

Registros de enfermagem: uma revisão integrativa da literatura

RESUMO | Revisão integrativa da literatura, com o objetivo descrever a produção científica sobre as principais informações encontrados nos registros de enfermagem, através da seguinte questão de pesquisa: Qual a produção científica acerca dos registros de enfermagem difundida por periódicos brasileiros, no período de 2005 a 2015. Dez artigos foram selecionados e analisados segundo a Análise de Conteúdo, proposta por Laurence Bardin, originando três categorias de estudo: aspectos técnicos, aspectos éticos e legais, e conteúdo. Foram constatadas falhas na escrita dos registros de enfermagem, seja em aspectos técnicos, éticos e legais, como também no conteúdo destes. Evidenciou-se que, embora os profissionais de enfermagem conheçam a importância dos registros de enfermagem, na prática, nem sempre vem sendo realizado. Concluiu-se sobre a necessidade de um intenso investimento em educação permanente, atendimento de protocolos legais existentes para sua elaboração, além de produção de estudos sobre o tema a fim de esclarecer o que tem deixado de ser registrado sobre os cuidados prestados e chamar atenção para o que deve ser considerado essencialmente nessas evoluções.

Palavras-chaves: enfermagem; registros de enfermagem; auditoria de enfermagem; processo de enfermagem.

ABSTRACT | An integrative review of the literature, with the objective of to describe the scientific production that brings the main evidences of nursing records through the following research question: What is the scientific production about the nursing records published by Brazilian periodicals, from 2005 to 2015. Ten articles were selected and analyzed according to the content analysis, proposed by Laurence Bardin, giving rise to three categories of study: technical aspects, ethical and legal aspects, and content. Failure to write nursing records was observed: technical, ethical and legal aspects, as well as in their content. It was evidenced that, although nursing professionals know the importance of nursing records, in practice, it is not always being performed. There is a need for an intense investment in continued education, attending to existing legal protocols for its elaboration, as well as producing studies on the subject in order to clarify what has ceased to be registered about the care provided and draw attention to what should be considered essentially in these evolutions.

Keywords: nursing; nursing records; nursind audit; nursing process.

RESUMEN | Revisión integradora de la literatura, con el objetivo de describir la producción científica que trae las principales evidencias de los registros de enfermería, a través de la siguiente cuestión de investigación: Cuál es la producción científica acerca de la generalizada por las revistas brasileñas de enfermería registros, en el periodo 2005-2015. Se seleccionaron diez artículos y se analizaron mediante análisis de contenido propuesto por Laurence Bardin, lo que resulta en tres categorías de estudio: aspectos técnicos, éticos y legales, y el contenido. No se han encontrado fallos en la escritura de los registros de enfermería, ya sea en técnica, ética y legal, así como el contenido de las mismas. Era evidente que, si bien saben los profesionales de enfermería no siempre se está realizando la importancia de los registros de enfermería en la práctica. Hay una necesidad de inversión intensiva en la educación continua, servicio de protocolos legales para su desarrollo, así como la producción de los estudios existentes sobre el tema con el fin de aclarar lo que ha dejado de estar registrado en la atención recibida y llamar la atención sobre lo que debería ser consideran esencialmente estos desarrollos.

Palabras claves: enfermería; registros de enfermería; auditoría de enfermería; proceso de enfermería.

Ana Gracinda Ignácio Silva

Dolitora em Enfermagem pela Escola Anna Nery/UFRJ. Docente aposentada da Universidade Federal do Pará e Universidade Estadual do Pará - UEPA. Docente da Faculdade Metropolitana do Amazonas atualmente

Bruna Rafaela Leite Dias

Enfermeira formada pela UEPA. Residente em Enfermagem oncológica

Recebido em: 20/10/18

Aprovado em: 19/11/18

Introdução

A qualidade dos serviços de enfermagem inclui não só a formação do enfermeiro, o processo de restauração da saúde do cliente ou, quando isto não é possível, a melhoria das condições de vida, as orientações quanto ao autocuidado, à simplificação e à segurança nos procedimentos de enfermagem, mas também o resultado do produto de seu trabalho medido por meio da qualidade da documentação e do registro de todas as ações de enfermagem. Então, a qualidade do registro das ações assistenciais reflete tanto a qua-

lidade da assistência como a produtividade do seu trabalho¹.

Os registros em prontuários demonstram a comunicação escrita, a qual configura um dos cuidados necessários à segurança do paciente e deve ser fidedigna e eficiente, pois o registro correto garante, ao paciente, uma qualidade na continuidade da assistência e, ao profissional, um respaldo legal. Essa comunicação entre os profissionais é fundamental para a organização e planejamento do cuidado, tendo em vista que registros adequados visam não só a continuidade da assistência, como também

auxiliam em processos de auditoria e em atividade de pesquisa, contribuindo para uma enfermagem mais científica^{2,4}.

De acordo com o Código de Ética dos profissionais de enfermagem e demais legislações pertinentes, os registros de enfermagem são imprescindíveis para a execução da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), um dever do profissional e um documento legal da assistência prestada. Para tanto, devem ser legíveis, completos, claros, concisos, objetivos, pontuais e cronológicos; não é permitido escrever à lápis ou utilizar corretivo líquido; não devem conter rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços; ao final da anotação, deve ter data, hora e identificação profissional. Ao enfermeiro, cabe discriminar o estado geral do paciente, procedimentos invasivos, cuidados prestados, descrição das eliminações, diagnóstico de enfermagem e julgamento clínico⁵.

Porém, alguns autores constatarem a pouca importância que os profissionais de enfermagem dão ao seu conteúdo. Enfatizam, que a maior parte das glosas de contas médicas por operadoras de saúde, por exemplo, ocorrem justamente por incorreções no preenchimento e registros pouco claros e objetivos, tanto da evolução quanto da anotação de enfermagem. Observa-se que os procedimentos são realizados, mas muitos profissionais deixam de anotar ou registram de modo incompleto. Estas falhas provocam conflitos, em que ficam dúvidas se os procedimentos foram executados ou não, culminando em glosas hospitalares, e causando prejuízo para a avaliação dos cuidados prestados, para o reconhecimento do resultado do trabalho realizado pelos profissionais de enfermagem e para o fornecimento de informações que possam amparar judicialmente o profissional ou a instituição^{6,7}.

Sendo assim, considerando que os registros de enfermagem garantem melhor comunicação entre a equipe de saúde e, por conseguinte, continuidade da assistência ao paciente, por constituírem-se ainda como ferramentas ético-legais do cuidado prestado, contribuindo para uma avaliação

da qualidade do serviço de enfermagem, dá-se a relevância da temática, surgindo o interesse em desenvolver um estudo tendo como questão norteadora: Qual a produção científica acerca dos registros de enfermagem difundida por periódicos brasileiros, no período de 2005 a 2015? O presente estudo tem como objetivo identificar e descrever a produção científica que traz as principais evidências dos registros de enfermagem.

"Os percentuais encontrados mostram-se insignificantes desde os anos de 2004 e 2005, onde de um padrão de 80%, foram atingidos 78% e 68%, respectivamente"¹³"

Método

Revisão integrativa da literatura referente à produção científica a respeito da temática em questão. Esse método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado⁸.

A seleção dos artigos foi realizada na primeira quinzena do mês de julho de 2015. Durante este período, realizou-se o levantamento de artigos publicados e in-

dexados nas bases de dados do portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) através dos descritores: registros de enfermagem, auditoria de enfermagem, avaliação e processos de enfermagem. As bases de dados eletrônicas utilizadas para a coleta foram em periódicos na área de concentração da Enfermagem, por meio das bases de dados da Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS), da Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem (BDENF), da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e da Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos originais, disponíveis na íntegra em periódicos nacionais, indexados nas bases de dados eletrônicas, publicados em português, no período de 2005 a 2015, abordando as temáticas sobre registros de enfermagem e documentação. Os critérios de exclusão se referem ao não atendimento aos critérios anteriormente descritos.

Após a busca, foram encontrados 103 artigos. Contudo, tendo como critério o nível de relevância ao tema, foram selecionados 10 artigos para que seus resultados fossem analisados e interpretados. Para analisar e sintetizar estes artigos, foi elaborado um instrumento de coleta de dados, contendo as seguintes variáveis: título do artigo, título do periódico, autores, país, idioma, ano de publicação, tipo de publicação, objetivo, amostra, critérios de inclusão/exclusão, análise dos dados, resultados e considerações ou implicações do estudo.

A análise dos dados evidenciados foi pautada na Análise de Conteúdo, que prevê a classificação dos resultados analisados em categorias distintas ou afins, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção ou recepção destas mensagens. Esta classificação se dá em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados⁹.

A primeira fase da análise dos dados deste estudo se deu através da leitura dos artigos, destacando conteúdos significativos para a identificação das categorias

temáticas. Na fase de exploração do material, se deu a organização dos dados dos artigos, orientada pelos objetivos do estudo, foi construído um quadro sinóptico (Quadro 1). Para a construção do quadro, foram extraídas as informações dos artigos sobre o título, o ano de publicação, o periódico, o nível de evidência, procedência do estudo e as principais evidências. Posteriormente, na fase de tratamento dos resultados, foram observadas as convergências e divergências existentes à luz dos diferentes autores.

Resultados

Após a leitura e análise dos artigos selecionados, foram identificadas as categorias indicadas na metodologia e, alguns itens que não foram contemplados nas categorias, mas identificados no decorrer da análise, serão também abordados nesta discussão.

No quadro 1, apresentam-se as principais evidências que deram origem as categorias temáticas deste estudo.

Categoria 1: Registros de Enfermagem e seus aspectos técnicos

A maioria (9) dos artigos selecionados mostraram falhas como informações insuficientes na identificação do paciente, ilegibilidade, erros de ortografia, palavras e abreviaturas de sentidos dúbios, rasuras ou uso de corretivo, e espaços ou lacunas em branco^{1,10-17}.

Em estudo realizado em um Hospital Universitário Público de Natal/RN, foram detectados resultados satisfatórios no que concerne ao uso de corretivo líquido, rasuras e linhas em branco, determinando que, nesse sentido, os profissionais de enfermagem mostram-se preocupados em não falhar¹¹.

No tocante à ilegibilidade, destaca-se a interrupção da continuidade da assistência como consequência¹².

Categoria 2: Registros de Enfermagem e seus aspectos éticos e legais

Dos 10 artigos selecionados e analisados, em seis (06) destes, foi detectada a ausência de horário, data e identificação do prestador do cuidado.

Em estudo realizado em um Pronto Atendimento da região Sul do Brasil, 37% da amostra mostrou preenchimento incompleto dos itens data, hora, nº do COREN e assinatura do enfermeiro e, a amostra não preenchida compreendeu ao valor de 18,9%¹⁷.

Retomando o estudo realizado em um Hospital Universitário Público de Natal/RN, este observou que, dos 23 prontuários estudados, apenas 26% apresentavam registro da hora de realização dos procedi-

"Dos 23 prontuários estudados que tinham registros da equipe de enfermagem, seis haviam registro da hora de realização dos procedimentos pela enfermagem, oito tinham a data do registro; 12 registros não apresentavam espaço em branco"

mentos de enfermagem e 8% tinham a data da anotação¹⁵.

Os percentuais encontrados mostram-se insignificantes desde os anos de 2004 e 2005, onde de um padrão de 80%, foram atingidos 78% e 68%, respectivamente¹³.

Categoria 3: O conteúdo dos registros de enfermagem

Em concordância aos demais artigos da revisão, nenhum prontuário encontrado foi avaliado como bom, pois apesar de adequados quanto à forma, apresentaram-

se incompletos em relação aos conteúdos analisados¹.

No estudo de título "A visão da equipe de enfermagem sobre seus registros", foi constatado que os profissionais da amostra têm conhecimento da importância dos registros de enfermagem¹⁶.

Além de registros incompletos e inconsistentes em relação ao estado físico, mental e higiene corporal que, quando presentes evoluções, condutas e prescrições de enfermagem, o conteúdo destas se apresentava semelhante aos de registros médicos¹⁵.

Foi constatada resistência na utilização e valorização do método de assistência. Outras justificativas para a ausência de registros entre as evidências foram a falta de tempo, o excesso de atribuições do enfermeiro, a falta de recursos e de preparo, bem como a consideração do registro como uma burocracia do serviço, não como ferramenta de trabalho¹².

As falhas consideradas mais graves em relação ao conteúdo são os registros de alta¹⁰.

Discussão

As evidências identificadas na categoria 1, que apontam falhas na escrita de registros de enfermagem, vão ao encontro do discurso de que informações insuficientes afetam a qualidade do cuidado realizado e sua avaliação, principalmente no que se refere aos dados de identificação do paciente que, quando incompletos, podem pôr em risco a segurança do paciente, principalmente no caso de um paciente crítico. Devido o maior número de necessidades prejudicadas, onde a assistência de enfermagem é mais necessária, maior será a necessidade de planejamento da assistência visando eficiência e validade¹⁷.

No tocante à ilegibilidade, abreviaturas não preconizadas, erros gramaticais e/ou termos de sentidos dúbios, os profissionais de enfermagem precisam estar cientes de que a difícil compreensão dos registros pode dificultar a defesa profissional em casos de processos judiciais, ser motivo de glosa por não fornecer informações necessárias sobre o tratamento realizado,

Quadro 1. Principais evidências entre os artigos.

Artigo	Ano	Periódico	Nível de evidência	Procedência	Evidências
A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados	2012	Rev. Enferm. UERJ	Estudo descritivo	BDENF	Prontuários apresentando registros de enfermagem ótimos ou bons, mas, mesmo assim, necessitam ser trabalhados com a equipe para a obtenção de maiores índices de qualidade em alguns aspectos.
A visão da equipe de enfermagem sobre seus registros	2012	Rev. RENE	Estudo descritivo	BDENF	Profissionais apontaram de forma correta as principais finalidades dos seus registros, mas não alcançaram todas as suas funções; Registros ainda voltados somente para a realização de procedimentos.
Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola	2008	Rev. Bras. Enferm.	Estudo descritivo	LILACS	Registros de enfermagem sem qualidade, com informações incompletas e sem dados sobre os cuidados realizados para e com o paciente.
Auditoria em registros de enfermagem: revisão integrativa da literatura	2013	Rev. Enferm. UERJ	Revisão	BDENF	Falhas como letra ilegível, rasuras, uso de corretivo, anotações por turno, ausência de datas e checagem de medicamentos e procedimentos, etc.
Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em unidade semi-intensiva	2012	Esc. Anna Nery Rev. Enferm.	Estudo descritivo	Scielo	Padrão de qualidade insatisfatório no preenchimento dos registros de enfermagem (dados de identificação, prescrição de enfermagem, procedimentos de enfermagem) realizados em unidade semi-intensiva.
Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria	2009	Acta Paul. Enferm.	Estudo descritivo	BDENF	Registros incompletos em relação aos conteúdos analisados, à identificação formal dos executores das atividades, além de, em relação à prescrição médica, inexistência de registros de justificativas de não administração.
Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em um hospital Universitário	2005	Rev. Bras. Enferm.	Estudo descritivo	Scielo	Bons resultados na cardiologia e na neurocirurgia. Entretanto, na clínica destinada a doenças infecto-parasitárias, o histórico de enfermagem foi registrado em apenas um (1) prontuário e a evolução de enfermagem não foi realizada em 38 prontuários, o que foi justificado pela falta de tempo.
O enfermeiro e o registro de enfermagem em um hospital público de ensino	2012	Rev. RENE	Estudo descritivo	BDENF	Registros de enfermagem raros e deficientes, ilegíveis, sem clareza e com espaços em branco.
Os registros de enfermagem como indicadores da qualidade do cuidado: um estudo documental, descritivo-exploratório e retrospectivo	2008	Online braz. j. nurs.	Estudo descritivo	BDENF	Percentuais insuficientes quanto ao registro de horário e identificação do profissional, quanto às rasuras, linhas em branco e checagem dos cuidados prescritos na SAE, além de o intervalo entre esses registros ser superior a 6h.
Trajectoria das anotações de enfermagem: um levantamento em periódicos nacionais (1957- 2205)	2006	Rev. Bras. Enferm.	Revisão	Scielo	Progressão do número de publicações sobre o tema, com destaque à auditoria e ao conteúdo dos registros, sendo os enfermeiros docentes a categoria que mais publicou sobre o tema.

Fonte: Revisão integrativa da literatura sobre registros de enfermagem, 2016.

interromper o processo de comunicação com os outros membros da equipe e, conseqüentemente, a continuidade da assistência através da SAE^{14,15}.

A SAE é um método sistemático de organização das ações a serem adotadas para alcançar os objetivos da assistência.

A Resolução Cofen nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009, que dispõe sobre a SAE e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências salienta, em seu artigo 6º, que “A execução

do processo de enfermagem deve ser registrada formalmente”. Desse modo, os registros de enfermagem constituem-se em um instrumento indispensável para a aplicação da SAE^{12,18}.

Um estudo observou a presença de datas e horas, espaço em branco e a legi-

bilidade, procedimentos de enfermagem e saída do paciente por alta ou pelo óbito. Dos 23 prontuários estudados que tinham registros da equipe de enfermagem, seis haviam registro da hora de realização dos procedimentos pela enfermagem, oito tinham a data do registro; 12 registros não apresentavam espaço em branco, mas quatro com espaço em branco e não havia rasura em nenhum registro¹¹.

A ausência do horário em que se deu o registro não permite saber se a prescrição foi realizada no início ou no final do plantão, e se naquela prescrição, já estão os cuidados a serem implementados frente às necessidades que o paciente apresentou nas últimas horas.

Sobre a categoria 2, que evidencia a ausência de elementos essenciais para uma apuração ética e legal, os dados encontrados indicam falta de informação ou até mesmo despreocupação ou desinteresse por parte dos profissionais de Enfermagem no que diz respeito ao cumprimento das normas que regem o exercício profissional¹⁵.

Quanto às assinaturas, a análise de 23 prontuários, evidenciou que a assinatura estava presente em 15, sendo representada pela rubrica ou pelo primeiro nome, sem o número de inscrição no conselho de classe nem a categoria profissional, não sendo possível identificar a categoria do profissional de enfermagem, se técnico de enfermagem ou enfermeiro¹¹.

Em uma amostra maior, de 424 prontuários, nenhum foi considerado como ótimo, isto é, nem todas as prescrições estavam checadadas de modo completo e nem todas anotações e evoluções de enfermagem tinham assinaturas e carimbos¹.

Considerando os achados, é importante destacar um dos papéis do prontuário do paciente. No Brasil, é um instrumento que pode e deve ser consultado em situações que envolvem aspectos legais e/ou éticos, científicos, educacionais e da qualidade do cuidado¹¹.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que dispõe sobre as responsabilidades e deveres do Enfermeiro, aprova-

do pela Resolução Cofen 311/2007, de 08 de fevereiro de 2007, atribui ao Enfermeiro, em seu artigo 54º, a responsabilidade e dever de "apor o número e categoria de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem em assinatura, quando no exercício profissional"¹⁹.

O registro do nome e o carimbo do enfermeiro e do técnico de enfermagem que prestaram assistência auxiliam não só em uma apuração ético-legal, como também possibilitam, aos profissionais do plantão seguinte, a identificação da equipe ante-

"A ausência de registros de alta pode ter relação com o fato de a equipe postergar as anotações para o final do plantão ou para o momento que o paciente sair do hospital"

rior, caso seja necessário sanar possíveis dúvidas e questionamentos subsequentes ao atendimento.

Apesar da obrigatoriedade imposta pela legislação, os resultados mostraram que os profissionais persistem em não atender o que é imposto para o exercício legal da profissão, desconsiderando o que seria documento e respaldo legal de suas atividades.

No que concerne à categoria 3, acerca do conteúdo dos registros de enfermagem, os registros permanecem voltados à reali-

zação de procedimentos, não destacando, principalmente, resultados de intervenções e terapêuticas, além de questões psicológicas e sociais.

Identifica-se que algumas informações são mais registradas do que outras. As informações referentes a procedimentos como curativos, sondas e acessos, e sinais vitais aparecem com maior frequência em relação às relacionadas ao nível de consciência, respiração, dieta e estado psicológico/emocional dos pacientes¹⁶.

É importante ressaltarmos que estes fatores, de acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS), são aspectos integrantes do conceito de saúde e, para tanto, devem ser considerados nas intervenções do processo saúde/doença dos indivíduos, sendo necessário documentá-los¹⁶.

Esta evidência contradiz os resultados no que se refere ao conhecimento, por parte da equipe de enfermagem, da importância dos registros de enfermagem. Retomando a SAE, cuja implementação é uma responsabilidade legal do enfermeiro, este passa a assumir muitas atividades de fins não assistenciais e desvaloriza um importante instrumento de sua prática, o registro, e, consequentemente, não realizam com eficácia a sistematização da assistência¹⁶.

É importante destacar que, segundo estudo em um Hospital Universitário, quem realiza a evolução do quadro clínico são os profissionais de nível médio. A evolução de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro e, delegando-a para outro profissional, apenas está contribuindo para a invisibilidade da categoria¹⁶.

A ausência de registros de alta pode ter relação com o fato de a equipe postergar as anotações para o final do plantão ou para o momento que o paciente sair do hospital e, geralmente, quando isso ocorre o profissional já está em outra atividade e o prontuário já foi recolhido sem o registro¹⁶.

Neste sentido, o Código Penal, em seu artigo 299, classifica a omissão de informações em documento, público ou particular, como "falsidade ideológica"²⁰.

Partindo da ideia que os registros de enfermagem são a base do cuidado e este se

constitui no núcleo da prática de enfermagem, entende-se que o profissional deveria considerar a importância do registro como instrumento de trabalho, independente da falta de tempo, sobrecarga de trabalho e/ou recursos humanos insuficientes.

Conclusão

Através da literatura científica, foram evidenciadas falhas nos registros de enfermagem, que provocam graves consequências nos âmbitos assistencial, financeiro, legal e administrativo. Os registros de enfermagem são um importante meio de comunicação para a equipe de saúde, por permitirem a visualização do paciente, assegurando a continuidade da assistência, além de proverem respaldo legal, pois constituem o único documento que des-

creve todos os cuidados de enfermagem junto ao paciente.

As principais deficiências encontradas nos registros de enfermagem foram ilegitimidade, ausência de data, hora e identificação do profissional executante do cuidado, conteúdo incompleto e incoerente, deficiência no cumprimento de algumas fases da SAE e documentação destas. Muitos são os fatores que impossibilitam esse registro adequado, entre eles: a sobrecarga de trabalho, a desvalorização do registro como parte do processo de enfermagem e o desconhecimento da importância devido à deficiência de educação permanente.

Nesse contexto, é de suma importância a conscientização dos profissionais no que se refere à importância de se manter

um padrão de qualidade dos registros de enfermagem. Faz-se necessário uma avaliação, por parte dos próprios profissionais de enfermagem, de como estão sendo realizados os registros de enfermagem no prontuário, para uma reorganização dos serviços, a fim de transmitir segurança aos demais profissionais da equipe e aos pacientes através da continuidade da assistência.

Do ponto de vista institucional, existe a necessidade de um intenso investimento em educação permanente, com destaque ao serviço de auditoria. O trabalho da auditoria visa não somente o controle de custos, mas também avalia a qualidade da assistência, identificando essas falhas, e apontando sugestões e soluções, assumindo caráter educacional. 🐦

Referências

1. Setz VG, D'Innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. *Acta Paul Enferm.* 2009 Mai-Jun; 22(3): 313-7.
2. Brasilino CEM, Oliveira PBL, Cavalcante MA, Barbosa JO, Guimarães RK. Segurança do paciente assistido em unidade de pronto atendimento: elaboração e implementação de um panfleto informativo. *Mostra Interdisciplinar do Curso de Enfermagem.* [Internet]. 2016. [Citado 2018 nov 17]; 2(2). Disponível em: <<http://publicacoesacademicas.fcrs.edu.br/index.php/mice/article/view/1165/938>>.
3. Papeschi MSS, Toledo Neto JL, Katakura EAL, Melo SCC, Silva NMMG. A importância das anotações de enfermagem na auditoria hospitalar. *Rev Odontol (ATO).* 2014 Mai; 14(5): 308-24.
4. Seignemarthin BA, Jesus LR, Virgílio MSTG, Silva EM. Avaliação da Qualidade das Anotações de Enfermagem no pronto Atendimento de um Hospital Escola. *Rev Rene.* 2013; 14 (6): 1123-32.
5. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Guia de recomendações para o registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem. [Internet]. 2016 [Citado 2018 nov 17]. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Ver-s%C3%A3o-Web.pdf>>.
6. Camelo TV, Silva Junior OC. Auditoria de prontuários: um novo campo de atuação para enfermeiros. Procedente do 13º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem; 2005; São Luis, BR. São Luis: Associação Brasileira de Enfermagem, 2005.
7. Aquino MJN, Cavalcante TMC, Abreu RNDC, Scopacasa LF, Negreiros FDS. Anotações de enfermagem: avaliação da qualidade em unidade de terapia intensiva. *Enferm. Foco.* 2018; 9 (1): 7-12.
8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.
9. Bardin L. Análise de conteúdo: edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70; 2016.
10. Venturini DA, Marcon SS. Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola. *Rev Bras Enferm.* 2008 Set-Out; 61(5): 570-5.
11. Pedrosa KKAP, Souza MFG, Monteiro AI. O enfermeiro e o registro de enfermagem em um hospital público de ensino. *Rev RENE.* 2011 Jul-Set; 12(3): 568-73.
12. Reppetto MA, Souza MF. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em um hospital universitário. *Rev Bras Enferm.* 2005 Mai-Jun; 58(3): 325-9.
13. Vituri DW, Matsuda LM. Os registros de enfermagem como indicadores da qualidade do cuidado: um estudo documental, descritivo-exploratório e retrospectivo. *Online braz. j. nurs.* 2008; 7(1): 1-11.
14. Françolin L, Brito MFP, Gabriel CS, Monteiro TM, Bernardes A. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. *Rev Enferm UERJ.* 2012; 20(1): 79-83.
15. Claudino HG, Gouveia EML, Santos SR, Lopes MEL. Auditoria em registros de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Rev Enferm UERJ.* 2013 Jul-Set; 21(3): 397-402.
16. Azevêdo LMN, Oliveira AG, Malveira FAS, Valença CN, Costa EO, Germano RM. A visão da equipe de enfermagem sobre seus registros. *Rev RENE.* 2012; 13(1): 64-73.
17. Silva JA, Grossi ACM, Haddad MCL, Marcon SS. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em unidade semi-intensiva. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2012 Jul-Set; 16(3): 576-81.
18. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução 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 [internet]. *Diário Oficial da União.* 2009 out. 23 [citado 2018 nov 17]. Disponível em: <https://enfermagem.jatai.ufg.br/up/194/o/Resolu%C3%A7%C3%A3o_n%C2%BA358-2009.pdf>.
19. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 564, de 06 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [internet]. *Diário Oficial da União.* 2017 dez. 06 [citado 2018 nov 17]. Disponível em: <https://lex.com.br/legis_27574951_RESOLUCAO_N_564_DE_6_DE_NOVEMBRO_DE_2017.aspx>.
20. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal [internet]. *Diário Oficial da União.* 1940 dez. 31 [citado 2018 nov 17]. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decllei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>>.