

# **ANÁLISE DA QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM PRONTUÁRIOS: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

**Bárbara da Silva Teixeira**

Monografia apresentada em forma de artigo como requisito para Bacharelado do curso de Enfermagem, sob orientação da Ms. Renata Souza Martins

Brasília  
2013

*Dedicatória*

Dedico este trabalho aos meus amados pais Tereza e Jesumar, pelos valores que me ensinaram pelo exemplo que são e pela força.

*Agradecimentos*

Em primeiro lugar quero agradecer a Deus, por todas as minhas conquistas nesses anos, sem Ele eu não seria nada.

A minha irmã Tais, e sobrinha Angélica pela amizade e carinho.

Aos meus avós, e em especial aos meus tios Alvimar e Edna (in memoriam) pelo incentivo e dedicação.

Agradeço a toda minha família e amigos que torceram por mim e que de alguma forma contribuíram para tornar esses anos tão especiais, sintam-se todos alcançados.

Com carinho especial a minha orientadora Ms. Renata Souza Martins por me ajudar a encontrar o caminho a percorrer, pelas valiosas e pertinentes contribuições, meu muito obrigada!

*“Pois será como a árvore plantada junto às correntes de água, a qual dá o seu fruto na estação própria, e cuja folha não cai, e tudo quanto fizer prosperará” Salmos 1:3*

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo realizar uma análise das publicações acerca das anotações de enfermagem, descrevendo os aspectos da qualidade dos registros, seus princípios éticos e a importância da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem para a melhoria da qualidade de tais registros. Trata-se de um estudo descritivo de revisão bibliográfica a partir de artigos científicos publicados em português do ano de 1998 a 2012. Os registros da assistência de enfermagem devem ser constituídos de forma que possam servir de comunicação entre a equipe, facilitando a complementação da assistência prestada, impedindo a repetição mecânica dessas anotações. A qualidade dos registros de enfermagem é ruim, de acordo com a literatura estudada, as anotações apesar de adequadas quanto à forma, mostraram-se incompletas com relação aos conteúdos analisados, portanto faz-se necessário a implementação de capacitações dos profissionais da área com intuito de melhorar a qualidade da assistência de enfermagem prestada ao cliente.

**Palavras-chaves:** Enfermagem, Prontuários, Anotações, Auditoria.

## ABSTRACT

This research has as its main objective perform an analysis on the reports, describing the aspects about the quality of the reports, the ethical principles and the importance of the Nursing Assistance systematization's to better develop these reports. It is all about a describing research from a bibliographic review based on scientific articles published in the 1998's up to the 2012's. The nursing assistance reports must be composed in team communication way, making the implementation of provided assistance better, avoiding a mechanical repetition of these reports. These nursing reports' quality is bad, according to the literature previously studied. Despite the correct format, these reports show themselves incomplete, related to the content analysed, therefore it's made necessary the implementation of the technical training of the workers from this field, with the intention of improving the nursing assistance's quality, provided to the client.

**Keywords:** Nursing, Records, Notes, Auditing.

## 1 INTRODUÇÃO

Desde o início da história da vida humana sobre a terra uma das suas características mais evidentes é a da comunicação, necessidade inata que torna possível manifestar ou exteriorizar o que se passa na vida interior (CARVALHO, 2005).

A comunicação é a ferramenta chave do cuidado em enfermagem. Ela está presente em todas as ações realizadas com o paciente, seja para orientar, informar, apoiar, confortar ou atender suas necessidades básicas. Como instrumento, a comunicação é uma das ferramentas que o enfermeiro utiliza para desenvolver e aperfeiçoar o saber-fazer profissional (CIANCIARULLO, 2003).

De acordo com Pontes, Leitão e Ramos (2008) a função do enfermeiro não se limita a executar técnicas ou procedimentos, mas sim propor uma ação de cuidados abrangentes, que implica em desenvolver a habilidade de comunicação. Deste modo, o uso da comunicação como instrumento básico do enfermeiro é um meio utilizado para atender as necessidades do paciente.

Silva, Brasil e Guimarães (2000) concordam com os autores acima citados e afirmam que é pela comunicação que as pessoas podem expressar sua identidade, relacionar-se com os demais e satisfazer suas necessidades. Essa interação pode influenciar o comportamento das pessoas, que reagirão com base em suas crenças, valores, história de vida e cultura. Por isso, o relacionamento entre enfermeiro e paciente adquire tanta importância no fenômeno de cuidar.

Ocorrem mudanças no processo de trabalho da equipe de enfermagem que influenciam a relação enfermeiro-paciente, a qual, ao longo dos tempos, vem se modificando gradativamente. Com a humanização da enfermagem, o paciente deixou de ser visto apenas como uma doença ou como um leito e passou a ser visto como um todo e de forma individualizada. Com isso, a enfermagem passou a identificar as necessidades básicas de cada paciente para poder agir sobre elas (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008).

Segundo Carvalho (2005) dentro do processo de comunicação pode-se utilizar para abordar o outro, a comunicação verbal, cuja mensagem é expressa pela linguagem falada ou escrita e a comunicação não verbal, aquela que surge na abordagem pessoa-pessoa por meio de gestos, postura, orientações do corpo e expressões faciais.

Voltando esses conceitos para a área da saúde, especificamente, para a enfermagem, encontra-se na comunicação escrita um grande fator propulsor de relações estabelecidas entre

os indivíduos em uma organização, a partir dos registros, ou anotações de enfermagem durante a assistência e a promoção da saúde do paciente/cliente (CARVALHO, 2005).

Anotação de enfermagem consiste no principal meio de comunicação para a equipe, pois além de indicar as ações prestadas ao paciente, possibilita uma sequência na continuidade da assistência prestada (VENTURINI; MARCON, 2008).

Setz e D’Inocenzo (2009) concorda e afirma que a anotação de enfermagem compreende o registro da evolução do paciente durante a internação hospitalar, abrange diversos aspectos e respalda ética e legalmente o profissional responsável pelo cuidado, uma vez que oferece informações referentes aos cuidados prestados pela equipe de enfermagem e dados administrativos.

Santos, Paula e Lima (2003) acrescentam que essas informações referentes às ações e observações realizadas pela equipe de enfermagem possibilitam meios para a gerência da assistência e para a avaliação da qualidade do atendimento.

A documentação da assistência, por meio das anotações de enfermagem, possibilita a integração de elementos de comunicação que facilitam a compreensão da assistência prestada ao paciente (LOURENÇO et al., 2000).

Na prática de enfermagem, tem-se observado a dificuldade da comunicação, quer seja na pesquisa, no ensino e na assistência do paciente, assim houve a motivação para desenvolver esse trabalho, com o objetivo de realizar uma análise das publicações acerca das anotações de enfermagem, descrevendo os aspectos da qualidade dos registros, seus princípios éticos e a importância da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem para a melhoria da qualidade de tais registros.

## **2 METODOLOGIA**

Para analisar a qualidade dos registros de enfermagem em prontuários, optou-se por desenvolver um estudo descritivo de revisão bibliográfica.

Para seleção da amostra foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Conselho Regional de Medicina (CRM) do Distrito Federal e São Paulo, e artigos científicos publicados em português, no período de 1998 a 2012, disponíveis nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Eletronic Library*

*Online* (SciELO) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), com os seguintes descritores em Ciências da Saúde (DECS): enfermagem, prontuários, anotações, auditoria. Foram excluídos relatos de experiência e textos não científicos.

O procedimento inicial para a composição da amostra foi conduzido a partir da leitura dos títulos e resumos e identificação dos estudos que atenderam aos objetivos estabelecidos para o estudo. A leitura crítica tem o objetivo de permitir que o pesquisador, por meio de um processo que envolve etapas de leitura compreensiva, analítica e de síntese possa ordenar e sumariar as informações contidas nas fontes, de forma que, inicialmente, foram selecionados a partir do título e do resumo 54 estudos. Após a leitura preliminar, foram excluídos 29. Portanto a amostra contemplou 25 estudos, submetidos à leitura e análise crítica possibilitando a obtenção de respostas de acordo com o problema de pesquisa proposto (SOUZA; SILVA, 2010).

### 3 RESULTADOS

Identificou-se que dos 25 artigos brasileiros analisados sobre a qualidade dos registros de enfermagem em prontuários, a maioria foi publicada após 2005, denotando ser esta uma temática atual (Tabela 1).

**TABELA 1** - Distribuição dos artigos científicos nacionais sobre o tema pesquisado no período de 1998 a 2012.

<b>Ano</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
1998 – 2001	2	8
2002 – 2004	5	20
2005 – 2007	8	32
2008 – 2010	4	16
2011 – 2012	6	24
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Predominaram publicações em periódicos da área de enfermagem com destaque para a ACTA Paulista de Enfermagem (24%), Revista da Escola de Enfermagem da USP (20%), Revista Brasileira de Enfermagem (12%) (Tabela 2). Quanto a classificação Qualis Capes,

48% da amostra foi publicada em periódico A2, representando um ótima qualidade técnica e editorial do periódico escolhido para publicação.

**TABELA 2** - Distribuição dos artigos segundo o título do periódico de publicação do artigo, no período de 1998 a 2012.

<b>Periódicos</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Qualis Capes</b>
Revista Latino-Am. Enfermagem	1	4	A2
Revista Eletrônica de Enfermagem da UFG	2	8	B3
Revista Gaúcha de Enfermagem	2	8	B1
Acta Paulista de Enfermagem	6	24	A2
Revista Brasileira de Enfermagem	3	12	B1
Revista da Escola de Enfermagem da USP	6	24	A2
Escola Anna Nery	3	12	B1
Texto e Contexto- Enfermagem	1	4	A2
Cadernos de Saúde Pública	1	4	A1
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	

Prevaleram as pesquisas descritivas (68%) e retrospectivas (20%) (Tabela 3).

**TABELA 3** – Classificação dos tipos de pesquisas nacionais sobre a qualidade dos registros de enfermagem em prontuários segundo os objetivos no período de 1998 a 2012.

<b>Tipo de Pesquisa</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Descritiva quantitativa	17	68
Transversal	3	12
Retrospectivo	5	20
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

As pesquisas descritivas quantitativas oferecem informações mais objetivas e precisas para o processo de tomada de decisão. Nesse tipo de pesquisa realiza-se o estudo, a análise, o registro, tendo como finalidade observar, registrar e analisar os fenômenos ou sistemas técnicos. Havendo maior prevalência desse tipo de pesquisa para o desenvolvimento do estudo.

Em seguida houve a utilização de 20% das pesquisas retrospectivas e as pesquisas transversais com 12%. Ambas as pesquisas foram de suma importância para a elaboração desse trabalho.

## **4 DISCUSSÃO**

Desde a década de 90, pesquisas vêm apontando que a anotação representa o retrato de todas as ações realizadas junto ao paciente quando este está sob a responsabilidade da enfermagem. Apesar de a literatura possibilitar reflexões sobre a produção das anotações, ainda é necessário investir mais nesse procedimento (OCHOA-VIGO; PACE; ROSSI, 2001).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (1993) afirma que a anotação de enfermagem é o registro realizado pela equipe de enfermagem referente às condições do paciente, permitindo a continuidade da assistência por meio do relato dos fatos ocorrido com ele, tais como a assistência prestada, exames realizados, o cuidado planejado e a reação do paciente frente ao tratamento e exames.

“Gonçalves (2001, p.221) afirma que a finalidade da anotação de enfermagem é essencialmente fornecer informações a respeito da assistência prestada, de modo a assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde, e assim garantir a continuidade das informações nas 24 horas, o que é indispensável para a compreensão do paciente de modo geral”.

Os registros da assistência de enfermagem devem ser constituídos de forma que possam servir de comunicação entre a equipe, facilitando a complementação da assistência prestada, impedindo a repetição mecânica dessas anotações (LOURENÇO et al., 2000).

O registro é um meio de comunicação, escrito, utilizado pela equipe de enfermagem no desenvolvimento de suas ações. Quando bem elaborado, permite a individualização do cuidado, refletindo a qualidade da assistência prestada. Constitui, também, documento legal

para a equipe de saúde, para o cliente e para a instituição, pois faz parte da documentação da assistência ao cliente, representando o testemunho escrito na defesa legal dos profissionais envolvidos nessa assistência (OLIVEIRA; CADETTE, 2009; SILVA et al., 2012).

Carvalho (2005) acrescenta que a equipe de enfermagem é constituída por profissionais que prestam assistência diretamente o paciente, desta forma os registros feitos pela mesma devem assegurar a continuidade do tratamento, transmitir as alterações ocorridas nos períodos de internação, proporcionando segurança ao paciente e informações precisas para a equipe que continuará a assistência.

Segundo Consentino e Lunardi (2009) os registros dão respaldo e são objetos de defesa legal para a equipe de enfermagem. É comprovado o trabalho através dos registros de enfermagem, visto que esse trabalho é um serviço que se consome no momento de sua realização.

Dalri, Rossi e Carvalho (1999) afirmam que os registros de enfermagem devem ser claros, objetivos, completos e desprovidos de impressões generalizadas, pois sua característica principal é apontar a assistência prestada ao paciente e exprimir ações de enfermagem desde sua elaboração, implementação e avaliação.

Em estudo realizado por Venturini e Marcon (2008) foram analisados 369 prontuários, os resultados demonstraram que apesar de alguns itens terem alcançados níveis de preenchimento acima de 80%, há necessidade de melhorar a qualidade dos registros, com informações mais completas e que realmente tragam dados sobre os cuidados que foram realizados para e com o paciente. Isto permitirá que os registros efetuados alcancem níveis de excelência.

Teixeira, Prates e Almeida (1998) descrevem a anotação como uma fonte importante de informações para toda a equipe multidisciplinar sobre o estado do paciente, a evolução do tratamento e a avaliação do resultado. Fornece também dados de cunho legal, proporcionando respaldo para o paciente e para a instituição. Ressaltam ainda que uma anotação para ser correta deve estar livre de rasuras e ser descritiva e sucinta.

As autoras Costa, Paz e Souza (2010) constataram uma deficiência na qualidade dos registros acerca do exame físico, na medida em que nem todos os prontuários de duas instituições analisadas, apresentaram o exame físico registrado pelo enfermeiro. Tal evidência vem mostrar um desafio para a enfermagem, pois a escassez de dados ou a realização incompleta poderá dificultar a assistência individualizada, voltada às reais necessidades do cliente, uma vez que muitas alterações deixam de ser identificadas e registradas.

Desse modo Dalri, Rossi e Carvalho (1999) assinalam que a clareza das anotações de enfermagem refere-se a sequencia das ações, seguindo uma ordem determinada. Assim, registrar dados referentes ao físico do paciente, uma das formas adotadas é o registro dos dados obedecendo à determinada ordem, como a orientação céfalo-caudal. A objetividade da anotação inclui o enfoque no assunto, sem repetições das informações.

Gonçalves (2001) concorda com os autores acima mencionados e acrescenta que, a normalização da produção das anotações assegura a responsabilidade profissional, a legibilidade e objetividade das informações, além de conteúdo técnico inerente específico a prestação da assistência.

Ochoa-Vigo, Pace e Santos (2003) afirmam que a utilização de siglas ou abreviações incorretas dificultam a leitura, podendo comprometer a interpretação da escrita e, conseqüentemente, a assistência prestada ao paciente. Muitas têm significados diferentes de região para região e mesmo entre as unidades hospitalares, e isso vem fortalecer a importância do uso somente daquelas abreviações entendidas por todas as áreas de saúde que prestam cuidado ao paciente ou aquelas aprovadas oficialmente pela própria unidade.

Borsato e colaboradores (2011) afirmam que os registros de enfermagem consistem na mais importante prova da qualidade da assistência da equipe. Ao se tratar de anotações eficazes, embora seja de difícil definição são redigidas com informações corretas e que abordem o cuidado prestado e achados que mais se aproximam das condições reais do paciente. Portanto, podem-se identificar inadequações quanto às informações fidedignas, com o critério incorreto acima do desejável evidenciando que, apesar da existência de anotações de enfermagem, estas, em parte, deixam a desejar como confiáveis em alguns aspectos relacionados às condições de cuidados dos clientes.

De acordo com o Canavezi, Barba e Fernandes (2009) a documentação de enfermagem, inserida no prontuário do paciente, é importante como fonte de ensino e pesquisa, servindo à auditoria, à avaliação do cuidado e às questões legais, o que determina a necessidade de conhecimento dos deveres e obrigações por parte dos profissionais de enfermagem. Esta documentação assegura direito constitucional do paciente de decisão sobre sua vida e autonomia.

Dentre as formas de melhorar a qualidade das anotações de enfermagem encontra-se a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) através do Processo de Enfermagem (PE). O PE é um método de trabalho constituído por etapas que permitem ao enfermeiro

melhor organização e coordenação das atividades de enfermagem (SETZ; D'INNOCENZO, 2009).

Amante, Rosseto e Schneider (2009) afirmam que a SAE é uma atividade privativa do enfermeiro que utiliza o conhecimento científico para identificar os problemas ocasionados por saúde/doença e elaborar ações de assistência de enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade.

As etapas propostas podem variar de acordo com o referencial teórico utilizado. O modelo conceitual de Wanda Horta, por exemplo, propõe a sistematização da assistência de enfermagem a partir do Processo de Enfermagem que inclui seis etapas: histórico, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico de enfermagem. A implementação dessas etapas permite um melhor planejamento da assistência ao paciente, além de possibilitar a continuidade do cuidado (VENTURINI; MARCON, 2008; NEVES; SHIMIZU, 2010).

Segundo Venturini e Marcon (2008) a SAE permite aos membros da equipe de saúde tomar ciência das decisões, ações, e resultados obtidos com a assistência prestada. Essa documentação é representada pelos registros ou anotações de enfermagem e consiste em meio de comunicação para a equipe, além de fornecer informações para pesquisa, servir de instrumento ético/legal, possibilitar a avaliação da qualidade dos cuidados prestados ao paciente e como fonte de dados para auditoria.

Franco, Akemi e D'Inocento (2012) afirmam que a elaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem é a forma que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e documentar a assistência ao paciente, caracterizando sua prática profissional e colaborando na definição de seu papel dentro a equipe multiprofissional da saúde.

Em artigo publicado por Franco, Akemi e D'Inocento (2012) onde avaliaram 424 prontuários de pacientes, constataram que 75,2% possuíam as prescrições de enfermagem, e apenas 3,5% estavam completas, 41% tinham diagnósticos de enfermagem e, destes, apenas 5,2% estavam completos.

Em estudo realizado pelos autores Dalri, Rossi e Carvalho (1999) o qual observou, que nos registros de enfermagem de 12 prontuários, no período trans-operatorio, em 16,7% as informações sobre a cirurgia realizada estavam incompletas. Foi encontrada uma referência à retirada de órgãos, em um prontuário, mas esses não estavam especificados pela enfermagem.

Esse tipo de anotação não fornece subsídios para um julgamento preciso do ocorrido. Embora a retirada de órgãos seja realizada pela equipe médica, a enfermagem é co-responsável por sua realização e deve se reportar aos fatos de forma completa em seus registros, deve estar atenta ao consentimento para realização do procedimento e ao tipo de procedimento realizado

Todas essas finalidades atribuídas às anotações de enfermagem produzidas por meio da SAE são extremamente importantes, pois indicam, que a assistência de enfermagem está sendo implementada. Cada informação anotada indica uma ação, ou seja, a evidência de que durante a internação os cuidados foram realizados. Portanto, os registros devem traduzir o máximo de conhecimento sobre as condições de saúde dos indivíduos sob sua responsabilidade incluindo-se aqui tanto os referentes a procedimentos quanto as necessidades e queixas dos pacientes (SETZ; D'INNOCENZO, 2009; REPPETTO; SOUZA, 2005).

Vale destacar que o processo de auditoria de enfermagem em prontuários de pacientes vem desempenhando um importante papel nas instituições hospitalares e propicia ao enfermeiro mais uma oportunidade no mercado de trabalho, sobretudo em relação à avaliação da qualidade dos serviços, documentos e processos (FRANCO; AKEMI; D'INOCENZO, 2012).

Para o Conselho Regional de Medicina o prontuário é essencial para a assistência ao paciente como também de fundamental importância para o diagnóstico de toda equipe multidisciplinar e principalmente para próprio paciente, desta forma trazendo a seguinte definição:

O PRONTUÁRIO é um “documento único constituído de informações, sinais e imagens registradas, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo” (CRM DF, 2006, p. 9).

Existe uma legislação que trata especificamente sobre o código de ética, preenchimento, utilização e arquivamento do prontuário, esta resolução é fundamental, pois garante o sigilo das informações de forma que não expõe os dados do paciente. O prontuário é instrumento de defesa e acusação, é muito lembrada à frase: “O que não está escrito no prontuário não acontece” (CRM DF, 2006, p. 20).

De acordo com Dalri, Rossi e Carvalho (1999) os registros devem ser descritivos sem interpretações ou denúncias. É importante lembrar que o prontuário do paciente não é local apropriado para a realização de denúncias, mas pode ser fonte de pesquisa e verificações legais, assim, pode fornecer informações para que uma determinada ocorrência seja julgada.

A clareza das anotações se refere ao encadeamento das ideias que devem obedecer a uma ordem determinada.

O documento preenchido corretamente torna-se peça fundamental para equipe de saúde, respaldando-se de possíveis denúncias por mau-atendimento com indícios de imperícia, imprudência ou negligência, sabendo-se que o preenchimento é obrigação e responsabilidade intransferível da equipe de saúde (OSELKA, 2008).

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (2007) a respeito do sigilo profissional, são obrigações e deveres da equipe de enfermagem: manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto casos previstos em lei, ordem judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante legal; permanece o dever mesmo quando o fato seja de conhecimento público e em caso de falecimento da pessoa envolvida; em atividade multiprofissional, o fato sigiloso poderá ser revelado quando necessário à prestação da assistência; o profissional de enfermagem intimado como testemunha deverá comparecer perante a autoridade e, se for o caso, declarar seu impedimento de revelar o segredo.

De acordo com o Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal:

“O sigilo não é exclusivo do médico. É também de outros profissionais, ou mesmo de estudante, que tenham conhecimento de fatos sigilosos do paciente. Qualquer informação (depoimento, cópia de documento, comunicação de crime e outros casos) só poderá ser prestada sempre em benefício do paciente, com a anuência dês e nunca em seu prejuízo” (CRM DF, 2006, p. 22).

Uma ação incorreta do profissional poderá ter implicações éticas e/ou cíveis e/ou criminais. Pela legislação vigente, todo profissional de enfermagem que causar dano ao paciente responderá por suas ações, inclusive tendo o dever de indenizá-lo. Para que possa se defender de possíveis acusações poderá utilizar seus registros como meio de prova (CANAVEZI; BARBA; FERNANDES, 2009).

Dalri, Rossi e Carvalho (1999) afirmam que algumas recomendações sobre as características das anotações de enfermagem, são básicas e parecem ser conhecidas pelos profissionais de enfermagem e embora a princípio pareçam óbvias, necessitam ser reafirmadas. Assim, os registros devem ser descritivos, completos, objetivos, claros, assinados, legíveis e datados.

Segundo Oselka (2008) é relevante registrar as dificuldades no atendimento ao cliente/paciente, seja pelo plantão aglomerado, falta de condições hospitalares, a ausência de

infra-estrutura de atendimento e conseqüente uso de substitutos inadequados, a carência de medicamentos e outras anormalidades e outras defesas devem ser adotadas.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A comunicação em enfermagem tem demonstrado ser cada vez mais, de suma importância na continuidade do cuidado prestado ao paciente, com o objetivo de melhorar a qualidade na assistência prestada pelos profissionais de enfermagem.

A qualidade dos registros de enfermagem é ruim, de acordo com a literatura estudada. As anotações apesar de adequadas quanto à forma, mostraram-se incompletas com relação aos conteúdos analisados, a identificação formal dos profissionais que executaram a assistência demonstrou, também, não conformidade com as exigências do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

A importância da SAE na organização do serviço de enfermagem, o processo de implantação, a elaboração de um impresso prático e inteligente, bem como a criação de uma metodologia adequada de capacitação e treinamento são necessários para a melhoria da qualidade das anotações e sua ocorrência deve ser contínua.

A eficácia dos registros de enfermagem poderá ser alcançada com o aprimoramento dos conhecimentos dos profissionais quanto à sua participação no desenvolvimento do Processo de Enfermagem, sendo necessário que os enfermeiros, na condição de gerentes da assistência e os demais membros da equipe sejam orientados neste sentido.

## **6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

AMANTE, L. N.; ROSSETO, A. P.; SCHNEIDER D. G. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p.54-64, mar. 2009

BORSATO, F. G.; ROSSANEIS, M. A.; HADDAD, M. C. F. L.; et al.; Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em um Hospital Universitário. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.24, n. 4, p.527-533, maio. 2011.

CANAVEZI, C. M.; BARBA, L. D.; FERNANDES, R. **Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo**. Anotações de Enfermagem, Rio de Janeiro, 24 p. 2009.

CARVALHO, C. J. **Análise dos registros de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um Hospital Escola**. 2005. 85 f. Dissertação (Mestrado) do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2005.

CIANCIARULLO, T. Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 58, n. 6, p. 653-658, nov/dez 2003.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética dos profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 8 fev. 2007. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4158>. Acesso em: 25 de Junho de 2013.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA do Distrito Federal. **Prontuário médico do paciente: guia para uso prático**. Brasília, 94 p., 2006.

COSENTINO, S. F.; LUNARDI, W. D. Anotações/registros de enfermagem: uma prática educativa em busca de uma outra ação. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. 2, p.147-157, mai/ago. 2009.

COSTA, S. P.; PAZ, A. A.; SOUZA, E. M. Avaliação dos registros de enfermagem quanto ao exame físico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.31, n.1, p. 62-69, mar. 2010.

DALRI, M. B.; ROSSI, L. A.; CARVALHO, E. C. Aspectos éticos e legais das anotações nos procedimentos de doações de órgãos para transplantes. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 224- 230, set. 1999.

FRANCO, M. T.; AKEMI, E. N; D'INOCENTO. Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes internados em unidade de clínica médica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n.2, p. 163-170, out. 2012.

GONÇALVES, V. L. M.; Anotações em enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. et al. **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**, São Paulo, v.59, n.5, p. 221- 236, set/out. 2001.

LOURENÇO, M. R.; ZBOROWSKI, I. P.; CURY, A. M.B.; et al. Análise das anotações de enfermagem segundo DU GAS. In: SIMPÓSIO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 7., 2000. Ribeirão Preto. **Comunicação como meio de promover saúde**, Ribeirão Preto, v.10, n.19, p. 37- 41, jan/jun. 2000.

NEVES, R. S.; SHIMIZU, H. E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 222-229, mar/abr, 2012.

OCHOA-VIGO, K.; PACE, A. E.; ROSSI, L.A.; Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 35, n.4, p 390- 398, dez. 2001.

OCHOA-VIGO, K.; PACE, A. E.; SANTOS, C. B. Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade especializada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.2, p. 184-191, mar/abr. 2003.

OLIVEIRA, V. C.; CADETTE, M. M. M. Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **Acta Paulista de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 22, n.3, p. 301-306, maio/jun. 2009.

OSELKA, G. **Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo**. Bioética Clínica: reflexões e discussões sobre casos selecionados, São Paulo, 266 p. 2008.

PONTES, A. C.; LEITÃO I. M.; RAMOS, I. C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Fortaleza, v. 61, n. 3, p. 312-318 maio/jun. 2008.

REPPETTO, M. A.; SOUZA, M. F. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 3, p.325-329, maio/jun. 2005.

SANTOS, S. R.; PAULA, A. F. A.; LIMA, J. P.; O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro em prontuário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n.1, p 80-87, jan/fev. 2003.

SETZ, V. G.; D'INOCENZZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 313-317, fev. 2009.

SILVA, L. M. G.; BRASIL, V. V.; GUIMARAES, H.C.Q.C.P.; et al. Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 52-58, ago. 2000.

SILVA, J. A.; GROSSI, A. C. M.; HADDAD, M. C. M.; et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em unidade semi-intensiva. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n.3, p. 577-582, jul/set, 2012.

SOUZA, M. T; SILVA, M. DE; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, Três Lagoas, v.8, p.102-106, jun. 2010.

TEIXEIRA, M. B.; PRATES, J. G.; ALMEIDA, J. G. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 2, n.3, p. 8-20. 1998.

VENTURINI, D. A.; MARCON, S. S. Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v.61, n.5, p. 570-577, set/out. 2008.