

IMPORTÂNCIA DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM NA AUDITORIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

IMPORTANCE OF NURSING ANNOTATIONS IN AUDIT: A BIBLIOGRAPHIC REVIEW

Erika Rodrigues Morais¹
Gabriela Lima Gonçalves²
Mônica Santos Amaral³

RESUMO

A auditoria em enfermagem é uma avaliação sistemática da qualidade da assistência de enfermagem, constatada através dos registros no prontuário do paciente e/ou das próprias condições deste. Assim, ela pode sinalizar as falhas e as deficiências na assistência prestada. Objetivo: avaliar os registros de enfermagem no prontuário para a auditoria. Materiais e Método: estudo do tipo exploratório, bibliográfico com análise integrativa, qualitativa da literatura disponível nas bases lilacs e scielo. Resultados: foram selecionados 13 artigos, sendo a maioria desses (92,4%) de análise retrospectiva aos prontuários e/ou registros de anotações da equipe de enfermagem. A maior parte das glosas encontradas ocorreu pela falta de anotações, identificação do profissional e checagem de ações de enfermagem realizadas. Houve o predomínio de abordagem quantitativa em estudos (81,9%). A superlotação dos prontos-socorros e o elevado número de cirurgias nos hospitais universitários têm contribuído para a ausência dos registros de enfermagem. Conclusão: a partir dos resultados do estudo, foi possível observar que permanecem altos os índices de falhas nos registros de enfermagem, embora isso acarrete graves consequências de ordem assistencial, administrativa e financeira. O serviço de auditoria tem sido utilizado como ferramenta na identificação das inconsistências encontradas nos registros de enfermagem. A produção científica nacional relacionada a esta temática é escassa, podendo indicar que esses fatores ainda não adquiriram muita visibilidade aos profissionais de saúde e pesquisadores.

Descritores: Auditoria de enfermagem. Registros de enfermagem. Administração em saúde.

ABSTRACT

The nursing audit is a systematic evaluation of the quality of nursing care, verified through the records in the patient's medical records and / or the patient's own conditions. That way, it can sign failures and shortcomings on the care offered . Objective: To evaluate the nursing records in the medical record for the audit.

¹ Enfermeira, Especialista em Auditoria em Serviços Saúde, e-mail: erika_rmo@hotmail.com.

² Enfermeira, mestranda em Saúde Coletiva, Especialista em Saúde Pública e em Auditoria em Serviços de Saúde, e-mail: gabriela_lima_gon@hotmail.com.

³ Enfermeira, Mestranda em Atenção à Saúde, docente e coordenadora da pós-graduação EAD do Centro Goiano de Ensino, Pesquisa e Pós-Graduação (CGESP), docente na Faculdade de Inhumas FacMais, e-mail: monicaamaral22@hotmail.com

Materials and Methods: exploratory, bibliographical study with integrative analysis, qualitative of the literature available in the Lilacs and Scielo databases. Results: A total of 13 articles were selected, most of them (92.4%) being a retrospective analysis of the medical records and / or records of the nursing team. Most of the glosses found occurred due to the lack of notes, identification of the professional and nursing actions taken. There was a predominance of a quantitative approach in studies (81.9%). The overcrowding of the emergency room and the high number of surgeries in university hospitals has contributed to the absence of nursing records. Conclusion: from the results of the study, it was possible to observe that the indexes, due to failures in nursing records, remain high, although this brings serious administrative, financial and assistencial consequences. The audit service has been used as a tool to identify the inconsistencies found in nursing records. The national scientific production related to the theme is scarce, and may indicate that these factors haven't yet acquired much visibility to health professionals and researchers.. Descriptors: Nursing audit; Nursing records; Health administration

INTRODUÇÃO

A globalização e o atual cenário político-financeiro do país geraram a necessidade das organizações de saúde de se reestruturarem com novas possibilidades para a gestão, para garantirem uma posição competitiva no mercado de trabalho (PAIM; CICONELLI, 2007). A lógica dos serviços de saúde, atualmente, é garantir um atendimento de qualidade associado à redução de custos hospitalares.

A enfermagem hoje se destaca nesse cenário, uma vez que os trabalhadores da área da saúde são a única categoria que permanece 24 horas prestando cuidados e tratamento ao cliente (CUNHA et al., 2003). Dessa forma, os registros de enfermagem tornam-se imprescindíveis durante todo o período de permanência do cliente no ambiente hospitalar, uma vez que essas anotações contêm informações sobre as condições do paciente, os cuidados prestados, as medicações realizadas e dados administrativos.

A Lei 7498, de 25 de junho de 1986, em seu Art. 14, ressalta a incumbência à equipe de enfermagem da necessidade de anotar no prontuário do paciente todas as atividades da assistência de enfermagem (ITO et al., 2004).

Nesse contexto, nas organizações de saúde, a auditoria tem surgido como uma importante ferramenta na transformação dos processos de trabalho que vêm ocorrendo em hospitais e operadoras de planos de saúde. Sendo assim, a auditoria

consiste na avaliação sistemática e formal de uma atividade para determinar se ela está sendo realizada de acordo com os seus objetivos.

Segundo Pereira e Takahashi, (1991), a auditoria em enfermagem pode ser compreendida como uma avaliação sistemática da qualidade dos cuidados de enfermagem, constatada por meio dos registros de enfermagem no prontuário do paciente ou através das próprias condições deste. Pode ser realizada em todos os estabelecimentos de saúde, tais como: em hospitais, ambulatórios, clínicas e operadoras de planos de saúde.

Nos hospitais, clínicas e ambulatórios, a auditoria externa será realizada pela análise de contas hospitalares após a alta do paciente, através da verificação da compatibilidade entre o prontuário e o valor cobrado (SANTOS; ROSA, 2013).

Atualmente, na enfermagem, destacam-se dois tipos de auditoria: Auditoria de cuidados e Auditoria de custos. A primeira mensura a qualidade da assistência prestada através dos registros de enfermagem no prontuário do paciente, e a segunda confere e controla o faturamento enviado para os planos de saúde, através dos registros de procedimentos realizados, visitas de rotina e cruzamento das informações recebidas com as que constam no prontuário (PEREIRA; TAKAHASHI, 1991).

De acordo com Motta, Leão e Zagatto (2005), no âmbito hospitalar, por exemplo, a enfermagem é responsável pela maior parte do consumo de recursos materiais, devendo ter um controle nos custos envolvidos no processo de assistência, a fim de garantir a provisão e adequação dos materiais de uso e, principalmente, da qualidade da assistência de enfermagem.

Dessa forma, os erros nos valores cobrados geram prejuízos financeiros às unidades de saúde, e tais fatos estão relacionados à falha de registros de recursos materiais e medicamentos utilizados, tanto pela equipe de enfermagem quanto pela equipe médica (BUZATTI; CHIANCA, 2005). Portanto, a auditoria pode sinalizar as falhas e as deficiências na assistência prestada e, conseqüentemente, decisões corretivas e/ou preventivas podem ser tomadas.

É relevante destacar que grande parte das glosas que ocorrem no processo de auditoria hospitalar está relacionada a dúvidas quanto aos procedimentos prestados ou à ausência de anotações de enfermagem (CFM, 1989). A glosa é definida como o cancelamento parcial ou total do orçamento, por serem

considerados ilegais ou indevidos, ou seja, referem-se aos itens que o auditor do plano de saúde não considera cabíveis ao pagamento (GOTO, 2001).

As ausências de registros de informações pertinentes ao atendimento prestado ao usuário ainda são frequentes, bem como os problemas de compreensão por letras ilegíveis. Assim, o índice de glosas tem sido significativo, ocasionando prejuízos às instituições de saúde (MOTTA, 2003).

Segundo Motta (2003), a auditoria hospitalar deve ser preventiva, por meio de uma orientação com uma linguagem única que permita aos profissionais assistirem os pacientes com qualidade no atendimento, economia e redução de custos.

A equipe de enfermagem poderá responder por prejuízos financeiros nas instituições auditadas, sendo importante a padronização dos registros, seguindo normativas e considerando os aspectos éticos e legais, pois o registro em prontuário é uma das obrigações legais da enfermagem, devendo qualquer erro ser corrigido, de acordo com as normas da instituição (SILVA et al., 2012).

Dessa forma, como todos os procedimentos e ações da equipe de enfermagem e médica geram um custo, a principal maneira de garantir o recebimento dos valores gastos nos cuidados de enfermagem prestada é registrar os cuidados de enfermagem de forma clara, precisa, objetiva e abrangentes (MOTTA, 2003).

Além disso, deve-se lembrar de que, através dos registros, é possível dar continuidade à assistência, por possibilitar que os profissionais da equipe de saúde tenham acesso às informações sobre as decisões, ações e resultados dos cuidados prestados (GUIMARÃES; CRUZ, 2007). Os registros atuam como instrumento facilitador do planejamento e da coordenação do cuidado.

Tendo em vista o exposto, questiona-se: como tem sido a qualidade dos registros de enfermagem no prontuário para auditoria? A partir da avaliação desses registros, é possível detectar as falhas da assistência prestada e sugerir medidas que visem melhorar a qualidade do processo de trabalho.

Dessa forma, esta pesquisa se justifica, pois através dela pode-se conhecer o que a literatura aborda sobre os registros de enfermagem, bem como sua importância no desenvolvimento das atividades de enfermagem e os prejuízos que sua ausência pode ocasionar para os serviços, pacientes e aos profissionais de saúde. Além disso, o estudo possibilita direcionar as atividades dos enfermeiros no

processo de planejamento e gestão nas unidades de saúde e melhorar a qualidade da assistência prestada.

1 Objetivo

Avaliar os registros de enfermagem no prontuário para a auditoria.

2 Metodologia

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica quantitativa, esse método tem um papel fundamental para a educação continuada, pois permite aos leitores adquirirem e atualizarem o conhecimento sobre uma temática específica em um curto espaço de tempo (ROTHER, 2007).

A pesquisa aborda uma revisão de literatura com pesquisa realizada em periódicos científicos nacionais disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), compreendendo o período de 2007 a 2017. Foram encontrados 1269 textos, sendo 614 na base de dados LILACS e 655 no SCIELO. Após leitura previa, foram selecionados nove textos na base LILACS e 22 na SCIELO. Uma leitura exploratória das publicações permitiu selecionar treze artigos, sendo oito da base LILACS e cinco da base SCIELO. A leitura analítica possibilitou reunir os dados necessários para contemplar os objetivos do estudo.

Os artigos incluídos foram, então, submetidos à leitura analítica para preenchimento de um instrumento especificamente construído para esse fim, incluindo: título, autores, periódico e ano de publicação, metodologia, as consequências ocasionadas pela ausência de registros de enfermagem, as estratégias sugeridas pelos autores para melhorar a qualidade dos registros de enfermagem, resultados obtidos e conclusões.

Os resultados são apresentados de forma descritiva, com o auxílio de tabelas de frequência simples, para melhor compreensão de alguns aspectos quantitativos; e as ideias chaves comuns entre os autores foram ordenadas e relacionadas no formato de capítulos para melhor compreensão do tema. Os descritores utilizados

foram: Auditoria de enfermagem; Registros de enfermagem; Administração em saúde.

Critérios de inclusão: textos escritos em português, publicados em periódicos brasileiros na forma de artigos, que estivessem disponíveis no meio eletrônico de janeiro de 2007 até fevereiro de 2017.

3 Resultados e discussões

Quadro 1: Distribuição de 13 artigos brasileiros sobre a Qualidade dos registros de enfermagem no prontuário para Auditoria, segundo autores, bases, ano e sugestão do estudo.

Artigo	Título	Autores	Ano	Sugestão para evitar glosas
1	Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes internados em unidade de clínica médica	Franco, M. T. G.; Akemi, E. N.; D'Inocento, M.	2012	Treinamentos e vigilância da comissão de auditoria de enfermagem.
2	Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria	Setz, V. G.; D'innocenzo, M.	2009	A padronização dos registros (anotações e evoluções) de enfermagem. Adequações gramaticais da linguagem formal, exatidão, brevidade, legibilidade, identificação e terminologia técnica.
3	Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola	Venturini, D. A.; Marcon, S. S.	2008	As anotações da assistência são informações imprescindíveis capazes de revelar tanto os cuidados como sua qualidade e serve como documento para checagens jurídicas.
4	Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em unidade semi-intensiva	Silva, J. Á.; Grossi, A. C. M.; Haddad, M. C. L.; Marcon, S. S.	2012	Investigar com os profissionais da equipe de enfermagem, os motivos relacionados com registros incompletos ou ausentes, com vistas a instituir medidas que contemplem as dificuldades apontadas.
5	Estudo da auditoria de contas em um hospital de ensino	Guerrer, G. F. F.; Lima, A. F. C.; Castilho, V.	2015	Destaca a importância da pré-análise pela equipe de auditoria para evitar perda de faturamento das contas hospitalares.

6	O enfermeiro e o registro de enfermagem em um hospital público de Ensino	Pedrosa; K.; K. A.; Souza M. F. G.; Monteiro, A. I.	2011	Sugere a necessidade de investimentos técnicos e científicos das instituições e órgãos formadores para diminuir a dicotomia entre ensino e prática.
7	Auditoria dos registros na consulta de enfermagem acompanhando o crescimento e desenvolvimento infantil	Abdon, J. B.; Dodt, R. C. M.; Vieira, D. P.; Martinho, N. J.; Carneiro, E. P.; Ximenes, L. B.	2009	Utilização de um instrumento mais objetivo que facilite o preenchimento das informações durante a consulta de Crescimento e Desenvolvimento tornando mais ágil as anotações.
8	Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem no pronto atendimento de um hospital-escola	Seignemartin, B. A.; De Jesus, L. R.; Vergílio, M. S.; Silva, E. M.	2013	Fornecer capacitação e orientação para que a atividade de registrar a assistência prestada, seja fundamentada nas normas da legislação e literatura.
9	Qualidade dos registros de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio da auditoria retrospectiva	Padilha, E. F.; Haddad, M. C. L.; Matsuda, L. M.	2014	Investimentos na sensibilização, capacitação e monitoramento constante da equipe, para que se realizem registros adequados.
10	Avaliação dos registros de enfermagem em hemoterapia de um hospital geral	Santos, S. P.; Tanaka, L. H.; Gusmão, A.; Abreu, G. S.; Carneiro, I. A.; Carmagnani, M. I. S.	2013	Melhor dimensionamento da equipe de enfermagem.
11	Inconsistências das anotações de enfermagem no processo de Auditoria	Barreto, J. A.; De Lima, G. G.; Xavier, C. F.	2016	Investir em capacitação dos profissionais da saúde buscando qualidade nas anotações de enfermagem para que se possa dar continuidade ao cuidado, bem como obter respaldo ético e legal diante dos aspectos jurídicos.
12	Auditoria de enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares	Ferreira, T. S.; De Souza-Braga A. L.; Cavalcanti-Valente, G. S.; De Souza D. F.; Carvalho-Alves, E. M.	2009	O autor procura expor a importância da contribuição do registro de enfermagem no processo de diminuição de glosas hospitalares, mostrando como o profissional de enfermagem é a ferramenta fundamental neste contexto.
13	Qualidade dos cuidados de enfermagem em	Padilha, E. F.; Matsuda, L. M.	2011	Executar ações de educação continuada no serviço.

	terapia intensiva: avaliação por meio de auditoria operacional			
--	---	--	--	--

Para melhor análise, os estudos foram agrupados de acordo com: autor, base encontrada, ano e estratégias sugeridas para evitar as glosas (Quadro 1). Observa-se que a maioria dos estudos, 8 (61,6%), foi encontrada na base de dados LILACS, e apenas 5 (38,4%) na SCIELO. Quanto ao ano em que os estudos foram publicados, 2009 apresentou o maior número de publicações. Os anos 2011, 2012 e 2013 apresentaram igualmente o mesmo número de publicações.

Os artigos selecionados analisam a qualidade dos registros de enfermagem e investigam os impactos da ausência desses registros para as glosas e para a instituição de saúde.

O local de maior predominância nos estudos foram os hospitais. A maioria dos artigos (92,4%) constitui-se de estudos retrospectivos através de consultas aos prontuários e/ou registros da equipe de enfermagem. Um dos artigos é do tipo revisão sistemática. A abordagem quantitativa foi encontrada em 81,9% dos estudos, enquanto a qualitativa em apenas 18,1% dos estudos. A maior parte das glosas encontradas ocorreu pela falta de anotações e checagem de ações de enfermagem realizadas.

3.1 Importância dos registros de enfermagem

Os resultados dos estudos destacam a importância dos registros de enfermagem. Autores apresentam em seus estudos (4, 8, 12) as anotações de enfermagem no prontuário como uma forma de comunicação que evita perdas de informações e permite dar continuidade aos cuidados de enfermagem. As anotações sobre as atividades assistenciais realizadas servem para avaliar a qualidade das ações em saúde, promovendo uma fonte útil de pesquisa, educação e planejamento a curto e longo prazo (FERREIRA et al., 2009).

Além disso, os registros identificam alegações de negligência ou ausência de assistência, principalmente nas unidades de urgência e emergência, em que as

Revista Científica FacMais, Volume. IX, Número 2. Julho. Ano 2017/2º Semestre. ISSN 2238-8427.

ações devem garantir a preservação da vida, redução de danos e complicações no processo saúde-doença-cuidado (SEIGNEMARTIN et al., 2013). Assim, os registros fornecem respaldo legal e, conseqüentemente, segurança, pois constituem o único documento que descreve todas as atividades da enfermagem desenvolvidas com o paciente (COREN/SP, 2009).

É importante destacar que os registros devem relatar o maior número de informações possíveis sobre as condições de saúde dos pacientes, devem ser incluídos os aspectos relacionados aos procedimentos e também as necessidades, queixas e evolução dos pacientes, pois os registros evidenciam os cuidados desenvolvidos pela enfermagem (SILVA et al., 2012b).

Deixar de relatar acerca da assistência aos pacientes demonstra ausência de compromisso, responsabilidade e o resgate do trabalho da enfermagem (PEDROSA; SOUZA; MONTEIRO, 2011).

Dessa forma, estudos (7, 8, 11) enfatizam a necessidade de anotações escritas de forma clara, com siglas padronizadas e letras legíveis que evitam a dupla interpretação, embora o estudo mostre que isso não tem sido aplicado na prática.

Os registros de enfermagem são as principais fontes de informação para o processo de auditoria, pois fornecem informações dos cuidados prestados, do consumo dos materiais e também conhecimento para o ensino e a pesquisa (ZUNTA et al., 2006). O estudo (12) comprova tal fato, ao utilizar os registros para cobrança de taxas e aluguéis de materiais.

Para Ferreira (2007), a contínua capacitação e o aperfeiçoamento do processo de registros das condutas de enfermagem são primordiais para garantir a qualidade da assistência.

Acredita-se que a qualidade das anotações de enfermagem está ligada à valorização e ao comprometimento dos profissionais, em reconhecer a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como uma ferramenta que auxilia no processo de trabalho e direciona a assistência prestada ao paciente (VENTURINI; MARCON, 2008).

3.2 Erros nos registros de enfermagem

É possível perceber que a equipe de enfermagem tem deixado muito a desejar no quesito “anotações em prontuário”. Nas auditorias realizadas nos estudos (4, 6, 7,8, 9, 11) foram encontrados erros nos registros de enfermagem em relação à ausência de identificação e carimbo com número do COREN do profissional que realizou assistência. O Conselho Federal de Enfermagem determina a obrigatoriedade da assinatura e o uso do número de inscrição pelo pessoal de enfermagem, em todo o documento firmado, quando do exercício profissional (COFEN, 1996).

Outros estudos (8, 11) encontraram: letras não legíveis, rasuras, anotações incompletas, ausência de horário da prescrição realizada (10,11). Segundo Possari (2005), o prontuário é um documento legal que não permite rasuras, uso de corretor, adesivos ou borracha, no caso de registros errados. Em caso de erros durante as anotações, deve-se utilizar o termo “digo” ou escrever “registro incorreto” entre vírgulas.

A ausência de checagem de medicamentos e procedimentos pela enfermagem ganhou grande destaque nos estudos (2, 4, 5, 7, 9, 10), sendo que esta ausência é considerada um elemento de maior impacto com relação às glosas (GUERRER; LIMA; CASTILHO, 2015). No entanto, um estudo (4) supõe que algumas prescrições não são checadas, pois se referem a cuidados de rotina, os quais são realizados mesmo que não haja prescrição.

Com relação à sistematização da enfermagem, as anotações de exame físico, os diagnósticos de enfermagem, a prescrição e evolução estavam presentes em muitos artigos (3, 5, 7, 9, 10, 13), no entanto, de forma incompleta. Franco, Akemi e D’Inocento (2012) acredita que, mesmo realizando a sistematização, ainda é necessário melhorar a escrita dos diagnósticos de enfermagem, pois estes não apresentaram estreita relação com as evoluções de enfermagem em 58,7% dos estudos.

O estudo (2) corrobora com essa ideia, pois, após análise qualitativa dos prontuários, 26,7% foram considerados ruins, 64,6% regulares e 8,7% bons, ocasionando um comprometimento da segurança e da perspectiva de cuidado do paciente, além de prejudicar a mensuração dos resultados assistenciais da equipe de enfermagem.

Alguns autores em seu artigo destacaram que a ausência de sistematização estava ligada à falta de impresso pela instituição para a realização da atividade (DRAGANOV; REICHERT, 2007). Outros pesquisadores consideram ser reflexo de um grande volume de informações coletadas que devem ser escritas manualmente no prontuário (ABDON et al., 2009).

A ausência de anotações com relação a saída e/ou óbito de paciente, também foi um fator de destaque. Pedrosa, Souza e Monteiro (2011) destacaram em seu artigo que dos 23 prontuários analisados apenas 2 (9%) apresentavam o registro de alta. Observou-se também que os enfermeiros no centro cirúrgico não fizeram nenhuma evolução após admissão do paciente, salvo em situações de urgência ou mesmo caso de óbito. Isso ressalva que, na medida em que os enfermeiros deixam de relatar os procedimentos realizados, eles estão colaborando com a sua própria invisibilidade, e também colaboram para a glosa hospitalar (PEDROSA; SOUZA; MONTEIRO, 2011).

A superlotação dos prontos-socorros e o elevado número de cirurgias nos hospitais universitários têm contribuído para o não registro de enfermagem. No entanto, isso não deve ser utilizado como justificativa para a ausência dos relatos sobre as condições do paciente em seu prontuário (VENTURINI; MARCON, 2008).

3.3 Estratégias propostas para evitar glosas

O estudo com relação às auditorias de enfermagem realizados nas instituições de saúde mostrou a necessidade de modificações com relação aos registros de enfermagem nos prontuários, pois a ausência ou realização de forma incorreta gera uma desvalorização do serviço prestado, compromete a qualidade do serviço e ocasiona prejuízos financeiros. Assim, vários estudos têm sugerido estratégias para modificar esse cenário.

Dessa forma, a auditoria tem sido vista como uma aliada para melhorar a qualidade da assistência prestada, pois detecta as falhas apresentadas nos prontuários, e permite através dos relatórios de avaliação, que a equipe e a instituição sejam orientadas quanto ao registro correto das ações profissionais e o respaldo ético e legal (SETZ; D'INNOCENZO, 2009).

Três estudos (6, 8, 9) corroboram com a ideia que a melhora dos registros de enfermagem embasados na legislação depende de investimento na capacitação e monitoramento de forma continuada da equipe. Os treinamentos são estratégias que contribuem para a melhoria das anotações de enfermagem e também na assistência prestada.

Em um estudo (10) realizado no CTI Geral e o CTI Cardiológico, analisaram-se 7.272 registros de enfermagem. Desse total, 4.765 (65,5%) estavam em conformidade, apontando que a melhora da qualidade diferencial nos registros de enfermagem possa estar relacionada ao melhor dimensionamento da equipe de enfermagem.

Como o déficit de pessoal e a superlotação são fatores desencadeantes da ausência ou registros incompletos nos prontuários, a utilização de um instrumento de coletas de dados mais objetivo auxilia no preenchimento das informações de forma rápida (ABDON et al., 2009). Defendendo essa mesma ideia, Silva et al., (2012) apontam a importância da SAE no cotidiano da enfermagem e, para sua implementação, destaca a necessidade de instrumentos aplicáveis a cada realidade, para oferecer um cuidado integral e qualificado ao paciente.

É importante também investigar, com os profissionais da equipe de enfermagem, os motivos que ocasionam ausência de registros ou sua não conformidade, com o objetivo de propor medidas que amenizem as dificuldades encontradas, e melhorar a qualidade nos registros (SILVA et al., 2012b).

Os enfermeiros passem a avaliar como estão os registros de sua equipe, fazendo um planejamento das atividades, visando à educação continuada, realizando treinamento sistematizado, capacitando sua equipe para a valorização das anotações, sendo esta um indicador de qualidade dos cuidados prestados ao cliente e de uma gestão eficaz. (FERREIRA et al., 2009, p. 12).

Em outro estudo (11), teve-se como resultado satisfatório, para evitar a glosa, a verificação das prescrições de enfermagem antes de ser anexado ao prontuário, o que permitiu identificar possíveis erros, como: a falta de checagem e de justificativas de procedimentos executados ou não.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados desse estudo, foi possível observar que permanecem altos os índices de falhas nos registros de enfermagem, embora isso acarrete graves consequências de ordem assistencial, administrativa e financeira. O serviço de auditoria tem sido utilizado como ferramenta na identificação das inconsistências encontradas nos registros de enfermagem.

A produção científica nacional relacionada aos fatores que desencadeiam essa inadequação dos registros de enfermagem é escassa, podendo indicar que esses fatores, ainda não adquiriram muita visibilidade perante profissionais de saúde e pesquisadores. Além de escassa, a produção científica aponta estratégias que podem ser utilizadas para melhorar os registros de enfermagem para auditoria, mas apenas um artigo possui aplicabilidade e comprovação da eficácia dessas intervenções no processo de trabalho de enfermagem.

Dessa maneira, a produção do conhecimento sobre os fatores que dificultam a realização dos registros de enfermagem pelos profissionais pode subsidiar medidas que melhorem esses baixos índices e, conseqüentemente, a qualidade da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

ABDON, J. B. et al. Auditoria dos registros na consulta de enfermagem acompanhando o crescimento e desenvolvimento infantil. **Revista Rene**, v. 10, n. 3, p. 90-60, Jul-Set; 2006

BARRETO, J. Á; LIMA, G. G.; XAVIER, C. F. Inconsistências das anotações de enfermagem no processo de auditoria. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 6, n. 1, 2016

BUZATTI, C. V.; CHIANCA, T. C. Auditoria em enfermagem: erros e custos envolvidos nas anotações. **Revista Nursing**, v. 90, n. 8, p. 518-522, 2005.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (SP). Anotações de enfermagem. junho de 2009. Disponível em: <http://inter.corensp.gov.br/sites/default/files/anotacoes_enfermagem.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COREN). Resolução n. 191, de 31 de maio de 1996: dispõe sobre a forma de anotação e o uso do número de inscrição ou da autorização pelo pessoal de enfermagem. Rio de Janeiro, 1996
Revista Científica FacMais, Volume. IX, Número 2. Julho. Ano 2017/2º Semestre. ISSN 2238-8427.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de ética dos profissionais de medicina [online]. Resolução 1331/89. Disponível em: <www.portalmedico.org.br>. Acesso em: 20 jan. 2017.

CUNHA, A. P. et al. Serviço de enfermagem: um passo decisivo para a qualidade. **Revista Nursing**, v. 60, n. 6, p. 25-30, 2003.

DRAGANOV, P. B.; REICHERT, M. C. F. Avaliação do padrão dos registros de enfermagem em um hospital privado na cidade de São Paulo. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 1, n. 1, p. 36-45, 2007.

FRANCO, M.T. G; AKEMI, E.M; D'INOCENTO, M. Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes internados em unidade de clínica médica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 163-170, 2012.

FERREIRA, V. R. Análise dos eventos adversos em uma unidade de terapia intensiva neonatal como ferramenta de gestão da qualidade da assistência de enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, 2007.

FERREIRA, T.S. et al. Auditoria de enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. **Aquichán**, v. 9, n.1, p. 38-49, 2009.

GOTO, D. Y. Instrumento de auditoria técnica de conta hospitalar mensurando perdas e avaliando a qualidade da assistência. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2001

GUERRER, G. F. F.; LIMA, A. F. C.; CASTILHO, V. Estudo da auditoria de contas em um hospital de ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 3, p. 414-420, Jun. 2015.

GUIMARÃES, A.; CRUZ, A. G. I. C. F. A nursing process model for a hospital systematic literature review. **Online Brazilian Journal of Nursing** (Online), v. 6, n. 2, 2007.

ITO, E. E.; SENES, A. M.; SANTOS, M. A. M.; GAZZI, O.; MARTINS, S. A. S. **Manual de anotações de enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2004.

MOTTA, A. L. Auditoria de enfermagem no processo de credenciamento. São Paulo: Iátria, 2003.

MOTTA A. L. C, LEÃO E, ZAGATTO J. R. Auditoria Médica no Sistema Privado: abordagem prática para organizações de saúde. São Paulo: Iátria; 2005.

PADILHA, E. F.; HADDAD, M. C. L.; MATSUDA, L. M. Qualidade dos registros de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio de auditoria retrospectiva. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 239-45, Abr/Jun 2014.

PADILHA, E. F.; MATSUDA, L. M. Qualidade dos cuidados de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio de auditoria operacional. **Revista brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 64, n. 4, p. 684-691, Agosto de 2011.

PAIM, C. R. P.; CICONELLI, R. M. Auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 9, n. 36, p. 85-91, 2009.

PEDROSA, K. K. A.; SOUZA, M. F. G.; MONTEIRO, A. I. O enfermeiro e o registro de enfermagem em um hospital público de ensino. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 568-573, jul./set. 2011
PEREIRA, L. L.; TAKAHASHI, R. T. **Auditoria em enfermagem**. In: KURCGANT, P. (org.). Administração em enfermagem. São Paulo: EPU, 1991. p. 215 -222.
POSSARI, J. F. **Prontuário do paciente e os registros de enfermagem**. São Paulo: látria, 2005.

ROTHER, E. T. Editorial: revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, 2007.

SANTOS, M. P.; ROSA, C. D. P. Auditoria de contas hospitalares: análise dos principais motivos de glosa em uma instituição privada. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 15, n. 4, p. 125-132, 2013.

SANTOS S. P. et al. Avaliação dos registros de enfermagem em hemoterapia de um hospital geral. **Avances de Enfermería**, v. 31, n.1, p. 103-112, jan.-jun. 2013.

SEIGNEMARTIN, B. A. et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem no pronto atendimento de um hospital escola. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 6, p.1123-1132, 2013.

SETZ, V. G.; D'INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 313-317, Jun. 2009.

SILVA, M. V. S. et al. Limites e possibilidades da auditoria em enfermagem e seus aspectos teóricos e práticos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 535-538, jun. 2012a.

SILVA, J. A. et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em unidade semi-intensiva. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 576-582, Set. 2012b.

VENTURINI, D. A.; MARCON, S. S. Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília, v. 61, n. 5, p. 570-577, Out.

ZUNTA, R. S. B. et al. Treinamento com foco no faturamento assistencial: uma inovação no serviço de educação continuada . **Mundo Saúde** (online), v. 30, n. 2, p. 250-255, 2006.