

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL DO NORTE DO BRASIL

Natalia Bianchini Dodo¹

<http://orcid.org/0000-0003-1771-9487>

Josimeire Cantanhêde de Deus¹

<https://orcid.org/0000-0002-2001-1212>

Priscilla Perez da Silva Pereira¹

<http://orcid.org/0000-0001-8900-6801>

José Juliano Cedaro¹

<http://orcid.org/0000-0001-7479-6556>

Objetivo: avaliar a qualidade dos registros de enfermagem realizados em prontuário de pacientes internados num hospital público municipal da região norte brasileira. **Método:** estudo quantitativo, tipo documental, em prontuários de pacientes que permaneceram internados no mínimo 48 horas. O instrumento de coleta avaliava a qualidade dos registros, conforme definição pelo Conselho Federal de Enfermagem. Foram realizadas análises descritivas por meio do Stata@13.0. **Resultados:** do total de 248 prontuários, 25,9% foram considerados completos, 67,1% incompletos, 6,7% incorretos e 0,3% não estavam preenchidos. Em mais de 90% dos registros estudados se verificou que não havia uma escrita sequencial e concisa, emprego de terminologias técnicas e descrição dos cuidados prestados. **Conclusões:** Os registros de enfermagem foram considerados com qualidade insatisfatória. Como possíveis caminhos a serem experimentados tem-se o uso de formulários específicos para a Sistematização da Assistência de Enfermagem, implementação do prontuário eletrônico e padronização de siglas.

Descritores: Registros de Enfermagem; Equipe de Enfermagem; Qualidade da Assistência à Saúde.

EVALUATION OF THE QUALITY OF NURSING RECORDS IN THE HOSPITAL IN NORTHERN BRAZIL

Objective: to evaluate the quality of nursing records carried out in patients' records in a municipal public hospital in the northern region of Brazil. **Method:** quantitative study, documentary type in medical records of patients who remained hospitalized at least 48 hours. The collection instrument evaluated the quality of the records, as defined by the Federal Nursing Council. Descriptive analyzes were carried out using Stata@13.0. **Results:** Of the total of 248 medical records, 25.9% were considered complete, 67.1% were incomplete, 6.7% were incorrect and 0.3% were not filled. In more than 90% of the studied registers it was verified that there was no sequential and concise writing, use of technical terminologies and description of the care provided. **Conclusions:** Nursing records were considered of unsatisfactory quality. As possible ways to be tried it is suggested the use of specific forms for the Systematization of the Nursing Assistance, implantation of the electronic medical record and standardization of acronyms.

Descriptors: Nursing Records; Nursing Team; Quality of Health Care.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL EN EL NORTE DE BRASIL

Objetivo: evaluar la calidad de los registros de enfermería realizados en los registros de pacientes en un hospital público municipal en la región norte de Brasil. **Método:** estudio cuantitativo, tipo documental en registros médicos de pacientes que permanecieron hospitalizados al menos 48 horas. El instrumento de recolección evaluó la calidad de los registros, según lo define el Consejo Federal de Enfermería. Los análisis descriptivos se llevaron a cabo utilizando Stata@13.0. **Resultados:** Del total de 248 registros médicos, 25,9% se consideraron completos, 67,1% estaban incompletos, 6,7% eran incorrectos y 0,3% no se llenaron. En más del 90% de los registros estudiados se verificó que no había una escritura secuencial y concisa, el uso de terminologías técnicas y la descripción de la atención prestada. **Conclusiones:** los registros de enfermería fueron considerados de calidad insatisfactoria. Como posibles formas de ser juzgado, se sugiere el uso de formularios específicos para la Sistematización de la Asistencia de Enfermería, la implantación del registro médico electrónico y la estandarización de acrónimos.

Descritores: Registros de Enfermería; Registros; Grupo de Enfermería; Calidad de la Atención de Salud.

¹Universidade Federal de Rondônia, RO, Brasil.

Autor correspondente: Josimeire Cantanhêde de Deus - Email: joosiwatson@gmail.com

Recebido: 31/01/2020 - Aceito: 03/05/2020

INTRODUÇÃO

A maioria das informações referentes ao cuidado ao paciente hospitalizado é fornecida pela enfermagem por isso, espera-se que esses registros permitam uma comunicação efetiva entre a equipe multiprofissional, subsidiando o planejamento, tomada de decisão e a continuidade da assistência prestada⁽¹⁾

Compreendem-se como registros de enfermagem todas as informações referentes a aspectos físico, psíquico, social e espiritual do paciente, além dos cuidados que lhes são prestados pela equipe. No Brasil, as normas que versam sobre esses registros são: a) Lei do Exercício Profissional da Enfermagem nº 7.498, de 25 de junho de 1986⁽²⁾; b) Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 358/2009, 429/2012 e 545/2017⁽³⁻⁵⁾; c) Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – COFEN 311/2007⁽⁶⁾

Os registros de enfermagem devem ser visualizados como um meio de comunicação para facilitar o cotidiano do trabalho, pois devem evidenciar as necessidades dos pacientes de modo que sejam compreendidas e atendidas pela equipe de saúde⁽⁶⁻⁷⁾. Estes registros precisam ser realizados de maneira objetiva, coesa, coerente e de modo a retratar as necessidades e características do paciente, bem como informar as ações destinadas ao seu cuidado. O registro adequado permitirá acompanhar a evolução do caso, subsidiando a elaboração de um plano de cuidados com vistas a uma assistência qualificada e integral, além de subsidiar processos de auditoria e pesquisa⁽⁷⁻¹⁰⁾. Também contribui para evitar despesas desnecessárias, assegurar o recebimento do valor gasto na assistência de enfermagem prestada, legitima o trabalho e a produtividade do profissional e torna possível o aprimoramento de ações com vistas a alcançar melhorias nos resultados operacionais^(7,11)

Em uma revisão de literatura prévia, alguns estudos indicam que as principais falhas nos registros de enfermagem se referem a inadequações gramaticais da linguagem formal, inexatidão dos dados, ilegibilidade e uso inadequado da terminologia técnica^(1,9,12-20). A maioria destes estudos foi conduzida em hospitais universitários, em regiões de melhores condições socioeconômicas e em instituições com prontuários eletrônicos. Vivenciando a realidade de um hospital do interior do Norte do Brasil, que realiza seus registros de modo manual e com um programa de educação permanente frágil, surgiu o seguinte problema: será que os registros de enfermagem atendem ao preconizado nas normas previstas para a profissão? Assim, tem-se como objetivo desde estudo avaliar a qualidade dos registros de enfermagem realizados em prontuário de pacientes que estiveram internados no setor de clínica médica de um hospital público municipal do Estado de Rondônia.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo documental, retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizado no mês de novembro de 2017, em 248 prontuários físicos de um hospital público de grande porte e alta complexidade no sul do Estado de Rondônia. Tal instituição contava no período da pesquisa

com 206 leitos e um quadro de 485 servidores, dos quais 186 são membros da equipe de enfermagem. Deste total, 35 estavam alocados no setor de clínica médica, sendo dez enfermeiros plantonistas e 25 técnicos em enfermagem. O atendimento neste setor era realizado em duas alas: masculina, com 27 leitos; feminina, com 40 leitos. A instituição possuía protocolo operacional padrão (POP) que previa o uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), porém, os impressos da SAE não estavam disponibilizados nos setores e não havia um programa de educação permanente para os profissionais quanto ao preenchimento ou uso da SAE pela equipe.

Foram incluídos todos os registros de enfermagem de prontuários de pacientes que estiveram internados por pelo menos 48 horas no setor de clínica médica, nos meses de setembro a novembro de 2017. Foram excluídos os registros de enfermagem que não foram realizados pela equipe de enfermagem durante a internação no setor de clínica médica.

A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento proposto por Borsato e colaboradores⁽⁹⁾ baseado nas resoluções do Conselho Federal de Enfermagem⁽³⁻⁶⁾. A primeira parte do instrumento de coleta abordava dados gerais como tempo de internação, registro por categorias, periodicidade e tipo de registro (admissão, anotação, evolução ou alta). A segunda parte do instrumento contou com 21 itens que avaliavam quatro componentes: 1) identificação do paciente e do profissional; 2) data e hora do registro realizado; 3) forma da escrita (legibilidade, rasuras, espaços em branco, abreviaturas, siglas, erro ortográfico) 4) conteúdo (uso de palavras generalizadas ou subjetivas, informações não relacionadas ao paciente, uso de terminologias técnicas, escrita lógica e concisa, informações sinais e sintomas e assistência prestada). Para cada item avaliado como adequado era atribuído um ponto e posteriormente verificada a porcentagem de dados consideradas como satisfatório e insatisfatório. Ao final o prontuário era classificado conforme o Quadro 1.

Grau de Satisfação	Critérios de Avaliação			
	Completo	Incompleto	Não Preenchido	Incorreto
Satisfatório	Acima de 80%	Abaixo de 15%	Abaixo de 5%	0%
Insatisfatório	Abaixo de 80%	Acima de 15%	Acima de 5%	Acima de 0%

Fonte: Borsato FG, Rossaneis MA, Haddad FL, Vanuchi MTO, Vituri DW⁽⁹⁾

Quadro 1 - Critérios utilizados para avaliação da qualidade dos registros de enfermagem

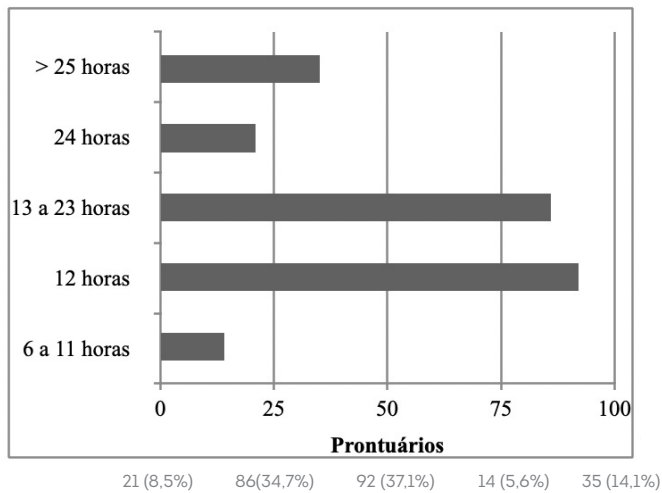
As análises estatísticas foram realizadas por meio do pacote estatístico Stata® 13.0. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Rondônia sob o parecer nº 2.053.951.

RESULTADOS

Do total de 248 prontuários analisados, apenas 25,9% foi considerado completo, a maioria tinha preenchimento incompleto, 6,7% estavam incorretos e 0,3% apresentavam informações não preenchidas. Portanto, os registros de enfermagem foram considerados com qualidade insatisfatória.

A média de internação hospitalar foi de 4,7 dias. Durante o tempo de internação a maioria dos registros ocorreu com periodicidade entre 12 e 24 horas (71,8%; Figura 1).

Figura 1 - Periodicidade das anotações realizadas pelos Técnicos e/ou Auxiliares, Rondônia, Brasil, 2017.



A identificação correta do paciente na folha de anotação foi encontrada em apenas 1,6% dos prontuários (Tabela 1). Quanto à data e hora do registro realizado, a maioria dos prontuários estava incompleto, não preenchido ou incorreto. Embora contivessem grafia passível de leitura e compreensão (75,8%), em 19% dos prontuários estavam incompletas e com letra ilegível, exigindo esforço para compreensão do texto. Em 5,2% não foi possível proceder a leitura ou compreender o que fora escrito devido à ilegibilidade da grafia disposta.

Tabela 1 - Qualidade dos registros de enfermagem, Rondônia, Brasil, 2017, (n=248)

Conteúdo	Completo	Incompleto	Incorreto	Não preenchido
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Identificação do paciente	4 (1,6)	164 (66,1)	72 (29,1)	8 (3,2)
Data e hora	87 (35,1)	153 (61,7)	5 (2)	3 (1,2)
Legibilidade	188 (75,8)	47 (19)	13 (5,2)	-
Palavras objetivas e claras	36 (5,5)	212 (85,5)	-	-
Espaços preenchidos	144 (58,1)	66 (26,6)	38 (15,3)	-

Siglas padronizadas	29 (11,7)	147 (59,3)	72 (29)	-
Grafia correta	102 (41,1)	140 (56,5)	6 (2,4)	-
Escrita sequencial e concisa	11 (4,4)	237 (95,6)	-	-
Terminologia técnica	18 (7,3)	230 (92,7)	-	-
Percepções dos pacientes	243 (98,0)	-	5 (2)	-
Sintomatologia	30 (12,1)	218 (87,9)	-	-
Condições emocionais	46 (18,5)	202 (81,5)	-	-
Papel da família	12 (4,8)	236 (95,2)	-	-
Descrição do cuidado prestado	6 (2,4)	242 (97,6)	-	-
Registro do trabalhador	4 (1,6)	203 (81,8)	40 (16,2)	1 (0,4)

Quanto ao preenchimento dos registros, observou-se que pouco mais da metade dos prontuários não apresentaram espaços em branco entre as anotações. Em 26,6% foram encontrados pequenos espaços sem escrita sendo considerados incompletos. Além disso, em 15,3% dos prontuários havia longos espaços em branco - alguns apresentando laudas inteiras em branco.

Todos os prontuários continham siglas e apenas 11,7% dos registros foram considerados completos por apresentarem exclusivamente a presença de siglas conhecidas como HIV, AIDS e EAS. Os demais prontuários apresentam abreviaturas para as quais não há padronização amplamente divulgada na literatura ou na instituição.

Pouco mais da metade dos prontuários apresentava erros na grafia das palavras (56,4%), embora fosse possível haver compreensão do que havia sido descrito. Em 2,4% havia palavras que não foram passíveis de compreensão devido aos erros ortográficos. E, em relação à escrita sequencial e concisa, apenas 4,4% dos prontuários estudados foram considerados como completos quanto a esse requisito.

Quanto à utilização de terminologia técnica, apenas 7,3% dos prontuários analisados apresentaram termos técnicos em todos os registros de enfermagem. A mais utilizada delas entre os prontuários estudados foi "algia", relacionando com situações de queixa de dor declarada pelos pacientes. Em seguida, o termo "afebril" e em terceiro lugar "deambulando".

Quase todos os prontuários (98%) apresentaram informações sobre as percepções dos pacientes acerca do processo saúde/doença vivenciado. Porém, apenas 12,1% tinham informações completas sobre a sintomatologia referente à condição patológica, 18,5% sobre suas condições emocionais e menos de 5% faziam referências ao envolvimento dos familiares no processo do cuidado. A descrição completa do cuidado prestado pela enfermagem foi encontrada em apenas 2,4% e o registro do trabalhador foi incompleto na maioria dos prontuários.

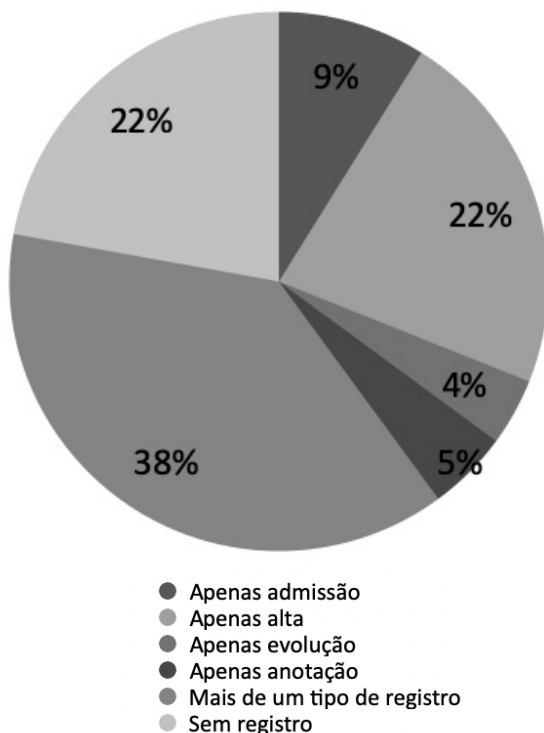
Dos prontuários analisados, 51,6% apresentaram rasuras e, deste total, 85% apresentavam rasura de sobreposição à uma palavra escrita anteriormente. Em 15% dos documentos estudados apareceram o sinal gráfico dos parênteses para destacar a palavra errada. Em apenas dois prontuários havia correção adequada, empregando o termo “digo” entre vírgulas e escrevendo a palavra correta em seguida.

Em 16,5% dos prontuários analisados existia a presença de comentários e/ou críticas descritas pelos profissionais. Entre os principais comentários estava a falta de medicações ou materiais para realização de procedimentos. Evidenciou-se também que em 7,7% foram dispostas informações não relacionadas diretamente com o paciente, frequentemente referindo-se às questões pertinentes ao processo de trabalho.

A maioria dos registros continha palavras que não eram objetivas e claras. Também não evidenciava a real situação do paciente, usando termos genéricos como a palavra “bem”, ocorrida em 174 prontuários. Alguns registros de enfermagem se resumiam apenas na escrita “paciente passou bem à noite”, ou ainda “paciente concluiu bem o sono”. Outras palavras generalizadas foram encontradas em 38 prontuários: às vezes, bastante, boa, bom, mais ou menos, meio, muito, pouco, nada, normal, razoável, tranquilo e regular.

Quanto ao conteúdo dos registros realizados pelos enfermeiros, 22% dos prontuários não apresentaram nenhum registro deste profissional e apenas 38% tinha mais de um tipo de registro, como admissão e alta hospitalar (Figura 2).

Figura 2- Tipos de registros realizados por enfermeiros nos prontuários. Rondônia, RO, Brasil, 2017.



Não foi encontrado em nenhum dos prontuários analisados o registro SAE. O único item mais próximo à SAE presente nos prontuários estudados é o histórico de enfermagem, preenchido de maneira superficial e focado nos registros de admissão.

DISCUSSÃO

Foram encontrados 12 estudos realizados no Brasil e publicados nos últimos cinco com temática semelhante à investigada neste artigo. Sete pesquisas foram conduzidas no Paraná^(1,9,12-16), duas no Estado de Minas Gerais^(17,18), duas em São Paulo^(19,20) e apenas um estudo na região Nordeste – Ceará⁽¹⁾. Oito instituições eram hospitais universitários/escola^(2, 9, 12, 14, 16, 17, 19, 20) e apenas um foi conduzido em setores com atendimento privado⁽¹⁵⁾. Quatro estudos tiveram amostras superiores a cem prontuários, sendo que um estudo avaliou 148.299 prontuários eletrônicos⁽¹⁴⁻¹⁷⁾.

De modo geral, a qualidade dos registros de enfermagem encontrada em nosso estudo é inferior ao nível de qualidade encontrado em outras instituições. Há trabalhos nos quais os prontuários foram avaliados com níveis de completude superiores ou muito próximo aos 80%, em vários itens^(9, 17, 20).

Todo registro deve ser iniciado pela identificação correta dos dados do paciente, pois isto é imprescindível para garantir a segurança do mesmo. No nosso estudo apenas 1,6% dos prontuários tinham identificação do paciente completa. Quanto à legibilidade dos registros, a maioria era passível de leitura e compreensão, mas no que se refere ao uso de termos evasivos ou com grafia errada das palavras, foram encontradas piores avaliações em nosso estudo do que na maioria dos demais trabalhos comparados^(11, 17, 20). É imprescindível à adequada assistência ao paciente que os registros sejam legíveis, de modo que seja possível compreender aquilo que está escrito sem gerar dúvidas. Além disso, registros realizados de maneira inconsistente e com grafia ilegível podem resultar em prejuízos ao paciente, ao profissional e a instituição de saúde. Assim, os registros não devem ser considerados como apenas uma ação burocrática, mas ser compreendido como uma ação essencial ao cuidado^(1,13).

Encontramos em quase todos os estudos consultados melhores cenários quando comparado ao encontrado em Rondônia no que se refere ao uso de terminologias^(11, 16, 18-20). Quanto ao registro das condições físicas e emocionais houve um baixíssimo nível de completude em nossos prontuários, assim como também foi observado em outros trabalhos em que esses itens foram avaliados^(12, 17, 20). Em nosso estudo encontramos 78% dos prontuários sem registros do enfermeiro. Em um estudo realizado no Paraná⁽¹⁴⁾ mostrou que aproximadamente 20% dos prontuários não tinham nenhum registro deste profissional.

Poucos prontuários avaliados (5,4%) apresentaram registros de enfermagem com periodicidade inferior a 11 horas. Quase todas anotações foram realizadas em função do turno de trabalho e não ao decorrer do plantão. O registro

adequado da data e hora nas anotações evitam imprecisões e permitem acompanhar a interação das ações e planejar a assistência à saúde^(1,13). Além disso, é este registro cronológico que permite visualizar a evolução do paciente durante a internação hospitalar até o seu desfecho. Em nosso estudo, observou-se durante a coleta que alguns prontuários não obedecem a essa lógica cronológica.

Pouco mais da metade dos prontuários possuíam rasuras e a maioria da correção foi do tipo sobreposição. A não conformidade desta exigência pode configurar alterações dos registros realizados, desencadeando a responsabilização legal sobre o profissional que realizou tal procedimento.⁽¹⁾ Aproximadamente 40% dos prontuários continham espaços em branco. Esta prática pode permitir a inclusão posterior de informações sobre o paciente comprometendo a apuração de processos legais ou éticos e até mesmo o cuidado de enfermagem^(1,17).

Os registros de enfermagem devem descrever apenas as informações referentes aos cuidados prestados e a evolução do paciente. Em nosso estudo, 24,2% dos prontuários apresentavam registros que não eram relacionados diretamente ao paciente como, por exemplo, queixas de falta de materiais ou medicações, contrariando a orientação de que os profissionais precisam ter a clareza que o registro deve ser efetuado sem julgamentos ao paciente e sem juízo de valor, mantendo a objetividade a qual se destina^(1,12,17).

A maioria dos prontuários continha o uso de palavras evasivas, não eram objetivas e claras e, portanto, não permitia saber a real situação do paciente. De maneira geral, a utilização desses termos não representa com fidedignidade o estado de saúde do paciente, uma vez que permitem diferentes interpretações por aqueles que possam acessá-lo criando possibilidades de prejuízos ao profissional, à instituição e ao paciente^(1,17).

Além das palavras generalizadas/evasivas, o uso de siglas e abreviaturas não padronizadas pode atrapalhar a comunicação entre os profissionais. Sabe-se que siglas fazem parte do trabalho cotidiano da enfermagem, porém, na instituição estudada não há um protocolo que padronize tais termos e, assim, cada profissional utiliza terminações diferentes para significar um mesmo item.

Muitos registros continham apenas a mensuração do sinal vital ou apenas frases curtas, com palavras genéricas, impossibilitando compreender a evolução do paciente naquele período. Praticamente todos os prontuários apresentavam aspectos subjetivos do paciente, proporcionando uma análise sobre suas condições espirituais e psicossociais, sendo informações indispensáveis para o planejamento assistencial⁽¹⁹⁾. Em contrapartida, a maioria dos prontuários não apresentava relatos de sinais e sintomas da patologia, as condições emocionais e não havia registros dos cuidados de enfermagem. Em suma, limitava-se ao registro da administração de medicamentos e à mensuração parcial de sinais vitais.

A maioria dos prontuários não indicava o papel da família no processo de adoecimento, tratamento e convalescença do paciente, algo preocupante, pois a ausência dessas in-

formações pode comprometer a evolução do paciente no processo de recuperação, interferindo de maneira negativa nos resultados esperados.

Em nosso estudo apenas 1,6% dos prontuários tinha as informações sobre o trabalhador que prestou a assistência ao paciente de modo completo. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem⁽²⁾ e Resolução COFEN 545/2017⁽⁵⁾ apresenta a forma correta de descrever as informações sobre o trabalhador e prevê o uso do carimbo pelos profissionais como obrigatório em todo documento assinado.

Em muitos prontuários encontramos apenas um registro realizado pelo enfermeiro durante toda a internação (40%) e havia prontuários sem nenhum registro deste profissional (22%). Apenas 4% dos registros realizados pelos enfermeiros eram referentes à evolução da situação física do paciente o que não possibilitava uma visão da real situação de saúde/doença do paciente que está sendo atendido. Também não foi encontrado em nenhum dos prontuários analisados o registro da SAE, embora a Resolução COFEN 358/2009,⁽³⁾ em seu Art. 1º, determine que "o Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem", devendo tal processo ser registrado de maneira formal no prontuário do paciente de modo a visualizar sua execução.

Limitações do estudo

A existência apenas de prontuários físicos foi um fator limitante para este estudo. Foi preciso analisar individualmente cada documento, implicando maior tempo para a coleta de dados e para a análise desses registros. Por tal motivo, não foi possível realizar a coleta em maior número e em mais de um setor.

Contribuições para a prática

Entende-se que este estudo contribui para a pesquisa quando confirma, por meio da auditoria, que há problemas importantes nos registros da enfermagem que podem impactar diretamente na segurança e cuidado dos usuários. Esses achados reforçam a necessidade de promover ações educativas no que se refere à qualidade das anotações de enfermagem tanto nas instituições de saúde quanto nos cursos de formação de nível técnico, graduação e pós-graduação.

CONCLUSÃO

Neste estudo a maioria dos prontuários tinha o preenchimento das anotações de enfermagem classificadas como insatisfatórias e a revisão de literatura apontou que essa situação não é exclusividade da instituição deste estudo. Nesta perspectiva cabe refletir sobre estratégias para a melhoria das ações no processo de trabalho diário e o uso de ferramentas promotoras de mudanças e transformações. A primeira ação a ser tomada em prol de melhorias na qualidade dos registros de enfermagem pode ser o diagnóstico situacional por meio de auditoria como o realizado neste estudo. Após esta fase de diagnóstico, quando

é possível compreender o nível de qualidade dos registros é hora de planejar as estratégias. Como possíveis caminhos a serem experimentados e posteriormente avaliados por meio de pesquisas tem-se o uso de formulários padronizados para a SAE, a implementação do prontuário eletrônico e a implantação de padronização de siglas. Contudo, é importante lembrar que nenhum desses instrumentos é capaz de melhorar a qualidade dos registros de enferma-

gem se o profissional não estiver familiarizado com seu uso por meio da Educação Permanente em Saúde.

Contribuições dos autores:

Concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Natalia Bianchini Dodo, Josimeire Cantanhêde de Deus, Priscilla Perez da Silva Pereira, José Juliano Cedaro.

REFERÊNCIAS

1. Aquino MJN, Cavalcante TMC, Abreu RND, Scopacasa LF, Negreiros FDS. Anotações de Enfermagem: avaliação da qualidade em uma unidade de terapia intensiva. *Enferm. Foco* [Internet]. 2019 [acesso em 14 nov 2019]; 9 (1). Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1314/419>
2. Brasil. Lei nº 7.498/86. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências [Internet]. 1986 [acesso em 10 out 2019]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html
3. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 358/2009. 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 [Internet]. 2009 [acesso em 5 nov 2019]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html
4. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 429/2012. 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 [Internet]. 2012 [acesso em 22 out 2019]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n-4292012_9263.html
5. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 545/2017. Dispõe sobre Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais [Internet]. 2017 [acesso em 13 nov 2019]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05452017_52030.html
6. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [Internet]. 2007 [acesso em 12 nov 2019]. Disponível em: www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf
7. Seignemartin BA, Jesus LR, Vergílio MSTG, Silva EM. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem no pronto atendimento de um hospital escola. *Rev Rede de Enferm Nordeste* [Internet]. 2013 [acesso em 2 dez 2019]; 14 (6). Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324029419008.pdf>
8. Teixeira BS. Análise da Qualidade dos Registros de Enfermagem em Prontuários: revisão integrativa da literatura. *Pesquisar* [Internet]. 2016 [acesso em 8 nov 2019]. Disponível em: www.faculdadealfredonasser.edu.br/files/Pesquisar_5/21-11-2016-18.31.41.pdf
9. Borsato FG, Rossaneis MA, Haddad MCFL, Vannuchi MTO, Vituri DW. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em um Hospital Universitário. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2011 [acesso em 6 dez 2019]; 24 (4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000400013>
10. Setz VG, D'Inocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2009 [acesso em 10 dez 2019]; 22 (3). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a12v22n3.pdf>
11. Moreira, NS. Análise das anotações de enfermagem de acordo com a Resolução 191/96 do Conselho Federal de Enfermagem. *Rev Saude.com* [Internet]. 2011 [acesso em 6 dez 2019]; 7 (2). Disponível em: <http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/198/152>
12. Vituri DW, Matsuda LM. Os registros de enfermagem como indicadores da qualidade do cuidado: um estudo documental, descritivo-exploratório e retrospectivo. *Brazil Jour Nurs* [Internet]. 2008 [acesso em 18 nov 2019]; 7 (1). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1241/295>
13. Silva JA, Grossi ACM, Haddad MCL, Marcon SS. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em Unidade Semi-Intensiva. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2012 [acesso em 17 dez 2019]; 16 (3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000300021>
14. Fontes MCF, Mendes IAC, Hayahida M, Dalri MCB. Análise das anotações do enfermeiro em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. RENE* [Internet]. 2006 [acesso em 12 nov 2019]; 7 (3). Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/5439/3958>
15. Luz A, Martins AP, Dynewicz AM. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2007 [acesso em 15 nov 2019]; 9 (2). Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v9i2.7165>
16. Gomes DC, Cubas MR, Pleis LE, Shmell MAH, Peluci APVD. Termos utilizados por enfermeiros em registros de evolução do paciente. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 6 dez 2019]; 37 (1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.53927>
17. Barral LNM, Ramos LH, Dias OV, Souza LPS. Análise dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes em um Hospital de Ensino. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2012 [acesso em 12 nov 2019]; 16 (2). Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/518>
18. Carneiro SM, Dutra HS, Costa FM, Mendes SE, Arreguy-Sena C. Uso de abreviaturas nos registros de enfermagem em um hospital de ensino. *Rev Rene* [Internet]. 2016 [acesso em 2 dez 2019]; 17 (2). Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3001/2316>
19. Ochoa-Vigo K, Pace AE, Rossi LA, Hayashida M. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no Processo de Enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2001 [acesso em 8 nov 2019]; 35 (4). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n4/v35n4a11.pdf>
20. Barbosa SF, Sportello EF, Mira VL, Melleiro MM, Tronchin DMR. Qualidade dos registros de enfermagem: análise dos prontuários de usuários do Programa de Assistência Domiciliária de um hospital universitário. *Mund Saúde* [Internet]. 2011 [acesso em 18 dez 2019]; 35 (4). Disponível em: https://www.revistamundodasau-de.com.br/assets/artigos/2011/88/04_QualidadedosregistrosdeEnfermagem.pdf