

DOI: <https://doi.org/10.58871/conimaps2025.c26>**AUDITORIA E OS REGISTROS DE ENFERMAGEM: REVISÃO NARRATIVA****AUDITING AND NURSING RECORDS: A NARRATIVE REVIEW****DANIEL FENNER**

Mestrando em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Santa Maria RS

KAREN CRISTIANE PEREIRA DE MORAES

Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Santa Maria RS

JOÃO VÍTOR CAVALLI

Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Santa Maria RS

ROSÂNGELA MARION DA SILVA

Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Santa Maria RS

RESUMO

Objetivo: descrever se os profissionais da equipe de Enfermagem estão realizando os registros de Enfermagem de forma adequada dentro dos seus contextos assistenciais. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura desenvolvida nas seguintes etapas: identificação do tema e questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados; e apresentação da revisão/síntese do conhecimento. A busca pelos estudos ocorreu no período de junho a julho de 2025 na base de dados LILACS e foi norteado pela estratégia de busca: Auditoria de Enfermagem AND Registros de Enfermagem AND Enfermagem. **Resultados e Discussão:** Foi descoberto que os profissionais de Enfermagem não estão realizando os registros de Enfermagem com qualidade, ambos os estudos analisados encontraram deficiências nos registros, como a ausência de data e hora, presença de rasura, letra não legível, ausência da assinatura do profissional e do número do COREN, ausência da informação da categoria profissional, checagem de procedimentos não realizada incluindo a ausência de justificativa, ausência de aplicação das escalas de Braden e Morse, presença de espaços em branco e evolução de curativo incompleta. A ocorrência da ausência de registros ou o registro de informações incompletas pode ocasionar no aparecimento de problemas de duplicidade de procedimento executados, dificuldades no acompanhamento da assistência prestada e na execução dos procedimentos, o que pode acabar colocando em risco o paciente e a sua recuperação. **Considerações Finais:** Conclui-se que os profissionais da área da Enfermagem não estão realizando os registros de forma adequada. Os profissionais de Enfermagem necessitam maior competência técnico-científica no que tange a realização dos registros e Enfermagem. A reflexão sobre as instituições enfatizarem este problema se faz necessária visto o cenário encontrado, além de promoverem maior investimento, capacitação e auxílio para esses profissionais.

Palavras-chave: auditoria de enfermagem; registros de enfermagem; enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To describe whether nursing team professionals are maintaining appropriate nursing records within their care settings. **Methodology:** This is a narrative literature review developed in the following steps: identification of the topic and research question; establishment of inclusion and exclusion criteria; identification of pre-selected and selected studies; categorization of selected studies; analysis and interpretation of results; and presentation of the review/synthesis of knowledge. The search for studies took place from June to July 2025 in the LILACS database and was guided by the search strategy: Nursing Audit AND Nursing Records AND Nursing. **Results and Discussion:** It was found that nursing professionals are not maintaining high-quality nursing records. Both studies found deficiencies in the records, such as missing date and time, erasures, illegible handwriting, missing the professional's signature and COREN number, missing professional category information, missing procedure checks, including missing justification, failure to apply the Braden and Morse scales, blank spaces, and incomplete dressing progress. Missing records or recording incomplete information can lead to duplicate procedures, difficulties in monitoring care provided, and difficulties in executing procedures, which can end up putting patients and their recovery at risk. **Final Considerations:** It is concluded that nursing professionals are not maintaining adequate records. Nursing professionals need greater technical and scientific competence in maintaining nursing records. Reflecting on institutions emphasizing this problem is necessary given the scenario found, in addition to promoting greater investment, training and assistance for these professionals.

Keywords: nursing audit; nursing records; nursing.

1 INTRODUÇÃO

Para avaliar os aspectos da qualidade do atendimento solicitado pelo paciente, processos internos e contabilidade hospitalar, a auditoria de enfermagem foi incorporada à rotina dos estabelecimentos de saúde. Ela representa a função de controle do processo administrativo, verifica se os resultados da assistência estão de acordo com os objetivos, avalia, verifica e melhora a assistência, podendo focar nos registros e anotações de enfermagem (Batista *et al.*, 2019).

A fim de promover a melhoria da assistência ao paciente, o prontuário é uma das fontes para atingir essa proposta, pois é uma forma de comunicação contínua entre os profissionais e o documento legal a ser registradas informações diárias sobre a assistência realizada por toda a equipe de Enfermagem (Ferreira *et al.*, 2020).

Batista *et al.* (2019) relata que a qualidade da assistência é avaliada sistematicamente por meio dos registros de enfermagem no prontuário do paciente com a identificação dos problemas neles contidos.

Conforme Ferreira *et al.* (2020), pode-se concluir que a comunicação interprofissional é fundamental para garantir a qualidade da assistência aos pacientes, pois permite o registro de informações relevantes no prontuário, além de facilitar a troca de conhecimentos entre os profissionais da saúde.

A auditoria dos registros é essencial para a saúde e o bem-estar dos pacientes, pois confirma se os cuidados médicos foram prestados de acordo com os procedimentos estabelecidos. Além disso, é importante para identificar possíveis erros e garantir a qualidade dos cuidados prestados (Neves *et al.*, 2019). De acordo com o exposto, a pergunta de pesquisa

norteadora deste trabalho foi: os registros de Enfermagem são realizados com qualidade durante a rotina de trabalho?

Segundo Neves *et al.* (2019), a auditoria busca identificar se os registros realmente refletem o que foi realizado. Ela pode ser usada para verificar a precisão dos registros, a veracidade dos procedimentos e ações realizadas, a consistência dos dados e a precisão dos horários. Ainda, a auditoria dos registros pode ajudar a identificar possíveis problemas nos processos e ações tomadas, diminuindo os erros encontrados nos registros e promovendo maior qualidade nos mesmos.

Com isso, o objetivo deste trabalho é descrever se os profissionais da equipe de Enfermagem estão realizando os registros de Enfermagem de forma adequada dentro dos seus contextos assistenciais. Para alcançar este objetivo, será realizada uma revisão narrativa da literatura. A partir disso levantam-se duas hipóteses, a de que os registros de enfermagem auditados estão sendo realizados de forma adequada, e a contrária na qual os registros não estão sendo realizados de forma adequada.

A importância da realização deste trabalho consiste em conhecer se os registros de Enfermagem estão sendo realizados com qualidade, contribuindo para o aprofundamento teórico no que tange a Auditoria de Enfermagem e os registros, incentivando a qualificação da equipe de Enfermagem na realização desses registros. Este trabalho encontra a sua justificativa na necessidade e na demanda por uma melhor realização dos registros e a auditoria dos mesmos.

2 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para a realização deste trabalho foi a pesquisa bibliográfica, sendo uma revisão narrativa da literatura. Conforme Rother (2007), as revisões narrativas são trabalhos apropriados para descrever e discutir o estado da arte de uma determinada temática, do ponto de vista teórico ou contextual. É basicamente a análise da literatura e artigos publicados em revistas científicas, na interpretação e análise crítica pessoal do autor.

As revisões narrativas da literatura não utilizam critérios explícitos e sistemáticos para a busca e análise crítica da literatura. A busca pelos estudos não precisa esgotar as fontes de informações. Não são aplicadas estratégias de busca sofisticadas e exaustivas, enquanto que a seleção dos estudos e a interpretação das informações podem estar sujeitas à subjetividade dos autores (Cordeiro, 2007).

Dessa forma, a construção desta revisão narrativa da literatura seguiu o passo a passo preconizado por Lacerda e Costenaro (2015), assim sendo: identificação do tema e questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados (seleção dos estudos); categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados; e apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

A busca pelos estudos ocorreu no período de junho a julho de 2025, na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) acessada a partir da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

A questão norteadora desta revisão foi elaborada a partir do acrônimo PICO. O QUADRO 1 abaixo demonstra a construção da estratégia PICO e da pergunta de revisão.

Quadro 1 - Descrição da Estratégia PICO e da Pergunta de Revisão

Estratégia PICO		
População = P	Interesse = I	Contexto = Co
Trabalhadores de Enfermagem	Registros de Enfermagem	Rotina de trabalho
Pergunta de Revisão baseada no Acrônimo PICO		

Os registros de Enfermagem são realizados de forma adequada durante a rotina de trabalho?

Fonte: Construção do autor.

Para a busca dos artigos foram utilizados os seguintes descritores: Auditoria de Enfermagem AND Registros de Enfermagem AND Enfermagem. Os descritores foram extraídos dos vocabulários Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Os critérios de inclusão foram: artigos científicos publicados no idioma português, inglês ou espanhol, disponíveis em meio digital na íntegra e que respondam à pergunta de pesquisa. Ainda, optou-se pela delimitação temporal de 2018 a 2024, incluindo os últimos 7 anos completos por conta da preferência e busca por artigos atualizados. Já os critérios de exclusão foram os editoriais, cartas ao editor, dissertações, teses e diretrizes.

Para realizar a seleção dos artigos foi realizada a leitura na íntegra, selecionando os que responderam à pergunta de pesquisa, para posterior análise, aprofundamento e construção do corpus de análise. A proposta de seleção das leituras se deu de forma reflexiva, para compreender e posteriormente no decorrer do trabalho apresentar as considerações formadas. A busca e seleção foi realizada de forma dupla e independente. O QUADRO 2 abaixo demonstra a estratégia de busca utilizada na base de dados.

QUADRO 2 - Estratégia de Busca nas Bases de Dados

Estratégia de Busca nas Bases de Dados		Nº de Estudos
Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) via Biblioteca Virtual em Saúde	Auditoria de Enfermagem AND Registros de Enfermagem AND Enfermagem	50

Fonte: Construção do autor.

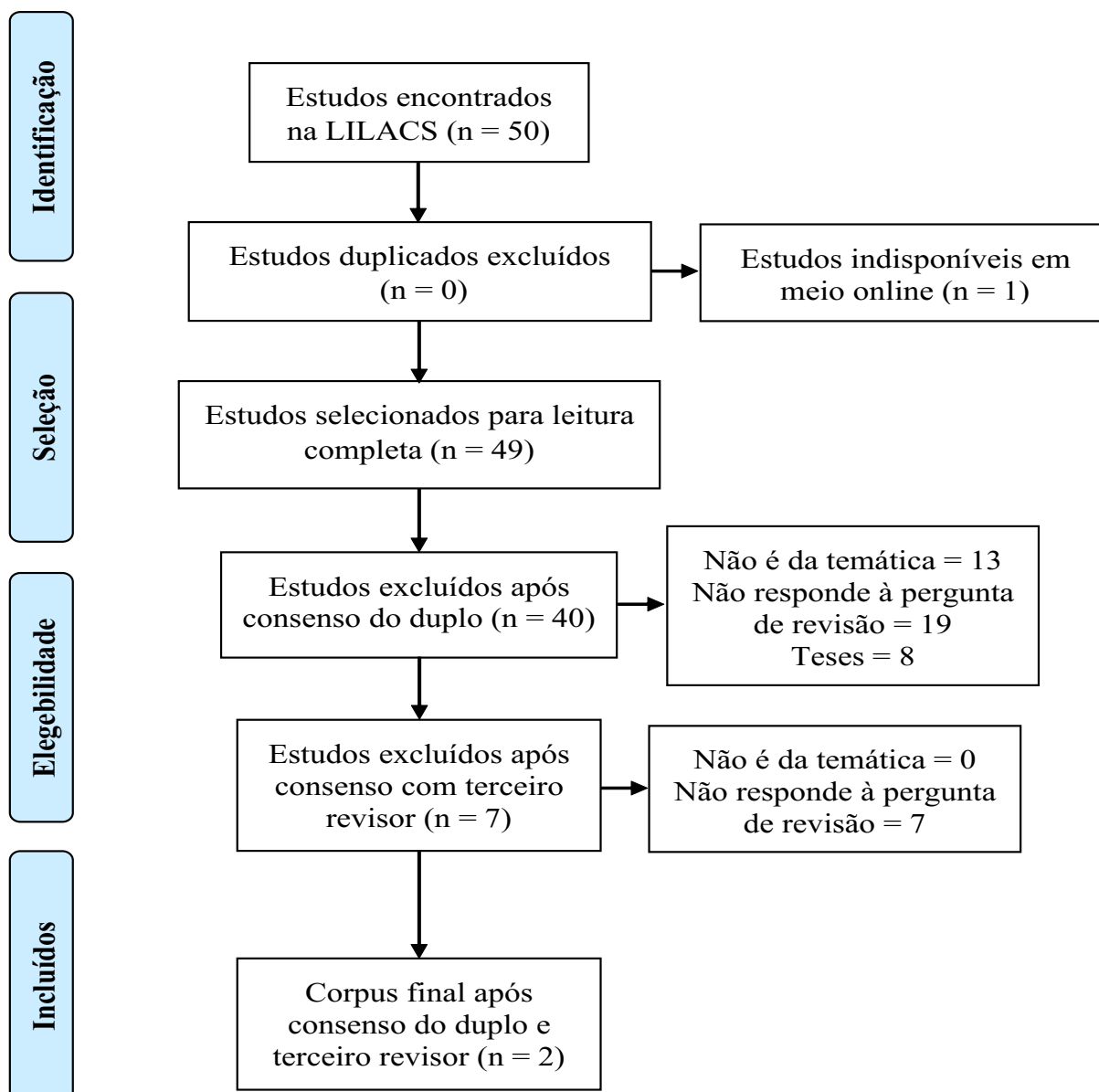
Na intenção de preservar e respeitar as ideias, os conceitos e as definições dos autores dos artigos revisados e devidamente citados, declaro que este estudo respeita os preceitos da Lei nº 9610/98 do Ministério da Saúde, qual dispõe da legislação sobre os direitos autorais e da outras providências.

Por ser um estudo de caráter documental, não foi necessária aprovação por parte do Comitê de Ética em Pesquisa. Ademais, as informações obtidas a partir das produções contidas no corpus desta revisão foram extraídas e apresentadas sem alterações no significado quando comparadas a produção original.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontradas 50 (100%) publicações na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) acessada a partir da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), dessas, 01 (33,33%) foi excluída, e 02 (66,66%) das publicações foram de relevância para a construção desta revisão narrativa da literatura. Portanto, a amostra final foi constituída por 02 estudos, selecionados após a leitura e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Os resultados serão analisados e posteriormente apresentados na forma de síntese do conhecimento de maneira descritiva e reflexiva, descrevendo os resultados e apresentando as considerações formadas. A FIGURA 1 demonstra o passo a passo da seleção dos estudos identificados na base de dados.

Figura 1 - Fluxograma de Seleção dos Estudos



Fonte: Construção do autor.

Os estudos escolhidos e analisados foram organizados no QUADRO 3, contendo as variáveis de identificação dos estudos (ID), título, autor principal, objetivo, revista, ano, e principais resultados encontrados.

QUADRO 3 - CATEGORIZAÇÃO DOS ESTUDOS ANALISADOS

ID	Título dos Estudos e Autor Principal	Objetivo Revista Ano	Principais Resultados
01	Anotações de enfermagem: avaliação da qualidade em	Analisar o conteúdo das anotações de enfermagem em prontuários de	Os dados evidenciaram anotações com conteúdo deficiente, que não expressavam a realidade dos pacientes e a assistência de enfermagem prestada. Observou-se



	unidade de terapia intensiva Maria de Jesus Nascimento de Aquino	pacientes de uma unidade de terapia intensiva (UTI) de um hospital público em fortaleza. Enferm. Foco 2019	adequação em relação ao preenchimento dos dados: data, horário e identificação do paciente, mas o preenchimento do número do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará e assinatura do profissional sinalizaram preocupação pelo alto percentual de não conformidade aos aspectos éticos e legais.
02	Auditoria da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários em um hospital universitário Valdenir Almeida da Silva	Analisar a qualidade dos registros de enfermagem em prontuários. Enferm. Foco 2019	Dentre os prontuários analisados, o percentual de identificação correta dos pacientes, com nomes completos e número de prontuário, foi acima de 90%. Houve fragilidade na checagem das prescrições médicas e de enfermagem, assim como na justificativa para a não checagem dos itens prescritos.

Fonte: Construção do autor.

A partir a leitura reflexiva e análise dos 02 estudos selecionados, reuniram-se os resultados e as evidências dos estudos incluídos na presente revisão narrativa da literatura em dois núcleos centrais para a análise dos dados, sendo uma categoria descritiva e outra reflexiva, configuradas como A Qualidade dos Registros de Enfermagem nos Contextos Assistenciais e Considerações sobre a Auditoria e os Registros de Enfermagem.

A Qualidade dos Registros de Enfermagem nos Contextos Assistenciais

Neste tópico será discutido em forma de síntese do conhecimento os dados extraídos dos estudos analisados, reunindo-os ao conhecimento produzido sobre o tema investigado nesta revisão narrativa da literatura.

Apesar da amostra não ser de grande escala, os dois estudos “ID 1” e ID 2” foram produzidos no ano de 2019, levando em conta o critério de inclusão de estudos dos últimos 5 anos.

Ao analisar os cenários dos estudos, o estudo “ID 1” foi desenvolvido em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e o “ID 2” em um hospital universitário. É verificado que ambos os cenários correspondem ao ambiente hospitalar de cuidado, não existindo pesquisas, nesta amostra, explorando os registros de Enfermagem em outros ambientes de atuação, como por exemplo a Atenção Básica a Saúde.

Ambos os estudos analisados avaliaram os prontuários dos pacientes internados, realizando pesquisas abrangentes em mais de 100 prontuários em cada pesquisa nos dois cenários. Destaque para o estudo “ID 2” qual utilizou um instrumento adaptado para a coleta de dados, promovendo maior complexidade e rigor na coleta de dados. Ainda, a análise dos dados também seguiu com um maior rigor metodológico.

Na pesquisa pelos prontuários, ambos os estudos “ID 1” e “ID 2” encontraram uma variedade de deficiências nos registros hospitalares. Dentre os problemas encontrados estão: nome do paciente incompleto, ausência de data e hora, presença de rasura, letra não legível, ausência da assinatura do profissional e do número do COREN, ausência da informação da

categoria profissional, ausência do histórico de Enfermagem, diagnósticos e prescrições, checagem de procedimentos não realizada incluindo a ausência de justificativa, ausência do registro dos sinais vitais, ausência de aplicação das escalas de Braden e Morse, presença de espaços em branco e evolução de curativo incompleta.

Visto que o estudo “ID 2” analisou prontuários de todas as áreas do hospital, e encontrou registros errôneos de forma generalizada, é notável que os erros na realização dos registros de Enfermagem acontecem de forma geral e sem prevalência de cenários. Afirmção que é sustentada pela necessidade de todos os estabelecimentos realizem seus registros, sendo presentes em todos os contextos assistenciais.

Quanto a frequência dos erros encontrados, a não realização dos diagnósticos, prescrições, evolução e histórico de Enfermagem obteve menor prevalência. Dado positivo para os profissionais bacharéis de Enfermagem, visto que são atividades privativas do profissional de Enfermagem. A informação da categoria profissional foi um fator agravante visto que obteve uma grande prevalência nos estudos analisados, gerando uma deficiência na identificação do profissional e a sua função dentro do ambiente de trabalho. Outro dado relevante é que uma minoria dos profissionais registra uma justificativa sobre a não checagem dos procedimentos, dado preocupante pois reflete no comprometimento do profissional com o exercício da Enfermagem.

Dentre a aplicação e registro das escalas de Brade e Morse, para ambas escalas existe uma deficiência em seu registro, visto que quase metade da equipe de Enfermagem não realiza o registro dessas escalas, o que pode ocasionar em problemas físicos para o paciente devido o não conhecimento sobre o risco de queda e lesão por pressão, gerando a não prevenção destes problemas.

A realização dos registros incompletos dos curativos é outro fator agravante para o paciente, tendo em vista que o registro pode ser um espelho de como o profissional realizou o procedimento, sem a devida avaliação das feridas em seus aspectos pertinentes, sendo competência da equipe de Enfermagem essa avaliação, que se mostrou como não sendo efetivada nos registros.

Considerações sobre a Auditoria e os Registros de Enfermagem

A auditoria de Enfermagem, quando realizada de forma detalhada, possibilita a identificação de possíveis deficiências dentro da equipe de Enfermagem no que tange a documentação sobre a assistência prestada. As normas contidas no Guia de Recomendações de Anotação de Enfermagem, elaborado pelo COFEN, sinalizam que o registro correto, incluindo a data, horário e assinatura corretas, são responsabilidade ética da Enfermagem (COFEN, 2016).

Os cuidados realizados pela equipe de Enfermagem devem ser anotados para se ter um meio de comunicação entre os profissionais e saúde, auxiliando na melhora da qualidade e da continuidade da assistência prestada, facilitando o seu planejamento. Com isso, a realização das evoluções, prescrições, registros e anotações de Enfermagem de forma correta são elementos fundamentais na assistência (Santana; Araújo, 2016).

De acordo Conselho Federal de Enfermagem, a equipe de Enfermagem deve colocar as assinaturas ou rubricas sobre os dados do carimbo, contendo a sigla da categoria profissional, a inscrição no conselho e a sigla do COREN, acompanhada da sigla da Unidade da Federação. É determinado que o carimbo é pessoal, de uso particular, intransferível e de uso obrigatório em todo documento firmando que for do exercício profissional (COFEN, 2017).

Quando realizado um curativo, a anotação sobre o mesmo deve conter data e horário, o local da lesão, sua dimensão, os sinais e sintomas observados como por exemplo a presença de secreção, coloração, odor e quantidade, também deve ser relatado a necessidade de

desbridamento, o tipo de curativo, se oclusivo, aberto, simples ou compressivo, a presença de dreno, o material prescrito e utilizado, e o nível de dor do paciente durante o procedimento, avaliando a necessidade de analgesia prévia ao procedimento para controle da dor (COFEN, 2016).

A ocorrência da ausência de registros ou o registro de informações incompletas pode ocasionar no aparecimento de problemas de duplicidade de procedimento executados, dificuldades no acompanhamento da assistência prestada e na execução dos procedimentos, o que pode acabar colocando em risco o paciente e a sua recuperação. Baseado nisso, se faz necessário que os registros de Enfermagem contemplem as atividades desenvolvidas e descrevam as respostas ao tratamento e todas as condutas tomadas (Françolin *et al.*, 2012).

É dever e responsabilidades de todos os profissionais da Enfermagem realizarem o registro da assistência prestada no prontuário do paciente, e em outros documentos hospitalares ou próprios da área, incluindo as informações inerentes ao processo de cuidar e do gerenciamento dos processos de trabalho, assegurando a qualidade e a continuidade do cuidado (COFEN, 2016).

Em um ambiente hospitalar, 50% das informações sobre os cuidados aos pacientes registrados nos prontuários correspondem aos registros de Enfermagem. Dessa forma, a Enfermagem tem um papel de destaque na realização dos registros e na comunicação da equipe multiprofissional por meio de prontuários, visto que geram informações que subsidiam a conduta de outros profissionais, facilitando o planejamento, a tomada de decisão e continuidade do cuidado (Gomes *et al.*, 2016).

Ainda, Gomes *et al.* (2016), soma a importância dos registros de Enfermagem para a realização de auditorias, pesquisas, pesquisa para processos judiciais e planejamento, o que reafirma os registros de enfermagem como elemento imprescindível no processo de trabalho da Enfermagem.

Como pode ser visto acima, são muitos os impactos dos registros de Enfermagem no processo de trabalho e na qualidade da assistência prestada ao paciente, fatores que só ressaltam a importância da realização de registros corretos e com a qualidade preconizada pelo Conselho Federal de Enfermagem e incentivada pelos Conselhos Regionais de Enfermagem.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram encontrados artigos de relevância que possibilitaram a realização deste trabalho, fazendo com que os objetivos fossem alcançados. Mesmo com uma amostra pequena, os trabalhos analisados trouxeram considerações importantes para a temática da auditoria e os registros de Enfermagem.

A partir da pergunta de pesquisa e do objetivo deste trabalho, é concluído que os profissionais da área da Enfermagem não estão realizando os registros de Enfermagem de forma adequada, o que constata a hipótese contrária levantada.

As principais deficiências relacionadas aos registros de Enfermagem encontradas nos trabalhos analisados foram evidenciadas na falta de qualidade das anotações, falta de informações, informações incompletas, ausência de carimbo profissional nos registros, ausência de rubrica no carimbo, letra não legível e evolução do procedimento de curativo inadequada.

Os profissionais de Enfermagem necessitam maior competência técnico-científica no que tange a realização dos registros de Enfermagem. A reflexão sobre as instituições enfatizarem este problema se faz necessária visto o cenário encontrado, além de promoverem maior investimento, capacitação e auxílio para esses profissionais.

Os hospitais e demais instituições de saúde devem incentivar e oportunizar capacitações acerca dos registros de Enfermagem, buscando qualificar as anotações realizadas pelos técnicos

de Enfermagem e as evoluções dos Enfermeiros, afim de prestar uma assistência ética e de qualidade, respaldando o cuidado de Enfermagem exercido e por conseguinte valorizando a profissão.

Ao passo que este estudo constatou a deficiência nos registros de Enfermagem, também foi possível realizar considerações sobre a importância dos mesmos quando realizados de forma correta e completa, favorecendo a continuidade dos cuidados, a comunicação da equipe profissional e a qualidade da assistência prestada. A não realização dos registros de Enfermagem ou a realização precária dos mesmos gera uma variedade de problemas para o ambiente de trabalho, em destaque a descontinuidade do cuidado, a falta de informações, o comprometimento ético do profissional.

Como limitações deste estudo cabe citar o baixo quantitativo de estudos revisados e a metodologia de revisão utilizada, não possibilitando alcançar um nível de evidência mais concreto.

Este trabalho não esgota as possibilidades de pesquisa dentro da área, e incentiva a criação de outros, buscando lapidar o assunto dentro da Enfermagem, qual foi visto de grande importância teórica e prática. Por isso, mais trabalhos devem ser desenvolvidos por profissionais e estudantes de Enfermagem, dando continuidade neste campo ainda pouco explorado em pesquisas.

Por fim, é necessário compreender a importância, o papel, e as implicações dos registros de Enfermagem, para que os profissionais deixem de enxergá-los apenas pelo caráter burocrático e entendam os seus deveres.

REFERÊNCIAS

AQUINO, M. J. N. *et al.* ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: avaliação da qualidade em unidade de terapia intensiva. **Enferm. Foco**, [S. l.], v. 9, ed. 1, p. 07-12, 2019. DOI: 10.21675/2357-707X.2018.v9.n1.1314. Disponível em: <https://enfermfoco.org/article/anotacoes-de-enfermagem-avaliacao-da-qualidade-em-unidade-de-terapia-intensiva/>. Acesso em: 3 jul. 2025.

BATISTA, K. S. *et al.* AUDITORIA: medindo a qualidade dos registros de enfermagem. **Temas em Saúde**, [S. l.], p. 117-129, 2019. ISSN: 2447-2131. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2019/06/fesvip201907.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2025.

CORDEIRO, A. M. *et al.* REVISÃO SISTEMÁTICA: uma revisão narrativa. **Rev. Col. Bras. Cir.**, [S. l.], v. 34, n. 6, p. 428-431, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912007000600012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/CC6NRNtP3dKLgLPwcgmV6Gf/?lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Guia de Recomendações para Registro de Enfermagem no Prontuário do Paciente e outros Documentos de Enfermagem**. [S. l.], p. 01-52, 2016. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-0514-2016-GUIA-DE-RECOMENDA%C3%87%C3%95ES-vers%C3%A3o-web.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 0545/2017. Atualiza a norma que dispõe sobre a forma de anotação e o uso do número de inscrição pelos profissionais de

enfermagem. Brasília, p. 01-02, 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05452017_52030.html/print/. Acesso em: 12 jul. 2025.

FERREIRA, L. L. *et al.* Análise dos registros de técnicos de enfermagem e enfermeiros em prontuários. **Rev. Bras. Enferm.**, [S. l.], v. 73, n. 2, p. 01-06, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0542>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/G4tsNBJDgw9wQHYpNv6wMXd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 jul. 2025.

FRANÇOLIN, L; BRITO, M. F. P; Gabriel, C. S; MONTEIRO, T. M; BERNARDES, A. Qualidade dos registros de Enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. **Rev. Enferm. UERJ**, [S. l.], v. 20, ed. 1, p. 79-83, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/int-2994>. Acesso em: 12 jul. 2025.

GOMES, D. C; CUBAS, M. R; PLEIS, L. E; SHMEIL, M. A. H; PELUCI, A. P. V. D. Termos utilizados por enfermeiros em registros de evolução do paciente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, [S. l.], v. 31, ed. 1, p. 01-08, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.53927>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/wXJYmgthYPdJz7f7TzkXMbv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 jul. 2025.

LACERDA, Maria Ribeiro. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: teoria e prática**. [S. l.]: Moriá editora, 2015. Acesso em: 24 jun. 2025.

NEVES, V. L. S. *et al.* AUDITORIA EM ENFERMAGEM: qualidade dos registros e suas consequências. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, [S. l.], v. 27, n. 3, p. 114-119, 2019. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190826_103315.pdf. Acesso em: 3 jul. 2025.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paul. Enferm.**, [S. l.], v. 20, n. 2, p. 01-02, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/appe/a/z7zZ4Z4GwYV6FR7S9FHTByr/>. Acesso em: 24 jun. 2025.

SANTANA, L. C; ARAÚJO, T. C. Análise da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários. **Rev. ACRED**, [S. l.], p. 59-71, 2016. ISSN: 2237-5643. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5602115.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2025.

SILVA, V. A. *et al.* Auditoria da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários em um hospital universitário. **Enferm. Foco**, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 28-33, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1049778>. Acesso em: 3 jul. 2025.