

Análise dos registros de técnicos de enfermagem e enfermeiros em prontuários

Analysis of records by nursing technicians and nurses in medical records
Análisis de los registros médicos de técnicos de enfermería y de enfermeros

Larissa de Lima Ferreira¹

ORCID: 0000-0003-2567-2236

Flávia Barreto Tavares Chivone¹

ORCID: 0000-0002-7113-2356

Manacés dos Santos Bezerril¹

ORCID: 0000-0002-9003-2334

Kisna Yasmin Andrade Alves¹

ORCID: 0000-0001-7900-0262

Pétala Tuani Candido de Oliveira Salvador¹

ORCID: 0000-0002-3208-6270

Viviane Euzébia Pereira Santos¹

ORCID: 0000-0001-8140-8320

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal,
Rio Grande do Norte, Brasil.

Como citar este artigo:

Ferreira LL, Chivone FBT, Bezerril MS, Alves KYA, Salvador PTCO, Santos VEP. Analysis of records by nursing technicians and nurses in medical records. Rev Bras Enferm. 2020;73(2):e20180542. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0542>

Autor correspondente:

Flávia Barreto Tavares Chivone
flavia_tavares@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Dulce Aparecida Barbosa
EDITOR ASSOCIADO: Alexandre Balsanelli

Submissão: 01-07-2018 Aprovação: 09-09-2019

RESUMO

Objetivos: analisar as principais não conformidades dos registros de enfermagem de um hospital público do Nordeste na cidade de Natal. **Métodos:** estudo descritivo, transversal, abordagem quantitativa. Realizado em enfermarias médicas e cirúrgicas. Amostra composta de 120 prontuários de pacientes internados entre outubro e dezembro de 2016. Os dados obtidos foram tabulados e analisados por estatística simples em frequência absoluta e relativa com o *software* Microsoft Excel 2013. Para avaliar as não conformidades dos registros, usou-se o Diagrama de Pareto. **Resultados:** como principais problemas nos registros de enfermagem, destacou-se a ausência da categoria profissional e número do conselho, responsáveis por 41,8% das não conformidades nos registros de técnicos de enfermagem, enquanto nas anotações dos enfermeiros foram a ausência de hora e as letras ilegíveis, com 61,2%. **Conclusões:** o estudo evidenciou que os profissionais de enfermagem realizam seus registros de forma incompleta e que muitas vezes não documentam o cuidado prestado. **Descritores:** Enfermagem; Comunicação; Registros de Enfermagem; Segurança do Paciente; Pesquisa Sobre Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objectives: to analyze the main non-conformities of the nursing records of a public hospital in Natal, Brazil. **Methods:** this is a descriptive, cross-sectional study, with a quantitative approach. This study was conducted in nursing departments of medical and surgical wards. The sample was composed of 120 medical records of inpatients between October and December 2016. The obtained data were tabulated and analyzed by simple statistics in absolute and relative frequency using the 2013 Microsoft Excel software. The Pareto Diagram was used to evaluate the non-conformities of the records. **Results:** the main problems in the nursing records were the absence of the professional category and the nursing council number, responsible for 41.8% of the non-conformities in the records of nursing technicians; for nurses' records, the main non-conformities were the absence of time and the illegible handwriting, with 61.2%. **Conclusions:** the study showed that nursing professionals perform their records incompletely and often do not document the care provided. **Descriptors:** Nursing. Communication. Nursing records. Patient safety. Health Services Research.

RESUMEN

Objetivos: evaluar las no conformidades principales de los registros de enfermería de un hospital público del Nordeste en la ciudad de Natal (Brasil). **Métodos:** estudio descriptivo, transversal, de enfoque cuantitativo. Se llevó a cabo en enfermerías médicas y quirúrgicas. La muestra constó de 120 registros médicos de pacientes hospitalizados entre octubre y diciembre de 2016. Los datos obtenidos fueron tabulados y analizados por estadística simple en frecuencias absoluta y relativa con el *software* Microsoft Excel 2013. Se utilizó el Diagrama de Pareto en la evaluación de las no conformidades de los registros. **Resultados:** entre los principales problemas en los registros de enfermería, se destacó la ausencia de la categoría profesional y del número de la comisión, responsables de un 41,8% de las no conformidades en los registros de técnicos de enfermería, mientras que en las anotaciones de los enfermeros se sobresalió la ausencia de hora y caligrafía ilegible, con un 61,2%. **Conclusiones:** el estudio demostró que los profesionales de enfermería hacen sus registros de forma incompleta y que muchas veces no documentan el cuidado ofertado. **Descritores:** Enfermería; Comunicación; Registros de enfermería; Seguridad del paciente; Investigación en Servicios de Salud.

INTRODUÇÃO

O ambiente hospitalar é constituído por uma equipe multiprofissional de diferentes níveis de escolaridade e áreas de atuação. Neste sentido, a comunicação interprofissional, seja ela verbal ou não verbal, deve ser avaliada quanto à sua clareza, objetividade e entendimento, visto que é fator imprescindível para continuidade da assistência de qualidade, com menor índice de eventos adversos e maior segurança para o paciente⁽¹⁻²⁾.

Na perspectiva de promover melhorias na assistência prestada aos pacientes, tem-se o prontuário como um dos recursos para o alcance dessa proposta, pois é uma forma de comunicação contínua entre os profissionais e um documento legal para o registro diário de informações referentes aos atendimentos por toda equipe de saúde⁽³⁾.

Autores⁽⁴⁾ evidenciam a enfermagem como responsável por metade das informações inerentes ao cuidado do paciente, visto que o acompanha durante as 24 horas do dia⁽⁵⁾. Além disso, o registro de enfermagem constitui-se de um dever ético-legal a ser realizado por enfermeiros e técnicos de enfermagem (TE) em todos os ambientes de saúde⁽⁶⁻⁷⁾ e, se destaca como ferramenta que documenta e qualifica a assistência prestada. Contudo, mesmo imprescindível e obrigatório, os registros de enfermagem ainda são incipientes, fato este que corrobora com a invisibilidade da profissão⁽⁸⁾.

Assim, ao compreender a relevância das anotações de enfermagem, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), por meio da resolução N°0514/2016⁽⁹⁾, aprova o lançamento de um guia com recomendações para nortear os profissionais de enfermagem quanto aos elementos essenciais dos prontuários dos pacientes.

Isto posto, a enfermagem deve copilar os cuidados prestados, sinais e sintomas, intercorrências e respostas ao paciente⁽¹⁰⁾. Ademais, os registros de enfermagem fornecem dados que ajudam no estabelecimento de planos de cuidados e na elaboração da evolução de enfermagem, atuando como subsídio para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e/ou Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP)⁽¹¹⁾.

Salienta-se, ainda, que a análise desses arquivos pode fundamentar melhores práticas assistenciais, uma vez que sua avaliação possibilita o desenvolvimento de estratégias e ações que visem melhorias no cuidado e atua como respaldo legal ao profissional. Portanto, esse estudo é justificado por compreender que a falta ou a incompletude das anotações de enfermagem interfere na comunicação e na continuidade do cuidado, o que reflete negativamente sobre a qualidade e segurança do serviço prestado.

Diante do exposto, delimita-se a seguinte questão norteadora: como os profissionais de enfermagem de um hospital público do Nordeste na cidade de Natal realizam seus registros?

OBJETIVOS

Analisar as principais não conformidades dos registros de enfermagem de um hospital público do Nordeste na cidade de Natal.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Os preceitos éticos que envolvem as pesquisas com seres humanos foram seguidos, de acordo com a Resolução n° 466, de 12 de

dezembro de 2012. A coleta de dados ocorreu após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, CAAE: 57947716.5.0000.5537, de 4 de agosto de 2016.

Desenho, local do estudo e período

Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. Realizado em um hospital público do Nordeste no período de outubro a dezembro de 2016. Analisou-se nas enfermarias de clínica médica e cirúrgica os registros de enfermagem dos 10 primeiros dias de internação em 120 prontuários selecionados, período possível de analisar a comunicação dos profissionais de enfermagem tanto no momento de admissão do paciente quanto nos dias subsequentes⁽¹²⁾.

População ou amostra: critérios de inclusão e exclusão

O processo de amostragem deu-se por conveniência em ambas as unidades de internação avaliadas, no qual foram incluídos prontuários para análise de pacientes internados há 10 dias ou mais no setor investigado, ademais também foram incluídos os prontuários nos quais os pacientes consentiram a realização do estudo e foram excluídos pacientes transferidos para outra instituição de saúde e que se negaram a assinar o termo de consentimento do estudo.

Protocolo do estudo

Na fase de coleta dos dados foi utilizado um instrumento para extração dos dados validado previamente⁽¹³⁾. A partir disso, investigou-se os registros de enfermagem quanto à presença de data e hora, uso de siglas e abreviaturas padronizadas, letras legíveis, rasuras e a identificação do profissional. Também foram observados aspectos referentes ao conteúdo do registro. Como componentes comuns nos registros de TE e enfermeiros, no momento da admissão avaliaram-se a adequabilidade quanto à presença de informações acerca da procedência do paciente, identificação do acompanhante, condições de chegada, doenças concomitantes, hábitos de vida, presença de alergias e uso de medicamentos (tipo, dosagem e frequência)⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Além disso, tanto na admissão quanto diariamente os registros foram examinados em relação à presença de informações acerca das condições gerais do paciente (nível de consciência, humor, higiene pessoal, atitude, coloração da pele, estado nutricional, locomoção, descrição das eliminações quanto ao tipo, consistência, odor e coloração), presença de dispositivos, queixas do paciente, orientações ao paciente/acompanhante, cuidados e procedimentos realizados e intercorrências⁽¹⁴⁾.

Vale ressaltar que na admissão e nas anotações diárias seguintes, cabe ao enfermeiro registrar itens sobre exame físico (avaliação dos sistemas neurológicos, respiratório, digestivo, cardiovascular, nutricional, locomotor e geniturinário), o que também foi analisado⁽¹⁴⁾.

Análise dos resultados e estatística

Os dados obtidos foram tabulados, agrupados e analisados por estatística descritiva simples, por meio de frequência absoluta e relativa a partir do *software* Microsoft Excel 2013.

Para avaliar as principais não conformidades dos registros de enfermeiros e TE, utilizou-se o *Diagrama de Pareto*, ferramenta básica da gestão da qualidade para identificação de falhas e suas respectivas causas.

A partir do princípio de Pareto, tem-se como base que um pequeno número de causas, em torno de 20%, seja responsável por cerca de 80% dos efeitos. Assim, elencam-se os pontos prioritários para intervenções nas causas de problemas essenciais⁽¹³⁾.

RESULTADOS

Dos 120 prontuários analisados, apenas em 39 (32,5%) foi possível diferenciar os registros dos TE e dos enfermeiros, visto que havia alguns sem a identificação do responsável. Ressalta-se que o número de anotações verificadas nesses 10 dias variou, avaliando-se um total de 345 registros realizados por TE e 56 por enfermeiros.

Dentre as variáveis comuns desses arquivos, evidencia-se a ausência de hora nos registros de TE (264; 76,6%) e de enfermeiros (31; 55,4%). Além disso, observaram-se rasuras nos prontuários dos TE (87; 25,7%), conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Elementos comuns dos registros da equipe de enfermagem, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2018 (N = 401)

Variável	Técnico de enfermagem (n = 345)		Enfermeiro (n = 56)		
	n	%	n	%	
Presença de data	Sim	331	95,9	52	92,8
	Não	14	4,1	04	7,2
Presença de hora	Sim	81	23,4	25	44,6
	Não	264	76,6	31	55,4
Uso de letra legível	Sim	186	53,7	46	82,1
	Não	159	45,3	10	17,9
Registro sem rasura	Sim	264	76,3	55	98,2
	Não	87	25,7	01	1,8
Uso de abreviaturas e siglas padronizadas	Sim	290	83,8	51	89,1
	Não	55	15,2	05	8,9

Quanto à admissão dos pacientes, a Tabela 2 demonstra a inadequabilidade dos registros em relação a dados sobre a procedência do paciente, identificação do acompanhante, informações sobre as condições de chegada, presença de doenças concomitantes, hábitos de vida, presença de alergias e uso de medicamentos – tipo, dosagem e frequência – tanto pelos TE quanto pelos enfermeiros.

Com relação à identificação dos profissionais, destaca-se a ausência do nome do profissional (223; 58,9%), designação da categoria profissional (303; 87,9%) e identificação do número do conselho de classe (272; 78,8%) pelo TE, como demonstrado na Tabela 3.

Na análise das não conformidades mediante Diagrama de Pareto, verificou-se como problemas essenciais a ausência da categoria profissional e número do conselho responsável por 41,8% das não conformidades nos registros de TE. Quanto ao dos enfermeiros, evidencia-se a ausência de hora e letras ilegíveis 61,2% (Figura 1).

Quanto ao conteúdo desses documentos, aponta-se que o enfermeiro registra menos sobre o nível de consciência (17; 30,4%) e a presença de dispositivos (25; 44,7%). Já nas anotações do técnico de enfermagem, observa-se a falta de dados quanto à atitude do paciente (280; 81,2%), forma de locomoção (286; 82,9%) e os cuidados realizados (92; 26,7%). Ainda, destaca-se que ambos apresentam déficits quanto ao registro do humor do paciente e dados sobre higiene pessoal, como mostra a Tabela 4.

Ainda, com relação ao exame físico realizado pelo enfermeiro, identifica-se maior déficit nos registros da avaliação dos sistemas

geniturinário e locomotor, seguidos do neurológico, respiratório, digestivo, cardiovascular e nutricional.

Tabela 2 – Registros de admissão realizados pela equipe de enfermagem, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2018 (N = 43)

Variável	Técnico de enfermagem (n = 18)		Enfermeiro (n = 25)		
	n	%	n	%	
Procedência do paciente	Sim	03	16,6	05	20,0
	Não	15	83,4	20	80,0
Identificação do acompanhante	Sim	01	5,6	02	08,0
	Não	17	94,4	23	92,0
Condições de chegada	Sim	02	11,1	04	16,0
	Não	16	88,9	21	84,0
Doenças concomitantes	Sim	06	33,3	06	24,0
	Não	12	66,7	19	76,0
Hábitos de vida	Sim	03	16,6	01	04,0
	Não	15	83,4	24	96,0
Presença de alergias	Sim	03	16,6	01	04,0
	Não	15	83,4	24	96,0
Uso de Medicamentos Tipo	Sim	03	16,6	03	12,0
	Não	15	83,4	22	88,0
Dosagem	Sim	03	16,6	03	12,0
	Não	15	83,4	22	88,0
Frequência	Sim	03	16,6	03	12,0
	Não	15	83,4	22	88,0

Tabela 3 – Identificação do profissional responsável pelo registro de enfermagem, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2018 (N = 401)

Variável	Técnico de enfermagem (n = 345)		Enfermeiro (n = 56)		
	n	%	n	%	
Nome	Sim	142	41,1	49	87,5
	Não	223	58,9	07	12,5
Categoria Profissional	Sim	42	12,1	53	94,6
	Não	303	87,9	03	05,4
Número do COREN	Sim	73	21,2	50	89,2
	Não	272	78,8	06	10,8

Tabela 4 – Registros diários da equipe de enfermagem, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2018 (N = 401)

Variável	Técnico de enfermagem (n = 345)		Enfermeiro (n = 56)		
	n	%	n	%	
Nível de consciência	Sim	312	90,4	39	69,6
	Não	33	09,6	17	30,4
Humor	Sim	79	22,8	20	35,7
	Não	266	77,2	36	64,3
Higiene pessoal	Sim	139	40,2	17	30,3
	Não	206	59,8	39	69,7
Atitude	Sim	65	18,8	17	30,3
	Não	280	81,2	39	69,7
Coloração da pele	Sim	71	20,5	07	12,5
	Não	274	79,5	49	87,5
Estado nutricional	Sim	113	32,7	22	39,2
	Não	232	67,3	34	60,8

Continua

Continuação da Tabela 4

Variável	Técnico de enfermagem (n = 345)		Enfermeiro (n = 56)	
	n	%	n	%
Locomoção	Sim	59 17,1	12 31,5	
	Não	286 82,9	26 68,5	
Tipo de eliminações	Sim	170 49,2	21 37,5	
	Não	175 50,8	35 62,5	
Consistência das eliminações	Sim	39 11,3	10 17,8	
	Não	306 88,7	46 82,2	
Odor das eliminações	Sim	58 16,8	09 16,0	
	Não	287 83,2	47 84,0	
Coloração das eliminações	Sim	47 13,6	10 17,8	
	Não	298 86,4	46 82,2	
Uso de dispositivos	Sim	278 80,5	31 55,3	
	Não	67 19,5	25 44,7	
Queixas do paciente	Sim	137 39,7	22 39,2	
	Não	208 60,3	34 60,8	
Orientações ao paciente/acompanhante	Sim	38 11,0	09 16,0	
	Não	307 89,0	47 84,0	
Cuidados e procedimentos realizados	Sim	253 73,3	40 71,4	
	Não	92 26,7	16 28,6	
Procedimentos e intercorrências	Sim	163 50,9	31 55,3	
	Não	157 49,1	25 44,7	

DISCUSSÃO

Os resultados apresentados revelam a incompletude e/ou falta de registros durante os dias analisados, fato que diverge do estabelecido pelo código de ética da profissão⁽⁶⁾ ao afirmar que é direito, dever e responsabilidade da equipe de enfermagem registrar informações relativas à sua assistência no prontuário e em outros documentos próprios da enfermagem.

Apesar da responsabilidade ética, do respaldo legal, do aumento da visibilidade da profissão e da segurança na assistência prestada que o registro pode subsidiar, pesquisas⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ apontam falhas nos documentos de enfermagem, visto que sua realização e qualidade podem ser influenciadas por alguns fatores como a alta demanda de serviços, sobrecarga de trabalho, número insuficiente de profissionais, déficit de educação permanente, falta de motivação relacionada às péssimas condições de trabalho, baixa remuneração, complexidade da linguagem e comunicação ineficaz da equipe⁽¹⁷⁾.

Assim, dentre os registros analisados, além da falta de anotações em alguns dias, também se destacaram como inadequabilidades a ausência de hora, da identificação do profissional responsável, presença de rasuras e incompletudes nos registros diários da enfermagem.

No que se refere à ausência de hora nos registros, a partir do momento em que a ordem cronológica da prestação da assistência não é informada, autores⁽¹⁵⁾ mencionam a impossibilidade de se conhecer o horário exato da realização do cuidado. Além disso, contemplou-se as alterações que o paciente apresentou no decorrer da internação⁽¹⁸⁾.

Ainda, observaram-se rasuras nos registros de TE, o que vai de encontro ao guia disponibilizado pelo Cofen⁽⁹⁾. Vale salientar que rasuras nesses documentos, do ponto de vista jurídico, podem repercutir em complicações legais, pois estes servem como defesa para o profissional, portanto devem ser claros, objetivos, precisos, com letras legíveis e sem rasuras⁽⁷⁾.

Quanto à falta de identificação dos profissionais nos registros, expõe-se que a prática também contraria seu aspecto legal⁽⁷⁾, como corrobora um estudo⁽¹⁹⁾ o qual evidenciou a falta de identificação e carimbo do executor da tarefa.

Em relação à análise do diagrama de Pareto, destaca-se como prioridade intervir em ações de educação permanente de maneira efetiva no que se refere, principalmente, à importância de documentar a identificação do profissional, a hora da assistência prestada e o uso de letras legíveis, pois registros completos facilitam a comunicação entre a equipe, possibilitam a continuidade do cuidado e resultam na qualidade da assistência⁽²⁰⁾. Destarte, é necessário desmistificar a cultura de que esses arquivos são apenas mais uma obrigatoriedade burocrática⁽²¹⁾.

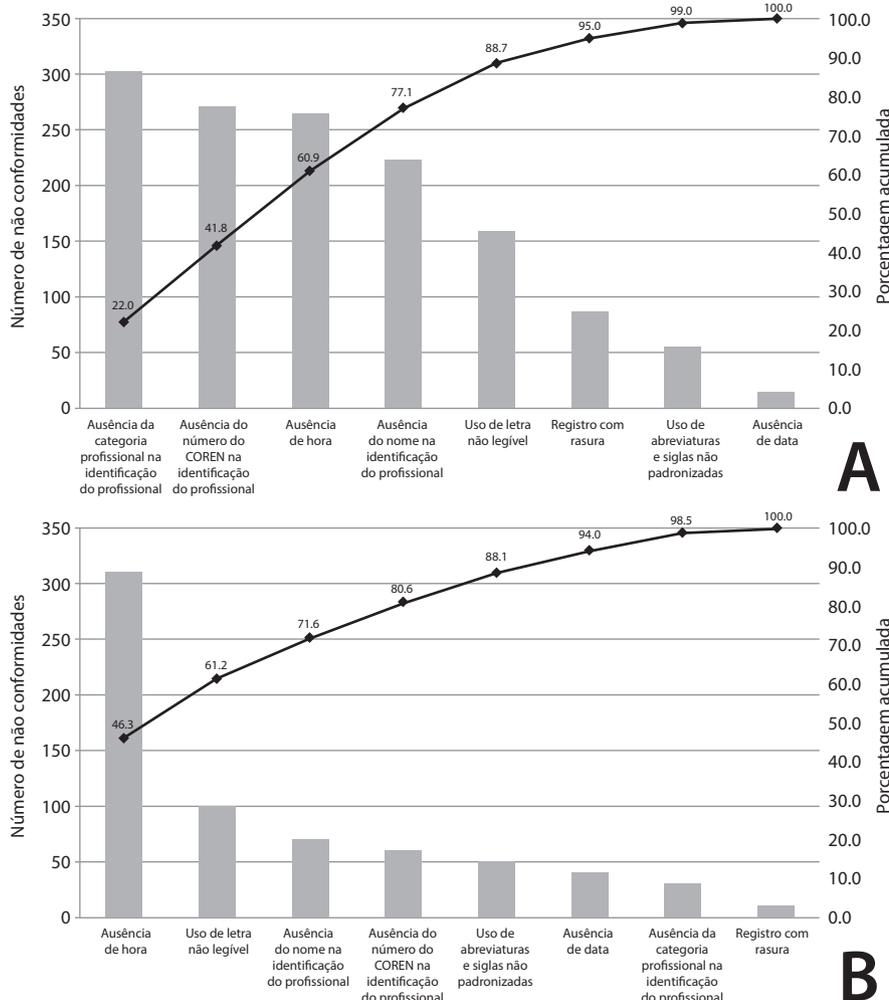


Figura 1 – Diagrama de Pareto das não conformidades nos registros de técnicos de enfermagem (A) e de enfermeiros (B), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2018

Outrossim, percebem-se lacunas no conhecimento dos profissionais de enfermagem quanto ao que, como e quando registrar, repercutindo na ausência de informações essenciais nos prontuários dos pacientes, tais como o nível de consciência, uso de dispositivos e o exame físico realizado. Uma pesquisa⁽²²⁾ observa que a incompletude dos registros também é influenciada pela escassez de enfermeiros e TE em relação ao número de pacientes e, conseqüente, aumento da sobrecarga de trabalho.

Nesse sentido, apesar de algumas anotações serem privativas do enfermeiro (como o exame físico), para uma assistência segura e de qualidade toda a equipe de enfermagem deve colaborar, tanto na avaliação quanto na execução do cuidado, pois a falta de registros se constitui como um entrave para a SAE e segurança do paciente. Portanto, a realização de capacitações contínuas pela instituição para toda a equipe de saúde pode possibilitar a compreensão da importância de registros completos e, assim, colaborar para a sua execução de forma efetiva⁽²³⁾.

Limitações do estudo

Como limitação da pesquisa, destaca-se a retratação de uma única realidade investigada, o que pode representar aproximações ou distanciamentos de outras já estudadas, tornando-se, portanto, indispensável investigar a situação de outros serviços. Ademais, cabe ressaltar que se trata de um estudo transversal, ou seja, traz um retrato da situação na instituição investigada com limitação temporal, não podendo representar a assistência contínua da instituição investigada.

Contribuições para área da enfermagem

Esse estudo pode fundamentar melhores práticas assistenciais, pois sua avaliação possibilita o desenvolvimento de estratégias e

ações que visam melhorias no cuidado e atuar como respaldo legal ao profissional. Outrossim, ainda é pertinente destacar as possíveis estratégias a serem tomadas pela instituição analisada ou em outras realidades semelhantes, como o treinamento e a capacitação contínua dos profissionais de saúde, bem como atividades educativas.

CONCLUSÕES

Essa pesquisa demonstrou que os profissionais de enfermagem do hospital estudado realizam seus registros de forma incompleta e que muitas vezes não documentam o cuidado prestado.

Como principais não conformidades dos registros de enfermagem, evidenciou-se a ausência da categoria profissional e o número do conselho dos TE, enquanto, nas anotações dos enfermeiros, a ausência de hora e letras ilegíveis, avaliação do sistema locomotor e geniturinário. Ressalta-se que as duas categorias apresentaram inadequabilidades quanto à documentação da admissão do paciente.

Dessa forma, a incompletude e escassez de registros no período avaliado refletem uma realidade comum nos diversos setores assistenciais da enfermagem. Portanto, o ato de documentar o atendimento prestado se constitui como um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem.

Aponta-se, ainda, que os registros de enfermagem não devem ser vistos apenas como uma obrigatoriedade burocrática, é necessário compreender sua importância e as implicações decorrentes da falta ou incompletude desse documento.

Portanto, a competência técnico-científica da equipe de enfermagem é indispensável para registros completos. Assim, reflete-se sobre a necessidade de instituições e conselhos da categoria enfatizem e promovam medidas que auxiliem na capacitação do profissional para que não haja comprometimento na qualidade da assistência prestada e segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Blair W, Smith B. Nursing documentation: frameworks and barriers. *Contemp Nurse*. 2012;41(2):160-8. doi: 10.5172/conu.2012.41.2.160
2. Broca PV, Ferreira MA. Communication process in the nursing team based on the dialogue between Berlo and King. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2015;19(3):467-74. doi: 10.5935/1414-8145.20150062
3. Carneiro SM, Dutra HS, Costa FM, Mendes SE, Arreguy-Sena C. Uso de abreviaturas nos registros de enfermagem em um hospital de ensino. *Rev Rene*. 2016;17(2):208-16. doi: 10.15253/2175-6783.2016000200008
4. Barral LNM, Ramos LH, Vieira MA, Dias OV, Souza LPS. Análise dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes em um hospital de ensino. *REME - Rev Min Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2017 Jun 07];16(2):188-93. Available from: <http://www.reme.org.br/content/imagebank/pdf/v16n2a06.pdf>
5. França FM, Ferrari R. Estresse ocupacional e crônico e o setor de atuação dos profissionais de enfermagem da rede hospitalar. *Rev Eletr Gest Saúde* [Internet]. 2012 [cited 2017 Jun 07];3(1):318-32. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5555760.pdf>
6. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução Cofen nº 311/2007. Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem [Internet]. Rio de Janeiro: Cofen; 2007 [cited 2017 Jun 08]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3112007_4345.html
7. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução Cofen nº 545/2017. Revogou a Resolução Cofen nº 191/1996. Dispõe sobre a anotação de enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais [Internet]. Brasília: Cofen; 2017 [cited 2017 Jun 08]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05452017_52030.html
8. Maziero VG, Vannuchi MTO, Haddad MCL, Vituri DW, Tada CN. Quality control of patients' monitoring records in a university hospital. *REME - Rev Min Enferm*. 2013;17(1):165-70. doi: 10.5935/1415-2762.20130014

9. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução Cofen nº 514/2016. Aprova o Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem [Internet]. Brasília: Cofen; 2016 [cited 2017 Jun 10]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html
10. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem – versão web [Internet]. Brasília: Cofen; 2016 [cited 2017 Jun 10]. Available from: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf>
11. Silva TG, Santos RM, Crispim LMC, Almeida LMWS. Conteúdo dos registros de enfermagem em hospitais: contribuições para o desenvolvimento do processo de enfermagem. *Enferm Foco*. 2016;7(1):24-7. doi: 10.21675/2357-707X.2016.v7.n1
12. Chazan ACS, Silveira LMC, Favoreto CAO. Revisão de prontuário como estratégia de ensino-aprendizagem da medicina centrada na pessoa em um ambulatório universitário no município do Rio de Janeiro. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014;9(30):96-103. doi: 10.5712/rbmfc9(30)700
13. Alves KYA. Comunicação escrita dos profissionais de saúde em hospitais públicos do Rio Grande do Norte [dissertação] [Internet]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2017 [cited 2018 Aug 10]. Available from: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/24515>
14. Barros ALBL. Anamnese e exame físico. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2016.
15. Costa FM, Rodrigues AO. Auditoria operacional: não conformidades em registros de enfermagem. *Rev Bras Pesq Ciênc Saúde* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jun 17];1(1):25-8. Available from: <http://revistas.icesp.br/index.php/RBPeCS/article/view/8/2>
16. Moraes CGX, Batista EMS, Castro JFL, Assunção SS, Castro GMO. Registros de enfermagem em prontuário e suas implicações na qualidade assistencial segundo os padrões de acreditação hospitalar: um novo olhar da auditoria. *Revista ACRED* [Internet]. 2015 [cited 17 Jun 2017];5(9):64-84. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5626617>
17. Magalhães AM, Dall'Agnol CM, Marck PB. Nursing workload and patient safety – a mixed method study with an ecological restorative approach. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013;21(spec):146-54. doi: 10.1590/S0104-11692013000700019
18. 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;16(3):576-82. doi: 10.1590/S1414-81452012000300021
19. Franco MTG, Akemi EN, D'Inocento M. Evaluation of the nursing records in the medical records of patients hospitalized in an internal medicine unit. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(2):163-70. doi: 10.1590/S0103-21002012000200002
20. Lucena AF. Processo de enfermagem: interfaces com o processo de acreditação hospitalar. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jul 03];34(4):12-3. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/45306>
21. Gomes DC, Cubas MR, Pleis LE, Shmeil MAH, Peluci APVD. Terms used by nurses in the documentation of patient progress. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(1):e53927. doi: 10.1590/1983-1447.2016.01.53927
22. Silveira LL, Almeida MA, Silva MB, Nomura ATG. Nursing registries of educational actions for patients submitted to hip arthroplasty. *Rev Eletr Enf*. 2015;17(4):1-8. doi: 10.5216/ree.v17i4.31636
23. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução nº 272, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas instituições de saúde brasileiras [Internet]. Brasília: Cofen; 2002 [cited 2017 Jul 03]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2722002-revogada-pela-resoluao-cofen-n-3582009_4309.html