiliam na ventilação do paciente (sim ou não).

Alterações respiratórias: presença de registro de alterações do padrão respiratório do paciente (sim ou não).

d) Hidratação (variável qualitativa nominal): informações provenientes da coleta de dados e exame físico que permitam a avaliação hidroeletrolítica do paciente (POTTER; PERRY, 2017).

Condição na internação: registro da condição atual de hidratação do paciente no momento da internação (sim ou não).

Preferência: registro da preferência do paciente pelos líquidos ingeridos (sim ou não).

Volume: registro do volume diário da ingestão de líquidos pelo paciente (sim ou não).

e) Alimentação/nutrição (variável qualitativa nominal): informações sobre a história alimentar do paciente e dos fatores que determinam sua condição nutricional (dieta, apetite, dificuldades, etc.) (POTTER; PERRY, 2017).

Via alimentar: presença de registro da via por onde o paciente se alimenta (via oral, via sonda, via parenteral) (sim ou não).

Apetite: registro do desejo de alimentar-se e da fome sentida pelo paciente (sim ou não).

Intolerância: registro da presença de intolerância do paciente a determinados alimentos, em função de uma dificuldade no processo digestivo do (sim ou não).

Deglutição/digestão: registro das características do processos da conversão dos alimentos em substâncias passíveis de absorção pelo organismo (sim ou não).

Hábitos alimentares: registro da forma com que o paciente usa/prepara/consome os alimentos no seu dia a dia (sim ou não).

Dependência para a alimentação: registro da necessidade de auxílio/dependência para alimentar-se (sim ou não).

Tipo de alimentação durante a internação: presença de registro da via, quantidade e dieta alimentar do paciente durante o período de internação (sim ou não).

f) Eliminações intestinais e vesicais (variável qualitativa nominal): informações sobre o histórico e hábitos das eliminações intestinais e vesicais relatados pelo paciente e/ou observados pelo enfermeiro (POTTER; PERRY, 2017).

Eliminações intestinais:

Controle de esfíncter: registro da presença de controle do paciente em reter por algum tempo o desejo de evacuar (sim ou não).

Presença de dispositivos: registro da presença de dispositivos para eliminação/coleta das fezes (fralda/coletor) (sim ou não).

Frequência: registro do número de vezes em que o paciente evacua (sim ou não)

Quantidade: registro da quantidade (pequena, média ou grande) de fezes evacuadas pelo paciente (sim ou não).

Cor: registro da cor das fezes (sim ou não).

Odor: registro da caracterização do odor das fezes (sim ou não).

Consistência: registro da densidade/firmeza das fezes (sim ou não).

Presença de dor: registro da presença de dor ao evacuar (sim ou não).

Eliminações vesicais:

Espontânea: registro da presença de controle do paciente do ato de micção.

Presença de dispositivo: registro do uso de dispositivos (cateterismo vesical e coletor/urupen) para a eliminação ou coleta das eliminações vesicais do paciente (sim ou não).

Frequência: registro do número de vezes em que o paciente urina (sim ou não).

Quantidade: registro do volume de urina eliminado pelo paciente por um determinado período de tempo (sim ou não).

Cor: registro da cor da urina do paciente (sim ou não)

Presença de dor: registro do relato do paciente de presença de dor ao urinar (sim ou não).

Perdas ginecológicas: registro de perdas sanguíneas, leucorreia e fluxo menstrual (sim ou não).

g) Drenagens (variável qualitativa nominal): retirada, por meio de dreno, de líquidos fisiológicos ou patológicos retidos no organismo.

Cor: registro da cor do líquido drenado (sim ou não)

Volume: registro do volume do líquido drenado em um determinado período de tempo (sim ou não, não se aplica).

Odor: registro do cheiro do líquido drenado (sim ou não, não se aplica).

Consistência: registro da consistência do líquido drenado (sim ou não, não se aplica).

Composição: registro da composição do líquido drenado (sim ou não, não se aplica).

Sistema de drenagem: registro do tipo de sistema de drenagem utilizado no paciente (sim ou não, não se aplica).

Cuidados específicos: registros dos cuidados de enfermagem relacionados ao uso de dreno que foram e/ou devem ser implementados (sim ou não, não se aplica).

h) Vômito/regurgitação (variável qualitativa nominal): informações relatadas pelo paciente ou observadas pelo enfermeiro sobre o histórico de vômitos/regurgitações.

Quantidade: registro do volume de líquidos expelido pela boca (sim ou não, não se aplica).

Frequência: registro do número de episódios de vômito em um determinado período de tempo (sim ou não, não se aplica).

Cor: registro da cor do vômito do paciente (sim ou não, não se aplica).

Odor: registro da característica do odor do vômito (sim ou não, não se aplica).

Composição: registro da composição do vômito (sim ou não, não se aplica).

Ocasão em que ocorre: registro da descrição das situações em que ocorre o vômito (sim ou não, não se aplica).

i) Sono/repouso (variável qualitativa nominal): informações relatadas pelo paciente ou observadas pelo enfermeiro que permitam avaliação do histórico e padrão de sono (POTTER; PERRY, 2017).

Características: registro das características do período de repouso/sono do paciente (sim ou não).

Hábitos relacionados: registro da descrição pelo paciente dos hábitos relacionado ao período de repouso/sono (sim ou não).

Dificuldades: registros do que dificulta o período de repouso/sono do paciente (sim ou não).

j) Atividade física (variável qualitativa nominal): informações sobre a prática de exercícios físicos pelo paciente.

Prática de atividade física: registro de que o paciente pratica ou não atividade física (sim ou não).

Problemas que dificultam: registro da descrição dos problemas que dificultam/impedem a realização de atividade física (sim ou não).

Alterações decorrentes: registro das alterações decorrentes da prática de atividade física (sim ou não).

k) Locomoção (variável qualitativa nominal): informações e coletadas e observadas sobre o ato de locomover-se do paciente.

Deambula com/sem auxílio: registro da capacidade do paciente caminhar com ou sem auxílio (sim ou não).

Mecânica corporal: registro da observação ou relato sobre o alinhamento, equilíbrio e movimentos do corpo do paciente ao movimentar-se (sim ou não) (POTTER; PERRY, 2017).

Postura: registro da maneira em que o paciente mantém o corpo, a posição das articulações em relação aos membros e o tronco (sim ou não) (POTTER; PERRY, 2017).

Marcha: registro do modo em que o paciente caminha (sim ou não) (POTTER; PERRY, 2017).

Musculatura: registro das características da musculatura do paciente (sim ou não).

Atividade motora: registro da capacidade do corpo do paciente em desenvolver um movimento (sim ou não).

Problemas relacionados: registros de problemas relacionados a locomoção do paciente (sim ou não).

l) Integridade física (variável qualitativa nominal): estado do corpo íntegro/completo.

Amputação: registro da falta parcial ou completa de um membro/parte do corpo (sim ou não).

Deformidade: registro de presença de defeito de conformação de um órgão ou parte do corpo do paciente (sim ou não).

Próteses: registro da presença de qualquer aparelho que vise suprir, corrigir ou aumentar uma função natural do corpo (sim ou não).

Problemas relacionados: registro de problemas relacionados à integridade física do paciente (sim ou não).

m) Integridade cutâneo-mucosa (variável qualitativa nominal): informações relatadas e observadas sobre a integridade da pele e das mucosas do paciente.

Pele: registro das condições em que se apresenta a pele do paciente (sim ou não).

Couro cabeludo: registro das condições em que se apresenta o couro cabeludo do paciente, região que recobre o crânio encobertos pelos cabelos (sim ou não).

Ouvidos: registro do estado em que se apresenta o ouvido do paciente (sim ou não).

Olhos e pálpebras: registro da integridade dos olhos e das pálpebras do paciente (sim ou não).

Boca: registro das condições em que se apresenta a boca do paciente (sim ou não).

Nariz: registro das condições em que se apresenta o nariz do paciente (sim ou não).

Língua: registro do estado da língua do paciente (sim ou não).

Dentes: registro do estado dos dentes do paciente (sim ou não).

Garganta: registro do estado em que se apresenta a garganta do paciente (sim ou não).

Abdome: registro da integridade cutâneo-mucosa em que se apresenta o abdome do paciente (sim ou não).

Genitália: registro do estado da genitália, conjunto dos órgãos genitais do paciente (sim ou não).

Ânus: registro do estado do ânus do paciente (sim ou não).

n) Cuidado corporal (variável qualitativa nominal): informações sobre os hábitos de higiene, asseio, assepsia que promovem o conforto e a conservação do bem-estar e saúde do paciente (POTTER; PERRY, 2017).

Higiene das unhas: registro das condições de higiene das unhas (sim ou não).

Higiene corporal: registro das condições de higiene em que se apresenta o corpo do paciente (sim ou não).

Higiene oral: registro das condições de higiene da cavidade oral (sim ou não).

Higiene com/sem auxílio: registro da necessidade ou não do paciente para realizar sua higiene corporal (sim ou não).

o) Regulações (variável qualitativa nominal): informações/medições que permitem determinar o estado de saúde normal de um paciente por meio de dados de referência (POTTER; PERRY, 2017).

Térmica: registro do valor da temperatura corporal do paciente (sim ou não).

Hormonal: registro do resultado da aferição do nível de glicemia no sangue (hipoglicemia/hiperglicemia) (sim ou não).

Hidroeletrolítica: registro da presença/ausência de sinais de desequilíbrio hidroeletrolítico (edema, sede, retenção de líquidos) apresentados pelo paciente (sim ou não).

Vascular: registro dos valores/características dos sinais vitais relacionados ao sistema vascular (pulso, frequência cardíaca, pressão arterial) (sim ou não).

Neurológico: registro da presença/ausência de alterações neurológicas (nível de consciência, convulsões, vertigens) (sim ou não).

Crescimento celular: registro da necessidade ou realização de tratamentos de quimioterapia e radioterapia.

p) Percepção dos órgãos dos sentidos (variável qualitativa nominal): capacidade de perceber o ambiente através dos sentidos audição, olfato, tato, paladar, visão e dor (POTTER; PERRY, 2017).

Visual: registro de alterações na acuidade visual do paciente (sim ou não).

Auditiva: registro de alterações na audição (sim ou não).

Olfativa: registro de alterações no olfato (sim ou não).

Tátil: registro de alterações do tato (sim ou não).

Gustativa: registro de alterações no paladar (sim ou não).

Dolorosa: registro da presença de relato do paciente sobre a dor (sim ou não).

q) Terapêutica (variável qualitativa nominal): informações sobre o meio utilizado para o tratamento de determinada doença (POTTER; PERRY, 2017).

Condições dos músculos para terapia: registro da condição muscular do paciente para a terapia intramuscular (sim ou não).

Condições da rede venosa: registro da condição da rede venosa do paciente para a terapia endovenosa (sim ou não).

Terapêutica específica: registro da necessidade do paciente de uma terapia específica (sim ou não).

Fluidoterapia: registro da necessidade do paciente por fluidoterapia (sim ou não).

Dispositivos: registro da presença de dispositivos para realização da terapêutica.

Drogas: registros dos medicamentos da terapêutica (sim ou não).

r) Sexualidade (variável qualitativa nominal): informações sobre a expressão e desejo sexual do paciente (POTTER; PERRY, 2017).

Problemas com os órgãos genitais: registro de problemas relacionados aos órgão genitais (sim ou não).

Problemas com a vida sexual: registro de problemas relacionados a vida sexual do paciente (sim ou não).

Uso de preservativo/contraceptivo: registro de que o paciente faz uso de preservativo/contraceptivo (sim ou não).

s) Segurança a física/meio ambiente (variável qualitativa nominal): informações sobre a necessidade de ações em relação ao meio ambiente, para reduzir perigos físicos e de transmissão de patógenos (POTTER; PERRY, 2017).

Necessidade de prevenção de quedas: registro da necessidade de precauções para evitar quedas (sim ou não).

Necessidade de isolamento: registro da necessidade de isolamento, medidas para a prevenção da transmissão de agentes infecciosos através de contato direto ou indireto com o paciente ou ambiente (sim ou não).

Necessidade de prevenção de fugas: registro da necessidade de medidas para prevenir fuga do paciente (sim ou não).

t) Necessidades psicossociais/educação/espirituais (variável qualitativa nominal): informações psicossociais, espirituais e de educação coletadas por meio do relato e/ou observação do paciente (POTTER; PERRY, 2017).

Segurança emocional: registro das características do estado emocional do paciente (sim ou não).

Gregária: registro das relações familiares/sociais e da rede de apoio do paciente (sim ou não).

Educação para saúde: registro da necessidade de ações em educação em saúde (sim ou não).

Religião: registro das crenças ou práticas espirituais do paciente (sim ou não).

u) Diagnóstico de enfermagem (variável qualitativa nominal): etapa do processo de enfermagem onde o enfermeiro diagnostica os riscos, as manifestações das doenças, bem como as necessidades dos indivíduos (COFEN, 2009).

Diagnósticos prioritários: os diagnósticos de enfermagem registrados são prioritários em relação a atual condição de saúde do paciente (sim ou não).

Diagnósticos sustentados por dados subjetivos: os diagnósticos de enfermagem registrados são sustentado por dados subjetivos (sim ou não, não localizado).

Diagnósticos sustentados por dados objetivos: os diagnósticos registrados são sustentados por dados objetivos.

v) Prescrição de enfermagem (variável qualitativa nominal): é o conjunto de medidas decididas pelo Enfermeiro, que direciona e coordena a assistência de Enfermagem ao paciente de forma individualizada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde. (COFEN, 2009)

Relacionada com a evolução: a prescrição de enfermagem do dia está em conformidade com as necessidades do paciente (sim ou não).

Adequadas em relação ao diagnóstico: a prescrição de enfermagem do dia está apropriada em relação aos diagnósticos de enfermagem do paciente (sim ou não).

4.4.2 Avaliação de enfermagem

a) Evolução de enfermagem (variável qualitativa nominal): é o registro realizado pelo Enfermeiro após a avaliação do estado geral do paciente, onde deve constar os novos problemas identificados, os resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas próximas 24 horas (COFEN, 2009).

Família, amigos ou responsáveis: registro do relato do paciente sobre familiares, amigos ou responsáveis (sim ou não).

Rotina durante a hospitalização: registro do relato do paciente sobre sua rotina durante o período de internação hospitalar (sim ou não).

Como se sente no momento: registro do relato do paciente de como está se sentindo no momento (sim ou não).

Dor e demais queixas: registro das queixas, dor e/ou desconforto do paciente (sim ou não).

Relato do paciente sobre ele mesmo: registro do paciente sobre ele mesmo, o que observa e/ou acredita estar vivenciando (sim ou não).

Registro céfalo-podálico: os dados objetivos foram registrados respeitando a ordem céfalo-podálico (sim ou não).

Observações clínicas prioritárias: foram registrados observações clínicas prioritárias conforme a situação de saúde atual do paciente (sim ou não).

Data dos dispositivos: foram registrados a data de implantação e necessidade de troca dos dispositivos (sonda, cateter, equipo, etc) (sim ou não).

Sinais vitais das 24 horas: registro dos sinais vitais do paciente das últimas 24 horas (sim ou não).

Volume das perdas nas última 24 horas: registro das perdas (drenagens, balanço hídrico), quando há necessidade, das últimas 24 horas (sim ou não).

Características das perdas: registro das características das perdas nas últimas 24 horas (sim ou não).

Execução de cuidados: registro da execução de cuidados de enfermagem (sim ou não).

Orientações: registro de orientações realizadas ao paciente (sim ou não).

Resposta do paciente à uma conduta: registro da avaliação em relação à uma conduta/cuidado realizado anteriormente pela equipe (sim ou não).

Razões para manter, mudar ou abandonar uma conduta: registra razões pelas quais deve manter/mudar/abandonar uma conduta adotada pelo enfermeiro devido a mudança da situação de saúde do paciente (sim ou não).

Análise prioritária: registra a avaliação das necessidades prioritárias do paciente levando em consideração sua situação atual de saúde (sim ou não).

Escala de Morse: registro da aplicação da escala de Morse, escala para a avaliação do risco de quedas do paciente (sim ou não) (OLIVEIRA, 2016).

Escala de Braden: registro da aplicação da escala de Braden, escala para a avaliação do risco do paciente de desenvolver lesão por pressão (sim ou não) (OLIVEIRA, 2016).

Cuidados previstos de forma global: registra as necessidades de cuidados previstos de forma global (sim ou não).

Cuidados continuados: registra as necessidades de cuidados continuados diante de transferência e alta do paciente (sim ou não).

Conforme prescrição: o registro do plano contém apenas a informação que os planos constam na prescrição de enfermagem (sim ou não).

b) Diagnóstico de enfermagem (variável qualitativa nominal): etapa do processo de enfermagem onde o enfermeiro diagnostica os riscos, as manifestações das doenças, bem como as necessidades dos indivíduos (COFEN, 2009).

Diagnósticos Prioritários: os diagnósticos de enfermagem registrados são prioritários em relação a atual condição de saúde do paciente (sim ou não).

Diagnósticos Sustentados por dados subjetivos e objetivos: os diagnósticos de enfermagem são sustentado por dados subjetivos e objetivos (sim ou não, não localizado).

4.4.3 Quantitativo de evoluções e prescrições de enfermagem

a) Quantitativo de evoluções e prescrições de enfermagem: referente ao número de evoluções e prescrições de enfermagem durante o período de internação do paciente.

Evolução de enfermagem diária: existência de uma evolução de enfermagem diária durante o período de internação do paciente (sim ou não).

Número de evoluções de enfermagem faltantes: número de evoluções de enfermagem faltantes referente ao período de internação do paciente.

Evolução assinada: todas as evoluções de enfermagem possuem assinatura do profissional enfermeiro (sim ou não).

Número de evoluções de enfermagem sem assinatura: número de evoluções de enfermagem sem a assinatura do enfermeiro.

Evolução carimbada: todas as evoluções de enfermagem possuem o carimbo com o número de registro do COREN do enfermeiro responsável por sua elaboração (sim ou não).

Número de evoluções de enfermagem sem carimbo: número de evoluções de enfermagem sem o carimbo do enfermeiro.

Prescrição diária existência de uma prescrição de enfermagem diária durante o período de internação do paciente (sim ou não).

Número de prescrições de enfermagem faltantes: número de prescrições faltantes em relação ao período de internação do paciente.

Prescrição assinada: as prescrições de enfermagem possuem assinatura do enfermeiro responsável por sua elaboração (sim ou não).

Número de prescrições de enfermagem sem assinatura: número de prescrições sem a assinatura do enfermeiro.

Prescrição carimbada: as prescrições de enfermagem possuem carimbo com o número de registro do COREN do profissional (sim ou não).

Número de prescrições de enfermagem sem carimbo: número de prescrições sem o carimbo do enfermeiro.

4.5 Amostra/população do estudo

Este estudo trabalhou com a totalidade de dados fornecidos pela COPE no formato de relatórios. O relatório emitido continha dados dos registros de enfermagem de 150 prontuários.

A equipe da COPE utilizou como critérios de inclusão para a auditoria dos registros de enfermagem, analisar prontuários de pacientes com período mínimo de 48 horas de internação. Como critério de exclusão do presente estudo: registros incompletos, com ausência de qualquer uma das informações previstas no instrumento (apêndice A).

4.6 Análise dos dados

Os resultados obtidos foram descritos em planilha eletrônica do programa Microsoft Excel, analisados e transformados em dados estatísticos. Para a análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva e foram apresentados na forma de número absoluto e relativo, considerando a proporção/%, média, mediana e desvio-padrão, a partir do uso do software SPSS versão 21.0 *for Windows*.

4.7 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa deste estudo foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e aprovado pelo parecer de número 3.911.375, sendo guiado pela Resolução nº 416/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõem sobre a pesquisa com seres humanos. A ausência de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido justifica-se por se tratar de um estudo que utilizou dados secundários.

Esta pesquisa não gerou riscos de natureza física e psicoemocional, pois não envolveu seres humanos de forma direta e não utilizou nenhum tipo de dados de identificação. Como

benefícios desta pesquisa, ressalta-se o aprimoramento e conhecimento sobre os registros de enfermagem, importantes para garantir a qualidade da assistência, continuidade do cuidado e reconhecimento profissional.

5. RESULTADOS

Conforme estabelecido pelo Colegiado do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, os resultados e discussão do referido trabalho são apresentados em forma de manuscrito, de acordo com a Resolução do CNE/CES nº 3. O presente artigo foi intitulado de “Auditoria dos registros de enfermagem como ferramenta para qualificação da assistência hospitalar”.

5.1 Manuscrito

TÍTULO: Auditoria dos registros de enfermagem como ferramenta para qualificação da assistência hospitalar

RESUMO: Objetivo: analisar os registros de enfermagem das unidades de internação médica e cirúrgica de um Hospital de Universitário do Sul do Brasil, por meio do instrumento de auditoria institucional. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo do tipo transversal com análise de dados secundários. O estudo trabalhou com dados dos registros de enfermagem de 150 prontuários de pacientes internados a pelo menos 48 horas. **Resultados:** eferente à elaboração do histórico de enfermagem 86,0% foram elaborados nas primeiras 24hs de internação. Quanto ao registro de dados de identificação 14,7% dos históricos de enfermagem não possuíam mais do que um dado de identificação do paciente. Em 98,7% dos registros foram utilizadas terminologias reconhecidas na área da saúde na elaboração dos históricos de enfermagem. Nos registros referentes à integridade cutâneo-mucosa, 92,0% registram informações sobre a integridade da pele, porém os demais registros como a integridade do couro cabeludo, ouvidos, olhos e pálpebras, boca, nariz, língua, dentes, garganta, abdome, órgãos genitais e ânus, apresentaram um percentual que variou de 0,7 a 8%. A análise da totalidade dos prontuários apontou que em 43,3% não foram localizados o registro do diagnóstico de enfermagem. Em relação à identificação do profissional ao final do histórico de enfermagem, 73,3% do total apresentou identificação completa. Quanto ao quantitativo de evoluções de enfermagem 78% do total não continha uma evolução de enfermagem para cada 24 horas de internação do paciente, e destas apenas 46,0% das evoluções estavam devidamente assinadas e carimbadas. Das prescrições de enfermagem, 82,6% apresentaram ausência de checagem de horários. **Conclusão:** a auditoria de enfermagem tem potencial de caracterização e de aperfeiçoamento dos registros de enfermagem. Diante dos resultados obtidos, destaca-se que os registros de enfermagem atendem parcialmente as recomendações do COFEN. Como limitação, destaca-se que não foram investigados os fatores que atuam como dificultadores da realização de registros qualidade.

Palavras-chave: Auditoria em enfermagem. Registros de enfermagem. Assistência de enfermagem.

INTRODUÇÃO

Com origem do Latim *Audire*, a palavra auditoria significa ouvir. Na língua inglesa, o termo *Audit* significa examinar, corrigir e certificar (SILVA *et al.*, 2019). Mesmo com surgimento na área da contabilidade, a auditoria é uma ferramenta bastante utilizada por diversas áreas profissionais que permite avaliar a qualidade dos serviços. Para a realização da auditoria utilizam-se informações oriundas dos registros do processo de trabalho qualificando desde o registro até os fluxos realizados na instituição. Na auditoria em enfermagem, as informações utilizadas são coletadas do prontuário do paciente, são os registros pertinentes ao processo de cuidar, o que permite também avaliar a qualidade da assistência prestada. Assim, a auditoria é definida como uma avaliação sistemática dos processos de trabalho e seus resultados, baseados em critérios legais, éticos e técnicos estabelecidos pela instituição ou pelo órgão regulamentador da classe que buscam a qualidade da assistência de enfermagem (SILVA, *et al* 2019).

A enfermagem está envolvida nos cuidados ao paciente 24 horas por dia e é responsável por mais da metade dos registros em prontuário (FERRIRA *et al*, 2020). Os registros de enfermagem gerados no atendimento são uma forma de comunicação eficiente entre a equipe de saúde, por meio destes que os profissionais tomam conhecimento dos procedimentos realizados e condutas adotadas pelo enfermeiro, fornecendo informações clínicas essenciais para o planejamento e continuidade do cuidado prestado (COFEN, 2016; BOSCO; SANTIAGO; MARTINS, 2019). Além disso, os registros de enfermagem facilitam a tomada de decisão do enfermeiro em relação às condutas adotadas durante a assistência prestada e também auxiliam o setor administrativo da instituição fornecendo dados estatísticos e de custos (CANDIDO; CUNHA; MUNHOZ, 2018).

Desde o século XIX, Florence Nightingale já considerava os registros com informações referentes aos doentes de grande relevância para assegurar a continuidade do cuidado (CANDIDO; CUNHA; MUNHOZ, 2018). Também é evidente a importância dos registros de enfermagem para a visibilidade da atuação do enfermeiro, pois eles refletem a qualidade dos cuidados prestados e servem como respaldo legal para os profissionais (FIGUEIREDO *et al.*, 2019). Desta forma, os registros de enfermagem quando escritos de maneira clara, objetiva, sem rasuras e respeitando a ordem cronológica dos acontecimentos, favorecem o planejamento das ações e a consolidação do Processo de Enfermagem (SILVA *et al.*, 2016).

Visto a relevância dos registros de enfermagem para a qualidade da assistência, para o respaldo legal dos profissionais e visibilidade da profissão, o COFEN por meio da Resolução nº 514/2016 aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de orientar os profissionais no aperfeiçoamento de uma atividade exclusiva e exigida no seu exercício profissional (COFEN, 2016).

Nesse contexto, a auditoria dos registros de enfermagem é primordial não somente para identificar as fragilidades no processo de trabalho, mas, sobretudo, para propor soluções e direcionar treinamentos aos profissionais (GUISANDE et al., 2019).

Considerando que, dentre as instituições hospitalares, os hospitais universitários possuem maior interação com profissionais em formação e que este possa ser um elemento de estímulo à qualificação dos registros de enfermagem, questiona-se: como estão os registros de enfermagem em um hospital universitário do Sul do Brasil?

Diante do exposto, este estudo tem por objetivo analisar os registros de enfermagem das unidades de internação médica e cirúrgica de um Hospital de Universitário do Sul do Brasil, por meio do instrumento de auditoria institucional.

MÉTODOS

Estudo de abordagem quantitativa, do tipo transversal com análise de dados secundários oriundos das unidades de clínica médica e cirúrgica de um hospital universitário do Sul do Brasil.

Os dados utilizados foram disponibilizados pela Comissão Permanente de Processo de Enfermagem – COPE, por meio de relatórios com informações sobre os registros de enfermagem de 150 prontuários de pacientes internados pelo período mínimo de 48 horas, nos meses de julho de 2019 a março de 2020. Foram excluídos do estudo registros incompletos.

Os dados consultados foram classificados em variáveis que abarcam a avaliação inicial do paciente; avaliação de enfermagem; e quantitativo de evoluções e prescrições de enfermagem. Posteriormente foram descritos em planilha eletrônica, e para sua análise utilizou-se a estatística descritiva.

O projeto de pesquisa deste estudo foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sendo guiado pela Resolução nº 416/12 do Conselho Nacional de Saúde.

	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Elaboração do histórico aconteceu nas primeiras 24 horas de internação	35 (89,7)	33 (82,5)	6 (85,7)	129 (86,0)	46 (85,2)	129 (86,0)	21 (14,0)
Registro de dados de identificação	36 (92,3)	31 (77,5)	5 (71,4)	128 (85,3)	49 (90,7)	128 (85,3)	22 (14,7)
O histórico possui registro legível, sem rasuras e grandes lacunas/espacos entre as palavras	37 (94,9)	37 (92,5)	6 (85,7)	137 (91,3)	48 (88,9)	137 (91,3)	13 (8,7)
Registros de informações demográficas	36 (92,3)	39 (97,5)	6 (85,7)	125 (83,3)	34 (63,0)	125 (83,3)	25 (16,7)
Possui registro de acompanhante	30 (76,9)	37 (92,5)	2 (28,6)	125 (83,3)	51 (94,4)	125 (83,3)	25 (16,7)
Possui registro para precaução padrão no atendimento	38 (97,4)	38 (95,0)	5 (71,4)	134 (89,3)	48 (88,9)	134 (89,3)	16 (10,7)
Foram utilizadas terminologias reconhecidas na área	39 (100)	40 (100)	6 (85,7)	148 (98,7)	53 (98,1)	148 (98,7)	2 (1,3)
Possui registro de queixas, medos, preocupações do paciente	5 (12,8)	3 (7,5)	3 (42,9)	16 (10,7)	-	16 (10,7)	134 (89,3)
Possui registro dos hábitos e vícios do paciente	38 (97,4)	39 (97,5)	5 (71,4)	134 (89,3)	44 (81,5)	134 (89,3)	16 (10,7)
Registro do conhecimento sobre sua doença	23 (59,0)	20 (50,0)	6 (85,7)	58 (38,7)	1 (1,9)	58 (38,7)	92 (61,3)
Registro de internações anteriores	37 (94,9)	40 (100)	7 (100)	135 (90,0)	42 (77,8)	135 (90,0)	15 (10,0)

Fonte: COPE, Florianópolis, 2020.

Os dados apresentados no tabela 1 demonstram que de forma geral, em todas as clínicas prioriza-se a elaboração do histórico de enfermagem nas primeiras 24 horas de internação, visto que representam 86,0% (n= 129) do total. Isto também é válido no que tange a presença de registro legível, sem rasuras e grandes lacunas/espacos entre as palavras, que representam 91,3% (n= 137) do total.

Em relação ao registro de dados de identificação destaca-se o preenchimento deste dado em uma das clínicas (A). Por tratar-se de uma informação relevante para organização do cuidado, entende-se que as demais clínicas necessitam atentar para tal registro. Os dados de identificação do paciente são de extrema importância para evitar iatrogenias relacionadas à realização de procedimentos e administração de medicamentos, este registro deve ser melhorado, uma vez que 14,7% (n= 22) do total não registram no histórico mais do que um dado de identificação dos pacientes.

O registro para precaução padrão no atendimento destacou-se nas clínicas A (97,4%) e B (95%). Levando em consideração que este registro é imprescindível principalmente na clínica C, por se tratar de uma unidade parcialmente destinada a pacientes com necessidade de isolamento e que 28,6% dos históricos de enfermagem avaliados não possuíam este registro, destaca-se a necessidade de aprimoramento deste quesito.

Quanto ao uso de terminologias reconhecidas na área da saúde na elaboração dos históricos de enfermagem, 98,7% dos profissionais cumpriram este quesito, o que é de grande importância para evitar erros e diferentes interpretações que podem prejudicar o processo de comunicação, bem como gerar riscos ao paciente.

O registro das queixas, medos e preocupação do paciente foi baixo em todas as clínicas, apenas 10,7% do total dos históricos possuíam este registro. O mesmo foi observado em relação ao registro do conhecimento sobre sua doença (38,7%). Já os registros dos hábitos e vícios do paciente tiveram aderência de 89,3%. Em relação às internações anteriores o registro foi satisfatório (90%).

O tabela 2 mostra informações referentes à entrevista e exame físico do paciente presente no histórico de enfermagem. As informações referentes à unidade E são oriundas dos prontuários de pacientes que tiveram sua admissão na unidade E e posteriormente foram transferidos para uma das clínicas médica ou cirúrgica (A, B, C e D).

Tabela 2 – Informações da anamnese e exame físico presentes no histórico de enfermagem, segundo a clínica de admissão (n= 150). Florianópolis, 2020

Variáveis	A	B	C	D	E	Total	
	Sim n(%)	Sim n(%)	Sim n(%)	Sim n(%)	Sim n(%)	Sim n(%)	Não n(%)
Oxigenação							
Registro do padrão respiratório	39 (100)	39 (97,5)	5 (71,4)	5 (50,0)	54 (100)	142 (94,7)	8 (5,3)
Ventilação espontânea/ Dispositivos	20 (51,3)	17 (42,5)	1 (14,3)	2 (20,0)	18 (33,3)	58 (38,7)	92 (61,3)
Registro de alterações	35 (89,7)	29 (72,5)	6 (85,7)	4 (40,0)	40 (74,1)	114 (76,0)	36 (24,0)
Hidratação							
Registro da condição do paciente na internação	35 (89,7)	38 (95,0)	-	-	51 (94,4)	124 (82,7)	26 (17,3)
Registro da preferência do paciente	12 (30,8)	6 (15,0)	5 (71,4)	5 (50,0)	-	28 (18,7)	122 (81,3)
Registro do volume	14 (35,9)	11 (27,5)	7 (100)	8 (80,0)	-	40 (26,7)	110 (73,3)
Registro da frequência	1 (2,6)	-	-	1 (10,0)	-	2 (1,3)	148 (98,7)
Alimentação							

Variáveis	A	B	C	D	E	Total	
	Sim n(%)	Sim n(%)	Sim n(%)	Sim n(%)	Sim n(%)	Sim n(%)	Não n(%)
Registro da via (VO, via sonda)	32 (82,1)	33 (82,5)	2 (28,6)	3 (30,0)	49 (90,7)	119 (79,3)	31 (20,7)
Registro do apetite	2 (5,1)	1 (2,5)	-	3 (30,0)	-	6 (4,0)	144 (96,0)
Registro de intolerância	-	-	1 (14,3)	1 (10,0)	1 (1,9)	3 (2,0)	147 (98,0)
Registro dos hábitos alimentares	19 (48,7)	15 (37,5)	4 (57,1)	6 (60,0)	3 (5,6)	47 (31,3)	103 (68,7)
Deglutição e digestão	1 (2,6)	4 (10,0)	2 (28,6)	2 (20,0)	-	9 (6,0)	141 (94,0)
Dependência para a alimentação	-	-	-	-	3 (5,6)	3 (2,0)	147 (98,0)
Alimentação durante o período de internação	3 (7,7)	4 (10,0)	-	-	12 (22,2)	19 (12,7)	131 (87,3)
Eliminação intestinal							
Controle de esfíncter	30 (76,9)	20 (50,0)	2 (28,6)	4 (40,0)	38 (70,4)	94 (62,7)	56 (37,3)
Presença de dispositivos	2 (5,1)	1 (2,5)	1 (14,3)	-	2 (3,7)	6 (4,0)	144 (96,0)
Frequência	18 (46,2)	26 (65,0)	5 (71,4)	7 (70,0)	6 (11,1)	62 (41,3)	88 (58,7)
Quantidade	-	1 (2,5)	-	-	-	1 (0,7)	149 (99,3)
Cor	7 (17,9)	3 (7,5)	-	1 (10,0)	1 (1,9)	12 (8,0)	138 (92,0)
Odor	-	-	-	1 (10,0)	-	1 (0,7)	149 (99,3)
Consistência	6 (15,4)	9 (22,5)	-	3 (30,0)	3 (5,7)	21 (14)	129 (86)
Presença de dor	-	-	-	-	-	-	150
Eliminação vesical							
Espontânea	37 (94,9)	34 (85,0)	2 (28,6)	5 (50,0)	48 (88,9)	126 (84,0)	24 (16,0)
Presença de dispositivos	2 (5,1)	4 (10,0)	1 (14,3)	2 (20,0)	14 (25,9)	23 (15,3)	127 (84,7)
Frequência	1 (2,6)	1 (2,5)	2 (28,6)	1 (10,0)	-	5 (3,3)	145 (96,7)
Quantidade	-	-	-	-	-	-	150
Cor	21 (53,8)	10 (25,0)	-	2 (20,0)	-	33 (22,0)	117 (78,0)
Odor	-	1 (2,5)	-	1 (10,0)	-	2 (1,3)	148 (98,7)
Aspecto	-	-	-	-	-	-	150
Presença de dor	-	1 (2,5)	-	1 (10,0)	-	2 (1,3)	148 (98,7)

Fonte: COPE, Florianópolis, 2020.

VARIÁVEIS	A		B		C		D		E		TOTAL		
	Sim n(%)	NA n(%)	Sim n(%)	NA n(%)	Sim n(%)	NA n(%)	Sim n(%)	NA n(%)	Sim n(%)	NA n(%)	Sim n(%)	Não n(%)	NA n(%)
Perdas ginecológicas													
Registro presente	2 (5,0)	25 (64,0)	6 (15,0)	21 (52,5)	2 (28,6)	2 (28,6)	2 (20,0)	4 (40,0)	-	24 (44,4)	12 (8,0)	62 (41,3)	76 (50,7)
Drenagem (gástrica, biliar, torácicas, fistulas, de lesões, etc.)													
Volume	11 (28,2)	-	17 (42,5)	-	3 (42,9)	-	7 (70,0)	-	47 (87,0)	-	85 (56,7)	65 (43,3)	-
Cor	-	12 (30,8)	-	17 (42,5)	-	3 (42,9)	-	7 (70,0)	1 (1,9)	47 (87,0)	1 (0,7)	63 (42,0)	86 (57,3)
Odor	12 (30,8)	-	17 (42,5)	-	3 (42,9)	-	7 (70,0)	-	47 (87,0)	-	86 (57,3)	64 (42,7)	-
Consistência	12 (30,8)	-	17 (42,5)	-	3 (42,9)	-	7 (70,0)	-	47 (87,0)	-	86 (57,3)	64 (42,7)	-
Composição	12 (30,8)	-	17 (42,5)	-	3 (42,9)	-	7 (70,0)	-	47 (87,0)	-	86 (57,3)	64 (42,7)	-
Sistema de drenagem	12 (30,8)	-	17 (42,5)	-	3 (42,9)	-	7 (70,0)	-	47 (87,0)	-	86 (57,3)	64 (42,7)	-
Vômitos/ regurgitação													
Cuidados específicos	1 2,6	12 (30,8)	-	17 (42,5)	-	3 (42,9)	-	7 (70,0)	-	47 (87,0)	1 (0,7)	63 (42,0)	86 (57,3)
Quantidade	8 (20,5)	-	19 (47,5)	-	2 (28,6)	-	7 (70,0)	-	41 (75,9)	-	77 (51,3)	73 (48,7)	-
Frequência	1 (2,6)	8 (20,5)	-	19 (47,5)	-	2 (28,6)	-	7 (70,0)	1 (1,9)	41 (75,9)	2 (1,3)	71 (47,3)	77 (51,3)
Cor	8 (20,5)	-	19 (47,5)	-	2 (28,6)	-	7 (70,0)	-	41 (75,9)	-	77 (51,3)	73 (48,7)	-
Odor	8 (20,5)	-	19 (47,5)	-	2 (28,6)	-	7 (70,0)	-	41 (75,9)	-	77 (51,3)	73 (48,7)	-
Composição	8 (20,5)	-	19 (47,5)	-	2 (28,6)	-	7 (70,0)	-	41 (75,9)	-	77 (51,3)	73 (48,7)	-
Ocasão em que ocorrem	2 (5,1)	8 (20,5)	-	19 (47,5)	-	2 (28,6)	1 (10,0)	6 (60,0)	-	41 (75,9)	3 (2,0)	71 (47,3)	76 (50,7)
Sono e repouso													

VARIÁVEIS	A		B		C		D		E		TOTAL		
	Sim n(%)	NA n(%)	Sim n(%)	NA n(%)	Sim n(%)	NA n(%)	Sim n(%)	NA n(%)	Sim n(%)	NA n(%)	Sim n(%)	Não n(%)	NA n(%)
Características	32 (82,1)	-	26 (65,0)	-	4 (57,1)	-	9 (90,0)	-	46 (85,2)	-	117 (78,0)	33 (22,0)	-
Hábitos relacionados	2 (5,1)	-	10 (25,0)	-	1 (14,3)	-	1 (10,0)	-	1 (1,9)	-	15 (10,0)	135 (90,0)	-
Dificuldades	5 (12,8)	-	9 (22,5)	-	1 (14,3)	-	4 (40,0)	-	-	-	19 (12,7)	131 (87,3)	-
Atividade física													
Atividades praticadas	34 (87,2)	-	37 (92,5)	-	6 (85,7)	-	9 (90,0)	-	35 (64,8)	-	121 (80,6)	29 (19,4)	-
Problemas que dificultam	-	-	-	-	1 (14,3)	-	1 (10,0)	-	4 (7,4)	-	6 (4,0)	144 (96,0)	-
Alterações decorrentes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	150 (100)	-
Locomoção/ motilidade													
Deambula com ou sem auxílio	36 (92,3)	-	36 (90,0)	-	7 (100)	-	8 (80,0)	-	50 (92,6)	-	137 (91,3)	13 (8,7)	-
Mecânica corporal	1 (2,6)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 (0,7)	149 (99,3)	-
Postura	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	150 (100)	-
Marcha	-	-	-	-	-	-	-	-	2 (3,7)	-	2 (1,3)	148 (98,7)	-
Musculatura	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	150 (100)	-
Atividade motora	-	-	4 (10,0)	-	1 (14,3)	-	-	-	1 (1,9)	-	6 (4,0)	144 (96,0)	-
Problemas relacionados	4 (10,3)	-	4 (10,0)	-	1 (14,3)	-	4 (40,0)	-	2 (3,7)	-	15 (10,0)	135 (90,0)	-
Integridade cutâneo-mucosa													
Pele	37 (94,9)	-	38 (95,0)	-	4 (57,1)	-	9 (90,0)	-	50 (92,6)	-	138 (92,0)	12 (8,0)	-

VARIÁVEIS	A		B		C		D		E		TOTAL		
	Sim n(%)	NA n(%)	Sim n(%)	NA n(%)	Sim n(%)	NA n(%)	Sim n(%)	NA n(%)	Sim n(%)	NA n(%)	Sim n(%)	Não n(%)	NA n(%)
Couro cabeludo	-	-	1 (2,5)	-	2 (28,6)	-	4 (40,0)	-	-	-	7 (4,7)	143 (95,3)	-
Ouvidos	-	-	1 (2,5)	-	-	-	3 (30,0)	-	-	-	4 (2,7)	146 (97,3)	-
Olhos e pálpebras	-	-	1 (2,5)	-	-	-	5 (50,0)	-	1 (1,9)	-	7 (4,7)	143 (95,3)	-
Boca	-	-	1 (2,5)	-	3 (42,9)	-	8 (80,0)	-	-	-	12 (8,0)	138 (92,0)	-
Nariz	-	-	1 (2,5)	-	1 (14,3)	-	6 (60,0)	-	-	-	8 (5,3)	142 (94,7)	-
Língua	-	-	-	-	1 (14,3)	-	-	-	-	-	1 (0,7)	149 (99,3)	-
Dentes	-	-	1 (2,5)	-	-	-	3 (30,0)	-	-	-	4 (2,7)	146 (97,3)	-
Garganta	-	-	-	-	1 (14,3)	-	4 (40,0)	-	-	-	5 (3,3)	145 (96,7)	-
Abdome	-	-	2 (5,0)	-	4 (57,1)	-	6 (60,0)	-	-	-	12 (8,0)	138 (92,0)	-
Órgãos genitais	-	-	-	-	1 (14,3)	-	2 (20,0)	-	-	-	3 (2,0)	147 (98,0)	-
Ânus	2 (5,1)	-	-	-	1 (14,3)	-	4 (40,0)	-	-	-	7 (4,7)	143 (95,3)	-
Integridade física													
Amputação	2 (5,1)	6 (15,4)	2 (5,0)	1 (2,5)	-	-	-	2 (20,0)	-	4 (7,4)	4 (2,7)	133 (88,6)	13 (8,7)
Deformidade	-	7 (17,9)	1 (2,5)	3 (7,5)	-	-	-	2 (20,0)	-	4 (7,4)	1 (0,7)	133 (88,6)	16 (10,7)
Próteses	12 (30,8)	3 (7,7)	3 (7,5)	2 (5,0)	-	-	1 (10,0)	1 (10,0)	-	4 (7,4)	16 (10,7)	124 (82,7)	10 (6,7)
Problemas relacionados	-	7 (17,9)	-	3 (7,5)	-	-	2 (20,0)	2 (20,0)	1 (1,9)	3 (5,6)	3 (2,0)	132 (88,0)	15 (10,0)
Cuidado corporal													

VARIÁVEIS	A		B		C		D		E		TOTAL		
	Sim n(%)	NA n(%)	Sim n(%)	NA n(%)	Sim n(%)	NA n(%)	Sim n(%)	NA n(%)	Sim n(%)	NA n(%)	Sim n(%)	Não n(%)	NA n(%)
Higiene das unhas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	150 (100)	-
Higiene corporal	38 (97,4)	-	38 (95,0)	-	7 (100)	-	9 (90,0)	-	10 (18,5)	-	102 (68,0)	48 (32,0)	-
Higiene oral	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	150 (100)	-
Com ou sem auxílio	2 (5,1)	-	1 (2,5)	-	-	-	-	-	42 (77,8)	-	45 (30)	105 (70)	-
Regulações													
Térmica	32 (82,1)	-	23 (57,5)	-	6 (85,7)	-	6 (60,0)	-	43 (79,6)	-	110 (73,3)	39 (26,7)	-
Hormonal	3 (7,7)	-	1 (2,5)	-	-	-	-	-	8 (14,8)	-	12 (8,0)	138 (92,0)	-
Neurológica	38 (97,4)	-	39 (97,5)	-	1 (14,3)	-	5 (50,0)	-	53 (98,1)	-	136 (90,7)	14 (9,3)	-
Hidroeletrolítica	2 (5,1)	-	4 (10,0)	-	-	-	2 (20,0)	-	28 (51,9)	-	36 (24,0)	114 (76,0)	-
Vascular	32 (82,1)	-	25 (62,5)	-	6 (85,7)	-	5 (50,0)	-	47 (87,0)	-	115 (76,7)	35 (23,3)	-
Crescimento celular	4 (10,3)	-	4 (10,0)	-	2 (28,6)	-	2 (20,0)	-	46 (85,2)	-	58 (38,7)	92 (61,3)	-
Percepção dos órgãos e sentidos													
Visual	19 (48,7)	-	15 (37,5)	-	2 (28,6)	-	7 (70,0)	-	13 (24,1)	-	56 (37,3)	94 (62,7)	-
Auditiva	7 (17,9)	-	7 (17,5)	-	1 (14,3)	-	3 (30,0)	-	13 (24,1)	-	31 (20,7)	119 (79,3)	-
Olfativa	-	-	-	-	-	-	1 (10,0)	-	12 (22,2)	-	13 (8,7)	137 (91,3)	-
Dolorosa	4 (10,3)	-	14 (35,0)	-	-	-	2 (20,0)	-	14 (25,9)	-	34 (22,7)	116 (77,3)	-
Gustativa	-	-	-	-	-	-	1 (10,0)	-	9 (16,7)	-	10 (6,7)	140 (93,3)	-

VARIÁVEIS	A		B		C		D		E		TOTAL		
	Sim n(%)	NA n(%)	Sim n(%)	NA n(%)	Sim n(%)	NA n(%)	Sim n(%)	NA n(%)	Sim n(%)	NA n(%)	Sim n(%)	Não n(%)	NA n(%)
Tátil	-	-	-	-	-	-	1 (10,0)	-	9 (16,7)	-	10 (6,7)	140 (93,3)	-
Terapêutica													
Condições dos músculos para terapia IM	35 (89,7)	-	38 (95,0)	-	2 (28,6)	-	5 (50,0)	-	47 (87,0)	-	127 (84,7)	23 (15,3)	-
Condições da rede venosa	34 (87,2)	-	40 (100)	-	4 (57,1)	-	7 (70,0)	-	48 (88,9)	-	133 (88,7)	17 (11,3)	-
Necessidade de terapêutica específica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	150 (100)	-
Fluidoterapia	26 (66,7)	-	10 (25,0)	-	1 (14,3)	-	-	-	48 (88,9)	-	85 (56,7)	65 (43,3)	-
Dispositivos	10 (25,6)	-	6 (15,0)	-	-	-	1 (10,0)	-	6 (11,1)	-	23 (15,3)	127 (84,7)	-
Outros tratamentos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	150 (100)	-
Drogas	-	-	-	-	-	-	1 (10,0)	-	-	-	1 (0,7)	149 (99,3)	-
Sexualidade													
Problemas com As genitais	2 (5,1)	-	-	-	-	-	1 (10,0)	-	-	-	3 (2,0)	147 (98,0)	-
Problemas com a vida sexual	-	-	-	-	-	-	1 (10,0)	-	-	-	1 (0,7)	149 (99,3)	-
Uso de preservativos/Contraceptivos	4 (10,3)	-	4 (10,0)	-	1 (14,3)	-	1 (10,0)	-	-	-	10 (6,7)	140 (93,3)	-
Segurança física/meio ambiente													
Necessidades de prevenção de quedas	38 (97,4)	-	38 (95,0)	-	3 (42,9)	-	6 (60,0)	-	52 (96,3)	-	137 (91,3)	13 (8,0)	-
Necessidades de isolamento	39 (100)	-	37 (92,5)	-	4 (51,1)	-	2 (20,0)	-	50 (92,6)	-	132 (88,0)	18 (12,0)	-
Necessidades de prevenção de fugas	36 (92,3)	-	37 (92,5)	-	2 (28,6)	-	2 (20,0)	-	51 (94,4)	-	128 (85,3)	22 (14,7)	-

VARIÁVEIS	A		B		C		D		E		TOTAL		
	Sim n(%)	NA n(%)	Sim n(%)	NA n(%)	Sim n(%)	NA n(%)	Sim n(%)	NA n(%)	Sim n(%)	NA n(%)	Sim n(%)	Não n(%)	NA n(%)
Orientações sobre o ambiente hospitalar	34 (87,2)	-	34 (85,0)	-	6 (85,7)	-	9 (90,0)	-	-	-	83 (55,3)	67 (44,7)	-
Necessidades psicossociais, educação, espirituais													
Segurança emocional, realização, comunicação	36 (92,3)	-	37 (92,5)	-	2 (28,6)	-	5 (50,0)	-	53 (98,1)	-	133 (88,7)	17 (11,3)	-
Gregária	31 (79,5)	-	37 (92,5)	-	1 (14,3)	-	5 (50,0)	-	50 (92,6)	-	124 (82,7)	26 (17,3)	-
Educação para a saúde e aprendizagem	3 (7,7)	-	2 (5,0)	-	-	-	1 (10,0)	-	-	-	6 (4,0)	144 (96,0)	-
Religiosa e ética	-	-	2 (5,0)	-	-	-	2 (20,0)	-	-	-	4 (2,7)	146 (97,3)	-

Fonte: COPE, Florianópolis, 2020

Legenda: NA = Não se aplica.

O histórico de enfermagem elaborado na admissão do paciente tem objetivo de levantar informações sobre seu atual estado de saúde, sobre seus hábitos de vidas, entre outras. Um levantamento de dados minucioso por parte do enfermeiro é extremamente importante nesta etapa do processo de enfermagem.

Dentre as variáveis que abarcam a oxigenação, destaca-se os registros do padrão respiratório (94,7%) e registro de alterações (76%). O mesmo não acontece com o registro da presença ou não de dispositivos de oxigenioterapia que representaram apenas 38,7% da totalidade.

Nas informações referentes à alimentação do paciente, observou-se que o registro mais presente foi da via de alimentação (79,3%), seguido dos hábitos alimentares (31,3%). O registro de informações sobre o apetite (4,0%), presença de intolerância alimentar (2,0%), dependência para alimentar-se (2,0%) e as características da alimentação do paciente durante o período de internação (12,7%), apresentaram um percentual baixo, embora tais informações sejam importantes para o planejamento do cuidado.

Em relação às eliminações intestinais e vesicais, os registros que se destacaram foram do controle de esfíncter (62,7%) e eliminação vesical espontânea (84,0%) que apresentaram uma percentagem maior se comparadas com as variáveis que abarcam as características das eliminações (frequência, quantidade, cor, odor, consistência, aspecto).

Nas variáveis que tratam da locomoção/motilidade, o registro que se destacou foi se o paciente deambula com ou sem auxílio, em 91,3% dos prontuários esta informação estava presente. Tal informação é importante para o cálculo de dimensionamento de profissionais para as unidades e divisão das atividades diárias da equipe de enfermagem, visto que pacientes com dificuldades e/ou incapacidade de locomoção são mais dependentes. Observou-se também um percentual muito baixo das demais variáveis atreladas a este grupo, sendo que o registro das condições da musculatura e postura do paciente estavam ausentes em 100% dos prontuários.

Nos registros referentes à integridade cutâneo-mucosa, observou-se que a maioria dos profissionais registram informações sobre a integridade da pele do paciente (92,0%) na elaboração do histórico de enfermagem. Porém os demais registros como a integridade do couro cabeludo (4,7%), ouvidos (2,7%), olhos e pálpebras (4,7%), boca (8,0%), nariz (5,3%), língua (0,7%), dentes (2,7%), garganta (3,3%), abdome (8,0%), órgãos genitais (2,0%) e ânus (4,7%) apresentaram um percentual bastante baixo em todas as unidades.

Para conhecer o estado atual de saúde do paciente é essencial que o enfermeiro realize um exame físico e registre as informações no histórico de enfermagem. Nos resultados obtidos no tabela 2, observou-se que os profissionais registram com mais frequência as regulações

térmica (73,3%), neurológica (90,7%) e vascular (76,7%). O mesmo não é observado com as regulações hormonal (8,0%), hidroeletrólítica (24,0%) e crescimento celular (38,7%), o que pode ser justificado pela especificidade dessas regulações que são verificadas se o paciente possui uma determinada patologia, como por exemplo a diabetes mellitus.

Em relação às informações sobre a terapêutica, os registros das condições dos músculos (84,7%), rede venosa (88,7%) e fluidoterapia (56,7%) se mostraram mais presentes, se comparados com os registros dos dispositivos (15,3%) e drogas (0,7%). Já os registros de terapêutica específica e outros tratamentos, estavam ausentes em 100% dos prontuários.

Os registros referentes à segurança física/meio ambiente apresentaram resultados positivos, o registro da necessidade de prevenção de quedas estava presente em 91,3% dos prontuários, o mesmo observou-se com o registro da necessidade ou não de isolamento (88,0%) e necessidade de prevenção de fugas (85,3%). Deste grupo de variáveis o registro de orientações sobre o ambiente hospitalar foi o único que apresentou uma porcentagem mais baixa (55,3%).

O tabela 3 apresenta informações sobre os registros dos diagnósticos, evolução e prescrição de enfermagem presentes no prontuário do paciente.

Tabela 3 – Registros dos diagnósticos, evolução e prescrição de enfermagem presentes no prontuário do paciente segundo a unidade avaliada (n= 150). Florianópolis, SC, Brasil, 2020

VARIÁVEIS	A			B			C			D			TOTAL			
	Sim n(%)	NA n(%)	NL n(%)	Sim n(%)	NA n(%)	NL n(%)	Sim n(%)	NA n(%)	NL n(%)	Sim n(%)	NA n(%)	NL n(%)	Sim n(%)	Não n(%)	NA n(%)	NL n(%)
Diagnóstico de enfermagem																
São prioritários	21 (50,0)	-	13 (31,0)	14 (33,3)	-	22 (52,4)	6 (27,3)	-	11 (50,0)	22 (50,0)	-	19 (43,2)	63 (42,0)	22 (14,7)	-	65 (43,3)
São sustentados por dados subjetivos e objetivos	29 (69,0)	-	13 (31,0)	20 (47,6)	-	22 (52,4)	13 (59,1)	-	9 (40,9)	25 (56,8)	-	19 (43,2)	85 (56,7)	-	-	65 (43,3)
Prescrição de enfermagem do histórico																
Apresenta relação com os problemas	26 (61,9)	-	16 (38,1)	26 (61,9)	-	16 (38,1)	20 (90,0)	-	2 (9,1)	36 (83,7)	-	6 (14,0)	108 (72,5)	2 (1,4)	-	40 (26,8)
Adequadas em relação aos diagnósticos	21 (50,0)	5 (11,9)	16 (38,1)	14 (33,3)	7 (16,7)	16 (38,1)	5 (22,7)	5 (22,7)	2 (9,1)	17 (38,6)	5 (11,4)	6 (13,6)	57 (37,9)	31 (20,7)	22 (14,7)	40 (26,7)
A checagem dos horários está correta	19 (45,2)	-	16 (38,1)	11 (26,2)	-	16 (38,1)	14 (63,6)	-	2 (9,1)	10 (22,7)	-	6 (13,6)	54 (36,0)	56 (37,3)	-	40 (26,7)
Evolução de enfermagem, em relação ao subjetivo																
Família, amigos ou responsáveis	-	-	3 (7,1)	-	-	6 (14,3)	-	-	1 (4,5)	3 (6,8)	-	8 (18,2)	3 (2,0)	129 (86,0)	-	18 (12,0)
Rotina durante a hospitalização	4 (9,5)	-	3 (7,1)	4 (9,5)	-	6 (14,3)	1 (4,5)	-	1 (4,5)	2 (4,5)	-	8 (18,2)	11 (7,3)	121 (80,7)	-	18 (12,0)
Como se sente no momento	25 (59,5)	-	3 (7,1)	17 (40,5)	-	6 (14,3)	7 (31,8)	-	1 (4,5)	8 (18,2)	-	8 (18,2)	57 (38,0)	75 (50,0)	-	18 (12,0)
Dor e demais queixas	28 (66,7)	-	3 (7,1)	26 (61,9)	-	6 (14,3)	15 (68,2)	-	1 (4,5)	27 (61,3)	-	8 (18,2)	96 (64,0)	36 (24,0)	-	18 (12,0)
Relato do paciente sobre ele mesmo, observa e/ou acredita estar vivenciando	18 (42,9)	-	3 (7,1)	9 (21,4)	-	6 (27,3)	6 (27,3)	-	1 (4,5)	10 (22,7)	-	8 (18,2)	43 (28,7)	89 (59,3)	-	18 (12,0)
Foi utilizado linguagem técnica	-	-	3 (7,1)	-	-	6 (14,3)	-	-	1 (4,5)	1 (2,3)	-	8 (18,2)	1 (0,7)	131 (87,3)	-	18 (12,0)
Evolução de enfermagem, em relação ao objetivo																

VARIÁVEIS	A			B			C			D			TOTAL			
	Sim n(%)	NA n(%)	NL n(%)	Sim n(%)	NA n(%)	NL n(%)	Sim n(%)	NA n(%)	NL n(%)	Sim n(%)	NA n(%)	NL n(%)	Sim n(%)	Não n(%)	NA n(%)	NL n(%)
Registro céfalo-podálico	39 92,9	-	3 (7,1)	36 (85,7)	-	6 (14,3)	21 (95,5)	-	1 (4,5)	35 (79,5)	-	8 (18,2)	131 (87,3)	1 (0,7)	-	18 (12,0)
Observações clínicas prioritárias	26 61,9	-	3 (7,1)	22 (52,4)	-	6 (14,3)	15 (68,2)	-	1 (4,5)	27 (61,3)	-	8 (18,2)	90 (60,0)	42 (28,0)	-	18 (12,0)
Data dos dispositivos	28 66,7	-	3 (7,1)	25 (59,5)	-	6 (14,3)	12 (54,5)	-	1 (4,5)	11 (25,0)	-	8 (18,2)	76 (50,7)	56 (37,3)	-	18 (12,0)
Sinais vitais das 24hs	36 85,7	-	3 (7,1)	9 (21,4)	-	6 (14,3)	10 (45,5)	-	1 (4,5)	2 (4,5)	-	8 (18,2)	57 (38,0)	75 (50,0)	-	18 (12,0)
Volume das perdas nas últimas 24hs	3 7,1	-	3 (7,1)	2 (4,8)	-	6 (14,3)	-	-	1 (4,5)	-	-	8 (18,2)	5 (3,3)	127 (84,7)	-	18 (12,0)
Característi-cas das perdas	8 19,0	-	3 (7,1)	11 (26,2)	-	6 (14,3)	2 (9,1)	-	1 (4,5)	2 (4,5)	-	8 (18,2)	23 (15,3)	109 (72,7)	-	18 (12,0)
Registro de execução de cuidados	10 23,8	-	3 (7,1)	4 (9,5)	-	6 (14,3)	7 (31,8)	-	1 (4,5)	7 (15,9)	-	8 (18,2)	28 (18,7)	104 (69,3)	-	18 (12,0)
Registro de orientações realizadas	-	-	3 (7,1)	3 (7,1)	-	6 (14,3)	1 (4,5)	-	1 (4,5)	1 (2,3)	-	8 (18,2)	5 (3,3)	127 (84,7)	-	18 (12,0)
Possui feridas	12 28,6	-	3 (7,1)	21 (50,0)	-	6 (14,3)	7 (31,8)	-	1 (4,5)	4 (9,1)	-	8 (18,2)	44 (29,3)	88 (58,7)	-	18 (12,0)
Característi-cas das feridas	4 9,5	27 (64,4)	3 (7,1)	11 (26,2)	15 (35,7)	6 (14,3)	6 (27,3)	14 (63,7)	1 (4,5)	1 (2,3)	32 (72,7)	8 (18,2)	22 (14,7)	22 (14,7)	88 (58,6)	18 (12,0)
Curativo	6 14,3	27 (64,3)	3 (7,1)	11 (26,2)	15 (35,7)	6 (14,3)	2 (9,1)	-	1 (4,5)	1 (2,3)	-	8 (18,2)	22 (14,7)	22 (14,7)	88 (58,6)	18 (12,0)
Cuidados com a ferida	2 4,8	27 (64,3)	3 (7,1)	1 (2,4)	15 (35,7)	6 (14,3)	1 (4,5)	-	1 (4,5)	-	-	8 (18,2)	5 (3,3)	39 (26,0)	88 (58,7)	18 (12,0)
Evolução de enfermagem, em relação a análise																
Avalia resposta do paciente em relação à conduta adotada	1 2,4	-	3 (7,1)	3 (7,1)	-	6 (14,3)	16 (72,8)	-	1 (4,5)	14 (31,8)	-	8 (18,2)	7 (4,7)	125 (83,3)	-	18 (12,0)
Registra as razões para manter, mudar ou abandonar uma conduta	17 40,5	-	3 (7,1)	5 (11,9)	-	6 (14,3)	21 (95,5)	-	1 (4,5)	26 (59,1)	-	8 (18,2)	23 (15,3)	109 (72,7)	-	18 (12,0)
Analisa as necessidades prioritárias do paciente	23 54,9	-	3 (7,1)	9 (21,4)	-	6 (14,3)	21 (95,5)	-	1 (4,5)	26 (59,1)	-	8 (18,2)	62 (41,3)	70 (46,7)	-	18 (12,0)

VARIÁVEIS	A			B			C			D			TOTAL			
	Sim n(%)	NA n(%)	NL n(%)	Sim n(%)	NA n(%)	NL n(%)	Sim n(%)	NA n(%)	NL n(%)	Sim n(%)	NA n(%)	NL n(%)	Sim n(%)	Não n(%)	NA n(%)	NL n(%)
Foi aplicada a escala de Morse	34 81,0	-	3 (7,1)	31 (73,8)	-	6 (14,3)	11 (50,0)	-	1 (4,5)	28 (63,6)	-	8 (18,2)	112 (74,7)	20 (13,3)	-	18 (12,0)
Foi aplicada escala de Braden	24 57,1	-	3 (7,1)	33 (78,6)	-	6 (14,3)	2 (9,1)	-	1 (4,5)	1 (2,3)	-	8 (18,2)	104 (69,3)	28 (18,7)	-	18 (12,0)
Em forma de diagnóstico	21 50,0	-	3 (7,1)	27 (64,3)	-	6 (14,3)	1 (4,5)	-	1 (4,5)	-	-	8 (18,2)	87 (58,0)	45 (30,0)	-	18 (12,0)
Evolução de enfermagem, em relação ao plano																
Registra os cuidados previstos de forma global	14 33,3	-	3 (7,1)	2 (4,8)	-	6 (14,3)	-	-	1 (4,5)	5 (11,4)	-	8 (18,2)	21 (14,0)	111 (74,0)	-	18 (12,0)
Diante de transferências e altas, há registro das necessidades de cuidados continuados	-	-	3 (7,1)	1 (2,4)	-	6 (14,3)	-	-	1 (4,5)	-	-	8 (18,2)	1 (0,7)	131 (87,3)	-	18 (12,0)
Conforme prescrição	25 59,6	-	3 (7,1)	32 (76,2)	-	6 (14,3)	18 (81,9)	-	1 (4,5)	30 (68,2)	-	8 (18,2)	105 (70,0)	27 (18,0)	-	18 (12,0)
Prescrição de enfermagem da evolução																
Está relacionada com a evolução do dia	32 76,2	2 (4,8)	8 (19,0)	34 (80,9)	2 (4,8)	5 (11,9)	21 (95,5)	-	-	33 (75,0)	3 (6,8)	3 (6,8)	120 (79,9)	7 (4,7)	7 (4,7)	16 (10,7)
Estão adequadas em relação aos diagnósticos	23 54,8	10 (23,8)	8 (19,0)	16 (38,1)	16 (38,1)	3 (7,1)	6 (27,3)	4 (18,2)	-	16 (36,4)	5 (11,4)	3 (6,8)	61 (40,7)	40 (26,7)	35 (23,3)	14 (9,3)

Fonte: COPE, Florianópolis, 2020

Legenda: EM = Emergência, NA = Não se aplica, NL = Não localizado.

O diagnóstico de enfermagem é uma importante etapa do processo de enfermagem que permite ao enfermeiro o julgamento clínico a partir das necessidades/problemas identificados durante a elaboração do histórico de enfermagem. Nesta variável foram considerados diagnósticos prioritários aqueles voltados às necessidades atuais do paciente que demandavam intervenções imediatas. Apesar das unidades A e D terem alcançado 50% dos registros dos diagnósticos prioritários, nota-se que uma porcentagem relevante dos registros indicavam diagnósticos não prioritários.

A análise da totalidade dos prontuários apontou que em 43,3% deles não foram localizados o impresso destinado para o diagnóstico de enfermagem. Dos diagnósticos registrados, mais da metade estavam fundamentados em dados subjetivos e objetivos (56,7%).

As evoluções de enfermagem que incluíram os registros da execução de cuidados prestados ao paciente representaram apenas 18,7% do total, embora documentar os procedimentos realizados contribua sobremaneira para a visibilidade da assistência de enfermagem.

O registro diário da avaliação do paciente permite identificar uma melhora no seu estado de saúde ou identificar novos problemas de enfermagem que necessitam de intervenções. Apenas 4,7% das evoluções verificadas possuíam registro dos resultados dos cuidados prescritos anteriormente e de novos problemas a serem abordados.

O registro das razões para manter, mudar ou abandonar uma conduta estão presentes em somente 15,3% das evoluções de enfermagem. Visto que este registro é primordial para a continuidade do cuidado constata-se a necessidade de aperfeiçoamento deste item.

Referente ao registro dos cuidados previstos de forma global, nos 150 prontuários verificados, apenas 14,0% (n = 21) apresentavam o registro.

Tabela 4 - Quantitativo de evoluções e prescrições de enfermagem (n= 150). Florianópolis, 2020

VARIÁVEIS	A	B	C	D	E	TOTAL	
	Sim n(%)	Sim n(%)	Sim n(%)	Sim n(%)	Sim n(%)	Sim n(%)	Não n(%)
Quantitativo de históricos com identificação do profissional							
O histórico possui assinatura e carimbo do profissional	32 (82,1)	21 (52,5)	4 (57,1)	110 (73,3)	47 (87,0)	110 (73,3)	40 (26,7)
Quantitativo de evoluções de enfermagem							
Existe uma evolução diária durante o período de internação	7 (16,7)	12 (28,6)	9 (40,9)	5 (11,4)	-	33 (22,0)	117 (78,0)
Estão assinadas e carimbadas	23 (54,7)	11 (26,2)	17 (77,3)	18 (40,9)	-	69 (46,0)	81 (54,0)

VARIÁVEIS	A	B	C	D	E	TOTAL	
	Sim n(%)	Sim n(%)	Sim n(%)	Sim n(%)	Sim n(%)	Sim n(%)	Não n(%)
Quantitativo de prescrições de enfermagem							
Existe uma prescrição diária durante o período de internação	7 (16,7)	14 (33,3)	10 (45,5)	6 (13,6)	-	37 (24,7)	113 (75,3)
Estão assinadas e carimbadas	21 (50,0)	19 (45,3)	7 (31,8)	5 (11,4)	-	52 (34,7)	98 (65,3)
A checagem dos horários está correta	15 (35,7)	7 (16,7)	2 (9,1)	2 (4,5)	-	26 (17,4)	124 (82,6)

Fonte: COPE, Florianópolis, 2020.

Em relação à identificação do profissional ao final do histórico de enfermagem, 73,3% do total apresentou identificação completa, o que evidencia que na maioria das clínicas os profissionais cumprem com este aspecto considerado uma exigência legal na prestação da assistência. Foram encontradas algumas situações: contendo apenas o nome e a assinatura; contendo apenas o carimbo com o nome do profissional e número de inscrição no COREN sem a assinatura; contendo a assinatura e o número do COREN registrado a caneta; contendo assinatura, nome e carimbo com o número do COREN; e nenhuma identificação. Foram considerados com identificação completa aquelas que apresentaram nome, assinatura e carimbo com o número do COREN do profissional.

Referente ao quantitativo de evoluções de enfermagem dos prontuários que foram auditados, 78% (n= 117) do total não continha uma evolução de enfermagem para cada 24 horas de internação do paciente. A prescrição de enfermagem também deve ser revisada após a avaliação do paciente, para que seja incluída ou excluída alguma intervenção de acordo com as necessidades deste. Dos registros analisados apenas 24,7% dos prontuários apresentava uma prescrição de enfermagem para cada 24 horas de internação do paciente.

Outro dado que se destaca é o percentual de apenas 46,0% de evoluções de enfermagem devidamente assinadas e carimbadas. O mesmo acontece com as prescrições de enfermagem, 65,3% não possuem os itens obrigatórios (carimbo e assinatura).

Referente às prescrições de enfermagem, a checagem é um registro primordial para a concretização do cuidado, ela garante que a equipe tome conhecimento se uma medicação foi administrada ou se um procedimento foi realizado. Observou-se que 82,6% das prescrições apresentaram ausência de checagem de horários, um dado que chama a atenção, visto que, a checagem é um fator essencial para a segurança do paciente.

O tabela 5 apresenta a média do quantitativo de evoluções e prescrições de enfermagem faltantes nos prontuários verificados.

Tabela 5 - Quantitativo de evoluções e prescrições de enfermagem faltantes por prontuário (n= 150). Florianópolis, 2020.

UNIDADE AVALIADA	Média	DP	Mínima	Máxima	Mediana
Quantitativo das evoluções de enfermagem faltantes					
A	1,7	1,4	-	6	1
B	1,4	1,2	-	4	1
C	1,8	2,2	-	8	1
D	2,4	1,8	-	10	2
Total	1,8	1,7	-	10	2
Quantitativo das evoluções de enfermagem faltando assinatura do profissional					
A	0,7	1,1	-	4	-
B	1,0	0,9	-	4	1
C	0,4	0,8	-	2	-
D	1,0	1,4	-	6	1
Total	0,8	1,1	-	6	1
Quantitativo das prescrições de enfermagem faltantes					
A	1,6	1,3	-	6	2
B	1,2	1,1	-	4	1
C	1,2	1,7	-	7	1
D	2,0	1,3	-	5	2
Total	1,6	1,4	-	7	1
Quantitativo das prescrições de enfermagem faltando assinatura do profissional					
A	0,8	1,2	-	4	1
B	1,1	1,3	-	4	1
C	1,2	1,0	-	3	1
D	2,5	2,1	-	12	2
Total	1,5	1,6	-	12	1

Fonte: COPE, Florianópolis, 2020.

Observou-se que as médias das evoluções faltantes das clínicas A e B são menores que as das clínicas C e D, sendo que o menor índice observado foi da clínica B (1,4) e o maior da clínica D (2,4). No que se refere às prescrições faltantes, a maior média apresentada também foi da clínica D (2,0).

Nas evoluções de enfermagem sem assinatura a clínica C apresentou a menor média (0,4), a maior média observou-se nas clínicas B e D (1,0). Já nas prescrições sem assinatura a clínica que apresentou a menor média foi A (0,8) e a maior foi a clínica D (2,5).

No tabela 6 são exibidas a média dos períodos sem checagem nas prescrições de enfermagem.

Tabela 6 - Quantitativo de prescrições de enfermagem, período faltando checagem por prontuário (n= 150). Florianópolis/SC, 2020.

UNIDADE AVALIADA	Média	DP	Mínima	Máxima	Mediana
Manhã					
A	0,5	0,7	-	2	0
B	0,8	1,5	-	7	1
C	2,2	1,8	-	6	2
D	1,4	1,2	-	5	1
Total	1,2	1,4	-	7	1
Tarde					
A	0,4	0,7	-	2	0
B	1,2	1,6	-	7	1
C	1,9	1,5	-	6	1
D	1,6	1,6	-	9	1
Total	1,2	1,5	-	9	1
Noite					
A	0,4	0,6	-	2	0
B	1,4	1,4	-	7	1
C	1,0	0,9	-	3	1
D	2,1	1,9	-	8	2
Total	1,3	1,5	-	8	1

Fonte: COPE, Florianópolis, 2020.

Referente à ausência de checagem das prescrições de enfermagem notou-se que nas clínicas C e D, a média da ausência de checagem nas prescrições dos turnos matutino, vespertino e noturno é maior se comparado com as clínicas A e B.

DISCUSSÃO

Faz parte das atividades diárias do enfermeiro a coleta e registro de informações, sejam elas subjetivas, às quais são passadas pelo paciente ou por um familiar, ou objetivas, provenientes da realização de um procedimento ou de um exame físico. Esses registros tem grande relevância para o planejamento do cuidado, tendo em vista que descreve a evolução do estado de saúde do paciente e são consultados por todos profissionais de saúde envolvidos no seu atendimento (GOMES *et al.*, 2020).

Com os resultados obtidos por meio deste estudo é possível constatar a incompletude dos registros de enfermagem, o que diverge do guia de recomendações e do que é estabelecido pelo código de ética da profissão, que traz como dever do profissional de enfermagem o registro de todas as informações referentes ao processo e cuidar do paciente (COFEN, 2016).

Como primeira etapa do processo de enfermagem, o histórico de enfermagem é importante para o planejamento do cuidado, visto que traz informações essenciais para delinear as intervenções de enfermagem e favorecer a tomada de decisão. Além disso, o histórico de

enfermagem fornece subsídios para as próximas etapas do processo de enfermagem (SANTOS *et al.*, 2016).

No presente estudo, 86 % dos prontuários analisados continham histórico de enfermagem registrado nas primeiras 24h de internação. Visto a importância do histórico de enfermagem, sua elaboração nas primeiras 24 horas de internação é crucial para traçar o plano de cuidado.

Os registros realizados pelo enfermeiro são consultados pela equipe multiprofissional envolvida no atendimento do paciente. Desta forma é imprescindível que sejam escritos de tal maneira que favoreça sua correta interpretação e atenda as normatizações previstas pelos órgãos de classe. Vale ressaltar que documentos ilegíveis, incompletos, imprecisos e com rasuras perdem gerar complicações legais e perdem seu valor no respaldo ao profissional (FERREIRA *et al.*, 2020). No presente estudo, no que tange a qualidade da escrita nos registros verificados, foi observado que os registros se mostraram legíveis e sem rasuras.

Em relação à identificação e procedência do paciente, os achados do estudo revelaram inadequação dos registros dos dados, uma vez que 14,7% (n = 22) não continham mais do que um dado de identificação dos pacientes. Destaca-se que a Resolução nº 1.638/2002 do Conselho Federal de Medicina, determina que o prontuário, assim como todos os documentos que o constituem, devem conter a identificação do paciente. Esta mesma resolução traz que dados como: data de nascimento, sexo, nome da mãe, naturalidade e endereço também devem ser registrados (CFM, 2002). Ferreira *et al.* (2019) destaca que a falta de identificação é um fator de risco que acomete a segurança do paciente, pois pode ocasionar eventos adversos podendo causar danos severos. A correta identificação é responsabilidade de todos os membros da equipe de saúde e pode prevenir falhas na administração de medicamentos, cirurgias em paciente e locais errados, erros de diagnósticos, dentre outros.

As terminologias e abreviaturas padronizadas, quando utilizadas de maneira correta favorecem a comunicação e otimizam a assistência, já que reduzem o tempo empregado para a realização dos registros. Bem aplicadas, diminuem os ruídos de comunicação o que contribui para a segurança do paciente, pois evitam erros de interpretações o que reduz o risco de iatrogenias (CARNEIRO *et al.*, 2016). Os resultados demonstraram que os profissionais empregam as terminologias nos históricos de enfermagem de maneira adequada.

Em relação às informações da anamnese e exame físico no histórico de enfermagem constatou-se que, no hospital de estudo, a adesão dos enfermeiros ao registros destes variou bastante. Destacaram-se positivamente o registro das variáveis: padrão respiratório (94,7%), deambula com ou sem auxílio (91,3%) e integridade da pele (92,0%). Porém também se

observou que algumas variáveis como: apetite (4,0%), presença de intolerância alimentar (2,0%), dependência para alimentar-se (2,0%), integridade do couro cabeludo (4,7%), ouvidos (2,7%), olhos e pálpebras (4,7%), boca (8,0%), nariz (5,3%), língua (0,7%), dentes (2,7%), garganta (3,3%), abdome (8,0%), órgãos genitais (2,0%) e ânus (4,7%) apresentaram uma baixa porcentagem de registros.

Como primeira etapa do PE, o histórico de enfermagem é elaborado com as informações da anamnese e do exame físico, essa etapa é fundamental para conhecer seus hábitos de vida, sua situação de saúde e identificar seus problemas e necessidades (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2011). Além disso contribui para a criação de um vínculo de confiança entre o profissional e o cliente (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2011). Os dados subjetivos e objetivos coletados são extremamente importantes para subsidiar as demais etapas do PE, e quando registrados de maneira completa, favorecem a continuidade do cuidado, pois através dos registros é possível constatar melhora ou piora do estado de saúde do paciente (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2011).

Visto a importância do registro das informações que compõem o histórico de enfermagem, é imprescindível sensibilizar os profissionais a realizá-los de maneira detalhada e completa. Para que essa sensibilização ocorra é essencial que a instituição hospitalar continue investindo em treinamentos contínuos para a equipe de enfermagem.

O diagnóstico de enfermagem é uma etapa essencial para a implementação do PE, e seu registro direciona as ações de cuidado e favorece o planejamento da assistência, por este motivo é essencial para a consolidação da SAE (SILVA *et al.*, 2016).

Por meio dos resultados obtidos no estudo, foi constada a ausência dos registros dos diagnósticos de enfermagem, uma vez que o instrumento disponibilizado para seu registro não foi localizado em 43,3% dos prontuários verificados. Entretanto, é importante destacar que ao longo da análise dos dados foi possível notar que houve um crescimento gradual na porcentagem de registros do diagnóstico de enfermagem, demonstrando que com a disponibilização de um instrumento e o treinamento realizado os enfermeiros estão cada vez mais adeptos a realização desta etapa do PE e o seu registro em prontuário.

O estudo revelou que nas evoluções de enfermagem apenas 18,7% apresentavam registros da execução de cuidados prestados e em somente 4,7% foram registrados os resultados dos cuidados prescritos anteriormente.

No que se refere à correta identificação dos profissionais, na prática os enfermeiros necessitam melhorar o aspecto ético-legal dos registros, uma vez que o estudo evidenciou ausência ou incompleta identificação do profissional nos registros de enfermagem em

prontuário, o que pode ocasionar ações judiciais e prejuízos tanto a instituição quanto aos funcionários responsáveis (FERREIRA *et al.*, 2020). Manter um fluxo de informações por meio do registro na evolução de enfermagem com dados completos e fidedignos coletados na avaliação diária realizada pelo enfermeiro garante a continuidade do cuidado prestado e contribui fortemente para sua segurança. Adicionalmente, permite que toda equipe multiprofissional tome conhecimento do estado de saúde atual do paciente e se houve melhora ou piora do seu quadro clínico (SILVA *et al.*, 2019).

Referente às evoluções de enfermagem, além de ser um dever do enfermeiro, é essencial para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência por ser fonte de informações que asseguram a continuidade do cuidado. É recomendado que sua elaboração seja baseada nas últimas 24 horas, registrando as alterações no estado de saúde do paciente (COFEN, 2016).

O presente estudo revelou que 78% dos prontuários apresentam a ausência de pelo menos uma evolução de enfermagem para cada 24 horas de internação do paciente e 75,3% não continha pelo menos uma prescrição de enfermagem diária.

Considerando que a evolução de enfermagem favorece a identificação de novos problemas de saúde, permite comparações dos resultados dos cuidados prestados e ainda é subsídio para a elaboração da prescrição de enfermagem (COFEN, 2016). É importante identificar os motivos que levam os profissionais a abdicar a elaboração da evolução e implantar estratégias para sensibiliza-los da sua importância.

Santos *et al.* (2020) destaca que a sobrecarga de trabalho da enfermagem está relacionada com a segurança do paciente e a qualidade da assistência e aumenta risco de falhas e erros. Outros fatores como jornadas intensas, baixa remuneração, desmotivação dos profissionais, problemas de relacionamento interpessoal e a falha de comunicação são dificultadores de uma assistência de enfermagem segura e de qualidade (SANTOS *et al.*, 2020). Esses elementos fazem com que a vigilância para com os pacientes seja inadequada e como consequência aumenta o risco de eventos adversos (SANTOS *et al.*, 2020).

Assim como a evolução, a prescrição de enfermagem também é essencial para a SAE e fornece suporte para a análise e reflexão das intervenções adotadas e suas respectivas respostas, permitindo identificar a necessidade de mudança de conduta e fornecendo subsídios para a tomada de decisão (COFEN, 2016).

Ainda se referindo a prescrição de enfermagem, a checagem das intervenções para possuir valor legal devem ser registradas nas anotações de enfermagem e não somente realizadas através de símbolos (como traços e círculos) (COFEN, 2016). No presente estudo não foram verificadas as anotações de enfermagem realizadas pelos técnicos. Nos prontuários

avaliados, o percentual de prescrições de enfermagem com ausência de checagem por símbolos foi de 82,6%. Visto que na instituição avaliada é rotina os profissionais consultarem as prescrições para verificar a realização de um procedimento, é preciso detectar a causa pela qual os profissionais não estão realizando esta checagem.

Figueiredo *et al* (2019) destacam que no Brasil a sobrecarga de trabalho, a falta de tempo e conhecimento da importância da realização do registro de enfermagem, junto à carência de ações voltadas à educação permanente estão relacionados a falta de qualidade dos registros de enfermagem. Para que não haja desmotivação dos profissionais e para que os erros aconteçam o mínimo possível é necessário que a instituição promova as condições de trabalho e seja eficiente no dimensionamento de recursos humanos (SANTOS *et al.*, 2020).

Uma pesquisa realizada em seis hospitais alemães destacou alguns fatores que dificultam a elaboração de um registro preciso e de qualidade: a falta de motivação dos profissionais atrelada à insuficiência de tecnologia para a coleta de dados à beira do leito do paciente (LINCH *et al*, 2017).

No presente estudo, não foi realizado o levantamento dos elementos que atuam como dificultadores da realização do registro de enfermagem. A formulação de registros completos e fidedignos contribuem para a continuidade do cuidado e segurança do paciente, visto que subsidiam o raciocínio clínico e a tomada de decisão e reduzem falhas que possam comprometer a recuperação física e emocional do paciente (BOSCO *et al*, 2019). Desta forma, a auditoria de enfermagem, como instrumento de caracterização e aperfeiçoamento dos processos assistenciais pode contribuir para prática do cuidado e satisfação do paciente.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados obtidos, destaca-se que os registros de enfermagem atendem parcialmente as recomendações do COFEN. Foi possível observar que algumas variáveis se destacaram positivamente como, por exemplo, a presença de rasuras. Entretanto, constatou-se a ausência ou incompleta identificação dos profissionais em uma porcentagem considerável no histórico, evolução e prescrição de enfermagem.

A auditoria de enfermagem, como instrumento institucional, tem potencial de caracterização e de aperfeiçoamento dos registros de enfermagem, bem como de controle dos custos hospitalares. Diante dos problemas identificados, a sensibilização dos profissionais é fundamental na busca de soluções que permitam superar as dificuldades relacionadas à elaboração dos registros.

Como limitação, destaca-se que não foram investigados os fatores que atuam como dificultadores da realização de registros. Porém, defende-se que conhecer tais fatores é importante para a definição de estratégias no âmbito educativo em busca de registros de qualidade, que garantam a continuidade da assistência e promovam a segurança do paciente, além de contribuir para o gerenciamento de custo hospitalar.

REFERÊNCIAS

BOSCO, Priscila Sanchez; SANTIAGO, Luiz Carlos; MARTINS, Mônica. Registros de enfermagem e suas implicações para a qualidade do cuidado. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, [S.L.], v. 9, n. 26, p. 3-10, 25 jun. 2019. Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem. <http://dx.doi.org/10.24276/rerecien2358-3088.2019.9.26.3-10>. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/285>. Acesso em: 29 ago. 2020.

CANDIDO, Adriana Silveira Gomes; CUNHA, Isabel Cristina K. O; MUNHOZ, Sarah. Informações de Enfermagem registradas nos prontuários frente às exigências do Conselho Federal de Enfermagem. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 1/3, n. 29, p. 31-38, nov. 2018. Disponível em: <http://repen.com.br/revista/wp-content/uploads/2018/11/Informa%C3%A7%C3%B5es-de-Enfermagem-registradas-nos-prontu%C3%A1rios-frente-%C3%A0s-exig%C3%Aancias-do-Conselho-Federal-de-Enfermagem.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2020.

CARNEIRO, Sylvia Miranda *et al.* Use of abbreviations in the nursing records of a teaching hospital. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [S.L.], v. 17, n. 2, p. 208-216, 2 maio 2016. Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem de Nordeste. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000200008>. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3001/2316>. Acesso em: 19 ago. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.** In: Conselho Federal de Enfermagem. Brasília; 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 16 de novembro de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução nº 0545/2017, de 09 de maio de 2017. **Atualiza a norma que dispõe sobre a forma de anotação e o uso do número**

de inscrição pelos profissionais de enfermagem. In: Conselho Federal de Enfermagem. Brasília; 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05452017_52030.html Acesso em: 16 de novembro de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução nº 514/2016. **Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.** Conselho Federal de Enfermagem. Brasília; 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-0514-2016-GUIA-DE-RECOMENDA%C3%87%C3%95ES-vers%C3%A3o-web.pdf> Acesso em: 16 de agosto de 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução nº 266/2001. **Aprova as atividades do Enfermeiro Auditor.** Anexo. Rio de Janeiro, 05 de outubro de 2001. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-2662001_4303.html. Acesso em: 16 de agosto de 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº COFEN Nº 0564/2017. **Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Conselho Federal de Enfermagem. Brasília; 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html Acesso em: 5 de mar de 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.638, de 10 de julho de 2002. Diário Oficial da União. Brasília, p.184-5, 9 agosto 2002. Seção I.

FERREIRA, Larissa de Lima et al. Analysis of records by nursing technicians and nurses in medical records. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 2, p. 1-6, fev. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0542>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000200156&tlng=en. Acesso em: 08 maio 2020.

FIGUEIREDO, Tamara *et al.* Assessment of Nursing Records of Patients Admitted to the Medical Clinic of a University Hospital from the Northern Region of Minas Gerais State / Avaliação dos Registros de Enfermagem de Pacientes Internados na Clínica Médica de um

hospital universitário do norte do estado de Minas Gerais. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.L.], v. 11, n. 2, p. 390-396, 21 jan. 2019. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.390-396>.

Disponível em:

http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6348/pdf_1. Acesso em: 26 ago. 2020.

GUISANDE, Tatiana Carla Carvalho Amorim et al. Anotações de enfermagem como ferramenta essencial para auditoria hospitalar: revisão bibliográfica. **Research, Society And Development**, [s.l.], v. 8, n. 6, p.1-10, 29 mar. 2019. **Research, Society and Development**.

<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v8i6.1060>. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/332118319_Anotacoes_de_enfermagem_como_ferramenta_essencial_para_auditoria_hospitalar_revisao_bibliografica. Acesso em: 19 mar. 2020.

GOMES, Luis Eduardo Miani *et al.* O prontuário do paciente e o dever legal e ético de registro dos profissionais da saúde: uma revisão literária. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.L.], v. 12, n. 7, p. 1-8, 21 maio 2020. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**.

<http://dx.doi.org/10.25248/reas.e3615.2020>. Disponível em:

<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/download/3615/1984>. Acesso em: 16 ago. 2020.

LINCH, Graciele Fernanda da Costa *et al.* An educational intervention impact on the quality of nursing records. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 25, n. 2938, p. 1-8, 30 out. 2017. **FapUNIFESP (SciELO)**. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1986.2938>.

Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2938.pdf. Acesso em: 15 ago. 2020.

SANTOS, Carolina de Souza Carvalho Serpa et al. Avaliação da sobrecarga de trabalho na equipe de enfermagem e o impacto na qualidade da assistência. **Research, Society And Development**, Rio Grande, v. 9, n. 5, p. 1-14, 29 mar. 2020. **Research, Society and Development**.

<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3201>. Disponível em:

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/3201/5282>. Acesso em: 10 set. 2020.

SANTOS, Danilo Marcelo Araujo dos *et al.* A enfermagem baseada em evidências apoiando a construção do histórico de enfermagem: uma pesquisa bibliográfica/ the nursing based on evidence supporting the construction of the history of nursing. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [S.L.], v. 15, n. 3, p. 561-569, 1 jul. 2016. Universidade Estadual de Maringa. <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v15i3.26357>. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/26357/18081>. Acesso em: 19 ago. 2020.

SANTOS, Neuma; VEIGA, Patrícia; ANDRADE, Renata. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 64, n. 2, p. 355-358, abr. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672011000200021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a21v64n2.pdf>. Acesso em: 08 set. 2020.

SILVA, Valdenir Almeida da *et al.* Auditoria Da Qualidade Dos Registros De Enfermagem Em Prontuários Em Um Hospital Universitário. **Enfermagem em Foco**, [S.L.], v. 10, n. 3, p. 28-33, 29 out. 2019. Conselho Federal de Enfermagem - Cofen. <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707x.2019.v10.n3.2064>. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2064>. Acesso em: 29 ago. 2020.

SILVA, Thaynan Gonçalves da *et al.* CONTEÚDO DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM HOSPITAIS: contribuições para o desenvolvimento do processo de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, [S.L.], v. 7, n. 1, p. 24-27, 2 abr. 2016. Conselho Federal de Enfermagem - Cofen. <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707x.2016.v7.n1.679>. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/679/293>. Acesso em: 28 ago. 2020.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos desta pesquisa foram alcançados, uma vez que, foi possível analisar os registros de enfermagem das unidades de clínicas médicas e cirúrgicas, a partir do instrumento de auditoria institucional.

O desenvolvimento deste estudo evidenciou a importância dos registros de enfermagem para a continuidade do cuidado, para a qualidade da assistência de enfermagem e para a segurança do paciente durante o período de hospitalização. Além disso, os registros de enfermagem subsidiam o PE, contribuem para a consolidação da SAE, e servem como respaldo legal ao profissional de saúde.

Com a análise dos registros de enfermagem, com dados oriundos da auditoria de enfermagem, foi possível conhecer como os profissionais estão documentando sua prática, e quais são os pontos fortes e as fragilidades destes registros.

Ficou evidente que inadequações na elaboração dos registros de enfermagem comprometem a qualidade da assistência de enfermagem, por isso é essencial que os profissionais busquem sempre realizarem de forma clara e objetiva, sem rasuras, retratando sempre a realidade e respeitando a ordem cronológica dos acontecimentos, visto que, esses registros são o principal meio de comunicação entre a equipe multiprofissional de saúde.

Neste contexto, a auditoria de enfermagem revelou-se um instrumento valioso para dar visibilidade a elementos que podem estar frágeis não somente no momento do registro, mas também no processo do cuidado. Desta forma, a instituição de saúde e enfermeiros devem ser corresponsáveis para garantir a efetivação do PE e da SAE, O primeiro deve garantir quantitativo de profissionais e condições adequadas de trabalho. O segundo tem o dever ético e profissional de cumprir de forma qualificada com a assistência direta e o devido registro clínico, visando para garantir a continuidade e efetividade do cuidado individualizado, integral e humanizado.

A limitação do estudo está na identificação dos fatores que servem como dificultadores para que os enfermeiros da intuição realizem os registros em prontuário. É necessário investigar quais são esses fatores e investir em estratégias para minimizá-los, e quando possível, minimiza-los.

Destaco que, embora ao longo da minha graduação não tenha tido a possibilidade de participar de grupos de pesquisa e que desenvolver este trabalho tenha sido bastante desafiador, entendo que foi uma importante experiência para minha trajetória profissional. Assim, para superar limitações em relação à pesquisa quantitativa, busquei suporte com pessoas com mais

expertise em pesquisa quantitativa no grupo de pesquisa, além das orientadoras, para aprofundar o entendimento sobre essa abordagem.

Em relação às contribuições para a enfermagem, sugere-se investimento em ações voltadas para educação permanente dos profissionais, utilizando nos treinamentos as recomendações do COFEN para a elaboração dos registros, principalmente no aspecto ético-legal.

Desta forma, salienta-se a importância do papel do enfermeiro na auditoria, na gestão e na assistência de enfermagem. O registro de sua prática proporciona visibilidade a um trabalho essencial no processo saúde/doença do paciente.

7. REFERÊNCIAS

AMARAL, Juliana Aparecida Baldo; SPIRI, Wilza Carla; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini. Indicadores de qualidade em enfermagem com ênfase no centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. **Revista Sobecc**, São Paulo, v. 22, n. 1, p.42-51, 4 abr. 2017. Zeppelini Editorial e Comunicação. <http://dx.doi.org/10.5327/z1414-4425201700010008>. Disponível em: <<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/117>>. Acesso em: 26 fev. 2020.

ANDREOTTI, Ezequiel et al. Auditoria concorrente de enfermagem em prestadores de assistência à saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Revista de Administração em Saúde**, [s.l.], v. 17, n. 68, p.1-23, 14 ago. 2017. Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde - ABRAMPAS. <http://dx.doi.org/10.23973/ras.68.41>. Disponível em: <<http://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/41/54>>. Acesso em: 06 fev. 2020.

ARAGÃO, Júlio. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Praxis**, Volta Redonda, v. 3, n. 6, p.59-62, 10 fev. 2013. Revista Praxis. <http://dx.doi.org/10.25119/praxis-3-6-566>. Disponível em: <<http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/praxis/article/view/566>>. Acesso em: 09 set. 2019

BELLAGUARDA, Maria Lígia dos Reis; PADILHA, Maria Itayra; NELSON, Sioban. Sociologia das profissões de Eliot Freidson: interpretação para a Saúde e Enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**. Brasília, v. 73, n. 6, e20180950, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000600158&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0950>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Normas de Auditoria**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 48 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_normas_auditoria.pdf Acesso em: 19 fev. 2020.

BRASIL. Portaria MS n. 1.069, de 19 de agosto de 1999. **Dispõe sobre proposta de reorganização das atividades de controle e avaliação e de auditoria no âmbito do**

Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em:

<http://www.saude.mppr.mp.br/pagina-332.html> Acesso em: 03 mar. 2020.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde – Ministério da Saúde, **Vamos conversar sobre auditoria do sus?** Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vamos_conversar_sobre_auditoria_sus.pdf. Acesso em: 01 mar. 2020.

BORSATO, Fabiane Gorni; VANNUCHI, Marli Terezinha de Oliveira; HADDAD, Maria do Carmo Fernandez Lourenço. Qualidade da assistência de enfermagem: ambiente do paciente em hospital público de média complexidade [Quality of nursing care. **Revista Enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p.1-5, 30 abr. 2016. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.6222>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/6222/18688>. Acesso em: 6 mar. 2020.

CAMARGO, Lucio Rodrigo Lucca de; PEREIRA, Giovana Rodrigues. Análise dos registros realizados pela enfermagem e o possível impacto na auditoria: uma revisão da literatura nacional. **Revista de Administração em Saúde**, Rio Grande do Sul, v. 17, n. 68, p.100-111, 16 out. 2017. Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde - ABRAMPAS. <http://dx.doi.org/10.23973/ras.68.55>. Disponível em: <<http://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/55>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.** In:

Conselho Federal de Enfermagem. Brasília; 2009. Disponível em:

http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 16 de novembro de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução nº 0545/2017, de 09 de maio de 2017. **Atualiza a norma que dispõe sobre a forma de anotação e o uso do número de inscrição pelos profissionais de enfermagem.** In: Conselho Federal de Enfermagem.

Brasília; 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05452017_52030.html Acesso em: 16 de novembro de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução nº 514/2016. **Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.** Conselho Federal de Enfermagem. Brasília; 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-0514-2016-GUIA-DE-RECOMENDA%C3%87%C3%95ES-vers%C3%A3o-web.pdf> Acesso em: 16 de novembro de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução nº 266/2001. **Aprova as atividades do Enfermeiro Auditor.** Anexo. Rio de Janeiro, 05 de outubro de 2001. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2662001_4303.html. Acesso em: 10 de novembro de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 0564/2017. **Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Conselho Federal de Enfermagem. Brasília; 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html Acesso em: 5 de mar de 2020.

DIAS, Teresa Cristina Lyporage et al. Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Santa Maria, v. 64, n. 5, p.931-937, out. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672011000500020>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500020>. Acesso em: 16 jun. 2019.

FAEDA, Marília Silveira; PERROCA, Márcia Galan. Care management: agreement between nursing prescriptions and patients' care needs. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, p.1-9, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0645.2723>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02723.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2019.

FERREIRA, Núbia Conceição Santos *et al.* Checklist de cirurgia segura: conhecimento e utilização do instrumento na perspectiva dos técnicos de enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Mg, v. 9, p. 1-8, 8 fev. 2019. RECOM (Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro). <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v9i0.2608>. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2608/2064>. Acesso em: 18 set. 2020.

FIORIN, Jéssica Marina A. et al. Avaliação da qualidade de prescrições de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Revista Enfermagem Atual**, Cascavel, v. 03, n. 85, p.29-36, abr. 2019. Revista Enfermagem Atual. <http://dx.doi.org/10.31011/1519-339x>. Disponível em: <<http://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/241>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

FLORIANÓPOLIS. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA HU/UFSC/EBSERH. (Org.). **Dimensionamento de Serviços Assistenciais**. 2016. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/wp-content/uploads/2017/04/Dimensionamento_de_Servicos_-_HUPEST-UFSC.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2019.

FLORIANÓPOLIS. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - HU/UFSC/EBSERH. Histórico. **Histórico do Hospital**. Florianópolis, 2019. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/?page_id=13>. Acesso em: 10 novembro 2019.

GARCIA, Thayse Tobar; FERREIRA, Wellington Fernando da Silva; SILVA, Alice da. Processo De Auditoria Em Enfermagem E Suas Dimensões Na Assistência Ao Paciente: Uma Revisão Sistemática De Literatura. **Ciência & Desenvolvimento**: Revista Eletrônica da FAINOR, Vitória da Conquista, v. 11, n. 1, p.387-415, jan. 2018. Quadrimestral. Disponível em: <<http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/709/387>>. Acesso em: 05 fev. 2020.

GOMES, Renara Meira Gomes Meira et al. Sistematização da assistência de enfermagem: revisitando a literatura brasileira. **Id On Line Revista de Psicologia**, [s.l.], v. 12, n. 40,

p.995-1012, 30 maio 2018. Lepidus Tecnologia.

<http://dx.doi.org/10.14295/idonline.v12i40.1167>. Disponível em:

<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1167/1701>. Acesso em: 06 mar. 2020.

GUISANDE, Tatiana Carla Carvalho Amorim et al. Anotações de enfermagem como ferramenta essencial para auditoria hospitalar: revisão bibliográfica. *Research, Society And Development*, [s.l.], v. 8, n. 6, p.1-10, 29 mar. 2019. **Research, Society and Development**.

<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v8i6.1060>. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/332118319_Anotacoes_de_enfermagem_como_ferramenta_essencial_para_auditoria_hospitalar_revisao_bibliografica. Acesso em: 19 mar. 2020.

LIMA, Raquel Janyne de; PIMENTA et al. Auditoria de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 247, n. 21, p.2531-2534, dez. 2018. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/247/pg85.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2020.

LINCH, Graciele Fernanda da Costa et al. An educational intervention impact on the quality of nursing records. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2938, p.1-8, 30 out. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1986.2938>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2938.pdf. Acesso em: 20 mar. 2020.

LOUREIRO, Lucrécia Helena et al. Como a auditoria de enfermagem pode influenciar na qualidade assistencial. **Revista Práxis**, Rio de Janeiro, v. 10, p.91-102, jun. 2018. Disponível em:

<<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:cd05RXmxnd0J:revistas.unifoa.edu.br/index.php/praxis/article/download/698/1621+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

LUZ, Alessandra da; MARTINS, Andreia Pereira; DYNEWICZ, Ana Maria. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s.l.], v. 9, n. 2, p.344-361, 8 set. 2009. Universidade Federal de Goiás.

<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v9i2.7165>. Disponível em:
<<https://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a05.htm>>. Acesso em: 05 fev. 2020.

MORAIS, Andreza Moita et al. Obstáculos enfrentados pelo enfermeiro auditor no serviço de saúde: revisão bibliográfica. **Brazilian Journal Of Surgery And Clinical Research**. Ceará, p. 121-125. maio 2019. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/download-3161>. Acesso em: 19 mar. 2020.

OLIVEIRA JUNIOR, Nery José de; CARDOSO, Kássia Eliza. O papel do enfermeiro frente à auditoria hospitalar. **Revista de Administração em Saúde**, [s.l.], v. 17, n. 68, p.1-15, 18 set. 2017. Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde - ABRAMPAS. <http://dx.doi.org/10.23973/ras.68.52>. Disponível em: <<http://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/52/66>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. **Blackbook: Enfermagem**. Belo Horizonte: Blackbook, 2016. 816 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Avaliação dos programas de saúde: normas fundamentais para sua aplicação no processo de gestão para o desenvolvimento nacional na saúde. Genebra; 1981.

POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017. 1360 p.

RIBEIRO, Ítalo Arão Pereira et al. Auditoria de enfermagem e a qualidade dos registros de prontuários. **Revista da Faesf**, São Luís, v. 2, n. 2, p.62-73, jun. 2018. Disponível em: <<http://faesfpi.com.br/revista/index.php/faesf/article/view/45/43>>. Acesso em: 16 jun. 2019.

SILVA, Ana Ignácio; RODRIGUES, Jaqueline Dias; PIRES, Mariinha Andrade. O PAPEL DO ENFERMEIRO NA AUDITORIA DE ENFERMAGEM. **Revista Ciência e Sociedade**, Macapá, v. 1, n. 1, p.1-13, jun. 2016. Disponível em: <<http://periodicos.estacio.br/index.php/cienciaesociedade/article/view/2070/1226>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

SILVA, Karla Rona da; LIMA, Marina Dayrell de Oliveira; SOUSA, Marco Aurélio de. Auditoria: ferramenta de enfermagem para melhoria da qualidade assistencial. **Revista Eletronica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 7, n. 2, p.793-810, 19 abr. 2016. Biblioteca Central da UNB. <http://dx.doi.org/10.18673/ges.v7i2.22055>. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5555899.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2020.

SILVA, Valdenir Almeida da et al. Auditoria Da Qualidade Dos Registros De Enfermagem Em Prontuários Em Um Hospital Universitário. **Enfermagem Foco**, Bahia, v. 3, n. 10, p.28-33, jul. 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/download/2064/542>. Acesso em: 05 mar. 2020.

TAJRA, Fábio Solon et al. Analysis of scientific production on audit and public health based on the Virtual Health Library database. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p.157-169, 2014. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-104.20140017>. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2014.v38n100/157-169>. Acesso em: 02 mar. 2020.

TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto et al. Subsídios Teóricos Para A Construção E Implantação De Indicadores De Qualidade Em Saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p.542-546, set. 2009. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/10412/6974>. Acesso em: 05 mar. 2020.

VASCONCELLOS, Luciana Joaquina de; MAIA, Paulo Henrique Silva; ANDRADE, Joyce Pedrosa de Oliveira Silva. Relato de experiência: o processo de ensinagem do método SOAP. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v. 8, n. 23, p.47-53, 15 ago. 2018. Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem. <http://dx.doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2018.8.23.47-53>. Disponível em: https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/260/pdf_1. Acesso em: 12 nov. 2019.

VERSA, Gelena Lucinéia Gomes da Silva et al. Avaliação da qualidade das prescrições de enfermagem em hospitais de ensino público. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Cascavel, v.

33, n. 2, p.28-35, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1983-14472012000200006>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/06.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2019.

VIEIRA, Fabiana Pereira das Chagas et al. Tempo de assistência de enfermagem e indicadores de qualidade em Unidade de Terapia Intensiva pediátrica e neonatal. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 29, n. 5, p.558-564, out. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600077>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n5/1982-0194-ape-29-05-0558.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2020.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, Juliana; ECHEIMBERG, Jorge de Oliveira; LEONE, Claudio. Research methodology topics: Cross-sectional studies. **Journal of Human Growth and Development**, Santo André, v. 28, n. 3, p.356-360, 28 Nov. 2018. NEPAS. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.152198>. Disponível em: <<http://www.journals.usp.br/jhgd/article/view/152198>>. Acesso em: 08 set. 2019.

8. APÊNDICE A

CLÍNICA:	DATA DE ADMISSÃO: / /	DATA DA COLETA: / /
NOME DO PACIENTE:		
DIAGNÓSTICO:	LEITO:	
1. AVALIAÇÃO INICIAL DO PACIENTE		Unidade:
1.1 Histórico de Enfermagem		
<input type="checkbox"/> O histórico foi elaborado nas primeiras 24 horas de internação <input type="checkbox"/> O impresso possui no mínimo dois dados de identificação <input type="checkbox"/> Registro é legível, sem rasuras e grandes espaços/lacunas entre palavras <input type="checkbox"/> Há registro de sexo, idade, profissão, religião, escolaridade e procedência <input type="checkbox"/> Há registro da presença de acompanhante <input type="checkbox"/> Há registro/destaque para precaução padrão e adicionais (alergias, isolamento) <input type="checkbox"/> Os problemas de enfermagem estão sublinhados <input type="checkbox"/> O histórico está assinado e carimbado pelo profissional <input type="checkbox"/> Foram utilizadas somente siglas reconhecidas na área		
Percepções e/ou expectativas		
<input type="checkbox"/> Queixas, medos, preocupações <input type="checkbox"/> Conhecimento sobre a sua doença atual <input type="checkbox"/> Hábitos/vícios <input type="checkbox"/> Internações anteriores		
Necessidades biológicas, psicossociais e gregárias		
Oxigenação		
<input type="checkbox"/> Padrão respiratório <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea/dispositivo <input type="checkbox"/> Alterações <input type="checkbox"/> SR		
Hidratação		
<input type="checkbox"/> Condição na internação <input type="checkbox"/> Preferências <input type="checkbox"/> Volume <input type="checkbox"/> Frequência <input type="checkbox"/> SR		
Alimentação		
<input type="checkbox"/> Via (VO, SNE, ...) <input type="checkbox"/> Mastigação <input type="checkbox"/> Dependência para a <input type="checkbox"/> Alimentação durante o <input type="checkbox"/> Apetite <input type="checkbox"/> Hábitos Alimentares alimentação período de internação <input type="checkbox"/> Intolerância <input type="checkbox"/> Deglutição e digestão <input type="checkbox"/> SR		
Eliminação intestinal		
<input type="checkbox"/> Controle de esfíncter <input type="checkbox"/> Frequência <input type="checkbox"/> Cor <input type="checkbox"/> Consistência <input type="checkbox"/> SR <input type="checkbox"/> Presença de dispositivos <input type="checkbox"/> Quantidade <input type="checkbox"/> Odor <input type="checkbox"/> Presença de dor		
Eliminação vesical		
<input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Frequência <input type="checkbox"/> Cor <input type="checkbox"/> Aspecto <input type="checkbox"/> SR <input type="checkbox"/> Presença de dispositivos <input type="checkbox"/> Quantidade <input type="checkbox"/> Odor <input type="checkbox"/> Presença de dor		
Perdas ginecológicas		
<input type="checkbox"/> Registro presente <input type="checkbox"/> Demais alterações <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> SR		
Drenagem (Gástrica, biliar, torácicas, fistulas, de lesões, etc.)		
<input type="checkbox"/> Volume <input type="checkbox"/> Cor <input type="checkbox"/> Odor <input type="checkbox"/> Consistência <input type="checkbox"/> Composição <input type="checkbox"/> Sistema de <input type="checkbox"/> Cuidados <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> drenagem específicos SR		
Vômitos/regurgitação		
<input type="checkbox"/> Quantidade <input type="checkbox"/> Frequência <input type="checkbox"/> Cor <input type="checkbox"/> Odor <input type="checkbox"/> Composição <input type="checkbox"/> Ocasão em que <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> ocorrem SR		
Sono e repouso		
<input type="checkbox"/> Características <input type="checkbox"/> Hábitos relacionados <input type="checkbox"/> Dificuldades <input type="checkbox"/> SR		
Atividade física		
<input type="checkbox"/> Atividades físicas praticadas <input type="checkbox"/> Problemas que dificultam a realização de atividades <input type="checkbox"/> Alterações decorrentes <input type="checkbox"/> físicas físicas físicas SR		
Locomoção/Motilidade		
<input type="checkbox"/> Deambula com/sem auxílio <input type="checkbox"/> Postura <input type="checkbox"/> Musculatura <input type="checkbox"/> Problemas relacionados <input type="checkbox"/> Mecânica corporal <input type="checkbox"/> Marcha <input type="checkbox"/> Atividade motora <input type="checkbox"/> SR		
Integridade cutâneo-mucosa		
<input type="checkbox"/> Pele <input type="checkbox"/> Ouvidos <input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Língua <input type="checkbox"/> Garganta <input type="checkbox"/> Órgãos genitais <input type="checkbox"/> Couro cabeludo <input type="checkbox"/> Olhos e pálpebras <input type="checkbox"/> Nariz <input type="checkbox"/> Dentes <input type="checkbox"/> Abdome <input type="checkbox"/> Ânus <input type="checkbox"/> SR		
Integridade Física		
<input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Deformidade <input type="checkbox"/> Problemas relacionados <input type="checkbox"/> Próteses <input type="checkbox"/> SR		
Cuidado corporal		
<input type="checkbox"/> Higiene das unhas <input type="checkbox"/> Higiene corporal <input type="checkbox"/> Higiene oral <input type="checkbox"/> C/ ou s/ auxílio <input type="checkbox"/> SR		
Regulações		
<input type="checkbox"/> Térmica (hiper e hipotermia) <input type="checkbox"/> Hidroeletrólítica (edema, sede, retenção de líquidos) <input type="checkbox"/> Hormonal (hipo e hiperglicemia) <input type="checkbox"/> Vascular (pulso, frequência cardíaca, pressão arterial) <input type="checkbox"/> Neurológica (nível de consciência, convulsões, vertigens) <input type="checkbox"/> Crescimento celular <input type="checkbox"/> SR		
Percepção dos órgãos dos sentidos		
<input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Olfativa <input type="checkbox"/> Dolorosa <input type="checkbox"/> Gustativa <input type="checkbox"/> Tátil <input type="checkbox"/> SR		
Terapêutica		
<input type="checkbox"/> Condições dos músculos para terapia IM <input type="checkbox"/> Fluidoterapia <input type="checkbox"/> Outros tratamentos <input type="checkbox"/> Condições da rede venosa para terapia EV <input type="checkbox"/> Dispositivos <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Necessidade de terapêutica específica <input type="checkbox"/> SR		

Sexualidade (Gênero)		
<input type="checkbox"/> Problemas com os órgãos genitais	<input type="checkbox"/> Problemas com a vida sexual	<input type="checkbox"/> Uso de contraceptivos <input type="checkbox"/> SR
Segurança física/Meio ambiente		
<input type="checkbox"/> Necessidade de prevenção de quedas	<input type="checkbox"/> Necessidade de prevenção de fugas	
<input type="checkbox"/> Necessidade de isolamento	<input type="checkbox"/> Orientações sobre o ambiente hospitalar	<input type="checkbox"/> SR
Necessidade psicossociais, educação, espirituais		
<input type="checkbox"/> Segurança emocional, realização, comunicação	<input type="checkbox"/> Educação para a saúde e aprendizagem	<input type="checkbox"/> Religiosa e ética
<input type="checkbox"/> Gregária		<input type="checkbox"/> SR
1.2 Diagnósticos de Enfermagem (Histórico)		
<input type="checkbox"/> São prioritários?	<input type="checkbox"/> São sustentados por dados subjetivos e objetivos?	<input type="checkbox"/> Não localizado
1.3 Prescrição de Enfermagem (Histórico) <input type="checkbox"/> Não localizado		
<input type="checkbox"/> Apresenta relação com os problemas	<input type="checkbox"/> A checagem dos horários está correta	
<input type="checkbox"/> Estão adequadas em relação aos diagnósticos	Se não: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite	
2 EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		
2.1 Evolução de enfermagem (última) <input type="checkbox"/> Não localizado		
Em relação ao Subjetivo, há o registro de informações e observações do paciente sobre:		
<input type="checkbox"/> Família, amigos ou responsáveis	<input type="checkbox"/> Dor e demais queixas	
<input type="checkbox"/> Rotina durante a hospitalização	<input type="checkbox"/> Relato do paciente sobre ele mesmo, observa e/ou acredita estar vivenciando	
<input type="checkbox"/> Como se sente no momento	<input type="checkbox"/> Foi utilizada linguagem técnica*	
Em relação ao Objetivo:		
<input type="checkbox"/> Registro é céfalo-podálico	<input type="checkbox"/> Volume das perdas nas 24hs	Possui feridas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Observações clínicas prioritárias	<input type="checkbox"/> Características das perdas	<input type="checkbox"/> Característica das feridas
<input type="checkbox"/> Data dos dispositivos invasivos	<input type="checkbox"/> Registro da execução de cuidados	<input type="checkbox"/> Curativo
<input type="checkbox"/> Sinais vitais das 24hs?	<input type="checkbox"/> Registro de orientações realizadas	<input type="checkbox"/> Cuidados com ferida
		<input type="checkbox"/> SR
Em relação à Análise:		
<input type="checkbox"/> Avalia resposta do paciente em relação à conduta adotada anteriormente	<input type="checkbox"/> Foi aplicada a escala de Morse	
<input type="checkbox"/> Registra as razões para manter, mudar ou abandonar uma conduta	<input type="checkbox"/> Foi aplicada a escala de Braden	
<input type="checkbox"/> Analisa as necessidades prioritárias do paciente?	<input type="checkbox"/> Em forma de Diagnóstico*	
	<input type="checkbox"/> SR	
Em relação ao Plano		
<input type="checkbox"/> Registra os cuidados previstos de forma global	<input type="checkbox"/> Conforme prescrição*	
<input type="checkbox"/> Diante de transferências e altas, há o registro das necessidades de cuidados continuados	<input type="checkbox"/> SR	
2.2 Diagnósticos de Enfermagem <input type="checkbox"/> Não localizado		
<input type="checkbox"/> São prioritários	<input type="checkbox"/> São sustentados por dados subjetivos e objetivos	
2.3 Prescrição de Enfermagem <input type="checkbox"/> Não localizado		
<input type="checkbox"/> Está relacionada com a evolução do dia	<input type="checkbox"/> A checagem dos horários está correta	
<input type="checkbox"/> Estão adequadas em relação aos diagnósticos	Se não: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite	
3 QUANTITATIVO DE AVALIAÇÕES E PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM		
3.1 Evolução de Enfermagem (Todos)		
<input type="checkbox"/> Existe uma avaliação diária durante o período de internação?	Se não, quantas faltam? _____	
<input type="checkbox"/> As avaliações estão assinadas e carimbadas	Se não, quantas faltam? _____	
3.2 Prescrição de Enfermagem (Todos)		
<input type="checkbox"/> Existe uma prescrição diária durante o período de internação	Se não, quantas faltam? _____	
<input type="checkbox"/> Estão assinadas e carimbadas	Se não, quantas faltam? _____	
<input type="checkbox"/> A checagem dos horários das prescrições de enfermagem está correta	Se não: <input type="checkbox"/> manhã <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noite	
4 OBSERVAÇÃO DO PACIENTE		
Relatar inconformidades:		

Auditor:

9. ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AUDITORIA EM ENFERMAGEM: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM

Pesquisador: GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 29546620.6.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.911.375

Apresentação do Projeto:

A pesquisa intitulada, "AUDITORIA EM ENFERMAGEM: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM", trata-se de um estudo transversal quantitativo realizado com análise de dados secundários, com vistas a avaliar a qualidade dos registros de enfermagem. Estudo será desenvolvido nas Clínicas médica e cirúrgica do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago - HU/UFSC/EBSERH, localizado na cidade de Florianópolis no estado de Santa Catarina. A coleta de dados vai utilizar dados secundários disponibilizados pela Comissão Permanente de Processo de Enfermagem - COPE, por meio de relatórios que contém informações sobre o registro de enfermagem dos pacientes internados no período de julho de 2019 a dezembro de 2019. Destaca-se que os relatórios serão fornecidos sem a presença de qualquer dado de identificação do paciente, como nome, número de prontuário, dados pessoais, dentre outros. Serão solicitados os dados referentes aos registros realizados nas clínicas médicas I e II e cirúrgicas I e II. Este estudo irá trabalhar com a totalidade de dados fornecidos pela COPE no formato de relatórios mensais com aproximadamente 20 prontuários analisados, ou seja 20 registros. Estima-se que no período de julho 2019 a janeiro de 2020, o relatório emitido irá conter aproximadamente 140 registros.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.911.375

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Verificar os registros de enfermagem das unidades de internação médica e cirúrgica de um Hospital Público de Santa Catarina por meio de auditoria.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa não acarretará riscos de natureza física e psicoemocional pois não envolverá seres humanos de forma direta, pois serão utilizados dados secundários e não utilizará nenhum tipo de dados de identificação.

Benefícios:

Como benefícios desta pesquisa, ressalta-se o aprimoramento e conhecimento sobre os registros de enfermagem, importantes para garantir a qualidade da assistência, continuidade do cuidado e reconhecimento profissional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta pertinência, fundamentação bibliográfica e uma vez obtido os dados conclusivos proporcionará uma visão mais abrangente sobre o tema proposto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos de acordo com as solicitações do CEP SH.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa não apresenta inadequações ou impedimentos a sua realização.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1504018.pdf	29/02/2020 14:51:30		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	Pedido_dispenza_TCLE.doc	29/02/2020 14:51:16	GABRIELA MARCELLINO DE	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-400

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.911.375

Justificativa de Ausência	Pedido_dispenza_TCLE.doc	29/02/2020 14:51:16	MELO LANZONI	Aceito
Folha de Rosto	folhadeRostoAssinada.doc	17/02/2020 18:04:28	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoCiencialInstituicao.pdf	12/02/2020 22:24:39	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TccAtualizadoCEP.docx	12/02/2020 22:18:50	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
Cronograma	CronogramaCEP.doc	12/02/2020 22:18:21	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
Orçamento	orcamento_cep.doc	12/02/2020 22:16:45	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 11 de Março de 2020

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

10. ANEXO B - Parecer Final Do Orientador Sobre O Trabalho De Conclusão De Curso



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

DISCIPLINA: INT 5182 - TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II

**PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO**

O trabalho realizado pela estudante apresenta potencial para impactar na prática profissional da Enfermagem, especialmente por preencher uma lacuna no que se refere à produção científica sobre auditoria dos registros de enfermagem. A pesquisa utilizou um método consistente e os resultados foram registrados com detalhamento no relatório final, bem como, a discussão teve subsídio em literatura atual e internacional.

Finalizo meu registro parabenizando a estudante pelo cumprimento dos prazos e ressaltando a importância da busca autônoma pelo conhecimento. Desejo sucesso à Ana Claudia e recomendo ampla divulgação da pesquisa.

Florianópolis, 15 de dezembro de 2020



Documento assinado digitalmente
Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni
Data: 15/12/2020 10:06:24-0300
CPF: 053.071.579-16

Dra. Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni