



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Escola Paulista de Enfermagem

Brasil

Grespan Setz, Vanessa; D'Innocenzo, Maria
Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria
Acta Paulista de Enfermagem, vol. 22, núm. 3, junio, 2009, pp. 313-317
Escola Paulista de Enfermagem
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023837012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria*

Evaluation of the quality of nursing documentation through the review of patient medical records

Evaluación de la calidad de los registros de enfermería en la historia clínica por medio de la auditoría

Vanessa Grespan Setz¹, Maria D'Innocenzo²

RESUMO

Objetivo: Desse modo o objetivo deste estudo foi avaliar por meio da auditoria, a qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de pacientes atendidos em unidades de um hospital universitário do município de São Paulo. **Métodos:** O estudo é descritivo, retrospectivo e o método foi pesquisa documental. Dos 424 prontuários analisados entre novembro de 2006 a janeiro de 2007, em diferentes unidades clínicas e cirúrgicas de um hospital universitário, 43,9% se referiam a óbitos e 56,1% 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. **Resultados:** Na análise qualitativa dos prontuários 26,7% foram considerados ruins; 64,6% regulares e 8,7% 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. **Conclusão:** Essa pesquisa possibilitou apontar vários desvios que foram analisados junto à Diretoria de Enfermagem e com os Grupos de Melhoria de Processos da Diretoria de Enfermagem do hospital em estudo, propiciando propostas de novas metas e estratégias para melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, bem como do registro dessa assistência. **Descritores:** Qualidade da assistência à saúde; Garantia da qualidade dos cuidados de saúde, Auditoria de Enfermagem; Gerenciamento de informação

ABSTRACT

Objective: To evaluate the quality of nursing documentation on medical records of patients from a university hospital in São Paulo, Brazil. **Methods:** A retrospective descriptive study was used to conduct the study. Four hundred and twenty four medical records of patients from medical and surgical units were reviewed from November 2006 to January 2007. The medical records were from patients who have been discharged from the hospital (56.1%) or those who have expired (43.9%). The focus of the review was on the demographic and background information, operation room flow sheet, nursing progress notes, nursing diagnoses, nursing orders, implementation of the nursing orders, medical orders, nursing documentation, discharge documentation, and documentation of death. **Results:** The majority of nursing documentation was acceptable (64.7%). Only 8.7% of nursing documentation was of good quality. The remainder of nursing documentation was poor (26.7%). It is important to note that was difficult to measure nursing care outcomes reflected in nursing documentation on the medical records. This may affect patient safety and quality care. **Conclusion:** The findings of this study suggested deviation from recommended standards of nursing practice. They served to propose new goals and strategies to improve nursing documentation and the delivery of nursing care. **Keywords:** Quality of health care; Quality assurance health care; Nursing audit; Information management

RESUMEN

Objetivo: El objetivo del presente estudio fue evaluar por medio de la auditoría, la calidad de los registros de enfermería en las historias clínicas de pacientes atendidos en unidades de un hospital universitario del municipio de Sao Paulo. **Métodos:** se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo cuyo método fue la investigación documental. De las 424 historias clínicas analizadas entre noviembre del 2006 a enero del 2007, en diferentes unidades clínicas y quirúrgicas de un hospital universitario, el 43,9% se referían a óbitos y 56,1% a altas. Se verificaron los items: Llenado del levantamiento de datos; Hoja del centro quirúrgico; Evolución de enfermería; Diagnóstico de enfermería; Prescripción de enfermería; Chequeo de la prescripción de enfermería; Chequeo de la prescripción médica; Notas de enfermería; Notas de alta hospitalaria y Notas de óbito. **Resultados:** En el análisis cualitativo de las historias clínicas el 26,7% fueron considerados como malos; el 64,6% regulares y el 8,7% buenos. Se observa un compromiso de la seguridad y de la perspectiva del cuidado del paciente, además de la dificultad para medir los resultados asistenciales procedentes de la práctica del equipo de enfermería. **Conclusión:** La investigación permitió identificar varios desvíos que fueron analizados con el Departamento de Enfermería y con los Grupos de Mejoría de los Procesos del Departamento de Enfermería del hospital en estudio, propiciando propuestas de nuevas metas y estrategias para mejoría de la calidad de la asistencia de enfermería, así como del registro de esa asistencia.

Descritores: Calidad de la atención de salud; Garantía de la calidad de atención de salud; Auditoria de enfermería; Gerencia de la información

* O estudo foi realizado em um hospital universitário, localizado no Município de São Paulo, vinculado nos aspectos de ensino, pesquisa e assistência a uma Universidade.

¹ Mestre em Ciências, Assessora da Diretoria de Enfermagem do Hospital São Paulo. São Paulo (SP), Brasil.

² Doutora, Professora Adjunta da Disciplina de Enfermagem em Saúde Pública e Administração Aplicada a Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil

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⁽¹⁾.

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⁽²⁾.

É definida também como exame oficial de registros de enfermagem com o objetivo de avaliar, verificar e melhorar a assistência de enfermagem⁽³⁾ e como um método utilizado para avaliar a qualidade do cuidado de enfermagem através dos registros de enfermagem, após a alta do paciente⁽⁴⁾.

A auditoria 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⁽⁵⁾.

Existem dois tipos de auditoria: a retrospectiva e a operacional ou recorrente^(1,6). A auditoria retrospectiva é feita após a alta do paciente e utiliza o prontuário para avaliação. A auditoria operacional ou recorrente é feita enquanto o paciente está hospitalizado ou em atendimento ambulatorial.

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)⁽⁷⁻⁸⁾.

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, a 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⁽⁹⁾.

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⁽¹⁰⁾.

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⁽¹¹⁾.

O controle é feito através de quatro fases distintas: estabelecimento de padrões de desempenho, mensuração do desempenho a ser controlado, comparação do desempenho atual com o padrão e tomada de ação corretiva para ajustar o desempenho atual ao padrão desejado⁽¹²⁾.

Os registros no prontuário do paciente, feitos pela equipe de enfermagem, devem refletir as condições bio-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⁽¹³⁾.

Assim as anotações de enfermagem têm valor como fonte de investigação, instrumento de educação e documento legal. Desta forma, os registros podem servir como um dos meios para avaliação da assistência de enfermagem prestada ao paciente, bem como da qualidade das anotações elaboradas pela equipe de enfermagem⁽¹⁴⁾.

O entendimento de um texto pode ser dificultado por frases mal construídas, pelo uso de palavras que podem gerar múltiplos sentidos ou pelo emprego de termos muito próprios de uma área de conhecimento⁽¹⁵⁾. O registro de enfermagem é um documento, ou seja, é a representação de um fato ou de um ato, podendo ser escrito ou gráfico, e portanto deve ser registrado com clareza, expressando todas as ações desenvolvidas na assistência prestada ao paciente⁽¹⁶⁾.

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⁽¹⁷⁾. 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⁽¹⁰⁾. Desse modo o objetivo deste estudo foi avaliar por meio da auditoria,

a qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de pacientes atendidos em unidades de um hospital universitário do município de São Paulo.

Referencial teórico

O estudo teve como base as pesquisas desenvolvidas por autores que trabalharam com a auditoria de enfermagem e qualidade da assistência como Kurcgant, Chiavenato, Deeken, Phaneuf, Pereira e Takahashi, Souza, Fonseca, D'Innocenzo e Adami, Labbadia e Adami.

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⁽¹⁸⁾.

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^(10,19-20).

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

Campo do estudo

O estudo foi realizado em um hospital universitário, localizado no Município de São Paulo, vinculado nos aspectos de ensino, pesquisa e assistência a uma Universidade.

É um hospital de grande porte, que dispõe de unidades de internação, ambulatoriais, terapia intensiva, centro obstétrico, centro cirúrgico, berçário, pronto socorro, completa estrutura para diagnóstico convencional e intervencionista, além de realizar procedimentos de alta complexidade.

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): quando contemplou de 90% a 100% dos critérios de avaliação; bom (3 pontos): quando contemplou de 70% a 89% dos critérios de avaliação; regular (2 pontos): quando contemplou de 50% a 69% dos critérios de avaliação; ruim (1 ponto): quando contemplou 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; e o item Não implantado foi utilizado quando o item avaliado ainda não havia sido implantado na unidade até o momento em que o prontuário foi avaliado, por exemplo: a Evolução de enfermagem foi implantada na unidade no mês de novembro e o prontuário foi avaliado em outubro.

No que se refere à análise qualitativa 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.

Amostra do estudo e período

O número de prontuários analisados foi 424 e o período de coleta de dados ocorreu nos meses de novembro e dezembro de 2006 e janeiro de 2007.

Os prontuários foram selecionados de acordo com o seguinte critério: todos os prontuários de saída por óbito, disponíveis no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) nos meses correspondentes, e uma amostra dos prontuários de saída por alta de cada unidade e serviço

de enfermagem, disponíveis no SAME no mesmo período.

Ética em pesquisa

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição.

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 no total 424 prontuários de pacientes que foram internados nas diversas unidades do hospital, destes, 185 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, 61 eram da clínica médica, 106 da clínica cirúrgica, 70 da clínica médico cirúrgica, 129 da emergência, 92 das clínicas pediátricas e de obstetrícia, 21 da anestesiologia, 17 dos convênios e 139 do centro cirúrgico.

Com relação ao item levantamento de dados, este estava presente em 13,4% dos prontuários, ausente em 27,8%, não implantado em 58,3% e não se aplica em 0,5% dos prontuários, pois estes se referiam à pacientes doadores de órgãos. Apenas 22,8% foram considerados completos.

Dos prontuários considerados completos no item levantamento de dados, 50,9% eram da clínica médico - cirúrgica, 21,0% da clínica cirúrgica, 26,3% da clínica médica e 1,8% não possuíam identificação da clínica onde havia sido realizado.

Nos prontuários avaliados 41% possuíam diagnóstico de enfermagem e destes 5,2% estavam completos; 75,2% possuíam a prescrição de enfermagem sendo que 3,5% estavam completos e 45,8% possuíam a evolução de enfermagem, destes 2,6% estavam completos.

Com relação à folha de centro cirúrgico, esta estava presente em 55,6% dos prontuários onde estava implantada a folha e ausente em 44,4%.

Em relação à checagem das prescrições de enfermagem, em 70,7% dos prontuários estavam presentes e destes, apenas 1% estava completo; 4,5% 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, 2,4% 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 84,4% dos prontuários, destes 31,7% estavam completas. Dos prontuários ausentes, 15,6% e 30,6% pertenciam ao serviço de enfermagem das clínicas cirúrgicas, 20,4% às clínicas pediátricas, 14,3% aos serviços de enfermagem da clínica médico cirúrgica e 14,3% da clínica médica, 10,2% aos convênios, 8,2% ao serviço de enfermagem em emergência e em 2% 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 82,7% dos prontuários, possuíam 9,9% das anotações completas. Dos 17,3% prontuários em que as anotações estavam ausentes, 36,8% pertenciam ao serviço de enfermagem em emergência, 15,8% aos serviços de enfermagem em clínica cirúrgica e 15,8% em anestesia, 10,5% aos serviços de enfermagem em centro cirúrgico e 10,5% em clínica médico cirúrgica, 5,3% aos serviços de enfermagem em clínica médica e 5,3% havia uma dúvida quanto à unidade em que o paciente estava no momento do óbito, se nos serviços de enfermagem em anestesia ou centro cirúrgico.

Na análise qualitativa dos prontuários 26,7% foram considerados ruins; 64,6% foram considerados regulares e 8,7% bons. Nenhum prontuário 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 sem referência 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, ou de enfermagem, seja por apenas circularem o horário aprazado, sem apresentarem as justificativas da sua não realização como também pela não checagem dos mesmos.

DISCUSSÃO

Esses dados são semelhantes aos resultados encontrados em uma pesquisa⁽²¹⁾, na qual as autoras 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⁽²²⁾. Quanto à terapêutica medicamentosa, observou-se elevado percentual (70,1%) de inexistência de registros de justificativas de não administração dos medicamentos prescritos⁽²¹⁾.

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⁽²³⁾.

CONCLUSÃO

O registro no prontuário do paciente da assistência a ele prestada abrange diversos aspectos e respalda ética e legalmente o 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. Há

um comprometimento da segurança e da perspectiva de cuidado do paciente, além da dificuldade para mensurar os resultados assistenciais advindos da prática do enfermeiro.

A padronização dos registros (anotações e evoluções) de enfermagem é necessária, visto que existem falhas no que se refere a adequações gramaticais da linguagem formal, exatidão, brevidade, legibilidade, identificação e terminologia técnica.

A auditoria é fundamental para detectar os problemas apresentados nos prontuários, pois possibilita por meio dos relatórios de avaliação, a orientação para a equipe e a instituição, quanto ao registro apropriado das ações profissionais e o respaldo ético e legal, frente aos conselhos, às 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 que foram analisados junto à Diretoria de Enfermagem e com os Grupos de Melhoria de Processos da Diretoria de Enfermagem do hospital em estudo, propiciando propostas de novas metas e estratégias para melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, bem como do registro dessa assistência.

REFERÊNCIAS

1. Kurcgant P. Auditoria em enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 1976;29(3):106-24.
2. Chiavenato I. Administração de recursos humanos. 2a ed. São Paulo: Atlas; 1981. 3 v.
3. Deeken MHL. Sister A guide for the nursing service audit. Saint Louis: The Catholic Hospital Association; 1960.
4. Phaneuf, MC. A nursing audit method. *Nurs Outlook* may 1964; 12 (5): 42-5.
5. Pereira LL, Takahashi RT. Auditoria em enfermagem. In: Kurcgant P, coordenadora. Administração em enfermagem. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária; 1991. p. 215-22.
6. Souza DA, Fonseca AS. Auditoria em enfermagem: visão das enfermeiras do município de São Paulo. *Nursing (São Paulo)*. 2005; 8(84):234-8.
7. Glossário [Internet]. [S.l.]: Confederação Nacional da Indústria; 2001. [s.d. de atualização, citado 2006 Jan 16]. Disponível em: <http://www.normalizacao.cni.org.br/glossario.htm>
8. Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 4a ed. São Paulo: Cortez; 2000.
9. 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* (1995). 2005;29(2):161-9.
10. Daniel LF. Enfermagem planejada. 3a. ed. São Paulo: EPU; 1981.
11. 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.
12. Chiavenato I. Administração: teoria, processo e prática. São Paulo: McGraw-Hill; 1987.
13. Koch RM, Motta HS, Walter RL, Horiuchi LNO. Técnicas básicas de enfermagem. 16a ed. Curitiba: Florence; 1999.
14. Oguisso T. Os aspectos legais da anotação de enfermagem no prontuário do paciente [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1974.
15. Cianciarullo TI. Instrumentos básicos em enfermagem. São Paulo: Ática; 1996.
16. Lopes JB. A prova n direito processual civil. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais; 1999.
17. Kurcgant P. Auditoria em enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 1976;29(3):106-24.
18. Triviños ANS. Alguns temas no desenvolvimento de uma pesquisa. In: Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987. p. 91-115.
19. Campedelli MC, organizadora. Processo de enfermagem na prática. São Paulo: Ática; 1989.
20. Mاتيello FZ. Responsabilidade civil do médico. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 1998.
21. Labbadia LL, Adami NP. Avaliação das anotações de enfermagem em prontuários de um hospital universitário. *Acta Paul Enferm.* 2004;17(1):55-62.
22. 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 [Internet]. São Paulo; 2000 Janeiro 18 [citado 2005 Set 10]. Disponível em: http://corensp.org.br/072005/legislacoes/legislacoes_busca.php?leg_id=30007&texto
23. 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;17(4):383-91.