

## RELATÓRIO DE ENFERMAGEM- SUBSÍDIO PARA AUDITORIA

**ACADÊMICOS:** <sup>1</sup>Clara Camargo Costa Passos, Felipe Petrocchi Passos de Lima, Grazielle Aparecida Neves Buzelin, Icaro Brendo dos Santos, Jéssica Oliveira Santos, Rafaela Tassia Martins dos Santos, Reginalda Marques da Silva

**ORIENTADORA:** <sup>2</sup>Professora Eva Zan Pereira

A resolução CFM (Conselho Federal de Medicina) 1.638/2002 define o prontuário como “documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo”. Os registros de enfermagem são elementos imprescindíveis ao processo do cuidar e, quando redigidos de maneira que retratem a realidade a ser documentada, possibilitam a comunicação entre a equipe de saúde, além de servir a diversas outras finalidades, tais como: ensino, pesquisas, auditorias e evidência legal a processos jurídicos. Eles refletem todo o empenho e força de trabalho da equipe de enfermagem, valorizando, assim, suas ações e a segurança do paciente. Para serem consideradas autênticas e válidas as informações contidas neste tipo de documento deve conter assinatura número de inscrição do profissional por meio de carimbo (art. 368 do Código de Processo Civil – CPC), inexistência de rasura, entrelinhas, emenda, borrão ou cancelamento, características que poderão gerar a desconsideração jurídica do documento produzido como prova documental (art. 386 do CPC). **Objetivos:** Efetivar a comunicação entre a equipe de enfermagem e demais profissionais envolvidos na assistência ao paciente; fonte de subsídios para a avaliação da assistência prestada; evidência documental legal para ambas as partes paciente/profissional; ensino e pesquisa; auditoria. Para se obter um relatório em que se possa assegurar a qualidade do mesmo, é necessário que se siga uma sequência lógica quanto a coleta de tais dados a serem inseridos neste importante documento. Caso esse relatório não seja informatizado é muito importante para se dar validade e veracidade ao mesmo que ele esteja redigido a caneta, que não haja espaços em branco, ser legível, que suas informações sejam mais completas e claras, concisas, objetivas, pontuais e cronológicas possível. Assim, pode-se resumidamente evidenciar que os registros de Enfermagem deverão ser referentes a: todos os cuidados prestados sejam eles atendimentos às prescrições, dieta; cuidados de rotina ou específicos, medidas de segurança adotadas, os sinais vitais aferidos/mensurados devem ser registrados pontualmente, ou seja, os valores exatos aferidos. Enfim tudo que refere a assistência prestada, essa esquematização/ padronização do relatório de enfermagem se dá por conta de uma busca na segurança. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão sistemática da literatura constituída de artigos científicos nacionais da temática auditoria de enfermagem e auditoria em saúde, artigos sendo pesquisados nas bases de dados LILACS e SCIELO, a partir dos descritores auditoria, auditoria de enfermagem, qualidade da assistência à saúde e supervisão de enfermagem **Conclusão:** Este processo representa o instrumento de trabalho do enfermeiro com objetivo de identificação das necessidades do paciente apresentando uma proposta ao seu atendimento e cuidado. Esse relatório é um dos componentes do processo de enfermagem. Trata-se de um processo que representa desenvolvimento de um estado a outro. O enfermeiro, ao aplicar o processo de enfermagem como instrumento para orientar a documentação clínica, busca o desenvolvimento de uma prática sistemática, inter-relacionada,

organizada com base em passos pré-estabelecidos e que possibilite prestar cuidado individualizado baseado em padrões de qualidade ao paciente. A inadequação e a ausência de registros podem comprometer a assistência ao paciente, e impossibilita um padrão de qualidade ao mesmo. Podemos resumidamente dizer que este documento tem por finalidade coordenar as discussões sobre a sistematização da assistência prestada em todos os itens que abrange esse registro. Além disso o relatório de enfermagem tem outra importante contribuição, com registros de qualidade pode-se evitar custos desnecessários por consequências jurídicas ou financeiras, prejuízos a imagem da instituição e do profissional, glosas e despesas com possíveis reembolsos por dano moral ou financeiro ao cliente/paciente (*kattia Ochoa-Vigo, 2003*), visto que este registro é o que dá respaldo legal a todos os interessados quando o mesmo segue padrões éticos e legais.

**PALAVRAS-CHAVES:** Relatório de Enfermagem, Registros de Enfermagem, Assistência, Documento, Comunicação.

<sup>1</sup> Discentes do Curso de Graduação em Enfermagem

<sup>2</sup> Docente da Área de Biomédicas da UNIVERSO-BH