

EVENTOS AUDITÁVEIS NOS REGISTROS DE ENFERMAGEM NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE E O IMPACTO NO PROCESSO DE CUIDADO

Brenda Karoline Vargas dos Santos¹

Fabiano Silva da Silva²

RESUMO

O estudo tem como objetivo evidenciar os principais eventos auditáveis nos registros de enfermagem presentes no prontuário do paciente e seu impacto no processo de cuidado. A metodologia utilizada foi a revisão integrativa da literatura, empregando as bases de dados BIREME, BDENF e PubMed, com recorte temporal dos últimos cinco anos, e a análise dos dados foi qualitativa. A literatura apontou que as fragilidades nos registros de enfermagem, como a incompletude, a falta de padronização e as inconsistências entre o realizado e o documentado, impactam diretamente a qualidade e segurança da assistência. Desse modo, a análise conjunta desses achados revelou que tais falhas comprometem a continuidade do cuidado, expõem profissionais e instituições a implicações éticas e jurídicas significativas, e geram prejuízos financeiros por glosas hospitalares.

Palavras-chave: Registros de Enfermagem; Auditoria em Enfermagem; Qualidade da assistência; Segurança do paciente.

ABSTRACT

The study aims to highlight the main auditable events in nursing records present in the patient's medical chart and their impact on the care process. The methodology employed was an integrative literature review, utilizing the BIREME, BDENF, and PubMed databases, with a five-year temporal scope, and data analysis was qualitative. The literature indicated that fragilities in nursing records, such as incompleteness, lack of standardization, and inconsistencies between what was performed and what was documented, directly impact the quality and safety of care. Thus, the joint analysis of these findings revealed that such failures compromise care continuity, expose both professionals and institutions to significant ethical and legal implications, and generate financial losses due to hospital billing denials (glosas hospitalares).

Key-words: Nursing records; Nursing audit; Quality of care; Patient safety.

¹ Acadêmica de Enfermagem da Universidade La Salle – Canoas

² Orientador – Enfermeiro e Mestre em Enfermagem pela UFRGS – Professor Adjunto III do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade La Salle – Canoas

1 INTRODUÇÃO

A sistematização do cuidado tem se consolidado como um tema recorrente e indispensável, permeando tanto o âmbito acadêmico quanto a organização dos serviços de saúde. Entre os elementos centrais desse processo, destaca-se a importância dos registros e da documentação, que emergem como eixos fundamentais para a continuidade da assistência, bem como para a comunicação eficaz entre os profissionais e para o respaldo legal das ações executadas.

Dentre os registros que compõem o prontuário do paciente, os realizados pela equipe de enfermagem assumem papel essencial na manutenção da integralidade do cuidado. No entanto, é possível observar, em diversos contextos, a perda de efetividade desses registros, sobretudo no que diz respeito à sua função comunicativa e à sua capacidade de promover a continuidade da assistência. Dessa maneira, essa fragilidade pode comprometer a confiabilidade das informações prestadas, refletindo direta e negativamente na dinâmica do cuidado.

Diante disso, torna-se responsabilidade da equipe de enfermagem zelar pela qualidade dos registros, uma vez que estes representam a materialização da prática profissional. Nesse contexto, a auditoria de documentos — especialmente do prontuário do paciente — se revela como um instrumento crucial para identificar falhas, apontar inconsistências e propor melhorias no sentido de assegurar a eficácia da sistematização da assistência.

Nessa perspectiva, o presente estudo tem como objetivo evidenciar, por meio de uma revisão integrativa da literatura, quais são os principais eventos auditáveis nos registros de enfermagem presentes no prontuário do paciente e de que forma estes podem impactar o processo de cuidado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Auditoria em serviços de saúde

A auditoria em enfermagem desponta como uma prática essencial na busca pela qualidade e eficiência dos serviços de saúde. Seu propósito principal consiste em avaliar a assistência prestada ao paciente a partir de critérios técnicos, éticos e legais bem definidos. Tal avaliação, por sua vez, pode ser conduzida de diversas formas:

desde a análise sistemática de prontuários e acompanhamento *in loco*, até a verificação criteriosa da coerência entre os procedimentos executados e os registros documentais e financeiros disponíveis (NEVES *et al.*, 2021; DE SOUZA *et al.*, 2022; COFEN, 2023).

No Brasil, embora as discussões sobre auditoria em enfermagem tenham se iniciado ainda na década de 1970, sua regulamentação ocorreu de forma mais consolidada a partir dos anos 2000, quando as atribuições do enfermeiro auditor foram oficialmente reconhecidas por meio da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) nº 266/2001 – atualizada em 2023 pela Resolução Cofen nº 733. Desde então, o enfermeiro tem se firmado como figura estratégica nas instituições de saúde, desempenhando um papel crucial no planejamento, controle e aperfeiçoamento contínuo dos processos assistenciais (COFEN, 2001; COFEN, 2023; MENDES; MELO, 2023; ALVES; BANASZESKI, 2021).

Nesse contexto, de acordo com Neves *et al.* (2021), a auditoria pode assumir diferentes modalidades: **retrospectiva** — realizada após a alta, transferência ou óbito do paciente, por meio da revisão minuciosa do prontuário — e **operacional**, que ocorre durante a permanência do paciente na instituição e, conseqüentemente, possibilita intervenções em tempo real. Ainda conforme os autores, ambas as modalidades visam identificar inconformidades, orientar as equipes e promover a melhoria da assistência. Além do controle de qualidade, a auditoria também exerce papel valioso na gestão de recursos, buscando, o uso racional e transparente dos insumos, equipamentos e serviços (DE SOUZA *et al.*, 2022; NEVES *et al.*, 2021; COFEN, 2023).

2.2 SAE e registros de Enfermagem

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) consolidou-se, no Brasil, em meados das décadas de 1970 e 1980, tendo sido impulsionada pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas, desenvolvida por Wanda de Aguiar Horta. Esse marco representou uma transformação na prática da enfermagem, orientando-a na direção de um cuidado que, além de planejado, baseado em conhecimentos técnicos e científicos, é também centrado nas necessidades do paciente, da família e da comunidade (MOLA *et al.*, 2019; BARRETO *et al.*, 2020).

No contexto contemporâneo, a SAE se estabelece como pilar fundamental da prática de enfermagem, sendo reconhecida como ferramenta que coordena o trabalho do enfermeiro. No Brasil, sua regulamentação se deu inicialmente pela Resolução Cofen nº 358 de 2009, revogada recentemente pela Resolução Cofen nº 736/2024, que reafirma sua obrigatoriedade em todos os serviços onde ocorre o cuidado profissional de enfermagem e faz outras deliberações. O artigo 2º da referida resolução (2024, p. 2) determina que:

O Processo de Enfermagem deve estar fundamentado em suporte teórico, que podem estar associados entre si, como Teorias e Modelos de Cuidado, Sistemas de Linguagens Padronizadas, instrumentos de avaliação de predição de risco validados, Protocolos baseados em evidências e outros conhecimentos correlatos, como estruturas teóricas conceituais e operacionais que fornecem propriedades descritivas, explicativas, preditivas e prescritivas que lhe servem de base.

Vale esclarecer que, para efeito deste trabalho, os termos Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e Processo de Enfermagem (PE) serão considerados equivalentes, visto que ambos se referem à organização deliberada e sistemática do cuidado.

Ademais, ainda conforme a Resolução Cofen nº 736/2024, a operacionalização da SAE ocorre por meio de “cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes, recorrentes e cíclicas” (2024, p. 2): a **Coleta de Dados**, que corresponde à avaliação do estado de saúde do paciente; o **Diagnóstico de Enfermagem**; o **Planejamento** das ações; a **Implementação** das intervenções; e a **Avaliação** dos resultados alcançados. Esse processo, quando realizado de maneira efetiva, orienta um cuidado individualizado, integral e contínuo.

Já no que tange aos registros, a Resolução Cofen nº 754/2024 reforça que é responsabilidade e dever dos profissionais de enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em documentos próprios da área, todas as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento do trabalho, assegurando, assim, a continuidade e a qualidade da assistência. Ainda estabelece que tais registros devem estar em conformidade com a Resolução Cofen nº 736/2024, reforçando a indissociabilidade entre o registro adequado e a implementação efetiva do Processo de Enfermagem.

3 METODOLOGIA

O artigo foi produzido com base em uma revisão integrativa da literatura. Este formato permitiu uma síntese do conhecimento científico disponível sobre o tema, contribuindo para a compreensão da problematização sobre os eventos possivelmente auditáveis nos registros de enfermagem, seguindo a proposta de Mendes, Silveira e Galvão (2008), que inclui:

- Elaboração da questão de pesquisa: "quais são os eventos auditáveis nos registros de enfermagem presentes no prontuário do paciente e de que forma impactam o processo de cuidado?"
- Critérios de inclusão e exclusão: Foram incluídos estudos que abordassem diretamente os registros de enfermagem no prontuário do paciente; evidenciassem eventos auditáveis e sua relação com a qualidade e segurança do cuidado; disponíveis na íntegra oriundos de produções técnico-científicas. Foram excluídos trabalhos duplicados entre bases; obras que apresentassem ligação direta ou indireta, com fontes de fomento comerciais e/ou ideológicas.
- Extração e análise dos dados; e
- Apresentação dos resultados.

Para seleção das obras, foram utilizadas as bases de dados eletrônicas **BIREME**, **BDENF** e **PubMed**, considerando publicações em português, inglês e espanhol, com recorte temporal dos últimos **5 anos**. Os descritores utilizados foram combinados entre si com operadores booleanos AND e OR: "*registros de enfermagem*", "*prontuário do paciente*", "*eventos auditáveis*", "*auditoria em enfermagem*", "*qualidade da assistência*" e "*segurança do paciente*".

Após selecionadas as obras, os dados foram organizados em uma planilha para extração de informações como: autor(es), ano de publicação, tipo de estudo, objetivos, eventos auditáveis descritos, impacto identificado nos processos assistenciais e principais conclusões. A análise foi feita de forma qualitativa, buscando identificar unidades temáticas emergentes sobre os tipos de eventos auditáveis e seus efeitos no cuidado de enfermagem, considerando as categorias retrospectiva e operacional propostas por Neves *et al.* (2021).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram contemplados 14 estudos recentes que abordam a temática de registros de enfermagem no prontuário do paciente em diferentes contextos hospitalares, como pronto atendimento, centro cirúrgico e unidade de terapia intensiva (UTI). Diante disso, os dados extraídos permitem identificar os principais eventos passíveis de auditoria e seus respectivos impactos na assistência, sendo possível, também, agrupá-los em eixos temáticos com vistas a uma melhor sistematização da análise.

4.1 Incompletude e desarticulação do Processo de Enfermagem nos registros

Um dos achados mais recorrentes entre os estudos analisados foi a incompletude das anotações referentes ao PE, sobretudo nas etapas de coleta de dados, diagnóstico, planejamento e avaliação. Nesse âmbito, o estudo conduzido por Pimentel *et al.* em 2023 evidenciou a frequência de registros que continham lacunas consideráveis em relação à coleta de dados subjetivos e psicossociais – como informações sobre ansiedade, crenças, valores e situação social –, falha que prejudica diretamente a formulação de diagnósticos individualizados e que levam em consideração a integralidade do paciente, em conformidade com os fundamentos propostos por Wanda Horta (1979) na Teoria das Necessidades Humanas Básicas.

Da mesma forma, Diniz, Silva e Tonini (2023) apontaram, a partir de sua pesquisa, que apenas 2,9% dos registros em UTI contavam com coleta de dados plena, enquanto 46,8% estavam incompletos – notadamente nas dimensões emocionais, espirituais e sociais do paciente. Conseqüentemente, a falta dessas informações compromete a base para um julgamento clínico preciso, configurando-se, assim, como evento auditável relevante. É importante destacar que deixar de considerar essas necessidades nas anotações significa não apenas debilitar a integralidade da assistência, mas também omitir dados fundamentais à continuidade do cuidado e à segurança do paciente.

Ainda no que diz respeito à etapa diagnóstica, a não-utilização de linguagens padronizadas, como a NANDA-I, foi outro ponto crítico observado a partir da análise dos estudos. O artigo de Diniz, Silva e Tonini (2023) expôs que nenhum dos 312 prontuários avaliados continha diagnósticos de enfermagem elaborados de acordo com terminologias padronizadas e amplamente reconhecidas. Essa constatação é

corroborada por Machado *et al.* (2022), cuja pesquisa apontou que apenas metade dos enfermeiros entrevistados referia aplicar sistemas de linguagem padronizada em sua prática profissional, o que, por consequência, interfere negativamente na sistematização do cuidado, bem como dificulta auditorias de qualidade.

Além disso, foi possível verificar que grande parte dos prontuários não apresentava metas de enfermagem nem avaliação dos resultados alcançados. Isso fragiliza a mensuração da efetividade da assistência e inviabiliza potenciais ajustes nas metas terapêuticas. No estudo de Pimentel *et al.* (2023), itens referentes às metas apresentaram média próxima de zero, evidenciando a falta de planejamento formal. Já Sulzbach *et al.* (2022) destacaram, em seu artigo sobre a qualidade dos registros de enfermagem, que em nenhum dos prontuários consultados houve reformulação diagnóstica durante a internação, indicando a ausência de avaliação contínua da resposta do paciente diante das intervenções efetuadas.

4.2 Fragilidades na execução e checagem de intervenções

Outra categoria expressiva de eventos auditáveis refere-se à inconsistência entre as intervenções prescritas e aquelas devidamente documentadas como realizadas. Sulzbach *et al.* (2022) identificaram que, embora contassem com prescrição adequada das intervenções de enfermagem, 35,9% dos registros não apresentavam checagem de sua execução. Essa é uma falha documental crítica, que enfraquece o respaldo ético e legal do profissional, além de dificultar a rastreabilidade da assistência.

O registro de intervenções incoerentes com a realidade clínica do paciente também se revelou como evento auditável grave. No estudo conduzido por Diniz, Silva e Tonini (2023), foi possível encontrar, por exemplo, a prescrição e checagem de realização de aspiração de tubo orotraqueal (TOT) no prontuário de pacientes que, de acordo com as informações das demais anotações, sequer faziam uso de TOT. Diante dessa discrepância, fica evidente a adoção de práticas “automáticas”, que não consideram a individualidade de cada pessoa. Isso descaracteriza o Processo de Enfermagem como ferramenta de cuidado singular, bem como compromete a segurança do paciente.

Já na emergência cardiológica, foi identificado que, apesar de os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes envolverem risco de alterações cardiovasculares e

de infecção, as intervenções assinaladas se limitavam a ações genéricas e superficiais – como “monitorar sinais vitais”, “avaliar dor” e “manter ambiente calmo e tranquilo” –, sem articulação real com a especificidade clínica dos pacientes (MIRANDA *et al.*, 2022). Dessa forma, a constatação das autoras aponta para uma deficiência importante no raciocínio clínico e evidencia a desconexão entre as etapas da SAE, outro aspecto recorrente e passível de auditoria.

Essa categoria de falhas, por sua vez, tem implicações que permeiam não apenas o âmbito assistencial, mas também interferem diretamente nas áreas gerenciais e financeiras. A relevância da documentação como instrumento não apenas clínico, mas também administrativo e financeiro, é uma temática frequente na literatura (SILVA *et al.*, 2021). Como será aprofundado no tópico 4.4, estudos como o de Souza *et al.* (2022) já demonstraram, por exemplo, o impacto direto da inadequação dos registros de enfermagem na ocorrência de glosas hospitalares, sublinhando a criticidade desses achados para a gestão dos serviços de saúde.

4.3 Impactos assistenciais e na segurança do paciente

A relação entre registros inadequados e os riscos à assistência é, da mesma forma, um tema amplamente abordado na literatura científica. Entre os estudos analisados para este trabalho, pelo menos sete demonstraram que a falta de informações clínicas fundamentais à prática da enfermagem – desde sinais vitais e dados subjetivos até intervenções efetuadas e avaliação de resultados –, além de prejudicar a continuidade do cuidado, aumenta o risco de ocorrência de eventos adversos nos serviços de saúde (SULZBACH *et al.*, 2022; PIMENTEL *et al.*, 2023; PINTO; SILVA; SOUZA, 2020).

Em um cenário prático, na unidade de recuperação pós-anestésica, Amorim *et al.*, em pesquisa empreendida em 2021, verificaram que impressionantes 91,67% dos registros de enfermagem não continham a pontuação da Escala de Aldrete e Kroulik, dado crucial no contexto da avaliação da condição pós-operatória. Adicionalmente, em 100% dos prontuários examinados não havia descrição de intercorrências durante a permanência do paciente na sala de recuperação. Esse padrão de omissão impede um monitoramento efetivo do estado clínico do paciente, expondo-o a riscos que poderiam ser evitados.

Ainda, a carência de registros clínicos detalhados compromete seriamente o acompanhamento de agravos altamente complexos, como é o caso das lesões por pressão (LPP). Essa temática foi explorada no artigo de Almeida *et al.* (2023), cuja pesquisa identificou que mais de 90% dos prontuários de pacientes com LPP não contavam com informações completas sobre estadiamento, tipo de tecido e exsudato. No mesmo estudo, a falta de mensuração de risco para LPP foi verificada em 100% dos casos. Nesse sentido, os autores reforçam que os déficits documentais inviabilizam a avaliação da evolução das lesões, bem como a definição de condutas terapêuticas apropriadas.

No que concerne à sepse, os prontuários analisados por Lohn *et al.* (2022) em uma emergência hospitalar revelaram que a administração de antibióticos após a primeira hora de atendimento ocorreu em 78,6% dos casos, contrariando os protocolos internacionais da *Surviving Sepsis Campaign*. Soma-se a isso o fato de que 31% dos documentos examinados pelas autoras não continham evolução de enfermagem, e 39,4% apresentavam sinais vitais incompletos. A ausência de registros adequados nessas circunstâncias reflete falhas na condução clínica e, diante da rápida progressão da sepse, isso pode resultar em desfechos potencialmente fatais.

Esses dados, portanto, sublinham que a incompletude ou imprecisão dos registros transcendem a esfera de uma falha técnico-administrativa, configurando-se como um determinante crítico na segurança do paciente – e um evento auditável de grande relevância, visto que a fundamentação das decisões clínicas subsequentes, intrinsecamente ligada à acurácia da documentação assistencial, torna-se comprometida quando parte de informações parciais, inconsistentes ou, na pior das hipóteses, inexistentes.

4.4 Implicações éticas, legais e financeiras dos registros inadequados

Além do comprometimento assistencial, os registros deficientes têm implicações relevantes nos âmbitos ético, jurídico e financeiro. De acordo com a Resolução Cofen nº 736/2024, é responsabilidade do enfermeiro documentar formal e adequadamente todas as etapas do PE no prontuário do paciente, cabendo à equipe de enfermagem a anotação e checagem dos cuidados prestados. Desse modo, a simples ausência desses registros pode configurar uma infração ética e legal, além de, como discutido anteriormente, fragilizar a continuidade do cuidado.

Do ponto de vista jurídico, a omissão ou a ilegibilidade das anotações torna-se um passivo legal tanto para o profissional quanto para a instituição de saúde. Uma revisão integrativa conduzida por Silva *et al.* (2021) corrobora esse entendimento, ao apontar que anotações genéricas, rasuras, uso de siglas não padronizadas e identificação inadequada do profissional são fatores que acentuam a vulnerabilidade ética e legal. Tais lacunas assumem particular criticidade em processos judiciais que envolvem denúncias de negligência, enfatizando, assim, a importância da documentação como salvaguarda.

As consequências financeiras dos registros inadequados também são significativas, manifestando-se frequentemente como glosas hospitalares – a recusa de pagamento por serviços cobrados devido à falta de comprovação documental. A gravidade dessa questão é apontada por Souza *et al.* (2022), cuja análise de 66 contas hospitalares glosadas verificou que 43,94% das glosas decorreram exclusivamente da carência de anotações de enfermagem. Dessa forma, é irrefutável o papel dos registros como fonte primária para auditorias, evidenciando que sua ausência pode comprometer integralmente o processo de faturamento (SILVA *et al.*, 2021).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados demonstram que as fragilidades nos registros de enfermagem – como incompletude, falta de padronização e inconsistências entre o realizado e o documentado – impactam diretamente a qualidade e segurança da assistência. Essas falhas, além de comprometerem a continuidade do cuidado, expõem tanto profissionais quanto instituições a implicações éticas e jurídicas significativas, além de gerarem prejuízos financeiros por glosas hospitalares. Diante desse cenário, fica evidente que os registros precisam ser compreendidos não como mera formalidade, mas como elemento estruturante da prática profissional. A implementação de auditorias periódicas e sistematizadas surge como estratégia fundamental para monitorar a qualidade desses registros, identificar oportunidades de melhoria e, conseqüentemente, elevar os padrões assistenciais. Mais do que cumprir exigências normativas, trata-se de assegurar que a documentação em enfermagem reflita com fidelidade o cuidado prestado, servindo como ferramenta efetiva para a tomada de decisões clínicas e gerenciais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. H. D. *et al.* Registros de enfermagem sobre lesão por pressão em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [S. l.], v. 97, n. 3, 2023. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/23148>. Acesso em: 29 mai. 2025.

ALVES, W. F. P.; BANASZESKI, C. L. O uso da auditoria como instrumento de melhoria para assistência de enfermagem. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 10, n. 18, p. 63-77, 2021.

AMORIM, R. F. *et al.* Análise dos registros da assistência de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 24, n. 279, p. 6101–6107, 2021.

BARRETO, M. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: a práxis do enfermeiro de hospital de pequeno porte. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 4, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/hCMd9nm7tSRS7WzfdSBMFxF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 abr. 2025.

COFEN. **Resolução Cofen nº 266 de 05 de outubro de 2001**. Rio de Janeiro, 05 out. 2001. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2001/10/Resolucao-Cofen-no-266-2001.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2025.

_____. **Resolução Cofen nº 358 de 15 de outubro de 2009**. Brasília, 15 out. 2009. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009/>. Acesso em: 13 abr. 2025.

_____. **Resolução Cofen nº 733 de 12 de dezembro de 2023**. [S. l.], 12 dez. 2023. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-733-de-12-de-dezembro-de-2023/>. Acesso em: 12 abr. 2025.

_____. **Resolução Cofen nº 736 de 17 de janeiro de 2024**. [S. l.], 17 jan. 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>. Acesso em: 28 abr. 2025.

_____. **Resolução Cofen nº 754 de 16 de maio de 2024**. [S. l.], 16 mai. 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-754-de-16-de-maio-de-2024/>. Acesso em: 29 abr. 2025.

DANSKI, M. T. R.; SILVA, C. M.; CUNHA, M. G. B. Assistência perioperatória de enfermagem voltada à segurança do paciente cirúrgico: uma revisão integrativa. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 28, 2023. Disponível em: <https://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2328878.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2025.

DE SOUZA, A. G. *et al.* Auditoria em enfermagem: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 8, n. 3, p. 17440-17452, 2022. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/45010>. Acesso em: 13 abr. 2025.

DINIZ, S. O. S.; SILVA, P. S.; TONINI, T. Avaliação dos registros de enfermeiros em unidade de terapia intensiva baseado na Resolução COFEN nº 429/2012. **Revista Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 14, 2023. Disponível em: <https://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/352>. Acesso em: 29 mai. 2025.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo (SP): EPU; 1979.

LOHN, A. *et al.* Registros de enfermagem e médicos sobre pacientes com sepse ou choque séptico em emergência hospitalar. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 12, p. 1–14, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/68640>. Acesso em: 30 mai. 2025.

MACHADO, S. K. K. *et al.* Aplicabilidade do Processo de Enfermagem na atenção hospitalar: interface com as melhores práticas. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 12, e2, p. 1–18, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/65656>. Acesso em: 28 mai. 2025

MENDES, C. R. C.; MELO, E. M. Auditoria de Enfermagem e sua influência na qualidade assistencial – uma revisão integrativa. **Revista Ft**, Rio de Janeiro, v. 27, ed. 128, 2023. Disponível em: <https://revistaft.com.br/auditoria-de-enfermagem-e-sua-influencia-na-qualidade-assistencial-uma-revisao-integrativa/>. Acesso em: 17 abr. 2025.

MENDES, K.; SILVEIRA, R. C.; GELVÃO, C. Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**. 17, v.10, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 5 mai. 2025.

MIRANDA, M. *et al.* Registros de enfermagem em uma emergência cardiológica: características, diagnósticos e intervenções de enfermagem. **Journal of Nursing and Health**, Itaperuna, v. 12, n. 2, 2022. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/jnh/article/view/11067>. Acesso em: 29 mai. 2025.

MOLA, R. *et al.* Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a sistematização da assistência de enfermagem. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 11, n. 4, p. 887-893, jul. 2019. Disponível em: https://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6700/pdf_1. Acesso em: 28 abr. 2025.

NEVES, I. F. *et al.* Ações de auditoria de enfermagem em centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 7, n. 4, p. 41673-41688, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/28764>. Acesso em: 13 abr. 2025.

PIMENTEL, L. C. L. *et al.* Avaliação da qualidade dos registros do processo de enfermagem por meio de auditoria retrospectiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 76, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ZjQXqBWhLbms7RG4TDqfKfB/>. Acesso em: 22 mai. 2025.

SOARES, R. P. G. *et al.* Análise dos registros de enfermagem perioperatória. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [S. l.], v. 98, n. 40, 2024. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/23210>. Acesso em: 28 mai. 2025.

PINTO, M. C.; SILVA, L. S.; SOUZA, E. A. A importância dos registros de enfermagem no contexto avaliativo da auditoria. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 24, n. 3, p. 159–167, 2020. Disponível em: <https://seer.unipar.br/index.php/saude/article/view/12320>. Acesso em: 22 mai. 2025.

SILVA, P. L. N. *et al.* Gerenciamento hospitalar e auditoria das anotações de enfermagem: revisão integrativa. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 24, n. 282, p. 6397–6402, 2021.

SOUZA, P. O. *et al.* Auditoria de contas: impacto de glosas ocorrido à falta de anotações de enfermagem. **Revista Gestão & Saúde**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 1–11, 2022. Disponível em: <https://www.herrero.com.br/revistagesaude/article/view/1743>. Acesso em: 28 mai. 2025.

SULZBACH, S. R. *et al.* Avaliação dos registros de enfermagem por meio do Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [S. l.], v. 96, n. 2, 2022. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/22205>. Acesso em: 23 mai. 2025.

ZIANI, J. S. *et al.* Planejamento estratégico situacional como ferramenta para qualificação dos registros de enfermagem: relato de experiência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 12, 2022. Disponível em: <https://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/4622>. Acesso em: 30 mai. 2025.