

AUDITORIA DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM POR MEIO DOS REGISTROS HOSPITALARES

AUDITING THE QUALITY OF NURSING CARE THROUGH HOSPITAL RECORDS

Adna Borges dos Santos¹

Juliana Magalhães Bernardino²

Cristiane Borba Souto Rosendo³

Gilma Oliveira e Silva⁴

Gilnar Oliveira e Silva⁵

Kheyyla Santos Nascimento⁶

Maria Tereza Figueiredo de Rezende⁷

Silvania Maria de Santana Souza⁸

Stella Ferreira da Costa⁹

Resumo: A qualidade e a completude dos registros de enfermagem são fundamentais para a rastreabilidade do cuidado, a segurança do paciente e a gestão da assistência. Este estudo teve como objetivo analisar a qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes internados em um hospital universitário do Nordeste do Brasil, por meio de auditoria retrospectiva. Trata-se

-
- | | |
|---|---|
| 1 | Graduada em Enfermagem, Especialista em Saúde Pública |
| 2 | Mestre em Gestão e Economia da Saúde Graduada em Enfermagem |
| 3 | Graduada em Enfermagem |
| 4 | Graduada em Enfermagem, especialista em Saúde Pública |
| 5 | Graduada em Enfermagem, Especialista em Gestão Pública |
| 6 | Mestre em Gestão e Economia da Saúde, Graduada em Enfermagem |
| 7 | Graduação em Enfermagem |
| 8 | Graduada em Enfermagem, Especialista em Nefrologia |
| 9 | Graduada em fonoaudiologia, Especialista em Saúde e Segurança do trabalho |



de estudo descritivo, transversal, quantitativo e documental, realizado a partir da auditoria de 151 prontuários de pacientes internados em 11 unidades clínico-cirúrgicas, entre dezembro de 2022 e fevereiro de 2023. A coleta foi realizada entre junho de 2024 e dezembro de 2025, por enfermeiras da Divisão de Enfermagem, mediante instrumento estruturado. Os dados foram analisados por estatística descritiva e pelo teste de McNemar, para comparação pareada da completude dos registros entre o primeiro e o quarto dia de internação. Identificou-se baixa qualidade das anotações de enfermagem, classificadas como regulares em 47,0% e ruins em 46,4% dos prontuários, e dos registros de sinais vitais, classificados como regulares em 60,9% e ruins em 31,1%. Embora a evolução de enfermagem estivesse presente em 95,4% dos prontuários, o diagnóstico (9,9%), a implementação (4,6%) e a avaliação de enfermagem (4,6%) foram pouco registrados, evidenciando fragilidades na continuidade do Processo de Enfermagem. A completude das evoluções diárias reduziu de 74,2% no primeiro para 46,4% no quarto dia de internação ($p < 0,001$). Também foram observadas lacunas na aplicação das escalas de risco, especialmente a Escala de Fugulin, ausente em 84,1% dos prontuários, seguida pelas Escalas de Morse (30,5%) e Braden (27,8%). Os achados evidenciam um padrão de fragilidade documental que se intensifica ao longo da internação, comprometendo a rastreabilidade do cuidado, a segurança do paciente e o suporte às decisões relacionadas à assistência e ao dimensionamento da força de trabalho. Recomenda-se o fortalecimento da educação permanente, especialmente nos períodos de maior risco de subdocumentação, associado ao monitoramento sistemático dos indicadores de qualidade por meio de auditorias periódicas. Essas medidas podem contribuir para qualificar a documentação de enfermagem e subsidiar a gestão da assistência em instituições hospitalares.

Palavras-chave: Auditoria de Enfermagem. Qualidade da Assistência à Saúde. Processo de Enfermagem.

Abstract: The quality and completeness of nursing records are fundamental for traceability of care, patient safety, and care management. This study aimed to analyze the quality of nursing records



in the medical records of patients hospitalized in a university hospital in Northeast Brazil, through a retrospective audit. This is a descriptive, cross-sectional, quantitative, and documentary study, carried out based on the audit of 151 medical records of patients hospitalized in 11 clinical-surgical units, between December 2022 and February 2023. Data collection was carried out between June 2024 and December 2025 by nurses from the Nursing Division, using a structured instrument. Data were analyzed using descriptive statistics and the McNemar test for paired comparison of record completeness between the first and fourth day of hospitalization. Low quality nursing notes were identified, classified as fair in 47.0% and poor in 46.4% of the medical records, as well as vital sign records, classified as fair in 60.9% and poor in 31.1%. Although nursing progress notes were present in 95.4% of the medical records, nursing diagnosis (9.9%), implementation (4.6%), and nursing evaluation (4.6%) were poorly documented, highlighting weaknesses in the continuity of the Nursing Process. The completeness of daily progress notes decreased from 74.2% on the first day to 46.4% on the fourth day of hospitalization ($p < 0.001$). Gaps were also observed in the application of risk scales, especially the Fugulin Scale, absent in 84.1% of the medical records, followed by the Morse (30.5%) and Braden (27.8%) scales. The findings reveal a pattern of documentary fragility that intensifies throughout hospitalization, compromising the traceability of care, patient safety, and support for decisions related to care and workforce sizing. Strengthening continuing education is recommended, especially during periods of higher risk of under-documentation, coupled with systematic monitoring of quality indicators through periodic audits. These measures can contribute to improving nursing documentation and supporting the management of care in hospital institutions.

Keywords: Nursing Audit. Quality of Healthcare. Nursing Process.

INTRODUÇÃO

Os registros de enfermagem constituem o principal instrumento por meio do qual o Processo



de Enfermagem se torna visível, verificável e passível de avaliação, documentando as etapas do cuidado prestado e traduzindo, em linguagem técnica, o raciocínio clínico e o julgamento profissional do enfermeiro. Inseridos no prontuário do paciente principal instrumento de comunicação entre os profissionais que integram a equipe de saúde, com finalidade legal, assistencial, administrativa e de ensino e pesquisa, esses registros constituem fonte primária de informação para a continuidade da assistência, para a auditoria e para a avaliação da qualidade do cuidado prestado, de modo que sua qualidade documental funciona, em última análise, como indicador indireto da própria qualidade da assistência de enfermagem. Estudos sobre auditoria de registros de enfermagem apontam que, embora a documentação seja por vezes criticada por avaliar o registro e não diretamente o cuidado prestado, há correlação positiva entre a qualidade dos registros e a qualidade da assistência de enfermagem, o que justifica a auditoria de prontuários como estratégia de avaliação indireta da assistência (SETZ; D'INNOCENZO, 2009).

No Brasil, o registro das ações profissionais de enfermagem é normatizado pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), que, por meio da Resolução Cofen nº 429/2012, dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da enfermagem, independentemente do meio de suporte, tradicional ou eletrônico (COFEN, 2012). Paralelamente, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) organiza o trabalho profissional quanto ao método, ao pessoal e aos instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem (BARROS; LOPES, 2010). Durante o período a que se referem os registros analisados neste estudo, a SAE e o Processo de Enfermagem eram regulamentados pela Resolução Cofen nº 358/2009, que organizava o Processo de Enfermagem em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: coleta de dados (ou histórico de enfermagem), diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009). Essa resolução foi posteriormente revogada pela Resolução Cofen nº 736/2024, que atualizou a normativa e redefiniu as etapas do Processo de Enfermagem como avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução, sem alterar a exigência de documentação sistemática e deliberada do cuidado em todos os



ambientes em que ocorre a prática profissional de enfermagem (COFEN, 2024a).

A qualidade dos registros de enfermagem tem implicações diretas sobre a segurança do paciente. O Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria nº 529/2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), estruturado a partir de seis metas internacionais de segurança que incluem, entre outras, a identificação correta do paciente, a melhoria da comunicação entre profissionais de saúde e a redução do risco de quedas e de lesões por pressão (BRASIL, 2013). A instituição desse programa decorreu, entre outros fatores, do reconhecimento de que o Brasil carecia de mecanismos sistemáticos de notificação e monitoramento de incidentes assistenciais, muitos dos quais associados a falhas de comunicação e de registro entre profissionais de saúde (CAPUCHO; CASSIANI, 2013). A documentação de enfermagem constitui o suporte informacional que evidencia o cumprimento dessas metas, de modo que registros incompletos ou de baixa qualidade comprometem a rastreabilidade do cuidado e dificultam a identificação precoce de riscos assistenciais. Nesse sentido, instrumentos de avaliação de risco amplamente utilizados na prática de enfermagem hospitalar brasileira, como a Escala de Braden para risco de lesão por pressão, adaptada e validada para a língua portuguesa por Paranhos e Santos (1999), a Escala de Morse para risco de quedas, desenvolvida por Morse (2009), e a Escala de Fugulin para classificação do grau de dependência dos pacientes em relação aos cuidados de enfermagem, desenvolvida por Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant (2005), dependem do registro sistemático de suas pontuações e classificações para que cumpram sua função de subsidiar decisões clínicas e gerenciais.

A Escala de Fugulin, especificamente, além de sua função na identificação de riscos assistenciais, constitui a base técnica para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2005), atualmente regulamentado pela Resolução Cofen nº 743/2024 e pelo Parecer Normativo nº 1/2024/Cofen, que estabelecem parâmetros mínimos de horas de enfermagem por paciente conforme o grau de dependência identificado pelo Sistema de Classificação de Pacientes (COFEN, 2024b, 2024c). A ausência de registro sistemático dessa escala, portanto, não compromete apenas a assistência individual, mas também a capacidade da



instituição de fundamentar tecnicamente o planejamento da força de trabalho de enfermagem.

A auditoria de enfermagem, compreendida como a análise sistemática e crítica dos registros produzidos pela equipe de enfermagem, é reconhecida na literatura nacional como ferramenta relevante para a identificação de fragilidades documentais e para a proposição de estratégias de melhoria contínua da qualidade assistencial (LOPES; ASCARI, 2016). Estudos brasileiros conduzidos em hospitais de ensino e em hospitais públicos de diferentes regiões do país têm evidenciado, de forma recorrente, fragilidades na completude dos registros de enfermagem, especialmente nas etapas mais dependentes do raciocínio clínico do enfermeiro, como o diagnóstico e a avaliação de enfermagem, ainda que a etapa de evolução, de caráter mais descritivo, apresente maior frequência de preenchimento (SETZ; D'INNOCENZO, 2009; SILVA et al., 2019; DODO et al., 2020). Estudo mais recente, conduzido em hospital de grande porte da região Centro-Oeste, reforçou esse panorama ao identificar escores baixos de qualidade para todas as dimensões do Processo de Enfermagem: diagnóstico, intervenções e resultados, com variação estatisticamente significativa entre as diferentes unidades de internação de uma mesma instituição (PIMENTEL et al., 2023), o que sugere que a fragilidade documental não decorre apenas de fatores individuais dos profissionais, mas também de determinantes organizacionais específicos de cada unidade assistencial. Tais achados reforçam a necessidade de auditorias periódicas como instrumento de gestão da qualidade assistencial em hospitais de ensino, particularmente naqueles vinculados à rede de Hospitais Universitários Federais, nos quais a qualidade da documentação assume também relevância para o ensino, para a pesquisa e para os processos de acreditação hospitalar.

Diante desse cenário, o presente estudo teve como objetivo analisar a qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes internados em um hospital universitário do Nordeste do Brasil, por meio de auditoria retrospectiva estruturada, caracterizando a completude e a qualidade das anotações de enfermagem, do registro de sinais vitais, dos instrumentos de avaliação de risco e das etapas do Processo de Enfermagem, de modo a subsidiar a gestão da qualidade assistencial e a priorização de estratégias de educação permanente na instituição estudada.



MÉTODO

Delineamento e cenário do estudo

Trata-se de estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, com delineamento documental, realizado a partir da auditoria retrospectiva de prontuários de pacientes internados em um hospital universitário federal do Nordeste do Brasil, integrante da Rede de Hospitais Universitários Federais. O estudo foi conduzido no âmbito da gestão da qualidade da assistência de enfermagem da instituição, como parte das atividades de monitoramento de indicadores de qualidade dos registros de enfermagem conduzidas pela Divisão de Enfermagem.

População, amostra e período de coleta

A população do estudo foi constituída por prontuários de pacientes internados em onze unidades de internação clínico-cirúrgica da instituição, identificadas neste estudo por codificação alfanumérica (Unidade 1 a Unidade 11) a fim de preservar a identificação das unidades assistenciais, referentes a internações com data de admissão concentrada entre dezembro de 2022 e fevereiro de 2023. A amostra analisada correspondeu a 151 prontuários distintos; a coleta de dados foi realizada entre os anos de 2024 e 2025, tratados neste estudo como uma amostra transversal única, uma vez que todos os registros se referem ao mesmo universo de internações ocorridas entre dezembro de 2022 e fevereiro de 2023 e foram coletados com o mesmo instrumento estruturado, sem alteração de critérios entre os períodos de coleta.



Instrumento e variáveis analisadas

Os dados foram coletados por meio de instrumento eletrônico estruturado, aplicado a cada prontuário auditado. Foram avaliadas informações referentes ao setor de internação, datas de admissão e alta e identificação da enfermeira responsável pelo registro. A evolução de enfermagem foi analisada nos quatro primeiros dias de internação (1º ao 4º DIH), considerando oito domínios sistêmicos: estado geral, neurológico, respiratório, circulatório, digestivo, nutricional, geniturinário e locomotor. Além de aspectos complementares, como tempo de internação, eliminações, cateterizações, sondagens, drenos, cuidados realizados, condutas prescritas, novos problemas identificados e aplicação de escalas.

Também foram avaliadas a qualidade dos registros de curativos, das anotações de enfermagem e dos sinais vitais, classificada como boa, regular, ruim, não avaliado ou não se aplica, conforme o item. A classificação de risco foi verificada por meio das Escalas de Braden, Morse e Fugulin. Adicionalmente, foram utilizados checklists para verificar a presença dos componentes do Processo de Enfermagem: evolução, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, bem como registros relacionados às precauções e à segurança do paciente, transferências e encaminhamentos intra e intersetoriais. O instrumento contemplou ainda a verificação de registros de acesso venoso, controle hídrico, curativos e alta de enfermagem.

Análise dos dados

Os dados foram exportados para planilha eletrônica e processados e analisados em ambiente de programação Python, com estatística descritiva. As variáveis categóricas foram expressas em frequências absolutas e relativas. A variável tempo de internação foi calculada pela diferença entre as datas de admissão e alta e expressa em média, desvio-padrão, mediana e intervalo interquartil. Para as variáveis de múltipla escolha (checklists), a frequência de cada item foi calculada em relação ao total de 151 registros de auditoria, admitindo-se que um mesmo prontuário poderia apresentar mais



de um item simultaneamente. Para a análise da completude das evoluções diárias de enfermagem, foi calculado o número médio de itens registrados por evolução e a proporção de evoluções em que os oito domínios sistêmicos avaliados estavam integralmente documentados, para cada um dos quatro dias de internação hospitalar analisados; adicionalmente, para testar se a variação da completude entre o primeiro e o quarto dia de internação (mesma unidade amostral, medida em dois momentos) era estatisticamente significativa, aplicou-se o teste de McNemar para dados pareados categóricos, com correção de continuidade e cálculo do p-valor exato, adotando-se nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$). Durante a checagem de consistência dos dados, foi identificada uma inconsistência de digitação em um dos 151 registros (data de alta anterior à data de admissão), a qual foi excluída exclusivamente do cálculo do tempo de internação, sendo mantida nas demais análises, por não comprometer as demais variáveis; essa inconsistência é discutida como limitação do estudo.

Aspectos éticos

O estudo foi conduzido a partir de dados de auditoria de prontuários já coletados no âmbito da gestão da qualidade da assistência de enfermagem da instituição, com finalidade de monitoramento interno de indicadores assistenciais, sob autorização e supervisão da Divisão de Enfermagem. Os dados foram tratados de forma agregada e anonimizada para fins da presente análise, sem identificação nominal de pacientes ou de profissionais assistenciais nos resultados apresentados. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e suas complementares, sob o Parecer Consubstanciado nº 5.047.322 e CAAE nº 51228621.2.0000.8807.



RESULTADOS

Caracterização da amostra

Foram analisados 151 registros dos prontuários de pacientes internados entre dezembro de 2022 e fevereiro de 2023, distribuídos em onze unidades de internação clínico-cirúrgica, identificadas neste estudo por codificação alfanumérica (Unidade 1 a Unidade 11) para preservar a identificação das unidades assistenciais. A Unidade 1 concentrou o maior número de registros auditados (22; 14,6%), seguida pelas Unidades 2 (20; 13,2%) e 3 (19; 12,6%); as demais unidades apresentaram entre 8 e 17 registros cada (Tabela 1).

O tempo de internação, calculado a partir das datas de admissão e alta constantes no prontuário, apresentou mediana de 3 dias (intervalo interquartílico: 2 a 3,75 dias) e média de 4,46 dias (desvio-padrão de 5,20 dias), com variação de 1 a 35 dias, calculado sobre 150 dos 151 registros; um registro foi excluído desta análise por apresentar data de alta anterior à data de admissão, inconsistência de digitação discutida na seção de limitações do estudo.

Tabela 1 – Distribuição dos registros de auditoria segundo unidade de internação

Unidade de internação	n	%
Unidade 1	22	14,6
Unidade 2	20	13,2
Unidade 3	19	12,6
Unidade 4	17	11,3
Unidade 5	14	9,3
Unidade 6	13	8,6
Unidade 7	11	7,3
Unidade 8	10	6,6
Unidade 9	9	6,0
Unidade 10	8	5,3
Unidade 11	8	5,3

Fonte: elaborada pelas autoras (2026).



Qualidade dos registros de curativo, das anotações de enfermagem e dos sinais vitais

As anotações de enfermagem foram classificadas como regulares em 71 prontuários (47,0%) e ruins em 70 (46,4%), sendo apenas 10 (6,6%) classificados como bons; ou seja, 93,4% dos prontuários auditados apresentaram anotações de enfermagem com qualidade aquém do considerado adequado pelo instrumento de auditoria. O registro de sinais vitais apresentou padrão semelhante, com 60,9% dos prontuários classificados como regulares e 31,1% como ruins, totalizando 92,0% de registros não plenamente adequados, e apenas 7,9% classificados como bons. Em relação aos registros de curativo, 74 dos 151 prontuários (49,0%) apresentavam indicação de curativo aplicável; dentre estes, 59 (79,7% dos aplicáveis) foram classificados como ruins, 12 (16,2%) como regulares e apenas 3 (4,1%) como bons, configurando o item de pior desempenho relativo entre os avaliados quando considerados exclusivamente os casos em que o item era pertinente ao quadro clínico do paciente (Tabela 2).

Tabela 2 – Qualidade classificatória atribuída aos registros de curativo, às anotações de enfermagem

e ao registro de sinais vitais

Item avaliado	Categoria	n	%
Registros de curativo	Ruim	59	39,1
	Regular	12	7,9
	Boa	3	2,0
	Não se aplica	77	51,0
Anotações de enfermagem	Ruim	70	46,4
	Regular	71	47,0
	Boa	10	6,6
Registro de sinais vitais	Ruim	47	31,1
	Regular	92	60,9
	Boa	12	7,9

Fonte: elaborada pelas autoras (2026).



Registro das escalas de avaliação de risco

O registro das escalas de avaliação de risco apresentou o padrão mais crítico entre os itens auditados. A Escala de Fugulin, utilizada para a classificação do grau de dependência do paciente em relação aos cuidados de enfermagem e base técnica do dimensionamento de pessoal, não constava registrada em 127 dos 151 prontuários (84,1%); entre os prontuários com registro, 18 (11,9% do total) foram classificados em cuidados mínimos, 5 (3,3%) em cuidados intermediários e apenas 1 (0,7%) em alta dependência. A Escala de Morse, utilizada para avaliação do risco de quedas, não estava registrada em 46 prontuários (30,5%); entre os avaliados, 48 (31,8%) foram classificados sem risco, 42 (27,8%) em risco moderado e 15 (9,9%) em risco elevado. A Escala de Braden, utilizada para avaliação do risco de lesão por pressão, apresentou a menor proporção de ausência de registro entre as três escalas, ainda assim expressiva: 42 prontuários (27,8%) não apresentavam classificação registrada; entre os avaliados, 92 (60,9%) foram classificados em risco baixo, 13 (8,6%) em risco moderado e 4 (2,6%) em risco alto (Tabela 3).

Tabela 3 – Classificação de risco registrada nas Escalas de Braden, Morse e Fugulin

Escala	Categoria	n	%
Braden (risco de lesão por pressão)	Não avaliado	42	27,8
	Risco baixo (>17)	92	60,9
	Risco moderado (13–16)	13	8,6
	Risco alto (<12)	4	2,6
Morse (risco de queda)	Não avaliado	46	30,5
	Sem risco (0–24)	48	31,8
	Risco moderado (25–44)	42	27,8
	Risco elevado (>45)	15	9,9



Fugulin (grau de dependência)	Não avaliado	127	84,1
	Cuidados mínimos (12–17)	18	11,9
	Cuidados intermediários (18–22)	5	3,3
	Alta dependência (23–28)	1	0,7

Fonte: elaborada pelas autoras (2026).

Registro das etapas do Processo de Enfermagem

Quanto às etapas do Processo de Enfermagem identificáveis no checklist de auditoria, a evolução de enfermagem foi o item mais frequentemente presente, constando em 144 dos 151 prontuários (95,4%). O planejamento de enfermagem foi identificado em 93 prontuários (61,6%). As demais etapas, de maior dependência do raciocínio clínico do enfermeiro, apresentaram frequência substancialmente menor: o diagnóstico de enfermagem constava em apenas 15 prontuários (9,9%), a implementação em 7 (4,6%) e a avaliação de enfermagem em 7 (4,6%). Em 6 prontuários (4,0%), nenhum dos itens do Processo de Enfermagem estava presente (Tabela 4).

Tabela 4 – Itens do Processo de Enfermagem identificados no checklist de auditoria

Item	n	%
Evolução de enfermagem	144	95,4
Planejamento de enfermagem	93	61,6
Diagnóstico de enfermagem	15	9,9
Implementação de enfermagem	7	4,6
Avaliação de enfermagem	7	4,6
Sem registro de nenhum item	6	4,0

Fonte: elaborada pelas autoras (2026).

Nota: percentuais não somam 100% pois cada prontuário pode apresentar mais de um item.



Itens de precaução, segurança do paciente, transferência e checklist geral

Entre os itens relativos a precauções e segurança do paciente, o registro da pulseira de identificação foi o mais frequente (125; 82,8%), seguido pelos controles registrados (94; 62,3%). O registro de sinais vitais em todos os turnos esteve presente em 66 prontuários (43,7%) e o de anotações de enfermagem em todos os turnos em apenas 41 (27,2%); as medidas de prevenção de infecção constavam em 23 prontuários (15,2%). Quanto ao registro de transferência ou encaminhamento, 48 prontuários (31,8%) não apresentavam qualquer registro do item, ainda que a transferência fosse pertinente ao caso, o que representa a maior lacuna proporcional entre os checklists analisados. No checklist geral, o registro de acesso venoso (103; 68,2%) e o de controle hídrico (97; 64,2%) foram os itens mais frequentes, ao passo que o registro de curativos (34; 22,5%) e, sobretudo, o registro de alta de enfermagem pelo enfermeiro (54; 35,8%) ou pelo técnico/auxiliar de enfermagem (42; 27,8%), apresentaram frequência reduzida; em 15 prontuários (9,9%) nenhum item do checklist geral estava presente (Tabela 5).

Tabela 5 – Itens de precaução e segurança do paciente, registro de transferência e checklist geral identificados no checklist de auditoria

Item	n	%
Precauções e segurança do paciente		
Registro de pulseira de identificação	125	82,8
Controles registrados	94	62,3
Sinais vitais em todos os turnos	66	43,7
Anotações de enfermagem em todos os turnos	41	27,2
Medidas de prevenção de infecção	23	15,2
Sem registro de nenhum item	7	4,6
Registro de transferência/encaminhamento		
Sem registro (quando pertinente)	48	31,8
Readmissão em bloco cirúrgico	44	29,1
Não se aplica	39	25,8
Encaminhamento ao bloco cirúrgico	26	17,2



Encaminhamento intersetorial (exames/consultas/transferência)	20	13,2
Checklist geral		
Registro de acesso venoso	103	68,2
Controle hídrico	97	64,2
Registro de alta pelo(a) enfermeiro(a)	54	35,8
Registro de alta pelo(a) técnico(a)/auxiliar	42	27,8
Registro de curativos	34	22,5
Sem registro de nenhum item	15	9,9

Fonte: elaborada pelas autoras (2026).

Nota: percentuais não somam 100% dentro de cada grupo pois cada prontuário pode apresentar mais de um item.

Completude das evoluções de enfermagem ao longo dos primeiros quatro dias de internação

A análise da completude do conteúdo das evoluções de enfermagem registradas nos quatro primeiros dias de internação hospitalar (1º ao 4º DIH) evidenciou declínio progressivo tanto na presença quanto na completude dos registros ao longo dos dias de internação. No primeiro dia, 9 prontuários (6,0%) não apresentavam evolução registrada, proporção que se elevou para 11 (7,3%) no segundo dia, 32 (21,2%) no terceiro dia e 66 (43,7%) no quarto dia. O número médio de itens documentados por evolução acompanhou essa tendência de queda, de 9,68 itens (desvio-padrão de 3,62) no primeiro dia para 5,95 itens (desvio-padrão de 5,61) no quarto dia. Consequentemente, a proporção de evoluções em que os oito domínios sistêmicos avaliados (estado geral, neurológico, respiratório, circulatório, digestivo, nutricional, geniturinário e locomotor) estavam integralmente documentados caiu de 74,2% no primeiro dia para 46,4% no quarto dia (Tabela 6). Do total de 151 prontuários, 55 (36,4%) apresentavam completude no primeiro dia que não se repetiu no quarto dia, ao passo que apenas 13 (8,6%) apresentaram o padrão inverso (incompletos no primeiro dia e completos no quarto); essa assimetria foi testada pelo teste de McNemar para dados pareados, que confirmou se tratar de diferença estatisticamente significativa, e não de variação aleatória (χ^2 com correção de



continuidade = 24,72; $p < 0,001$). Do total de prontuários auditados, 78 (51,7%) apresentavam evolução registrada em todos os quatro dias avaliados, e em apenas 3 prontuários (2,0%) não havia qualquer evolução registrada nos quatro dias analisados.

Tabela 6 – Completude das evoluções de enfermagem do 1º ao 4º dia de internação hospitalar (DIH)

(n = 151)			
Dia de internação	Evoluções ausentes n (%)	Média de itens registrados (DP)	Evoluções com os 8 domínios completos n (%)
1º DIH	9 (6,0%)	9,68 (3,62)	112 (74,2%)
2º DIH	11 (7,3%)	10,13 (3,84)	117 (77,5%)
3º DIH	32 (21,2%)	8,61 (5,05)	104 (68,9%)
4º DIH	66 (43,7%)	5,95 (5,61)	70 (46,4%)

Fonte: elaborada pelas autoras (2026).

Nota: a diferença de completude entre o 1º e o 4º DIH foi estatisticamente significativa (teste de McNemar, $\chi^2 = 24,72$; $p < 0,001$).

DISCUSSÃO

Os achados desta auditoria evidenciam que a qualidade dos registros de enfermagem no hospital universitário estudado apresentou fragilidades relevantes, convergentes com o que a literatura nacional tem descrito de forma recorrente em auditorias retrospectivas de prontuários realizadas em hospitais brasileiros, inclusive em publicações mais recentes. O estudo de Setz e D’Innocenzo (2009), realizado em hospital universitário paulista, identificou que 26,7% dos prontuários analisados apresentavam registros de enfermagem classificados como ruins e 64,6% como regulares, com apenas 8,7% classificados como bons; a magnitude dessas proporções é próxima à observada para as anotações de enfermagem no presente estudo (46,4% ruins e 47,0% regulares), sugerindo que fragilidades documentais dessa natureza não são um fenômeno pontual, mas um padrão persistente na produção do registro de enfermagem em prontuários hospitalares brasileiros, mesmo quando os



estudos são conduzidos em instituições, regiões e períodos distintos. Nessa mesma direção, Dodo et al. (2020), em auditoria de 248 prontuários de um hospital público da região Norte do Brasil, classificaram apenas 25,9% dos registros como completos, com 67,1% incompletos, resultado ainda mais crítico que o observado no presente estudo e que reforça a persistência do problema mesmo em publicações da década de 2020. Da mesma forma, Silva et al. (2019), em auditoria conduzida em hospital universitário de Salvador, identificaram fragilidades na checagem das prescrições de enfermagem, concluindo que a qualidade dos registros atendia apenas parcialmente às recomendações do Cofen, achado qualitativamente consistente com o observado neste estudo para o conjunto de itens do checklist geral e de precauções.

O achado mais expressivo desta auditoria refere-se à descontinuidade das etapas do Processo de Enfermagem: enquanto a evolução de enfermagem, etapa de caráter predominantemente descritivo, esteve presente em 95,4% dos prontuários, as etapas de diagnóstico (9,9%), implementação (4,6%) e avaliação de enfermagem (4,6%) foram registradas em proporção substancialmente menor. Esse padrão é consistente com o descrito por Pimentel et al. (2023), que, ao avaliar 258 prontuários de um hospital de grande porte da região Centro-Oeste com o instrumento Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes, validado para o Brasil, identificaram escores médios baixos tanto para os diagnósticos de enfermagem enquanto processo quanto enquanto produto, e para as dimensões de intervenções e de resultados de enfermagem, com diferença estatisticamente significativa entre as unidades de internação analisadas ($p < 0,001$). A convergência entre os dois estudos, realizados em instituições e regiões distintas, sugere que a descontinuidade do raciocínio clínico documentado; presente na evolução, mas ausente no diagnóstico e na avaliação, não é uma particularidade institucional, mas um padrão estrutural da documentação de enfermagem em hospitais brasileiros. Esse padrão sugere que a assistência de enfermagem prestada não estava sendo documentada de forma integral à luz do modelo metodológico vigente à época das internações auditadas, que, conforme a Resolução Cofen nº 358/2009, então em vigor, previa a organização do Processo de Enfermagem em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação



de enfermagem (COFEN, 2009). A concentração dos registros nas etapas de evolução e, em menor grau, de planejamento, sem o correspondente registro do raciocínio diagnóstico e da avaliação dos resultados alcançados, compromete a demonstração formal do julgamento clínico do enfermeiro e reduz a visibilidade da contribuição da enfermagem para os desfechos do cuidado, finalidade que a própria normativa do Cofen atribuiu à operacionalização documentada do Processo de Enfermagem (COFEN, 2009). A atualização promovida pela Resolução Cofen nº 736/2024, que passou a estruturar o Processo de Enfermagem em avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução, mantém essa exigência de documentação sistemática de todas as etapas (COFEN, 2024a), de modo que a fragilidade identificada permanece relevante para a prática assistencial atual e para eventuais novas auditorias da instituição.

O declínio progressivo da completude das evoluções de enfermagem ao longo dos quatro primeiros dias de internação de 74,2% de evoluções com os oito domínios sistêmicos completos no primeiro dia para 46,4% no quarto dia, associado ao aumento da proporção de dias sem qualquer evolução registrada, de 6,0% para 43,7%, constitui achado original deste estudo. Ao contrário de uma simples oscilação amostral, essa queda mostrou-se estatisticamente significativa quando testada de forma pareada pelo teste de McNemar (χ^2 com correção de continuidade = 24,72; $p < 0,001$), o que permite afirmar, com rigor estatístico, que a probabilidade de um prontuário perder completude entre o primeiro e o quarto dia foi significativamente maior do que a probabilidade do movimento inverso. Esse padrão sugere descontinuidade real do cuidado documentado ao longo da internação, potencialmente relacionada à sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem, à variação da complexidade assistencial ao longo da internação, ou a lacunas na cultura de registro sistemático independentemente do tempo de permanência do paciente. Esse achado é compatível com a literatura nacional, que associa a fragilidade dos registros de enfermagem à elevada demanda assistencial em relação ao quantitativo de profissionais disponíveis (LOPES; ASCARI, 2016), e reforça a relevância de instrumentos de dimensionamento de pessoal fundamentados em sistemas de classificação de pacientes (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2005), uma vez que a subdocumentação tende a



ser mais pronunciada nos dias de internação em que, presumivelmente, a carga de trabalho da equipe é mais intensa.

A baixa frequência de registro das escalas de avaliação de risco constitui outro achado com implicações diretas para a segurança do paciente e para a gestão da assistência de enfermagem. A ausência de registro da Escala de Fugulin em 84,1% dos prontuários é particularmente relevante porque essa escala constitui, no Brasil, o principal Sistema de Classificação de Pacientes utilizado para fundamentar o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2005), atualmente disciplinado pela Resolução Cofen nº 743/2024 e pelo Parecer Normativo nº 1/2024/Cofen, que estabelecem parâmetros mínimos de horas de cuidado por paciente conforme o grau de dependência identificado (COFEN, 2024b, 2024c). A subutilização documental desse instrumento compromete a capacidade da instituição de demonstrar tecnicamente a adequação do quadro de pessoal às necessidades assistenciais dos pacientes internados, com potenciais repercussões sobre a responsabilidade técnica do enfermeiro responsável pelo serviço. De modo semelhante, a ausência de registro das Escalas de Braden (PARANHOS; SANTOS, 1999) e de Morse (MORSE, 2009) em, respectivamente, 27,8% e 30,5% dos prontuários compromete o cumprimento de metas de segurança do paciente relacionadas à prevenção de lesão por pressão e de quedas, incorporadas ao Programa Nacional de Segurança do Paciente desde sua instituição pela Portaria nº 529/2013 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). A lacuna documental identificada pode mascarar tanto a subutilização real dos instrumentos quanto sua aplicação sem o correspondente registro formal.

O registro de transferência ou encaminhamento intra e intersetorial apresentou a maior lacuna proporcional entre os checklists analisados, com 31,8% dos prontuários sem qualquer registro do item quando este era pertinente ao caso. A comunicação segura durante a transição do cuidado constitui uma das metas internacionais de segurança do paciente incorporadas ao Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013), e a literatura nacional aponta que falhas de comunicação e de registro entre profissionais de saúde estão entre as causas mais frequentemente associadas a



incidentes e eventos adversos assistenciais (CAPUCHO; CASSIANI, 2013), o que confere relevância adicional a esse achado, particularmente em uma instituição hospitalar de grande porte, com múltiplas unidades de internação e fluxo intenso de encaminhamentos intersetoriais, como evidenciado pela própria distribuição amostral deste estudo, na qual 14 prontuários foram auditados em mais de uma unidade em decorrência de transferência do paciente durante a internação.

Entre os itens de precaução e segurança do paciente, o registro da pulseira de identificação apresentou a maior frequência relativa (82,8%), o que é coerente com a priorização histórica dessa meta como a primeira das seis metas internacionais de segurança do paciente adotadas pelo Ministério da Saúde, voltada à identificação correta do paciente antes da prestação de qualquer cuidado (BRASIL, 2013). Ainda assim, a persistência de 17,2% de prontuários sem esse registro básico indica que a meta de identificação segura do paciente, apesar de amplamente disseminada institucionalmente, não estava plenamente consolidada na documentação da equipe de enfermagem no período analisado.

Como limitações do presente estudo, destacam-se: o delineamento documental e retrospectivo, que depende da qualidade da coleta de dados de auditoria originalmente realizada e não permite inferir se a ausência de registro corresponde à efetiva ausência do cuidado ou apenas à falha de documentação; a impossibilidade de avaliação da concordância interobservadores entre as três enfermeiras da Divisão de Enfermagem (COPENF) responsáveis pela coleta de dados, o que pode introduzir variabilidade de julgamento entre os registros classificados qualitativamente como bom, regular ou ruim; a identificação de uma inconsistência de digitação na base de dados original (data de alta anterior à data de admissão em um dos 151 registros), tratada por meio de exclusão pontual da respectiva análise, o que reforça a necessidade de rotinas de validação de consistência no momento da coleta de dados de auditoria; o uso do teste de McNemar restrito à comparação entre o primeiro e o quarto dia de internação, sem modelagem da trajetória completa de completude ao longo dos quatro dias nem ajuste para variáveis de confusão como setor de internação, tempo de permanência ou complexidade clínica; e a impossibilidade de estabelecer relações causais entre a qualidade dos registros e desfechos clínicos dos pacientes, dado o delineamento predominantemente



descritivo do estudo. Convida-se a comunidade científica de enfermagem a utilizar os dados, o instrumento de auditoria e a abordagem estatística aqui empregados como ponto de partida para estudos futuros, de delineamento analítico, com avaliação da concordância interobservadores e modelagem multivariada da completude dos registros ao longo do tempo, de modo a aprofundar a compreensão dos determinantes da qualidade dos registros de enfermagem, na instituição estudada e em outros cenários hospitalares brasileiros, bem como a avaliar o impacto de intervenções educativas sobre os indicadores aqui descritos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A auditoria retrospectiva de 151 prontuários de pacientes internados em um hospital universitário do Nordeste do Brasil evidenciou fragilidades relevantes na qualidade e na completude dos registros de enfermagem, corroborando, com dados estatisticamente robustos, um padrão já descrito em outras instituições brasileiras. As anotações de enfermagem e o registro de sinais vitais foram classificados como regulares ou ruins em mais de nove entre dez prontuários avaliados. As etapas do Processo de Enfermagem mais dependentes do raciocínio clínico do enfermeiro: diagnóstico, implementação e avaliação de enfermagem, foram registradas em proporção substancialmente menor do que a etapa de evolução, evidenciando descontinuidade estrutural, e não incidental, na documentação do método assistencial. A completude das evoluções diárias diminuiu de forma estatisticamente significativa ao longo dos primeiros quatro dias de internação (teste de McNemar, $p < 0,001$), e os instrumentos de avaliação de risco, em especial a Escala de Fugulin, base do dimensionamento de pessoal de enfermagem, apresentaram elevada proporção de ausência de registro.

O principal contributo original deste estudo é demonstrar, com rigor estatístico e não apenas descritivo, que a qualidade da documentação de enfermagem não é uniforme ao longo da internação: ela se concentra nos primeiros dias e se deteriora de forma mensurável e significativa a partir de então, um padrão temporal raramente quantificado com testes pareados na literatura nacional de auditoria



de enfermagem. Esse achado desloca o foco da discussão de ‘se’ os registros são incompletos para ‘quando’, ao longo da linha do cuidado, a incompletude se instala; informação diretamente acionável para a gestão de enfermagem, que pode direcionar estratégias de reforço documental para os dias de internação mais vulneráveis, em vez de intervenções genéricas e indiferenciadas no tempo.

Esses achados reforçam a relevância da auditoria de enfermagem como ferramenta de gestão da qualidade assistencial e subsidiam a priorização, pela instituição estudada, de estratégias de educação permanente voltadas ao registro sistemático de todas as etapas do Processo de Enfermagem e ao preenchimento das escalas de avaliação de risco, bem como a implantação de monitoramento contínuo, e não apenas pontual, dos indicadores de qualidade documental, de modo a fortalecer a rastreabilidade do cuidado, subsidiar tecnicamente o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem e contribuir para o cumprimento das metas do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Recomenda-se, ainda, a realização de auditorias periódicas, com avaliação da concordância interobservadores e análise estratificada por dia de internação e por unidade assistencial, para verificar a efetividade de eventuais intervenções implementadas a partir dos achados aqui descritos.

Por fim, reafirma-se que os registros de enfermagem são o elo que torna o Processo de Enfermagem auditável, comunicável e cientificamente investigável: sem documentação sistemática, o cuidado prestado permanece invisível para a gestão, para a pesquisa e para a própria categoria profissional. Espera-se que os dados, o instrumento de auditoria e a abordagem estatística aqui apresentados sirvam de base metodológica para pesquisadores interessados na qualidade dos registros de enfermagem, na Sistematização da Assistência de Enfermagem e na segurança do paciente, incentivando a realização de estudos comparativos entre instituições, de intervenções educativas testadas experimentalmente e de investigações que aprofundem a relação entre completude documental e desfechos clínicos, agenda de pesquisa ainda pouco explorada na literatura nacional de enfermagem.



REFERÊNCIAS

BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J. L. A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. *Enfermagem em Foco*, Brasília, v. 1, n. 2, p. 63-65, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 2 abr. 2013.

CAPUCHO, H. C.; CASSIANI, S. H. B. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 791-798, 2013. DOI: 10.1590/S0034-8910.2013047004402.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução Cofen nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: Cofen, 2009. (Revogada pela Resolução Cofen nº 736/2024).

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução Cofen nº 429, de 30 de maio de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Brasília, DF: Cofen, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução Cofen nº 736, de 23 de janeiro de 2024. Atualiza a Resolução Cofen nº 358/2009 e dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Brasília, DF: Cofen, 2024a.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução Cofen nº 743, de 12 de março de 2024. Revoga a Resolução Cofen nº 543, de 18 de abril de 2017, que atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de Enfermagem. Brasília, DF: Cofen, 2024b.



CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Parecer Normativo nº 1/2024/Cofen. Fixa parâmetros para o planejamento da força de trabalho da Enfermagem pelo Enfermeiro, aplicando-se a todos os serviços/locais em que são realizadas atividades de Enfermagem. Brasília, DF: Cofen, 2024c.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BRASIL). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

DODO, N. B.; DEUS, J. C. de; PEREIRA, P. P. S.; CEDARO, J. J. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem em um hospital do Norte do Brasil. *Enfermagem em Foco*, Brasília, v. 11, n. 4, p. 202-207, 2020. DOI: 10.21675/2357-707X.2020.v11. n3.3125.

FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; KURCGANT, P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 72-78, 2005. DOI: 10.1590/S0104-11692005000100012.

LOPES, P. L.; ASCARI, R. A. Auditoria dos registros de enfermagem hospitalar: um estudo bibliográfico brasileiro. *Revista Uningá*, Maringá, v. 47, n. 1, p. 100-105, 2016.

MORSE, J. M. Preventing patient falls. 2. ed. New York: Springer Publishing Company, 2009.

PARANHOS, W. Y.; SANTOS, V. L. C. G. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 33, n. esp., p. 191-206, 1999. DOI: 10.1590/S0080-62341999000500024.

PIMENTEL, L. C. L.; VIRGINIO, J. P. A.; ALBERNAZ, C. B.; SOUZA, D. P. de; JESUS, C. A. C. de; PARANAGUÁ, T. T. de B.; BOLINA, A. F. Avaliação da qualidade dos registros do processo de enfermagem por meio de auditoria retrospectiva. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 31, p. e77316, 2023. DOI: 10.12957/reuerj.2023.77316.

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, 2009. DOI: 10.1590/S0103-21002009000300013.



SILVA, V. A. et al. Auditoria da qualidade dos registros de Enfermagem em prontuários em um hospital universitário. *Enfermagem em Foco*, Brasília, v. 10, n. 3, p. 28-33, 2019. DOI: 10.21675/2357-707X.2019.v10. n3.2064.

