

FACULDADE LABORO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AUDITORIA

FRANCISCA BATISTA MENESES
MARIANA RODRIGUES ALMADA
REGIANE DA SILVA
VERA LÚCIA FERREIRA COSTA MOTA

AUDITORIA DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM PRONTUÁRIOS EM UM
HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE VITORINO FREIRE, MARANHÃO

São Luís

2015

FRANCISCA BATISTA MENESES
MARIANA RODRIGUES ALMADA
REGIANE DA SILVA
VERA LÚCIA FERREIRA COSTA MOTA

**AUDITORIA DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM PRONTUÁRIOS EM UM
HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE VITORINO FREIRE, MARANHÃO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Auditoria da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista em Auditoria.

São Luís

2015

Meneses, Francisca Batista; [et. al.]

Auditoria dos registros de enfermagem em prontuários em um hospital do município de Vitorino Freire, Maranhão / Francisca Batista Meneses; Mariana Rodrigues; Regiane Silva; Vera Lúcia Ferreira Costa Mota -. São Luís, 2015.

Impresso por computador (fotocópia)

16 f.

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde da Faculdade LABORO / Universidade Estácio de Sá, como requisito para obtenção de Título de Especialista em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde. -. 2015.

Orientadora: Dra. Mônica Elinor Alves Gama

1. Qualidade da assistência de enfermagem. 2. Garantia da qualidade dos cuidados de saúde. 3. Auditoria de Enfermagem. I. Título.

CDU: 616-083:657.633

FRANCISCA BATISTA MENESES
MARIANA RODRIGUES ALMADA
REGIANE DA SILVA
VERA LÚCIA FERREIRA COSTA MOTA

**AUDITORIA DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM PRONTUÁRIOS EM UM
HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE VITORINO FREIRE, MARANHÃO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso
de Especialização em Auditoria da Faculdade Laboro,
para obtenção do título de Especialista em Auditoria.

Aprovado em ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

ORIENTADOR

Examinador 1

AUDITORIA DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM PRONTUÁRIOS EM UM HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE VITORINO FREIRE, MARANHÃO

Francisca Batista Meneses¹, Mariana Rodrigues Almada², Regiane da Silva³, Vera Lúcia Ferreira Costa Mota⁴.

RESUMO

Desse modo o objetivo deste estudo foi avaliar por meio da auditoria, a qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de pacientes atendidos no hospital municipal Rui Bandeira na cidade de Vitorino Freire - MA. O estudo é descritivo, retrospectivo e o método foi pesquisa documental. Dos 252 prontuários analisados nos meses maio, junho e julho, em diferentes unidades clínicas, 13,9% se referiam a óbitos e 86,1% a altas. Verificaram-se os itens: Preenchimento do levantamento de dados; Folha de centro cirúrgico; Evolução de enfermagem; Diagnóstico de enfermagem; Prescrição de enfermagem; Checagem da prescrição de enfermagem; Checagem da prescrição médica; Anotação de enfermagem; Anotação de alta hospitalar e Anotação de óbito. Na análise qualitativa dos prontuários 26,7% foram considerados ruins; 62,6% regulares e 10,7% bons. Observa-se um comprometimento da segurança e da perspectiva de cuidado do paciente, além da dificuldade para mensurar os resultados assistenciais advindos da prática da equipe de enfermagem. A pesquisa em questão possibilitou uma análise dos resultados obtidos com a auditoria dos registros de enfermagem, o que permitiu apontar vários desvios de anotações que foram analisados junto à equipe de enfermagem no hospital em estudo, propiciando assim propostas de novas metas e estratégias para melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, bem como dos registros dessa assistência.

Palavras-Chave: Qualidade da assistência de enfermagem. Garantia da qualidade dos cuidados de saúde. Auditoria de Enfermagem.

ABSTRACT

Thus the aim of this study was to evaluate through audit, quality of nursing records in the medical records of patients treated at the municipal hospital in the city of Rui Bandeira Vitorino freire-ma. The study is descriptive, retrospective and the method was documentary research. Of the 252 records analyzed in the months May and July junio, in different clinical units, 13.9% referred to deaths and 86.1% to high. Items There has: data collection Completion; Surgical center sheet; Nursing evolution; Nursing diagnosis; Nursing prescription; Check the nursing prescription; Check the prescription; Nursing annotation; Annotation of hospital discharge and death note. In the qualitative analysis of records 26.7% were considered poor; 62.6% regular and 10.7% good. There has been a commitment of safety and patient care perspective, apart from the difficulty to measure the care outcomes arising from the practice of nursing staff. The research in question allowed for an examination of the results obtained from the audit of nursing records, enabling point several detours notes that were analyzed by the nursing staff in the hospital under study, so to propose new goals and strategies to improve quality of nursing care, as well as records of such assistance

Keywords: nursing care quality. Quality of health care guarantee. Nursing audit.

1 INTRODUÇÃO

A auditoria é o instrumento de controle da qualidade do trabalho da equipe de enfermagem, sendo utilizada com o objetivo de melhorar a qualidade do serviço prestado. Há uma correlação positiva entre os registros e a qualidade do cuidado. Assim, podem-se avaliar os cuidados de enfermagem por meio de registros, os quais refletem a qualidade da assistência de enfermagem (SETZ, 2009).

Atualmente, se destaca como ponto de convergência de todos os feitos, fatos e as informações originadas dos diversos segmentos de uma Unidade, cuja finalidade é avaliar as informações no sentido de que sejam confiáveis, adequadas, totais e seguras. Conseqüentemente, a execução de uma auditoria, necessariamente, obriga-se a analisar os diversos segmentos da Unidade, assim como os fatores externos e internos que, de alguma forma, os influenciam, gerando dados para análise (SILVA, 2009).

A auditoria é um sistema de revisão e controle, para informar a administração sobre a eficiência e eficácia dos programas em desenvolvimento. Sua função não é somente indicar as falhas e os problemas, mas também, apontar sugestões e soluções, assumindo, portanto, um caráter eminentemente educacional (CHIAVENATO, 1981).

É definida também como exame oficial de registros de enfermagem com o objetivo de avaliar, verificar e melhorar a assistência de enfermagem e como um método utilizado para avaliar a qualidade do cuidado de enfermagem através dos registros de enfermagem, após a alta do paciente (PHANEUF, 1964).

É no prontuário do paciente que estão contidas as informações escritas que refletem o atendimento e tratamento prestado durante a internação. A evolução, reações e preocupações do paciente devem ser registradas, utilizando-se termos que expliquem os fatos de maneira clara. A equipe de enfermagem deve prever o tempo para fazer os registros no prontuário de cada paciente, pois fazem parte das responsabilidades legais da enfermagem (KRON, 1989).

Os registros no prontuário do paciente, feitos pela equipe de enfermagem, devem refletir as condições psico - sócio-espirituais, onde são relatadas todas as ocorrências que tenham relação com este paciente, possibilitando a elaboração de um plano e a continuidade dos cuidados (KOCH, 1999).

A qualidade dos serviços de enfermagem inclui não só a formação do enfermeiro, o processo de restauração da saúde do cliente ou, quando isto não é possível, a melhoria das condições de vida, as orientações quanto ao autocuidado, a simplificação e a segurança nos procedimentos de enfermagem, mas também o resultado do produto hospitalar, medido por meio da qualidade da documentação e do registro de todas as ações de enfermagem. Ou seja, na qualidade do registro das ações assistenciais reflete a qualidade da assistência e a produtividade do trabalho. E, com base nesses registros, pode-se permanentemente construir melhores práticas assistenciais, além de implementar ações que visem melhorias nos resultados operacionais (FONSECA, 2005).

Desse modo o objetivo deste estudo foi avaliar por meio da auditoria, a qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de pacientes atendidos no hospital Municipal Rui Bandeira na cidade de Vitorino Freire Maranhão.

2 DESENVOLVIMENTO

No Brasil, a auditoria médica e de enfermagem surgiu de modo incipiente na década de setenta. Desde então, tem-se ampliado a prática da auditoria em saúde, com uma progressiva absorção da mão-de-obra de enfermeiras(o) . Em 2001 as atividades desenvolvidas pela enfermeira auditora foram aprovadas pelo Conselho Federal de Enfermagem através da Resolução n. 266/01 (PEREIRA, 1991). Atualmente, é na área privada onde se observa um número maior de enfermeiras auditoras, cujo conhecimento e experiência profissional são particularmente utilizados para a racionalização dos custos envolvidos na prática assistencial, atuando em instituições hospitalares ou em operadoras de planos de saúde(SOUZA, 2005).

2.1 Tipos de auditoria

Segundo Rocha et al., (2002) há os seguintes tipos de auditoria;

- Auditoria analítica – baseiam-se nas análises de relatórios, documentos de acompanhamento dos serviços prestados, implantados, a fim de controlar e avaliar o desempenho das Unidades de Saúde;
- Auditoria operacional – procede a verificação, “*in loco*”, quanto à propriedade das informações obtidas para análises, coletando dados quantitativos de resolubilidade e desempenho das unidades. Pode medir a eficiência e eficácia das ações, a qualidade e o cumprimento das metas de programação e a satisfação do usuário;
- Auditorias especiais – destinadas a instruir processos na apuração de denúncias que envolvam responsabilidades funcionais de maior gravidade, cobranças indevidas ou alcance às verbas ou dinheiro público, negligências, imperícias ou imprudências no âmbito do SUS

A auditoria pode ser classificada quanto: a forma de intervenção (interna e externa); ao tempo (contínua e periódica); a natureza (normal e específica) e ao limite (total e parcial) (CHIZZOTTI, 2000).

2.3 Auditoria na enfermagem

A significativa presença da enfermeira entre os profissionais que atuam nos serviços de auditoria em saúde denota a relação que existe entre as

responsabilidades assumidas por enfermeiras na prática assistencial e o conhecimento necessário para o trabalho no campo da auditoria. Isto porque o profissional que atua na maior parte dos procedimentos relacionados à assistência prestada ao usuário(b), desde o atendimento direto, até as atividades administrativas e gerenciais, é a enfermeira, o que lhe confere alguma competência técnica-administrativa para lidar com o processo de produção da conta hospitalar (SOUZA,2005).

O conhecimento sobre a prática das enfermeiras auditoras, ainda incipiente no Brasil, poderá contribuir para a otimização dos recursos físicos e materiais disponíveis nos serviços de saúde e para desenvolver as pessoas, melhorando, além do planejamento e a execução técnica do trabalho, a relação custo-benefício para o paciente, o hospital e o comprador de serviços de saúde. A auditoria, se entendida como um processo educativo fornece subsídios para a implantação e gerenciamento de uma assistência de qualidade (PINTO, 2005).

A auditoria é o instrumento de controle da qualidade do trabalho da equipe de enfermagem, sendo utilizada com o objetivo de melhorar a qualidade do serviço prestado. Há uma correlação positiva entre os registros e a qualidade do cuidado. Assim, podem-se avaliar os cuidados de enfermagem por meio de registros, os quais refletem a qualidade da assistência de enfermagem (KURCGANT, 1976).

Em enfermagem representa a função de controle do processo administrativo, verificando se os resultados da assistência estão de acordo com os objetivos(4). No entanto, há autores que a definem como a avaliação sistemática da qualidade de enfermagem prestada ao cliente pela análise dos prontuários, garantindo justa cobrança e pagamento adequado (MOTA, 2003).

Para o exercício da auditoria é importante a construção de instrumentos que devem contemplar os objetivos de acordo com a estrutura, processo e resultado da assistência, definindo o caminho a percorrer para o alcance da qualidade (MOTA, 2003).

É um sistema de revisão e controle, para informar a administração sobre a eficiência e eficácia dos programas em desenvolvimento. Sua função não é somente indicar as falhas e os problemas, mas também, apontar sugestões e soluções, assumindo, portanto, um caráter eminentemente educacional (CHIAVENATO,1981).

Ela ainda pode ser entendida como uma avaliação sistemática da assistência de enfermagem, verificada através das anotações de enfermagem nos prontuários dos pacientes e ou das próprias condições destes (PEREIRA, 1991).

A anotação é uma dentre as formas mais importantes de comunicação da enfermagem, levando em conta que tem como finalidades: estabelecer uma efetiva comunicação entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais envolvidos no cuidado ao ser humano; servir de base para a elaboração do plano assistencial ao paciente; constituir fonte de subsídios para a avaliação da assistência prestada; servir para acompanhar a evolução do paciente; constituir documento legal, tanto para o paciente quanto para a equipe de enfermagem referente à assistência prestada; contribuir para a auditoria de enfermagem e colaborar para o ensino e pesquisa em enfermagem (DANIEL, 1981).

Apesar das considerações citadas sobre a importância dos aspectos legais e assistenciais, com muita frequência as anotações da enfermagem não contêm as informações necessárias para apoiar a instituição e/ou a enfermagem, no caso de um processo judicial (LOPES, 1999). Os registros no prontuário do paciente são de enorme importância, mas há quase descaso quanto a esse tipo de formalização escrita de trabalho e a falta de anotações no prontuário do paciente muitas vezes dificulta o exercício da proteção dos direitos dos profissionais de enfermagem, quer judicialmente, quer administrativamente (DANIEL, 1981).

3 MATERIAL E MÉTODOS

O estudo é descritivo e retrospectivo.

O desejo de conhecer o objeto de estudo em questão é o foco essencial do estudo descritivo. Esse tipo de estudo pretende descrever, com exatidão, os fatos e fenômenos de determinada realidade. Assim, exige do pesquisador uma série de informações sobre o que se deseja pesquisar (GIL, 2002).

O método de coleta de dados, um dos caminhos utilizados para este estudo, foi a análise ou pesquisa documental. Por pesquisa documental entende-se o exame de materiais de natureza diversa, que ainda não receberam um tratamento analítico, ou que podem ser reexaminados, buscando-se novas formas e/ou interpretações complementares (MATIELO, 1998).

No presente estudo, a análise documental foi realizada por meio da análise dos prontuários dos pacientes.

3.1 Campo do estudo

O estudo foi realizado no hospital Municipal Rui Bandeira localizado no Município de Vitorino Freire onde se localiza na região central do Estado do Maranhão, com uma distância de 320 km da capital São Luís. Conforme dados do IBGE (2010), o município possui 31.158 habitantes.

É um hospital de pequeno porte, que dispõe de unidades de internação, sala obstétrica, ambulatório, pediatria, centro cirúrgico, emergência, sala de curativo, diretoria, laboratório de análises clínicas, sala de procedimentos, sala de raio X, completa estrutura convencional, além de realizar procedimentos de baixa, média e alta complexidade.

3.2 Critérios para avaliação e análise dos registros

Os itens avaliados no prontuário foram: Preenchimento do levantamento de dados; Folha de centro cirúrgico; Folha de custo do centro cirúrgico; Evolução de enfermagem; Diagnóstico de enfermagem; Prescrição de enfermagem; Checagem da Prescrição de enfermagem; Checagem da prescrição médica; Anotação de enfermagem; Anotação de alta hospitalar e anotação de óbito.

Os critérios utilizados para avaliação foram elaborados para a auditoria dos prontuários no hospital em questão e referem-se à legibilidade, clareza e completude dos mesmos.

Com relação aos itens avaliados, foi utilizado o seguinte critério para pontuá-los: “ótimo”: 4 pontos (90% a 100%) dos critérios de avaliação; bom: 3 pontos (70% a 89%); “regular”: 2 pontos (50% a 69%) “ruim”: 1 ponto igual ou menos que 49% dos critérios de avaliação; ausente: 0 pontos quando estava implantado mas não havia sido feito. O termo Não se aplica, foi utilizado apenas quando o item avaliado estava implantado em uma unidade, mas sua avaliação não era pertinente ao prontuário em questão, por exemplo: no caso de não haver prescrição de enfermagem não é possível haver a avaliação da checagem da prescrição.

No que se refere à análise de qualidade do prontuário, o seguinte critério foi estabelecido: Ótimo, quando todas as prescrições estavam checadas de modo

completo; assinaturas e carimbos em todas as anotações e evoluções de enfermagem; anotações completas (durante a internação, alta ou óbito), inteligíveis e seguindo as orientações do protocolo; presença da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) completa e preenchida segundo as orientações. “Bom”, quando a maior parte das prescrições estavam checadas adequadamente; assinatura completa e uso de carimbo nas anotações e evoluções de enfermagem; anotações completas (internação, intercorrências, alta ou óbito), seguindo as orientações do protocolo; SAE incompleta ou preenchida de modo inadequado. “Regular” quando parte das prescrições não estava checada; assinatura incompleta e ausência de carimbo na maioria das anotações e evoluções de enfermagem; anotações incompletas (internação, intercorrências, alta ou óbito) seguindo parcialmente as orientações do protocolo; ausência do levantamento de dados no prontuário, existindo apenas prescrição e evolução de enfermagem. “Ruim” quando grande parte das prescrições não estava checada; ausência de assinatura e carimbo na maioria das anotações e evoluções de enfermagem; faltavam anotações de intercorrências, alta ou óbito; inadequação ou inexistência da evolução de enfermagem; ausência do levantamento de dados no prontuário.

3.3 Amostra do estudo e período

O número de prontuários analisados foi 252 e o período de coleta de dados ocorreu nos meses de maio, junho e julho de 2015.

Os prontuários foram selecionados de acordo com o seguinte critério: todos os prontuários de saída por óbito, e uma amostra dos prontuários de saída por alta de cada unidade e serviço de enfermagem.

4 RESULTADOS

Para auditar o prontuário do paciente optou-se pela auditoria interna retrospectiva, caracterizada pela análise da relação entre os critérios estabelecidos e os dados encontrados na revisão dos prontuários, após a saída (altas ou óbitos) dos pacientes.

Foram avaliados 252 prontuários de pacientes que foram internados nas diversas unidades do hospital, destes, 110 pacientes utilizaram mais de um serviço de enfermagem, ou seja, estiveram internados e utilizaram os serviços de mais de

uma unidade, sendo, portanto considerados e contados em cada uma das unidades nas quais estiveram. Assim sendo, 62 eram da clínica médica, 102 da clínica cirúrgica, 109 da emergência, 92 das clínicas pediátricas e de obstetrícia e 108 do centro cirúrgico.

Com relação ao item levantamento de dados, este estava presente em 17,4% dos prontuários, ausente em 28,8%, não implantado em 53,8% e não se aplica. Apenas 21,8% foram considerados completos.

Dos prontuários considerados completos no item levantamento de dados, 40,4% eram da clínica cirúrgica, 24,6% da clínica médica e 35% não possuíam identificação da clínica onde havia sido realizado.

Nos prontuários avaliados 42% possuíam diagnóstico de enfermagem e destes 4,2% estavam completos; 75,2% possuíam a prescrição de enfermagem sendo que 12% estavam completos e 45,8% possuíam a evolução de enfermagem, destes 26% estavam completos.

Com relação à folha de centro cirúrgico, esta estava presente em 60,6% dos prontuários onde estava implantada a folha e ausente em 39,4%.

Em relação à checagem das prescrições de enfermagem, em 70,7% dos prontuários estavam presentes e destes, apenas 20% estava completo; 5,5% ausentes e em 24,8% este item não foi aplicado (pois as prescrições estavam ausentes). A checagem da prescrição médica constava em 98,1% dos prontuários, destes, 1,7% tinham a checagem completa e 1,9% estavam ausentes dos prontuários.

As anotações de enfermagem estavam presentes em 99,5% dos prontuários sendo que destes, 24% eram completas. Dos 0,5% prontuários em que estavam ausentes as anotações, estas eram de pacientes que utilizaram os serviços de enfermagem de emergência e clínica cirúrgica.

As anotações de alta estavam presentes em 85,4% dos prontuários, destes 33,7% estavam completas. Dos prontuários ausentes, 14,6% e 35,6% pertenciam ao serviço de enfermagem das clínicas cirúrgicas, 20,4% às clínicas pediátricas, e 32,3% da clínica médica; 10,2% ao serviço de enfermagem em emergência e em 1,5% houve dúvida quanto à unidade em que o paciente estava internado no momento da alta, ou seja, entre os serviços de enfermagem em clínica pediátrica e em clínica cirúrgica.

As anotações de óbito presentes em 83,7% dos prontuários possuíam 11,9% das anotações completas. Dos 16,3% prontuários em que as anotações estavam ausentes 28,8% pertenciam ao serviço de enfermagem em emergência, 15,8% aos serviços de enfermagem em clínica cirúrgica, 12,5% aos serviços de enfermagem em centro cirúrgico, 25,3% aos serviços de enfermagem em clínica médica e 17,6% havia uma dúvida quanto à unidade em que o paciente estava no momento do óbito, se nos serviços de enfermagem em clínica médica ou centro cirúrgico.

Na análise qualitativa dos prontuários 26,7% foram considerados ruins; 62,6% foram considerados “regulares” e 10,7% “bons”. Nenhum dos prontuários foi avaliado como “ótimo”.

De modo geral, os problemas encontrados nos registros de enfermagem nos prontuários foram: anotações e evoluções de enfermagem indistintas quanto ao conteúdo, ou ainda, semelhante à evolução médica, incluindo condutas e prescrições. Além disso, também apresentaram falhas como ilegibilidade, erros de ortografia, utilização de terminologia incorreta e de siglas não padronizadas e em algum local do prontuário, bem como falhas na identificação do profissional, seja por ausência de carimbo ou nome ilegível. Frequentemente, observou-se que as anotações de alta e óbito não apresentaram clareza e que existiam falhas de anotação, relativas a não realização de algum item da prescrição médica, como a administração de medicamentos, anotações de enfermagem por apenas circularem o horário aprazado, sem apresentarem as justificativas da sua não realização e diagnóstico com clareza.

5 DISCUSSÃO

Esses dados são semelhantes aos resultados encontrados em uma pesquisa de Labbadia (2004), na qual os autores observaram que as anotações, apesar de adequadas quanto à forma, revelaram-se incompletas em relação aos conteúdos analisados, pois os que estavam completos variaram de 13,4% a 26,8%. A identificação formal dos executores das atividades demonstrou, também, não conformidade com a exigência legal do COFEN (BRASIL, 2000). Quanto à terapêutica medicamentosa, observou-se elevado percentual (70,1%) de inexistência de registros de justificativas de não administração dos medicamentos prescritos (LABBADIA (2004).

Em um estudo realizado nas unidades de clínica médica em seis hospitais de ensino e universitários foi observado que, em quatro dessas unidades, as anotações de enfermagem em prontuários eram incompletas, o que tornava frágeis os documentos em questão, tanto para a avaliação da qualidade do processo assistencial, como nos aspectos ético e jurídico (D'INNOCENZO, 2004).

6 CONCLUSÃO

O registro no prontuário do paciente da assistência a ele prestada abrange diversos aspectos e respalda ética legalmente do profissional responsável pelo cuidado, assim como o paciente. Quando esse registro é escasso e inadequado compromete a assistência prestada ao paciente assim como a instituição e a equipe de enfermagem.

A padronização dos registros de enfermagem é necessária, visto que existem falhas no que se refere a: exatidão, brevidade, legibilidade, identificação e terminologia técnica.

A auditoria é fundamental para observar problemas dos prontuários, pois por meio dessas avaliações nos possibilita orientar a equipe e instituição de saúde quanto ao registro apropriado das ações profissionais e ao respaldo ético e legal frente aos conselhos, associações de classe e a justiça.

A pesquisa em questão possibilitou uma análise dos resultados obtidos com a auditoria dos registros de enfermagem, o que permitiu apontar vários desvios de anotações que foram analisados junto à equipe de enfermagem no hospital em estudo, propiciando assim propostas de novas metas e estratégias para melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, bem como dos registros dessa assistência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. COREN-SP. Decisão COREN-SP - DIR/001 de 18 de janeiro de 2000. **Normatiza no Estado de São Paulo os princípios gerais para ações que constituem a Documentação de Enfermagem**. São Paulo; 2000

CHIAVENATO I. **Administração de recursos humanos**. 2a ed. São Paulo: Atlas; 1981. vol.3

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

CHIZZOTTI A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 4a ed. São Paulo: Cortez; 2000.

DANIEL LF. **Enfermagem planejada**. 3a. ed. São Paulo: EPU; 1981.

D'INNOCENZO M, Adami NP. **Análise da qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de pacientes de hospitais de ensino e universitários**. Acta Paul Enferm. 2004.

FONSECA AS, Yamanaka NMA, Barison THAS, Luz SF. **Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar**. Mundo Saúde. 2005.

KOCH RM, Motta HS, Walter RL, Horiuchi LNO. **Técnicas básicas de enfermagem**. 16a ed. Curitiba: Florence; 1999.

KRON T, Gray A. **Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente: colocando em ação as habilidades de liderança**. 6a ed. Rio de Janeiro: Interlivros; 1989.

KURCGANT P. **Auditoria em enfermagem**. Rev Bras Enferm. 1976.

LOPES JB. **A prova n direito processual civil**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais; 1999.

LABBADIA LL, Adami NP. **Avaliação das anotações de enfermagem em prontuários de um hospital universitário**. Acta Paul Enferm. 2004.

MATIELO FZ. **Responsabilidade civil do médico**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 1998.

PEREIRA LL, Takahashi RT. **Auditoria em enfermagem**. In: Kurcgant P, coordenadora. **Administração em enfermagem**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária; 1991.

Phaneuf, Mc. **A nursing audit method**. Nurs Outlook may 1964.

Silva SH, Ortiz DCF, Shimizu HE, Toth M. **Auditoria em enfermagem: implantação e desenvolvimento no hospital universitário da Universidade de São Paulo**. Rev Esc Enferm USP 2009.

SOUZA Da, Fonseca AS. **Auditoria em enfermagem: visão das enfermeiras do município de São Paulo**. Nursing (São Paulo). 2005.

PINTO. Karina Araújo. **A prática da enfermeira em auditoria em saúde**. Bahia. 2005.