

INSTITUTO VALE DO CRICARÉ  
FACULDADE VALE DO CRICARÉ  
CURSO DE ENFERMAGEM

KATIANE RODRIGUES SILVA SANTOS  
SCARLLET ALVES LIMA PERINI  
VANUSA DOS SANTOS MIRANDA

**QUALIDADE DE REGISTROS DE ENFERMAGEM EM PRONTUÁRIOS DE  
PACIENTES HOSPITALIZADOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

SÃO MATEUS  
2020

KATIANE RODRIGUES SILVA SANTOS

SCARLLET ALVES LIMA PERINI

VANUSA DOS SANTOS MIRANDA

**QUALIDADE DE REGISTROS DE ENFERMAGEM EM PRONTUÁRIOS DE  
PACIENTES HOSPITALIZADOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Faculdade Vale do Cricaré, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora Prof. Msc. Angelina Rafaela Debortoli Spinassé.

SÃO MATEUS

2020

KATIANE RODRIGUES SILVA SANTOS  
SCARLLET ALVES LIMA PERINI  
VANUSA DOS SANTOS MIRANDA

**QUALIDADE DE REGISTROS DE ENFERMAGEM EM PRONTUÁRIOS DE  
PACIENTES HOSPITALIZADOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de enfermagem da Faculdade Vale do Cricaré, como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**PROF. MSC. ANGELINA RAFAELA  
DEBORTOLI SPINASSE  
FACULDADE VALE DO CRICARÉ  
ORIENTADORA**

---

**PROF. MSC. DAYANA SEIBERT  
FACULDADE VALE DO CRICARÉ  
COORDENADORA DO CURSO DE  
ENFERMAGEM**

SÃO MATEUS

2020

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos ao nosso poderoso Deus, autor e consumidor de nossa fé, por ter nos sustentado durante essa caminhada; todos os nossos professores pelo conhecimento compartilhado, e principalmente a nossa orientadora pela dedicação, tempo, paciência e ciência prestada para a realização desse trabalho.

Somos gratos aos nossos familiares e a todos aqueles que direta ou indiretamente fizeram parte de nossa formação, deixamos a todos o nosso muito obrigado.

Não fui eu que ordenei a você? Seja forte e corajoso! Não se apavore nem desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde você andar.

*Josué 1:9*

## RESUMO

Entende-se por Registro de enfermagem como a forma de registrar, e documentar as ações e cuidados prestados ao cliente em seu período de internação. Os registros devem conter dados pontuais, como sinais e sintomas apresentados, intercorrências sendo primordial para a atuação do cuidar, proporcionando, confiança e segurança entre os profissionais de enfermagem e a equipe de saúde. Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, de caráter exploratório descritivo de abordagem qualitativa que tem como objetivo de avaliar a produção científica sobre a qualidade dos registros de enfermagem em revisões publicadas entre 2012 a 2019. Nossos resultados apontaram que os conteúdos dos registros de enfermagem se revelaram em sua maioria insatisfatórios, reforçando a extrema importância não só de registrar, mas de registrar corretamente no prontuário do paciente.

Palavras-chave: Registros de enfermagem. Qualidade. Prontuário.

## **ABSTRACT**

Nursing Registration is understood as the way to register, and document the actions and care provided to the client during his hospitalization period. The records must contain specific data, such as signs and symptoms presented, complications being paramount for the performance of care, providing confidence and security among nursing professionals and the health team. This is a bibliographic review study, with an exploratory and descriptive character with a qualitative approach, which aims to assess scientific production on the quality of nursing records in reviews published between 2012 and 2019. Our results showed that the contents of nursing records The majority of nurses proved to be unsatisfactory, reinforcing the extreme importance not only of registering, but of registering correctly in the patient's record.

Keywords: Nursing records. Quality. Medical record.

## LISTA DE SIGLAS

AL	Alagoas
BDENF	Bases de dados de enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CPC	Código de Processo Civil
ICP-Brasil	Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira
MG	Minas Gerais
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PE	Processo de Enfermagem
PEP	Prontuário eletrônico do paciente
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SSVV	Sinais Vitais
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
USI	Unidade Semi Intensiva
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>12</b>
2.1 PRONTUÁRIO DO PACIENTE .....	12
2.2 PRONTUÁRIO DE PAPEL .....	13
2.3 PRONTUÁRIO ELETRÔNICO .....	14
2.4 SISTEMATIZAÇÃO A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	16
2.5 DIRETRIZES DESIGNADAS PELO COFEN.....	17
<b>2.5.1 Resoluções .....</b>	<b>17</b>
2.6 IMPORTÂNCIA DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM .....	18
2.7 AUDITORIA EM REGISTROS DE ENFERMAGEM .....	21
<b>2.7.1 Tipos de auditoria.....</b>	<b>22</b>
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>23</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	23
3.2 DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO.....	23
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	23
3.4 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS.....	24
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>25</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>33</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>34</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Possari (2007), cita o surgimento da escrita por volta de 3.000 a.C. Nessa época a enfermagem percebeu a importância de registrar todas as informações, para futuramente analisar os dados com critério de avaliação e administração. Foi através de Florence Nightingale, a partir do século XIX, que os registros escritos pela equipe de enfermagem, passam a ser um instrumento de comunicação e troca de informações.

Desde os primórdios, por volta do século V a.C. o médico Hipócrates (460-355.a.C), passou a anotar, os sinais e sintomas e tudo que é específico do paciente. Já as anotações no âmbito Hospitalar, surgiram no Hospital São Bartolomeu, na Inglaterra, em 1137, e em seguida na Itália, tendo como orientador o médico Camilo de Lellis, considerado um grande marco, passando a exigir aos Hospitais de Roma, prescrição médica e relatório para equipe de enfermagem (OGUISSO, 2005).

No Brasil, os primeiros registros, tiveram início, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1943, posteriormente serviu de modelo para outros hospitais brasileiros e estrangeiros. Somente ao final da década de 1950, houve a necessidade de normatizar os registros, visando um modelo novo, que ficou conhecido como processo de enfermagem, tendo como mentora Wanda de Aguiar Horta, no final da década de 1970, e só ao final do ano de 1979 foi estabelecido (CARRIJO, 2007).

Entende-se por Registro de enfermagem como a forma de registrar, e documentar as ações e cuidados prestados ao cliente em seu período de internação. Os registros devem conter dados pontuais, como sinais e sintomas apresentados, intercorrências sendo primordial para a atuação do cuidar, proporcionando, confiança e segurança entre os profissionais de enfermagem e a equipe de saúde (COREN SP, 2009; COFEN, 2017).

O registro de enfermagem pode ser realizado por toda a equipe, com a intenção de fornecer informações sobre a assistência realizada, garantir a comunicação entre a equipe de saúde e dar continuidade nas informações pertinentes as 24 horas, além de ser um documento legal de defesa tanto para o profissional quanto para o paciente (BRAGAS, 2015).

De acordo com Cofen (2017), 50% das informações contidas no registro são pertinentes ao cuidado prestado ao paciente pelo profissional. Para ser considerada legal, as anotações de enfermagem devem seguir rigorosamente os padrões do código de processo civil, que no art. 368 relata que para ser considerada autênticas e válidas, as ações registradas no prontuário do paciente deverão possuir a assinatura do autor do registro. Além de não constar entrelinhas, rasuras, emenda, borrão ou cancelamento, sob o risco de invalidade jurídica do documento produzido como prova documental.

De acordo com o Nardini (2018), o registro de enfermagem é uma forma de comunicação entre a equipe multiprofissional de saúde, sendo um instrumento de avaliação do paciente colaborando para o desenvolvimento de uma assistência não fracionada, e sim integral de forma holística por todas as classes da equipe de saúde. Portanto, a efetividade dos registros de enfermagem não necessariamente depende de instrumentos da instituição, mas do treinamento e supervisão da equipe.

De acordo com a resolução Cofen nº 311/07, o profissional de enfermagem, deve proporcionar informações inteiras e fidedignas referentes ao desenvolvimento do cuidado do indivíduo, sendo assim de extrema importância o registro nos prontuários e documentos próprios da enfermagem tendo em vista que esse método permite a continuidade dos cuidados prestados além de servir de referências para questões administrativas, legais e financeiras (COFEN, 2007; COFEN, 2009).

A atuação do enfermeiro na análise dos prontuários é utilizada como apoio no processo de gestão, através de investigações realizadas é possível melhorar o processo de cuidado nas instituições hospitalares, rever e avaliar os mesmos no âmbito da enfermagem, visando a redução de resultados negativos à saúde do paciente, além de custos hospitalares. Diante disso, é necessária uma revisão contínua dos registros de enfermagem, pois dessa forma irá auxiliar na qualidade dos serviços prestados ao paciente (BRAGAS, 2015).

A área de concentração desta pesquisa está delimitada em realizar um levantamento bibliográfica em artigos científicos sobre os registros de enfermagem em prontuários de pacientes, no período de 2012 a 2019. Partimos da hipótese que existe uma associação significativa entre os registros de enfermagem e a assistência prestada ao paciente. A ausência ou falha na realização dos registros, obedecendo às recomendações do conselho federal de enfermagem, coloca em risco o profissional de enfermagem, do ponto de vista ético, uma vez que todo cuidado ou qualquer

cuidado prestado ao paciente deverá ser registrado corretamente e com clareza de modo a garantir a continuidade da assistência prestada. Com base nisso, justifica-se a importância desse estudo, ao descrevermos as principais falhas e agravos relacionados a falta do registro de enfermagem, bem como as lacunas na comunicação entre a equipe de enfermagem. Dessa forma, este estudo poderá contribuir com informações que poderão nortear os gestores em instituições de saúde a investirem em intervenções que visem melhorar a qualidade nos registros de enfermagem.

O objetivo geral desse estudo é descrever a produção científica da qualidade dos registros de enfermagem na área hospitalar, por meio de artigos selecionados e publicados entre 2012 a 2019. Para elaborar essa revisão de literatura partimos das seguintes questões problema: A equipe de enfermagem tem se comprometido ético e legalmente em registrar no prontuário do paciente a assistência prestada? Essa assistência é registrada da forma correta conforme os parâmetros das resoluções do Conselho Federal de Enfermagem?

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 PRONTUÁRIO DO PACIENTE

O prontuário do paciente é um comprovante básico de uma instituição de saúde, e engloba toda a sua atividade assistencial, de análise, ensino e movimentação administrativa. É um dos principais componentes de comunicação entre os setores do hospital e a equipe, sendo um depósito de um aglomerado de ricas informações que gera conhecimento (GOMES, 2001).

Os dados registrados no prontuário do paciente contribuem para a continuidade e averiguação da evolução dos cuidados de saúde, onde os procedimentos resultam em melhora ou piora do início do tratamento, a identificação de novos agravos a saúde e condutas diagnosticadas e terapêuticas correlacionadas, apresentando também fonte essencial para o processo gerencial, uma vez que sinalizam uma fonte de dados, tanto para pesquisadores como para a administração de uma instituição de saúde (PATRÍCIO *et al*, 2011).

Tais dados precisam ser agregados e organizados de modo a produzir um contexto que servirá de apoio para a tomada de decisão sobre o tipo de tratamento ao qual o paciente deverá ser submetido, orientando todo o processo de atendimento à saúde de um indivíduo ou de uma população (PATRÍCIO *et al*, 2003).

A palavra prontuário tem origem do latim *promptuariume* significa local que se armazena coisas que se pode precisar a qualquer hora ou manual de informações importantes ou ainda ficha que contém dados apropriados de uma pessoa (POSSARI, 2007).

O Conselho Federal de Medicina (CFM) na resolução de nº 1.638/2002 define prontuário do paciente como registro único formado de um aglomerado de informações, indícios e imagens registradas, produzido a partir de fatos, eventos e quadros sobre a saúde do paciente e o auxílio a ele prestado. É científico, sigiloso e de caráter legal, que oportuniza a comunicação entre a equipe multidisciplinar e possibilita o prosseguimento do auxílio prestado ao paciente (CFM, 2002).

Patrício *et al* (2011), descreve ainda as funções do prontuário:

Apoiar o processo de atenção à saúde, servindo como fonte de informação clínica e administrativa para a tomada de decisão e meio de comunicação compartilhado entre todos os profissionais; é o registro legal das ações médicas; deve apoiar a pesquisa (estudos clínicos, epidemiológicos, avaliação da qualidade); deve promover o ensino e gerenciamento dos serviços fornecendo dados para cobranças e reembolso, autorização dos seguros, suporte para aspectos organizacionais e gerenciamento do custo.

O prontuário do paciente é um documento de acesso restrito e confidencial, as informações nele contidas somente são pertinentes ao paciente e a equipe de saúde responsável pelo seu tratamento, diagnóstico e atendimento. Recebe proteção da lei prevista no código penal brasileiro e código de ética médica, onde todo profissional de posse dos dados contidos no prontuário deve manter o sigilo profissional, sujeito a penalidades legais (MOTTA, 2004).

## 2.2 PRONTUÁRIO DE PAPEL

Desde a idade da pedra há registro sua existência prontuário de papel. Elementos foram gravados em muros que antecedem 4.500 anos a.C. O documento mais arcaico que a história revela é o papiro de Edwin Smith associado ao médico, que também era sacerdote, mágico, arquiteto, escritor e primeiro ministro do faraó Djoser, o egípcio Imhotep (3.000-2.500 a.C.), afamado o prelado da medicina. O papiro tem aproximadamente 4,5 metros de comprimento por 3,25 metros de largura e trás em ambos os lados a explanação de 48 casos cirúrgicos (POSSARI, 2007).

O âmbito da enfermagem teve seus primórdios com Florence Nightingale. Pioneira da enfermagem moderna, quando cuidava dos feridos na guerra da Criméia, Florence demonstrou grande preocupação sobre o registro do cuidado no prontuário do paciente, e no século XIX já mencionava que os registros das informações alusivos do indivíduo eram de extrema importância para o desenlace da continuidade da assistência prestada (PATRÍCIO *et al*, 2011).

Nos Estados Unidos, o cirurgião William Mayo em Minnesota fez uma importante observação sobre a ordem com as quais os registros eram descritos, em ordem cronológica, de todos os pacientes em um comprovante único. Porém, o grupo de descrições acarretava dificuldades na localização de informações de determinados

pacientes, o que levou a posteriormente adotar um registro de informações de cada indivíduo separadamente e arquivar isoladamente e ordem (MOTTA, 2006).

Possari (2007), traz relatos que no Brasil o hospital das clínicas da faculdade de medicina da Universidade de São Paulo (USP) implementou o serviço de arquivo médico e estatística, esse trabalho serviu de espelho para hospitais Brasileiros e estrangeiros, acompanhado pela Santa Casa de Santos, em 1945, e o Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. Essa iniciativa foi mérito da Professora Dr<sup>a</sup> Lourdes de Freitas Carvalho, que estudou Sistema de arquivo e classificação das observações médicas nos Estados Unidos da América do Norte.

A resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) n° 1.639/2002 no artigo 4° determina um prazo mínimo para conservação dos prontuários em suporte de papel é de 20 anos. O tempo de armazenamento é um fator desanimador para as unidades de saúde, que precisa investir em dois modos de arquivamento: o de papel e o sistema digital (BEZERRA, 2009).

### 2.3 PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

O Conselho Federal de Medicina (2007), na resolução N° 1.821/2007, autoriza as normas técnicas relacionada à digitalização e uso dos sistemas informatizados para o armazenamento e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, permitindo a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.

Pires *et al* (2004), define prontuário eletrônico do paciente como um agrupamento de dados referente ao paciente, acondicionado em formato digital e com caráter principal sendo permitir a qualidade de atendimento, autenticidade das informações e assistência de toda equipe de saúde em ambientes e cenários distintos.

Pinto (2006), traz outra deliberação sobre prontuário eletrônico do paciente, definindo ser qualquer relato relacionado ao passado, presente ou futuro, de saúde física e mental, condição de um paciente, que se estância num sistema eletrônico utilizado para armazenar, gravar, receber, transmitir, disponibilizar, ligar e confeccionar dados de multimídia com propósito primórdio de um serviço de saúde.

Na década de 1970, impulsionados pelo crescente desenvolvimento da tecnologia surgem os primeiros sistemas de prontuários Eletrônicos do Paciente (PEP), sob uma proposta de informatização dos registros em saúde. Por meio de uma criteriosa pesquisa bibliográfica, questões concedentes ao

prontuário eletrônico do paciente foram discutidas, especialmente do ponto de vista ético (ALMEIDA *et al*, 2016).

Com o propósito de trazer melhoria na qualidade do sistema de saúde, elaborou-se o Prontuário eletrônico do paciente (PEP), um aparato informatizado que garante o gerenciamento, armazenamento das informações, permitindo a inclusão e interação, localização rápida e fácil a informações produzidas em diferentes espaços hospitalares, assegurado uma comunicação efetiva entre a equipe de saúde e melhorando a assistência oferecida ao paciente (BROCHETTO, 2015).

Tem sido afirmado que a combinação de computadores, redes de telecomunicações, informações médicas online e dados eletrônicos de pacientes podem melhorar a qualidade e as decisões inerentes ao cuidado de saúde, além de facilitar o acesso aos serviços disponíveis. Assim sendo, tem-se enfatizado a automação do prontuário do paciente, já que os sistemas de arquivo médico baseados em computadores, por mais incompletos que sejam, contribuem significativamente para melhorar a qualidade do tratamento e o controle dos custos de saúde (BROCHETTO, 2015).

A Lei mais recente sobre prontuário eletrônico é a Lei nº 13.709, de 14 de agosto e a Lei nº 13.787, de 27 de dezembro do ano de 2018, dispendo sobre a digitalização e a aplicação de sistemas informatizados para guardar, o acondicionamento e o manuseio do prontuário do paciente. O regimento impõe que o exercício da digitalização de prontuário de paciente será executado de forma a garantir a integridade, a veracidade e o sigilo do documento digital. O processo de digitalização deve reproduzir todos os informes contidos nos documentos originais e deve ser utilizado certificado digital expedido no âmbito da Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil) ou outro padrão legalmente aceito.

Sobre os documentos originais de papel o artigo 3º da Lei 13.787 esclarece que o prontuário pode ser utilizado após a digitalização, seguindo a análise indispensável da comissão constante sobre a revisão dos prontuários e avaliação de documentos. Os registros provindos da digitalização de prontuários de pacientes serão monitorados por meio de sistema especializado de gerenciamento eletrônico de documentos, onde características e exigências serão especificadas em regulamento. O documento digitalizado em conformidade com as normas estabelecidas na Lei e nos seus regulamentos terá a mesma aplicabilidade do documento original para todos os fins de direito e processo, devendo sempre proteger a intimidade do paciente, o sigilo e a confidencialidade das informações.

## 2.4 SISTEMATIZAÇÃO A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Em agosto de 2002, por determinação do Conselho Federal de Enfermagem, foi implementada a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em toda instituição de saúde brasileira, com objetivo de registrar no prontuário do paciente, elementos imprescindíveis do cliente, como: histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem, evolução da assistência de enfermagem e relatório de enfermagem, sendo privativo do enfermeiro (COFEN, 2002).

A SAE é regularizada no Brasil como um método de cuidado individualizado que possibilita a organização do trabalho do enfermeiro possibilitando uma assistência de qualidade (SILVA *et al*, 2015).

A SAE é uma prática exclusiva do enfermeiro, que através de um regulamento de trabalho científico realiza o reconhecimento das conjunções de saúde, contribuindo na prescrição e implementação das práticas da assistência de enfermagem. Quando bem executada e empregado, gera um trabalho em conjunto, exigindo a colaboração de todos os profissionais e oferecendo melhor assistência ao paciente (POSSARI, 2007).

Vale ressaltar, que é um modelo de cuidado inspirado na filosofia de Wanda Aguiar Horta e de Dorothea Orem, a partir disto, vem sendo aperfeiçoado de acordo com o conhecimento técnico-científico e humano na assistência de enfermagem (TANNURE *et al*, 2013).

A SAE é uma ferramenta que favorece a melhora da pratica assistencial com base no conhecimento, no pensamento e na tomada de decisão clínica com o suporte de evidências científicas, obtidas a partir da avaliação dos dados subjetivos e objetivos do indivíduo, da família e da comunidade (TANNURE *et al*, 2013).

De acordo com Possari (2007), é um processo que contribui na promoção, manutenção e na recuperação do paciente, auxiliando na tomada de decisão, subsidiado nos indicadores de etapas proposta do processo. As etapas da SAE são organizadas em inter-relação da seguinte forma: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem. Sendo assim, a utilização dessas etapas garante aos profissionais qualidade no gerenciamento do cuidado e segurança ao paciente, proporcionando maior

visibilidade em suas ações servindo como guia para uma assistência de qualidade (SILVA *et al*, 2015).

Pimpão *et al* (2010), afirma que:

Frente à necessidade da implantação da SAE, a Lei do Exercício Profissional 7498/86 e a Resolução COFEN 272/2002 estabelecem que a SAE é um dever legal do enfermeiro e um modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde em que este profissional se fizer presente.

O registro desenvolvido de forma sistematizada é de grande relevância, pois, proporciona clareza e garante a continuação do cuidado de forma segura, integrada e qualificada. Diante do exposto, a SAE é um instrumento norteador, com o objetivo de registrar informações no prontuário, de forma organizada, para orientar e garantir o cuidado de enfermagem, causando um impacto positivo facilitando a interatividade, possibilitando compreender a multidimensionalidade do cuidado nas práticas de saúde (NASCIMENTO, 2008).

## 2.5 DIRETRIZES DESIGNADAS PELO COFEN

### 2.5.1 Resoluções

As Resoluções do Cofen nº 358/2009 e 429/2012, somado à lei do exercício de Enfermagem, código civil, código penal, código de defesa do consumidor e o código de ética nos artigos 25, 35, 41, 42, 54, 68 e 78, normatizam a execução do registro de enfermagem no Brasil. Segundo os órgãos citados, as normas para as anotações perpassam por uma linguagem formal, precisa, concisa, rigorosa, íntegra, autêntica, aplicando nomenclatura técnica e escrita de forma acessível. Acrescenta-se ainda, não se utilizar de juízo e valor, utilização de siglas padronizadas, e que a mesma seja realizada logo após a conclusão do cuidado de Enfermagem prestada ao paciente. Além disso, para que a anotação possua reconhecimento, deve-se conter as informações básica do profissional, dentre eles, nome completo, categoria e número de registro profissional (COREN, 2015). É responsabilidade de toda equipe de enfermagem, registrar no prontuário do cliente, os procedimentos da assistência de enfermagem, de acordo com o nível de qualificação profissional (COFEN, 2017).

## 2.6 IMPORTÂNCIA DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM

Os registros elaborados no prontuário do cliente são conhecidos como um documento legítimo de proteção dos profissionais, precisando, portanto, estar convencidos de veracidade e de valor legal. Eles correspondem toda dedicação e ação de trabalho da equipe de enfermagem, reconhecendo, assim, suas atuações e a proteção do cliente (COFEN, 2017).

Segundo o Cofen (2009), relata que:

Os registros de enfermagem constituem importante representação da qualidade da assistência prestada ao paciente. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, além de versar ser essencial e imprescindível que se realizem esses registros, impõe que são de responsabilidade e dever de toda a equipe de enfermagem, sendo a liderança dessas ações conferidas ao enfermeiro.

Contudo devem ser elaboradas conforme a legislação vigente, de acordo com o art. 368 do código de processo civil (CPC), não pode conter rasura entrelinhas, emenda, borrão ou cancelamento, aspectos esses que poderá invalidar judicialmente o documento, devem ser de modo exato, completo, conciso e legível. Vale destacar que todas as informações contidas no registro, escrito e assinado, precisa ser autêntica em relação a quem firmou aspecto importante na proteção do profissional em processos judiciais e éticos (COFEN, 2017).

Nos registros, as anotações de enfermagem deverão ser feitas de forma cronológica, objetiva e clara, evitando incertezas, sendo de grande importância as cores da caneta, sendo cor azul para o plantão diurno e a cor vermelha para o plantão noturno. Utilizar os termos técnicos usuais e por extenso, e somente usar abreviaturas quando for padronizado e convencionado, é fundamental registrar qualquer alteração significativa com o cliente durante o plantão (SILVA, 2011).

As anotações de enfermagem deverão ser feitas de forma cronológica, objetiva e clara, evitando incertezas, sendo de grande importância registrar qualquer alteração com o cliente durante o plantão (SILVA, 2011).

O propósito do registros de enfermagem é compartilhar informações, sendo o principal veículo de comunicação entre toda equipe de enfermagem, garantia de qualidade, contribuindo como fonte de subsídios para o comitê interno do hospital avaliar a assistência executada, serve também como relatório permanente contendo

registros do quadro de internação do cliente desde a chega até a alta, em caso de óbito ou até mesmo transferências, serve também como indicador legal, tanto para o paciente como para toda equipe de enfermagem e médica, se tratando de toda assistência prestada ao cliente de acordo com que foi registrado no prontuário do cliente o responsável é quem anotou, contribui como fonte de ensino e pesquisa, pois os dados abrangendo conhecimento significativos podem possibilitar uma origem de dados, vale salientar-se que é feita a auditoria por meio dos registros de enfermagem no prontuário do cliente, com intuito de averiguar a assistência prestada ao cliente pela equipe de enfermagem (COFEN, 2017).

Os registros de enfermagem deverão ser realizados desde o momento que o cliente chega, até a alta do mesmo, sendo referentes aos cuidados prestados, sinais e sintomas, administração de medicamentos, intercorrências e as respostas das ações realizadas. Sobre tudo existem algumas diferenças entre anotação e evolução de enfermagem. As anotações devem conter dados brutos e pontuais, podem ser elaborados por todos os membros da equipe de enfermagem, precisa ser referente ao momento que foi prestada a assistência e registrar observações (CANAVEZI *et al*, 2008).

A evolução é privativa do enfermeiro, para ser considerado um documento legal, devem conter data, hora, rubrica e número do Coren, descrevendo de ordem crescente o estado geral do cliente. Sendo assim, visando estado neurológico, respiratório, circulatório, digestivo, nutricional. Contendo os procedimentos e intervenções realizadas nas 24 horas do Plantão (COFEN, 2017).

As anotações de enfermagem devem ser precedidas de data e hora, conter assinatura e identificação do profissional com o número do Coren, conforme consta nas Resoluções Cofen 191/2009 e 448/2013 em seu artigo 6º, ao final de cada registro. Vale ressaltar que o uso do carimbo pelos profissionais da enfermagem é facultativo (COFEN, 2009).

Fontes *et al* (2006), afirmam que a anotação, para ser considerada legal, não pode conter rasuras e linhas em branco entre uma anotação e outra, é necessário o uso da terceira pessoa gramatical, ser breve e sucinto, jamais assinar procedimentos prestado por outra pessoa da equipe, além da assinatura obrigatoriamente de forma legível, com o número do Coren e expressar com um traço o término da escrita.

As anotações de enfermagem informam dados de base e instrução, diante da evolução do cliente. Nesta condição, a anotação de enfermagem ampara tanto no

campo profissional quanto no institucional. Por ser um documento legal, respalda tanto o enfermeiro e sua equipe de enfermagem quanto o hospital (COREN, 2009). A falta das informações no registro do paciente é algo muito grave, o enfermeiro pode responder como responsabilidade civil e penal (COFEN, 2014).

Considerando a importância, as anotações devem ser registradas de forma precisa, com maior integridade, sendo necessário conter informações incontestáveis que comprove o cuidado prestado (BORGES *et al*, 2017).

Segundo o Guia de Recomendações para Registros de Enfermagem no Prontuário do Paciente e outros Documentos de Enfermagem do Cofen (2017), é necessário diferenciar anotação de enfermagem de evolução do enfermeiro, já que a anotação de enfermagem é realizada por toda equipe e nela compete somente um conjunto de informações brutas, sendo alusivo somente a um momento com dados específicos e registrando somente observações, e a evolução de enfermagem é uma atribuição privativa do enfermeiro, realizada com dados analisados referentes a 24 horas, as informações obtidas dos pacientes devem ser verificadas, contextualizadas e registradas as observações e análise dos dados.

O Conselho Federal de Enfermagem nº 358/2009 aprecia que a SAE deve ser implementada de modo definido em todos os espaços de saúde que seja realizado o cuidado do profissional de enfermagem, seja na atenção primária ou na secundária, em instituições públicas ou privadas. A evolução do enfermeiro deve ser descrita no prontuário do paciente de acordo com a SAE, respeitando o artigo 2º desta mesma resolução que destacam cinco etapas: Coletas de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem (COFEN, 2017).

A evolução de enfermagem é um constituinte do desenvolvimento do cuidado. Para realizar a evolução é indispensável que o enfermeiro reúna dados sobre as condições anteriores e atuais do paciente e família para que mediante verificações se emita um parecer de complicações, evolução do quadro, manutenção das condições ou surgimentos de novos agravos. Para ser considerada um documento legal é imprescindível constar obrigatoriamente data, hora, tempo de internação, diagnóstico de enfermagem e assinatura do Coren, descrever continuamente o estado geral considerando a parte neurológica, respiratória, circulatória, digestiva, nutricional, locomotora e geniturinária, relatar técnicas invasivas como intubações, traqueostomias, drenos, cateteres, sondagens nasogástricas e enterais,

cateterizações venosas e todo tipo de cuidado prestado ao paciente, levando em consideração higienizações, aspirações, apoio psicológico, troca de decúbito, troca de drenos, cateteres e sondas, curativos e outros, descrições das eliminações considerando secreções traqueais, bucais, feridas, drenos, ostomias, fezes e urina quanto ao tipo, odor, coloração e densidade, todos esses pontos devem ser abordados na evolução do enfermeiro, sendo realizada diariamente, referindo-se as últimas 24 horas, sendo exposta com uma linguagem clara, sucinta e irrepreensível, com ausência de códigos individuais e abreviaturas incomuns (COFEN, 2017).

## 2.7 AUDITORIA EM REGISTROS DE ENFERMAGEM

A palavra auditoria se origina do latim (*audire*) e seu significado é ouvir. Inicialmente foi usada pelos ingleses como *auditing*, para designar sua tecnologia na área da contabilidade. Na enfermagem é utilizada para avaliar a qualidade do cuidado prestado, através da análise dos registros de enfermagem, após a alta do paciente (POSSARI, 2007).

De acordo com Silva *et al* (2011), a auditoria é uma área onde o enfermeiro atua, identificando e atendendo os clientes, prestando conforto e confiança, oferecendo uma assistência e serviço de qualidade. Conseqüentemente é uma área que ajuda tanto o profissional na sua assistência quanto o hospital a adquirir seus principais objetivos. Portanto, enfermeiro auditor hospitalar efetua uma análise nos prontuários, a fim verificar se estão em conformidade. São identificados erros como: incompreensibilidade, terminologias incorretas, falta de assinatura, rasuras, anotações de alta e óbitos sem clareza, a falta de anotação nos procedimentos prestados e ausência de checagem de medicamentos nas prescrições médicas.

O enfermeiro auditor não tem por finalidade apenas indicar as falhas ou problemas, ele mostra respostas e sugestões, reconhecendo as áreas com déficit no serviço de enfermagem, ajudando nas decisões sobre o remanejamento e demanda da equipe. Além disso, analisa se tem deficiência na assistência, através de seus dados faz treinamento da equipe, com finalidade de educar os profissionais enfermagem para melhoria da assistência (OLIVEIRA & CARDOSO, 2017).

De acordo com resolução do Cofen 266/2001, cabe ao enfermeiro auditor ser responsável exclusivamente por organizar, administrar, idealizar, sistematizar e avaliar, propiciar consultoria. Vale ressaltar que sua atuação visa a avaliação de

prevenção de danos ao cliente durante a assistência prestada. Atuando em programas e exercícios que objetivam auxílio integral a saúde individual e de grupo exclusivos, em específicos de alto risco.

Portanto, o enfermeiro deve conhecer onde está ocorrendo a desorganização do processo de cuidado, sua ação deve ser baseada na SAE, planejando todas as ações do cuidar, para deliberar o ritmo e disposição do trabalho, tendo em vista os registros de enfermagem dos prontuários (SIRQUEIRA, 2014).

### **2.7.1 Tipos de auditoria**

Existem três tipos de auditoria, retrospectiva, operacional ou concorrente e prospectiva. Auditoria retrospectiva é efetuada após a alta do paciente, onde serão analisadas a avaliação do prontuário do mesmo, sendo uma avaliação dos gastos do cliente desde a internação até a alta hospitalar. Os dados atingidos não retrocedem em privilégios desse paciente diretamente, mas de forma geral da assistência. Portanto o auditor hospitalar, após obter o prontuário, vai determinar o que constitui a conta do hospital e quais foram os materiais utilizados durante o tempo de internação desse paciente. São comparadas tudo que foi gasto e sua quantidade que está descrito no prontuário através dos registros, evolução da equipe multiprofissional, e checagem de medicações (OLIVEIRA & CARDOSO, 2017; POSSARI, 2007).

Por conseguinte, a auditoria operacional é aquela que é realizada quando o cliente estiver hospitalizado, sendo voltada para correlação dos cuidados prestado. Assim melhorando a qualidade da assistência. Realizada pelo rastreamento contínuo da hospitalização. Geralmente é mais efetuada nas internações de longa permanência, avalia os exames do cliente e compara com as necessidades adquiridas através da anotação de enfermagem, conversa com o próprio funcionário depois da prestação do cuidado e investiga a própria equipe médica comprovando a execução da prescrição médica (POSSARI, 2007; SILVA *et al*, 2016).

A auditoria prospectiva é efetuada antes do procedimento médico, aquela que não requer um caráter de urgência, como por exemplo em procedimentos eletivos. É feita pelo auditor dos planos de saúde. O procedimento é marcado, sendo necessário passar pelo plano de saúde, onde vai analisar a possibilidade de aceitação do procedimento (SOLIGO, 2016).

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, de caráter exploratório descritivo de abordagem qualitativa, formulado através da revisão de artigos disponíveis em modelo completo nas bases de dados virtuais *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Bases de dados de enfermagem (BDENF) e Biblioteca Virtual em Saúde – Enfermagem (BVS).

A pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. A grande maioria dessas pesquisas envolve: levantamento bibliográfico e análise de exemplos que estimulem a compreensão (GIL, 2008).

#### 3.2 DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO

A área de desenvolvimento dessa pesquisa foi artigos científicos pesquisados nos bancos de dados citados no tipo de estudo, sendo utilizados os descritores: “Registros de enfermagem”, “Qualidade” e “Prontuário”. Para melhoria da pesquisa foi utilizado “*and*” entre as palavras chaves na ferramenta de busca dos sites.

#### 3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foi realizada uma escolha criteriosa dos artigos, selecionando somente revisões publicadas entre 2012 a 2019 disponíveis no idioma português, na forma de artigo científico. Sendo selecionados artigos que faziam menção a pelo menos duas palavras chaves e que agregavam no conteúdo a análise dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes em qualquer setor hospitalar.

Foram encontrados 26 artigos que citavam “registros de enfermagem” ou “qualidade dos registros de enfermagem” e “prontuário de paciente” no tema central, mais somente 08 artigos foram selecionados para definição desta pesquisa. Entre esses, 18 artigos foram excluídos por não atenderem a data/ano ou os descritores selecionados.

### 3.4 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

O método de análise escolhido para responder aos objetivos desse estudo é a Análise de Conteúdo. O método da análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utilizam procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Com o conteúdo separado, foram analisados através de leitura, resultando em 08 artigos inclusos nesta revisão.

Através da leitura na íntegra foram apresentados os resultados e discussões sobre o tema. Todas as autorias dos trabalhos foram referenciadas. A análise de dados foi integrada em etapas, primeiramente para analisar dados como: localização dos artigos, ano e periódico de publicação, autoria, objetivo do estudo, metodologia, resultados principais. Após a segunda etapa com a análise dos artigos, onde os resultados analisados e respondiam o objetivo proposto nesta pesquisa.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mediante metodologia aplicada para a realização da revisão de literatura foram agrupados 08 artigos, publicados entre 2012 e 2019, sendo todos produzidos no Brasil, selecionados e ordenados no quadro e a seguir podemos observar a síntese das publicações selecionadas para análise e estudo, apresentados por ordem cronológica.

Quadro 1 - Síntese dos artigos selecionados, de acordo com ano, autor(es), títulos, metodologia e conclusão do artigo.

ANO	AUTORES	TÍTULO	METODOLOGIA	CONCLUSÃO DO ARTIGO
2012	Josy Anne Silva, Ana Cândida Martins Grossi, Maria do Carmo Lourenço Haddad, Sonia Silva Marcon	Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em unidade semi-intensiva	Artigo de estudo descritivo, retrospectivo, de natureza quantitativa,	“Os resultados demonstraram que havia uma carência de anotações de enfermagem relacionados aos procedimentos realizados nos clientes”.
2012	Luana Nayara Maia Barral, Lais Helena Ramos, Maria Aparecida Vieira, Orlene Veloso Dias, Luis Paulo Souza e Souza.	Análise do registros de enfermagem em prontuários de pacientes em um hospital de ensino	Artigo de estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo e documental.	“Neste estudo, a maioria dos registros encontrava-se em conformidade com as normas do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais, porém as anotações sobre entrevista do paciente, maior parte estavam incompletas, não continham a anamnese do cliente”.
2012	Liliane de Abreu Rosa, Luciana de Assis Caetano, Selme Silqueira de Matos, Dener Carlos dos Reis.	Auditoria como estratégia de avaliação dos registros de enfermagem em unidade de internação pediátrica	Artigo de estudo transversal, de abordagem quantitativa	“ Foram encontrados pontos positivos, em relação as anotações de enfermagem nos quesitos nome do profissional, letra legível, uso de siglas padronizadas. Os registros referentes a anotações dos

				procedimentos realizados no cliente, foram insatisfatórios e haviam falhas na identificação dos clientes.”
2016	Gonçalves da Silva, Regina Maria dos Santos, Laís de Miranda Costa Crispim, Lenira Maria Wanderley Santos de Almeida.	Conteúdo dos registros de enfermagem em hospitais: contribuições para o desenvolvimento do processo de enfermagem	Artigo com Pesquisa com abordagem quantitativa.	“O estudo demonstrou deficiência em relação a assinatura do profissional de enfermagem, estando de forma ilegível, impossibilitando sua identificação. Quanto as anotações nos registros de enfermagem, estavam em conformidade, hora, data, escrito de forma clara e objetiva, com abreviaturas previstas em literatura”.
2018	Emanuela Batista Ferreira e Pereira, Gedalva Pereira de Lima, Heloíse Agnes Gomes Batista da Silva, Kássia Maria da Hora Teixeira, Brenna Cavalcanti Maciel Modesto, Magdala de Araújo Novaes	Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem nos cuidados pós-operatórios imediatos	Artigo de estudo transversal, descritivo, documental e comparativo, com abordagem quantitativa	“Houve déficit nos registros de enfermagem nos três hospitais avaliados. As anotações de enfermagem encontradas estavam incompletas. Os resultados foram bons em relação a letra legível e ausência de rasuras”.
2019	Tamara Figueiredo, Patrick Leonardo Nogueira da Silva, Larissa Freitas Guimarães, Camilla Freitas Guimarães, Maricy Kariny Soares	Avaliação dos Registros de Enfermagem de Pacientes Internados na Clínica Médica de um Hospital Universitário do	Artigo de estudo descritivo, retrospectivo, documental, com abordagem quantitativa	“Parte dos registros encontra-se em conformidade com as normas do COREN-MG, porém cabe ressaltar como anotação do registro e leito, o uso do carimbo, padronização da admissão e

	Oliveira, Elaine Cristina Santos Alves.	Norte do Estado de Minas Gerais		alta, não estavam em conformidade”.
2019	Maria de Jesus Nascimento de Aquino, Tatiana de Medeiros Colletti Cavalcante, Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu, Ligia Fernandes Scopacasa, Francisca Diana da Silva Negreiros.	Anotações de enfermagem: avaliação da qualidade em unidade de terapia intensiva	Artigo de estudo descritivo e quantitativo	“Havia um déficit quanto a completude dos registros de enfermagem. Foram encontradas siglas não padronizadas pelo serviço. O preenchimento de data, hora, identificação do profissional estavam em conformidade”.
2019	Valdenir Almeida da Silva, Rosana Santos Mota, Larissa Silva Oliveira, Nilcea de Jesus, Cristiane Marques de Carvalho, Livia Gomes da Silva Magalhães.	Auditoria da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários em um hospital universitário	Artigo de Pesquisa descritiva, quantitativa	“Os resultados apontaram que a qualidade dos registros de enfermagem atendia parcialmente às recomendações do Conselho Federal de Enfermagem. Os resultados que não estavam em conformidade foram, a falta de identificação dos profissionais e presença de rasuras”.

FONTE: Próprio autor

A seguir evidenciamos, apresentamos e argumentamos os temas que surgiram da análise:

Um estudo realizado na região sul do Brasil sobre avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em unidade de semi-intensiva (USI), foram utilizados formulários, para avaliação da qualidade dos registros. No padrão identificação do paciente, a análise dos registros foi satisfatória quando comparado a prescrição de enfermagem. Sobre os registros de cronologia e rubrica de cada anotação os resultados foram abaixo do esperado. A execução de ordens médicas não atingiu

nenhum critério de bom padrão de qualidade nos preenchimentos. A falta de informações no prontuário foi um dos seis itens avaliados no estudo e o resultado não foi positivo. O preenchimento correto do prontuário do paciente é fundamental para o desenvolvimento do processo de qualidade dos serviços prestado ao paciente, além de ser um documento legal, tanto para o profissional e tanto para o paciente. Uma anotação completa contribui para a continuidade do cuidado. Os cuidados em unidade de terapia intensiva são mais complexos, e o estudo demonstrou falhas nesses registros o que é prejudicial para a avaliação e continuidade da assistência prestada (SILVA *et al*, 2012).

Barral *et al* (2012), mostrou em seu estudo realizado nos registros de enfermagem, em uma clínica médica, entre janeiro a dezembro de 2008 que os prontuários estavam com datas e horários em conformidade, sendo um ponto bastante positivo. No item espaço em brancos e abreviaturas não padronizadas, foram quantificados um número reduzido de registros. No quesito, assinatura e carimbo, grande parte dos registros estavam em conformidade. Já as anotações sobre entrevista do paciente, maior parte estavam incompletas, não continham a anamnese do cliente. Durante esse estudo, percebeu-se que os resultados da avaliação dos registros seguiam os padrões do Cofen 2017.

Um estudo desenvolvido em unidade de internação pediátrica em Belo Horizonte – MG onde foi realizado uma auditoria nos prontuários dos pacientes, trouxe a seguinte avaliação: O resultado encontrado na identificação do paciente e assinatura do profissional no prontuário, não foi satisfatório. Porém, os registros contavam com letra legível, ausência de rasuras e espaços em branco. Os registros referentes a anotações dos procedimentos realizados no cliente, foram insatisfatórios. O que mais chamou a atenção foi que houveram falhas identificação do paciente nessas anotações. O autor destaca ainda que a falta de identificação pode levar a erros no processo de continuidade do cuidado prestado e induzir os profissionais a erros graves como troca de pacientes (ROSA *et al*, 2012).

Somado a esse, Silva *et al* (2016), reforça a importância dos registros para a contribuição do desenvolvimento do processo de enfermagem. Esses autores desenvolveram uma pesquisa de abordagem quantitativa onde buscou-se analisar o conteúdo dos registros nos prontuários de pacientes internados em dois hospitais de Maceió-AL. A pesquisa teve como objetivo demonstrar quais eram os pontos obrigatórios para registrar a atuação assistencial no processo de enfermagem. Entre

maio e dezembro de 2012 foram analisados 843 registros. A maioria dos registros foram realizados por técnicos e auxiliares de enfermagem e houve ausência de registros em prontuários. O análise demonstrou que o conteúdo é deficiente, que não retrata a veracidade do paciente, tampouco a assistência prestada, as anotações são basicamente compostas por sinais vitais (SSVV), realização de curativos e execução de prescrição médica. A pesquisa também apresentou resultados positivos. Em um dos hospitais, as anotações de enfermagem estavam precedidas por hora e data, se mostrava de forma clara, objetiva, e com abreviaturas previstas em literatura, porém, a resposta do paciente frente ao cuidado de enfermagem foi insuficiente. Já no outro hospital avaliado no estudo, as anotações também estavam em ordem cronológica, sendo registrados de forma clara, objetiva e com abreviaturas reconhecidas em literatura. A assinatura do profissional de enfermagem na maioria dos registros avaliados estava de forma ilegível, impossibilitando a sua identificação. O mesmo autor esclarece que o enfermeiro ao deixar de registrar as intervenções prestadas demonstra negligência sobre a prática do cuidado, e o paciente que é fundamento do cuidado, deixa de ser reconhecido na sua particularidade. Ao deixar de registrar corretamente no prontuário do paciente prejudica-se diversos ramos a começar pelas pesquisas na área da assistência de enfermagem, desampara a vida jurídica do enfermeiro e seu exercício profissional, anula-se também a contribuição da continuidade das identificações do progresso ou regresso da saúde/doença do paciente. Enfim certificou-se que nesta revisão os registros realizados pela equipe de enfermagem não favoreceram para o desenvolvimento do processo de enfermagem.

Pereira *et al* (2018), realizou uma avaliação na qualidade dos registros de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica em unidades de referências de Pernambuco. Ao avaliarem os prontuários de pacientes em pós-operatório imediato, observou-se grande deficiência na anotação de intercorrências e intervenções de enfermagem. Esses registros são importantes para tornar os registros completos. Ressaltou-se também a ausência de anotação de sinais vitais, ou seja, na maioria dos prontuários não havia registros de sinais e sintomas. Os autores concluíram com este estudo que há uma carência nos registros do índice de recuperação anestésica e monitorização hemodinâmica. A deficiência nessas anotações favorece e incita diretamente a erros de procedimentos, comprometendo a qualidade da assistência e a continuidade da avaliação da gravidade e do estado geral do paciente. A falta do registro de assistência realizado pelos profissionais viabiliza um desconhecimento do

desenvolvimento da saúde-doença, e também bloqueia as evidências dos métodos clínicos - cirúrgicos realizados no paciente.

Figueiredo *et al* (2019), em um estudo descritivo com abordagem quantitativa, feito em prontuário de pacientes internados na clínica médica de um hospital universitário do norte do Estado de Minas Gerais, demonstrou que a maioria dos prontuários não continham em seus registros o carimbo do profissional. Já no quesito rasura, alguns prontuários estavam em consonância com o que preconiza a resolução do Cofen, N° 19, de 31 de maio de 1996, como formas de correção com o uso de parênteses e aspas ou uso do termo digo. Dos 189 prontuários analisados, todos continham espaços entre uma anotação e outra, ou seja, haviam espaços em branco. Estudos apontam que o registro para ser considerado legal, não pode conter rasuras. Na pesquisa os autores apontaram também a ausência de registros de sinais vitais que foram realizados nos clientes. Esta revisão ainda destaca a importância da letra legível. Seus resultados apontaram que poucos prontuários continham letra legível nos registros de enfermagem, indicando um desrespeito ao paciente e a própria instituição, o que leva a erros e desvios de procedimentos, identificando falta de responsabilidade e diligência com a comunicação dentro das organizações, por prejudicar técnicas administrativas, clínica jurídica, pedagógica e de pesquisas. Quando o prontuário se encontra com registros apresentando letra legível, assinatura do profissional, carimbo e data correta, ele transforma-se na peça fundamental de respaldo da equipe, principalmente em processos ou denúncias de pronúncia de imperícia, imprudência ou negligência. Além disso, dos 189 prontuários selecionados, a maioria omitia informações, tais como estado geral do paciente, nível de consciência, se estava com acompanhante e se deambulava. De acordo com código penal brasileiro, art. 299, a omissão de informações em documento público ou particular é considerada falsidade ideológica.

Silva *et al* (2019), em uma pesquisa descritiva, quantitativa feita em um hospital universitário do sistema único de saúde (SUS), na Bahia, sobre auditoria da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários, foi analisado os registros de enfermagem da equipe de saúde, e destacou a falta de identificação dos profissionais de enfermagem e rasura nos registros. Os autores também apontaram a ausência de diagnóstico de enfermagem e evolução, sabe-se que a sistematização (SAE) desempenha um papel fundamental no cenário de cuidados de saúde, prestando um atendimento planejado ético e embasado em indicação científica.

Em estudo quantitativo, realizado em prontuários de pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva (UTI) de um hospital público de Fortaleza, onde foram analisados os conteúdos das anotações de enfermagem no período de setembro de 2014 a fevereiro de 2015, demonstrou-se que as anotações de enfermagem tinham um conteúdo insatisfatório, que não objetivava autenticidade dos pacientes e os serviços prestados pela enfermagem. As incorreções apresentadas em um contexto geral deste estudo estavam relacionadas ao não preenchimento completo do registro de enfermagem e utilização de siglas não padronizadas. No entanto, ainda o mesmo autor destacou uma 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 sinalizou preocupação pelo alto percentual de não conformidade aos aspectos éticos e legais. Os autores destacaram ainda que é muito importante que as anotações de enfermagem reflitam na dinâmica das atividades efetivadas pelos profissionais de saúde, a importância dos registros corretos de enfermagem na UTI, devido ser uma zona de alta complexidade assistencial e de cuidados, é importante que a comunicação escrita entre os profissionais de enfermagem e a equipe de saúde seja eficaz e autêntica, descrevendo as alterações clínicas dos pacientes e cada procedimento realizado (AQUINO *et al*, 2019). Os mesmos autores deixam evidente a importância da obrigação e do compromisso dos profissionais de enfermagem em registrar corretamente no prontuário do paciente, pois essa prática assegura o prosseguimento e a qualidade da assistência. A descrição incompleta ou a ausência do registro, como foi encontrada na pesquisa, são elementos que impossibilitam a análise dos cuidados prestados e prejudica tanto o paciente, quando o profissional e a instituição, que fica desamparada judicialmente.

Após estes estudos, os conteúdos dos registros de enfermagem se revelaram em sua maioria insatisfatórios, após leitura analítica ficou notório que no ambiente hospitalar o enfermeiro não tem registrado no prontuário do paciente conforme parâmetros do Coren/Cofen Nº 514/2016, demonstrando falta de informação, e mostrando que as anotações eram incompletas, que não continham anamnese e SSVV dos clientes, faltava identificação, carimbo e assinatura dos profissionais ao final das evoluções, espaços em brancos e rasuras nos descritos, ausência de diagnóstico e evolução de enfermagem foram os destaques da pesquisa. Essas principais falhas denotam que os profissionais de enfermagem precisam se atentar

para esta função primordial no setor de saúde, não tem como dar continuidade na saúde sem as devidas anotações corretas nos prontuários dos clientes.

Manifestamos aqui a necessidade de investimento em educação continuada permanente nesta área, não devendo se medir esforços na busca de orientação e qualificação dos profissionais de saúde a fim de estabelecer um processo de registros e comunicação, aderindo, por exemplo, a SAE em suas cinco etapas, garantindo sua precisão e conduzindo o cliente para a continuidade e qualidade da assistência oferecida. Contudo sabemos os percalços hoje enfrentados pela enfermagem, sobrecarga de trabalho, baixos salários o que leva o profissional a uma jornada dupla, levando o trabalhador a escolher entre a assistência e registrar o cuidado, comprometendo a qualidade do atendimento multidisciplinar. Isso reflete diretamente na continuidade do cuidado do paciente. E mostra o quanto as autoridades precisam investir nos profissionais de enfermagem, a fim de poderem realizar um atendimento de qualidade, com tempo para prestar assistência e registrar em prontuário, e ser coadunáveis com a quantidade e dificuldades do trabalho prestado com a finalidade de diminuir os impactos na qualidade, nos custos envolvidos nestes contextos e na diminuição das perdas de vida.

Deixar de realizar uma anotação de enfermagem, ou a prática de anotação da forma errada, como foi visualizado nos artigos, com rasuras, sem carimbo, ou sem assinatura do profissional, com cores erradas de canetas ou uso de corretivo em prontuário, desampara e prejudica não só o paciente e seu processo de cura, mais também o profissional e a instituição que ficam desamparados judicialmente. Por isso é muito importante registrar, já que os registros de enfermagem é um dos principais instrumentos para funcionamento dos setores de saúde, por este motivo a enfermagem tem um papel fundamental na continuidade do cuidado, é através destes que se é mapeado e avaliado toda a assistência prestada, melhora ou piora dos quadros de saúde/doenças dos clientes.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De posse das análises dos presentes artigos concluímos que os conteúdos dos registros de enfermagem se revelaram em sua maioria insatisfatórios, reforçando a extrema importância não só de registrar, mas de registrar corretamente no prontuário do paciente. Fica evidente a necessidade da melhoria da qualidade dos registros em prontuários, sendo fiel aos dados completos dos clientes e da assistência/cuidados prestados. Essa mudança de conduta necessária permite a equipe multidisciplinar uma comunicação funcional garantindo ao paciente segurança através dos registros e continuidade dos cuidados prestados.

Esta pesquisa poderá contribuir para conscientização dos profissionais da saúde quanto ao registro de informações corretas no prontuário do paciente pois trata-se de uma competência legal dos profissionais de enfermagem e essa atuação respalda tanto os trabalhadores na diligência do cuidado quanto os pacientes que dispõem o direito constitucional de saúde.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. J. G. *et al.* Discussão ética sobre o prontuário eletrônico do paciente. **Rev. Br. Ed. Méd.** Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 521-527, 2016.
- AQUINO, M.J.N. *et al.* Anotações de enfermagem: avaliação da qualidade em unidade de terapia intensiva. **Rev. Enfer. Em Foco.** Ceará-CE; v. 9, n.1, p.07-12, 2019.
- BARRAL, M.N.L. *et al.* Análise dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes em um hospital de ensino. **Rev. Enferm.** Minas Gerais;16(2): 188-193, abr.jun., 2012.
- BEZERRA, S.M. Prontuário eletrônico do paciente: uma ferramenta para aprimorar a qualidade dos serviços de saúde. **Rev. Mt. Av.** Rio de Janeiro, v.1, n. 1, p. 73-82, 2009.
- BORGES, F.F.D. *et al.* Importância das anotações de enfermagem segundo a equipe de enfermagem: implicações profissionais e institucionais. **Rev. RECOM.** v.7. 2017.
- BRAGAS, L.Z.T. **A importância da qualidade dos registros de enfermagem para gestão em saúde: Estudo em hospital na região noroeste do RS.** 2015. 34f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização) – Escola de administração-programa de pós-graduação – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2015.
- BROCHETTO, A.D. *et al.* Prontuário eletrônico do paciente (PEP): análise em hospital da serra gaúcha (RS). **Ver Elet Gestão & Saúde.** v. 6. n. 3, p.2053-74, 2015.
- CANAVEZI, C.M. *et al.* **Anotações de Enfermagem.** COREN, Conselho Regional de Enfermagem, São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2019.
- CARRIJO, A.R. **Registros de uma prática: anotações de enfermagem na memória de enfermeiras da primeira escola nightingaleana no Brasil (1959-1970).** 143 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Guia de recomendações: Para Registro de Enfermagem no prontuário do Paciente.** São Paulo, 2017. Disponível em:<<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2019.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 311/2007, de 08 de fevereiro de 2007. **Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de**

**Enfermagem.** Rio de Janeiro, 2007. Disponível em:  
<[http://www.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2012/03/resolucao\\_31\\_1\\_anexo.pdf](http://www.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2012/03/resolucao_31_1_anexo.pdf). >  
Acesso em: 12 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 272, de 27 de agosto de 2002- **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas instituições de saúde brasileiras.** Disponível em:  
<<http://www.corensp.org.br/Resolucao272.htm>> acesso em: 28 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 0458/2014 - **Normatiza as condições para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico.** Disponível em:<[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04582014\\_25656.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04582014_25656.html)> Acesso em 15 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº. 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,** 2009. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen3582009_4384.html)>. Acesso em: 30 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. Conselho Regional de enfermagem. Resolução nº 266/2001. **O Conselho Federal de Enfermagem, no uso de suas atribuições legais e regimentais.** Brasília, 2001. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-2662001\\_4303.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-2662001_4303.html)>. Acesso em: 30 nov. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução nº 1.639/2002, de 10 de julho de 2002. **Aprova as "Normas Técnicas para o uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio de Prontuário Médico", dispõe sobre tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e dá outras providências.** Brasília, 2002. Disponível em:<[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1639\\_2002.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1639_2002.htm)>. Acesso em: 30 nov. 2019.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem de Goiás. Resolução COFEN 358/2009, Resolução COFEN 429/2012 - **Anotações de Enfermagem uma responsabilidade Legal,** 2015. Disponível em:  
<[http://www.corengo.org.br/annotacoes-de-enfermagem-quem-deve-fazer-por-que-e-quando\\_5366.html](http://www.corengo.org.br/annotacoes-de-enfermagem-quem-deve-fazer-por-que-e-quando_5366.html)> Acesso em: 15 nov. 2019.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem SP. **Anotações de Enfermagem.** São Paulo, 2009. Disponível em:  
<<https://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/manual-annotacoes-de-enfermagem-coren-sp.pdf>> Acesso em: 12 nov. 2019.

FIGUEREIDO, T. *et al.* Avaliação dos registros de enfermagem de pacientes internados na clínica médica de um hospital universitário do norte do estado de minas gerais. **Rev. Fund Care Online.** Rio de Janeiro. v. 11. n.2, p. 390-396, 2019.

FONTES, M.C.F. *et al.* Análise das anotações do enfermeiro em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. RENE**. Fortaleza. v.7. n.3, p.70-77, 2006.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, D.S. **A Qualidade dos Registros nos Prontuários do Paciente**. Rio de Janeiro, 2001.

MOTA, F.R.L. **Mudança no processo de organização, arquivamento da informação e registro dos pacientes: o pep em questão**. Minas Gerais, 2004.

Disponível

em:<[https://www.academia.edu/5737449/MUDAN%C3%87A\\_NO\\_PROCESSO\\_DE\\_ORGANIZA%C3%87%C3%83O\\_ARQUIVAMENTO\\_DA\\_INFORMA%C3%87%C3%83O\\_E\\_REGISTRO\\_DOS\\_PACIENTES\\_O\\_PEP\\_EM\\_QUEST%C3%83O](https://www.academia.edu/5737449/MUDAN%C3%87A_NO_PROCESSO_DE_ORGANIZA%C3%87%C3%83O_ARQUIVAMENTO_DA_INFORMA%C3%87%C3%83O_E_REGISTRO_DOS_PACIENTES_O_PEP_EM_QUEST%C3%83O)>

Acesso em: 24 nov. 2019.

NARDINI, C.O. **Registro de cuidados no prontuário do paciente**. Dissertação (Mestrado) – UniFOA / Mestrado Profissional em Ensino de Ciências da Saúde e do Meio Ambiente, Centro Universitário de Volta Redonda, 2018.

NASCIMENTO, K.C. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev Esc Enferm**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 643 ,2008. Disponível em: <[www.ee.usp.br/reeusp](http://www.ee.usp.br/reeusp)> Acesso em: 28 nov. 2019.

OGUISSO, T. **Trajetória e legal da enfermagem**. 1.ed. Manole, São Paulo, 2005.

OLIVEIRA. N.J.; CARDOSO. E.K. O papel do enfermeiro frente à auditoria hospitalar. **Rev. Adm. Saúde**. Rio Grande do Sul, v.17, n.68, 2017.

PATRÍCIO, C.M. *et al.* O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro. **Rev. Sci Med**. Porto alegre. v. 21.n.3, p.121-131.2011.

PEREIRA, E.B.F. *et al.* Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem nos cuidados pós-operatórios imediatos. **Rev. Sobecc**. São Paulo, v. 23, n.1, p. 21-27, 2018.

PIMPÃO, F.D. *et al.* Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 405-410, 2010.

PINTO, V.B. **Prontuário eletrônico do paciente: documento técnico de informação e comunicação do domínio da saúde**. Florianópolis, 2006. Disponível em:<<http://www.hmtj.org.br/arquivos/hmtj/prontuario.pdf>>. Acesso em 01 de dez 2019.

PIRES, F.A. *et al.* **Prontuário eletrônico: Aspectos legais e situação atual**. Instituto do Coração (InCor), São Paulo, 2004. Disponível

em:<<https://telemedicina.unifesp.br/pub/SBIS./CBIS2004/trabalhos/arquivos/476.pdf>>. Acesso em 28 de nov. 2019.

POSSARI, J.F. **Prontuário do paciente e os registros de enfermagem**. 2.ed. lária, São Paulo, 2007.

ROSA, A.L. *et al.* Auditoria como estratégia de avaliação dos registros de enfermagem em unidade de internação pediátrica. **Rev. Enferm. Minas Gerais.**;16(4): 546-5543 out./dez., 2012.

SILVA, A.I. *et al.* Papel do enfermeiro na auditoria de enfermagem. **Rev. Ciência e sociedade**. Macapá, v.3, n.2, 2011.

SILVA, F.G.M. **Registro de Enfermagem no Prontuário em um Hospital Universitário: Uma Base pela Humanização do Cuidado**. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2011.

SILVA, V.A. *et al.* Auditoria da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários em um hospital. **Rev. Enferm. Foco**. Bahia; v.10, n. 3, p. 28-33, 2019.

SILVA, A.J. *et al.* **Avaliação da qualidade das anotações qualidade das anotações de enfermagem em unidade Semi-Intensiva**. Paraná, 2012. Disponível em:<  
[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452012000300021&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452012000300021&script=sci_arttext)>  
. Acessado em 12 maio 2020.

SILVA, G.P. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem na graduação: um olhar sob o Pensamento Complexo. **Rev. Latino- Am. Enferm.** USP, p.59-66, 2015.

SILVA, T.G. *et al.* Conteúdo dos registros de enfermagem em hospitais: contribuições para o desenvolvimento do processo de enfermagem. **Rev. Enfer. Em Foco**. Maceió-AL; v. 7, n.1, p. 24-27, 2016.

SIRQUEIRA, P.L.F. **Auditoria em enfermagem e atribuições do enfermeiro auditor**. 2014. Dissertação (Mestrado Auditoria em Saúde) – Departamento de enfermagem, Faculdade De Ciências Biomédicas de Cacoal, 2014.

SOLINGO, M. **Auditoria de enfermagem**. 2 ed. Indaial: Uniasselvi, 2016.

TANNURE, M.C. *et al.* **SAE: sistematização da assistência de enfermagem: guia prático**. 5. ed. Rio de Janeiro, 2013.