



Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste
ISSN: 1517-3852
rene@ufc.br
Universidade Federal do Ceará
Brasil

de Amorim Pedrosa, Karilena Karlla; Gonzaga de Souza, Marília Fernandes; Iwata Monteiro, Akemi
O enfermeiro e o registro de enfermagem em um hospital público de ensino
Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, vol. 12, núm. 3, julio-septiembre, 2011, pp. 568-573
Universidade Federal do Ceará
Fortaleza, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027976017>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

O ENFERMEIRO E O REGISTRO DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO

THE NURSE AND THE NURSING RECORD IN A PUBLIC EDUCATIONAL HOSPITAL

LA ENFERMERA Y EL REGISTRO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE ENSEÑANZA

Karilena Karlla de Amorim Pedrosa¹, Marília Fernandes Gonzaga de Souza², Akemi Iwata Monteiro³

Registros de enfermagem no prontuário do paciente são, ainda hoje, um problema observado nos hospitais. Objetiva-se caracterizar os registros realizados pelo enfermeiro; demonstrar as informações presentes. Trata-se de pesquisa descritiva, exploratória com abordagem quantitativa. Realizada em um Hospital Público de Ensino de Natal — RN — Brasil, abrangeu 30% (23) dos prontuários de Julho/2009, que estavam em processo de faturamento, arquivo e que existiam registros. Destes, 16 (70%) tinham algum tipo de registro do enfermeiro, como folha de evolução, admissão em Centro Cirúrgico, altas, e apenas 1 (4%) tinha registro do enfermeiro referente aos cuidados prestados. Estendendo-se a análise para a qualidade dos registros, percebeu-se que 7(30%) estavam legíveis e 15(65%), apresentavam assinatura, mas não havia identificação da categoria profissional, nem a inscrição do Conselho de Enfermagem, dificultando a distinção se era enfermeiro ou técnico de enfermagem. Observa-se desvalorização dos registros feitos pela enfermagem, o que colabora para sua própria invisibilidade.

Descriptores: Registros de Enfermagem; Enfermagem; Hospitais Escola.

Nursing records in the patient's medical register are, even today, a problem observed in hospitals. Our aim in this research was to characterize the records made by nurses and demonstrate the information they have given. This is a descriptive, exploratory qualitative approach held in a Public Educational Hospital in Natal/RN-Brazil, covering 30%(23) of the records of July/2009, who were in process of invoicing, archiving and recording and of which they found records. Of those, 16(70%) had some kind of registration of nurses, such as leaf development, admission to the Surgical Center, high, and only 1 (4%) had records relating to nursing care. Extending the analysis to the quality of records, he noted that 7 (30%) were readable and 15(65%) had signed, but there wasn't either identification of the professional category, or the inscription of the Board of Nursing, making it difficult the distinction of who was the nurse or practical nurse. There are records made by the devaluation of nursing, which contributes to its own invisibility.

Descriptors: Nursing Records; Nursing; Hospitals, Teaching.

Los Registros de Enfermería en el histórico del paciente son, aún hoy, un problema observado en los hospitales. Tuvo como objetivo caracterizar las grabaciones realizadas por la enfermera, demostrar informaciones presentadas. Investigación, descriptiva, exploratoria con enfoque cuantitativo. Realizada en un Hospital Público de enseñanza de Natal/RN-Brasil, cubre un 30%(23) de los registros de Julio/2009, que se encontraba en el proceso de facturación, archivo y existían registros. De estos, 16(70%) tenían algún tipo de registro como enfermera, referente a los cuidados realizados. Extendiéndose al análisis de la calidad de los registros, se encontró que 7(30%)estaba legibles y 15(65%),presentaba firma, pero no había ninguna identificación de la categoría profesional, ni inscripción de la Junta de Enfermería,dificultando la distinción si era enfermero o un auxiliar de enfermería.Se observa la desvalorización de los registros efectuados por la enfermería, que contribuye a su propia invisibilidad.

Descriptores: Registros de Enfermería; Enfermería; Hospitales de Ensino.

¹ Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Bolsista de Iniciação Científica PIBIC. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem nas diferentes fases da vida (UFRN). Brasil. E-mail: karilena_pedrosa@hotmail.com

² Enfermeira.Graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva pela Universidade Potiguar-UnP. Enfermeira do Hospital de Pediatria Prof. Heriberto Bezerra - HOSPED/UFRN. Mestre em Enfermagem pela UFRN. Brasil. E-mail: mariliafgsouza@hotmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professor adjunto da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Enfermagem da UFRN. Brasil. E-mail: akemiiwata@gmail.com

Autor correspondente: Karilena Karlla de Amorim Pedrosa

Rua Luciano Bahia, 1839, Bloco D, Aptº 202, Bairro: Capim Macio. CEP: 59082-290. Natal/RN. Brasil. E-mail: karilena_pedrosa@hotmail.com

INTRODUÇÃO

No ambiente hospitalar, a comunicação acontece de várias formas, seja por meio da observação, da linguagem falada ou da escrita, as quais favorecem a assistência dos pacientes. Assim, a comunicação deve ocorrer de forma eficaz entre os profissionais da saúde, de modo que as necessidades do cliente sejam mais observadas, compreendidas e atendidas⁽¹⁾.

Para que uma boa comunicação exista entre os profissionais de saúde, o registro clínico no prontuário é indispensável, já que é o principal meio de transmissão de informações sobre o paciente entre os membros da equipe multiprofissional. É uma ferramenta essencial para avaliação da qualidade dos serviços de saúde, prevenindo assim as glosas hospitalares, ou seja, o cancelamento parcial ou total do orçamento, por serem considerados ilegais ou indevidos pelos auditores⁽²⁻⁵⁾. No prontuário deve conter as intervenções realizadas, os resultados obtidos e a situação do paciente⁽²⁻³⁾.

Nos Estados Unidos da América (EUA), este tipo de informação denota a qualidade do cuidado prestado e subsidia os financiamentos e reembolsos pelas instituições seguradoras. No Brasil, é um importante instrumento que pode e deve ser consultado em situações que envolvem aspectos legais e/ou éticos, científicos, educacionais e da qualidade do cuidado⁽¹⁾.

O registro consiste num aspecto essencial da prática de enfermagem, o qual ao longo do tempo foi evoluindo quanto a sua forma e qualidade, embora o foco continue a ser o impacto positivo do cuidado sobre o paciente⁽¹⁾.

Os registros de enfermagem consistem na forma de comunicação escrita de informações relacionadas ao cliente e aos cuidados prestados ao mesmo durante a internação hospitalar. Estes são elementos indispensáveis no processo de cuidado humano, uma vez que, ao serem redigidos de maneira completa de acordo com a realidade, possibilitam a comunicação permanente e também podem destinar-se a diversos fins, como as pesquisas, as auditorias, aos processos jurídicos, ao planejamento e outros^(1,3-4).

Estes devem conter, de modo geral, anotações de procedimentos de enfermagem realizados, a descrição de ocorrências, além da evolução de enfermagem. Alguns requisitos são essenciais para a realização correta

das anotações/registros. Estes devem ser feitos de modo objetivo, sem valores, julgamentos ou opiniões pessoais; devem ser incluídas as informações fornecidas pelo paciente e família; devem ser evitadas generalizações, inclusive termos vagos, pois são passíveis de múltiplas observações; os dados devem ser descritos o mais completo possível, de modo claro e conciso; devem ser escritos de modo legível, em caso de erros, não se deve ocultar o registro inicial, ou seja, faz-se o desenho de uma linha sobre o item incorreto, a escrita de "registro incorreto", e a efetivação do registro. O uso de corretores, borrachas ou linhas cruzadas não são aceitos; a escrita deve ser de acordo com a norma gramatical e só devem ser incorporadas as abreviações aprovadas para uso no local de trabalho específico⁽⁶⁾.

Ressalta-se, ainda, a importância de não deixar espaços em branco em uma anotação, já que poderiam ser acrescentadas anotações incorretas por outra pessoa⁽⁷⁾. Uma anotação que contenha as informações técnicas e subjetivas irá colaborar para a assistência integral, pois ao deixar de registrar todos os processos da relação do cuidar, deixa-se alguns aspectos do cuidado que fazem parte do cotidiano do paciente. Todavia, tem-se percebido que a enfermagem não tem dado o merecido valor aos elementos subjetivos do cuidado, uma vez que tais informações são ausentes nos prontuários⁽⁸⁾.

O código de ética dos profissionais de enfermagem, na Resolução COFEN 311/2007, estabelece que é de responsabilidade da enfermagem, conforme o Art. 25, registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar; também é direito deste profissional, de acordo com o Art. 68, registrar informações relativas ao processo de cuidar do indivíduo, tanto no prontuário como em outros documentos próprios da enfermagem. Nos Art. 71 e 72, que tratam das responsabilidades e deveres, estabelece que é dever da enfermagem incentivar o registro e fazê-lo de forma clara, objetiva e completa⁽⁹⁾.

Dessa forma, o profissional enfermeiro, que é um educador na sua essência, deve sensibilizar os membros dessa equipe quanto à importância da anotação e do envolvimento no processo de trabalho, uma vez que este é responsável pelos resultados obtidos por sua equipe. Podendo utilizar ferramentas educativas para este fim, sempre enfatizando que a anotação servirá como respaldo legal sobre a qualidade da assistência prestada ao

cliente e quanto aos valores que a instituição receberá ou não dependendo desse registro⁽⁴⁾.

A Resolução COFEN — 191/1996 que dispõe sobre a forma de anotação e o uso do número de inscrição pelo profissional de enfermagem, em seu Art 5º Parágrafo III afirma que “é obrigatório o uso do número de inscrição ou da autorização, pelo pessoal de Enfermagem em todo documento firmado, quando do exercício profissional”^(10:1).

Observou-se, em um estudo realizado sobre o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares, que a não anotação de enfermagem representou um custo para uma instituição no valor de R\$ 16.085,28, mostrando sua importância, pois a maioria das justificativas encontrava-se suportada apenas em registros de enfermagem⁽⁴⁾.

Somado a isso, em nosso país existe um sistema de avaliação que tem o intuito de avaliar a qualidade da assistência à saúde realizada no hospital, chamada de Acreditação Hospitalar. Esta avaliação se dá através do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (MBAH), no qual a enfermagem está incluída na seção “Serviços Profissionais e Organização da Assistência”, apresentando uma subseção, na qual afirma que os registros de todos os atendimentos realizados devem ser feito no prontuário do paciente e que os Registros de Enfermagem devem ser completos, legíveis e assinados⁽¹¹⁾.

Entretanto, a documentação da assistência de enfermagem é um ponto deficiente no processo de assistência dessa profissão, e que em muitas instituições tais anotações não são realizadas. As causas atreladas a essa deficiência se devem ao quantitativo de recursos humanos, que pode acabar por ocasionar estas falhas, uma vez que a equipe de enfermagem estará prestando os cuidados aos clientes, acabando por faltar tempo necessário para realização dos registros; a ausência de formas estruturadas para a coleta de dados e a falta de um sistema integrado para que os dados sejam processados e recuperados^(2,4).

Um aspecto importante que contribui para a deficiência ou até mesmo a falta dos registros pelos enfermeiros é que, em sua prática, muitas vezes, este se encontra afastado do cuidado direto ao paciente, pois está envolvido com atividades administrativas, burocráticas, deixando de realizar o gerenciamento da assistência, e outras atividades que devem desempenhar⁽¹²⁾.

Na instituição hospitalar, a maioria das informações registradas limita-se ao registro de dados apresentados pelo paciente, mostrando que há a necessidade de sistematizar os registros de enfermagem, para que este seja realizado adequadamente e, assim, possa proporcionar uma assistência eficiente. Ressalta-se ainda que, frequentemente, a maioria dessas informações é realizada pelos profissionais de nível médio, os técnicos e auxiliares de enfermagem⁽⁸⁾.

Diante do exposto e da observação na prática diária dos enfermeiros da enfermaria de um hospital pediátrico de ensino, localizado no município de Natal/RN, na qual se percebeu que estes registram os dados advindos da visita diária aos pacientes em um instrumento de visita individualizado, com roteiro do tipo *Checklist*, sendo este colocado no prontuário ao final de cada dia. Devido à falta de sistematização da assistência de enfermagem e aos problemas existentes de vários âmbitos, nem sempre estes existem, sendo retomado o formulário da antiga visita de enfermagem, que não faz parte do prontuário do paciente. Diante deste problema, questiona-se: Os enfermeiros realizam registros no prontuário do paciente? Como estão os registros dos enfermeiros nos prontuários?

A importância deste estudo está em fornecer dados que reforcem a necessidade de implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que consiste numa metodologia de trabalho que dá concretude ao processo de enfermagem na prática e cujas etapas conferem habilidades ao enfermeiro de diagnosticar, intervir e avaliar, possibilitando o desenvolvimento de ações que alteram o estado do processo de saúde doença dos indivíduos⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Assim, este estudo objetiva: caracterizar os registros realizados pelo enfermeiro no prontuário do paciente de um Hospital de Pediátrico de Ensino e demonstrar as informações que estão neles contidas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem quantitativa. Consiste numa ação que precedeu uma pesquisa de mestrado, cujo título é **Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em um Hospital Pediátrico de Ensino**: um trabalho em equipe, ano 2010, com o objetivo de subsidiar informações complementares ao diagnóstico situacional da prá-

tica de enfermagem, neste hospital, sem a sistematização da assistência.

Uma vez que esta pesquisa de mestrado foi desenvolvida sob a forma de pesquisa ação, necessitava de um diagnóstico situacional. Esta metodologia consiste em uma pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo⁽¹⁵⁾.

A pesquisa foi realizada em um Hospital Pediátrico de Ensino do município de Natal/RN, o qual atende crianças na faixa etária de zero a dezesseis anos. Este estudo foi realizado com a revisão dos prontuários em processo de faturamento e arquivo. A amostragem foi aleatória, abrangendo 30% dos prontuários de pacientes com altas e óbitos do mês de Julho de 2009, correspondendo a 23 prontuários. A coleta de dados foi realizada em Agosto de 2009, através da análise dos prontuários de pacientes, observando se continham registros de enfermeiros, e em que consistiam essas anotações. A análise dos dados teve o auxílio do programa Excel 2007.

O projeto foi aprovado pelo CEP/UFRN com protocolo nº 139/2009. Este estudo foi estruturado baseado no objetivo sobre diagnóstico situacional, presente na metodologia da pesquisa-ação.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dados foram agrupados em duas categorias: a existência de registro e informações contidas neles. Dos 23 prontuários pesquisados, 16 (70%) tinham algum tipo de registro de enfermeiro, dos quais 8 (35%) eram folhas de evolução do tipo *checklist* presentes na rotina do hospital, neste continha dietoterapia, oxigenoterapia, sinais vitais/controles, queixas álgicas, alterações laboratoriais, cateteres, presença de drenos e dispositivos, antibióticos e drogas em uso, observações, exame físico (abdome, curativos, eliminações vesical e intestinal, exames realizados e os pendentes), parecer médico, intercorrências, assinatura da enfermeira; 5 (22%) desses registros eram admissões no Centro Cirúrgico (CC), 2 (9%) folhas de evolução apenas com nota da alta do paciente, apenas 1 (4%) tinha registro do paciente, referentes aos cuidados de enfermagem a ele prestados (Tabela 1).

Tabela 1 — Tipo de Registros do Enfermeiro encontrados nos prontuários de um Hospital Pediátrico de Ensino. Natal, RN, Brasil, 2009

Tipos de Registros do Enfermeiro	N	%
Folhas de evolução do tipo <i>checklist</i>	08	35%
Admissões no Centro Cirúrgico (CC)	05	22%
Folhas de evolução com nota da alta do paciente	02	9%
Registro do paciente	01	4%

Fonte: Prontuários dos pacientes do mês de Julho/2009, Hospital Pediátrico de Ensino. Natal/RN, 2009.

Vale salientar que o percentual de 70% (setenta por cento) de registros de enfermeiros encontrados nos prontuários não significa que corresponde ao percentual de registros dos prontuários, uma vez que a pesquisa concentrou-se na existência de algum tipo de registro de enfermeiro, por vezes foram encontrados um único registro em todo o prontuário, realizado por esta categoria. Diante deste dado, inviabilizaria realizar a análise apenas nos registros feitos pela categoria de enfermeiros, desta forma, a análise da qualidade dos registros foi feito em todos os registros de enfermagem, incluindo técnicos e auxiliares de enfermagem, que constituem percentual mais significante dos registros.

Em relação às informações que devem estar contidas nos registros, foram observadas cinco características importantes, sendo elas a presença de datas e horas, espaço em branco e a legibilidade, procedimentos de enfermagem, saída do paciente por alta ou pelo óbito e assinatura do profissional. Dos 23 prontuários estudados que tinham registros da equipe de enfermagem, conforme Tabela 2, 6 (26%) haviam registro da hora de realização dos procedimentos pela enfermagem, 8 (35%) tinham a data da anotação; 12 (52%) registros não apresentavam espaço em branco, mas 4 (17%) com espaço em branco; não havia rasura em nenhum registro. Quanto a legibilidade 7 (30%) registros apresentavam a letra legível, sendo classificado como Bom; 3 (13%) houve dificuldade para ler (Regular) e em 6 (26%) não estava legível (Ruim); as abreviaturas existiam em 7 (30%) registros e eram compreensíveis.

Com relação aos registros de procedimentos de enfermagem, apenas 6 (26%) anotações possuíam essa informação. E quanto a saída e/ou óbito de paciente, haviam 2 (9%) anotações que comunicavam a alta. Quanto às assinaturas, verificou-se que a assinatura estava presente em 15 (65%), sendo representada pela rubrica ou pelo primeiro nome, sem o número do COREN nem

a categoria profissional, não sendo possível identificar o cargo do profissional de enfermagem, se técnico de enfermagem ou enfermeiro.

Tabela 2 — Informações contidas nos registros da equipe de enfermagem de um Hospital Pediátrico de Ensino. Natal, RN, Brasil, 2009

Informações contidas nos registros	N	%
Data do registro	08	35%
Hora do registro	06	26%
Espaço em Branco	04	17%
Rasura	00	0%
Legibilidade		
BOM	07	30%
REGULAR	03	13%
RUIM	06	26%
Abreviaturas	07	30%
Procedimentos de Enfermagem	06	26%
Saída do paciente por alta ou óbito	02	9%
Assinatura do profissional	15	65%

Fonte: Prontuários dos pacientes do mês de Julho/2009, Hospital Pediátrico de Ensino. Natal/RN, 2009.

O estudo mostra que os registros de enfermagem estão deficientes, embora a resolução COFEN 311/2007⁽⁹⁾, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem afirme, que é direito, dever e responsabilidade do enfermeiro registrar informações relativas ao processo de cuidar do indivíduo, no prontuário e em outros documentos próprios da enfermagem. Observa-se que os registros realizados estão ilegíveis e não são claros, seja no conteúdo ou nas assinaturas, contrariando um dos requisitos essenciais para os registros⁽⁶⁾.

Em concordância com esse achado, outro estudo aponta que os registros de enfermagem são um ponto deficiente no processo de assistência dessa profissão, e que não é realizada em muitas instituições de saúde⁽²⁾. E que a carência de carimbos, relato de hora de início e término, falta de assinatura ou a falta de relato na evolução de enfermagem incidem em glosa hospitalar⁽⁴⁾.

O estudo mostrou ainda que haviam espaços em branco, embora, seja importante não deixá-los pois informações incorretas podem ser acrescidas⁽⁷⁾. Contrariando o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar⁽¹¹⁾ e a Resolução COFEN — 191/1996⁽¹⁰⁾, que afirmam ser obrigatório colocar o número de inscrição em todo documento firmado, quando estiver exercendo a profissão, os profissionais de enfermagem não cumprindo-os, umas vez que esta inscrição os identificam como profissional da área, mas apenas rubrica, o que dificulta a identificação de quem realizou o registro.

Observa-se ainda que os enfermeiros estão se detendo a fazer admissão do paciente no centro cirúrgico, mas não fazem nenhuma evolução após; que os registros são raros nas enfermarias, salvo em situações de maior gravidade, como a assistência em uma urgência ou mesmo um óbito. Isso mostra que os registros dos enfermeiros são deficientes e não estão inseridos na sua prática como profissional⁽²⁾.

Esses dados permitem uma reflexão acerca do real papel dos hospitais de ensino e do que se observa no cotidiano desses hospitais. Os hospitais de ensino em relação à formação, como qualquer outro equipamento de saúde, servem de referência para todos os estudantes e por isso, necessitam de trabalhadores que atuem em conformidade com a exigência da Resolução COFEN 311/2007 e da Acreditação Hospitalar, ao mesmo tempo em que cumpre um papel fundamental na conformação do perfil dos trabalhadores da área da saúde, como espaço privilegiado de aprendizagem durante a formação, seja técnica, de graduação ou de pós-graduação⁽¹⁶⁾.

Os hospitais de ensino são importantes, uma vez que complementam o ensino acadêmico nas profissões de saúde, e permite a interação entre ensino e prática em saúde, sendo mais adequado conduzir o ensino em saúde pela prática do que proceder o caminho inverso, que é o traçado pelos hospitais universitários de ensino. Diante disso, observa-se que muitas vezes a teoria que é vista nos cursos difere do que é observado na prática. Por exemplo, a sistematização da assistência de enfermagem, é visto no curso de enfermagem, mas ao adentrar a prática o graduando não encontra essa metodologia de assistência implementada nos serviços de saúde⁽¹⁷⁾.

CONCLUSÕES

Este estudo contribuiu para confirmar a desvalorização dos registros feitos pela enfermagem na prática cotidiana, como é observado nos diversos estudos sobre o assunto. Ressalta-se que os enfermeiros estão realizando poucos registros de enfermagem, colaborando, assim, com a sua própria invisibilidade, na medida em que empobrece as informações dos cuidados prestados ao cliente em seu prontuário e contribui para a glosa hospitalar.

Em relação aos registros encontrados feitos por enfermeiros, pode-se observar que se resumem ao preenchimento de uma folha de evolução, quando presente na instituição; a admissão ao centro cirúrgico, sem maio-

res detalhes; e a poucos registros de alta do paciente. Assim, demonstram que têm pouco conhecimento sobre esse instrumento de comunicação e sobre sua importância, uma vez que só registram o mínimo necessário nos prontuários dos pacientes. Diante disso, verificamos a necessidade de se discutir com os profissionais sobre esse tema, para que reflitam e compreendam o processo de trabalho e a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Ressalta-se ainda que os registros de enfermagem não devem ser encarados como um simples cumprimento de norma burocrática, passível de esquecimento. É preciso que se tenha a noção de sua real importância e das implicações decorrentes do não preenchimento correto deste documento. Contudo, salienta-se a importância do compromisso, da responsabilidade, da competência técnico-científica e o resgate do trabalho da enfermagem, o qual é registrado nas anotações acerca da assistência aos pacientes.

A discussão e reflexão crítica sobre a dicotomia existente entre o ensino e a prática, ainda muito presente no Hospital de Ensino estudado, observa-se que na realidade precisa de investimentos técnicos e científicos da instituição e do órgão formador para que possa cumprir a sua missão na sociedade.

Espera-se que este estudo contribua para a reflexão acerca da importância dos registros de enfermagem, e aponte como proposta de valorização desta prática a necessidade de implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), em todas as instituições de assistência em saúde, para crescimento e valorização da enfermagem.

REFERÊNCIAS

- Matsuda LM, Silva DMPP, Yolanda Évora DM, Coimbra JAH. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? *Rev Eletr Enf.* 2006; 8(3):415-21.
- Labbadia LL, Adami NP. Avaliação das anotações de enfermagem em prontuários de um hospital universitário. *Acta Paul Enferm.* 2004; 17(1):55-62.
- Abdon JB, Dodt RCM, Vieira DP, Martinho NJ, Carneiro EP, Ximenes LB. Auditoria dos registros na consulta de enfermagem acompanhando o crescimento e desenvolvimento infantil. *Rev Rene.* 2009; 10(3):90-6.
- Ferreira TS, Souza-Braga AL, Cavalcanti-Valente GS, Souza DF, Carvalho-Alves EM. Auditoria de enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. *Aquichan.* 2009; 9(1):38-49.
- Costa SP, Paz AA, Souza EN. Avaliação dos registros de enfermagem quanto ao exame físico. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010; 31(1):62-9.
- Ochoa-vigo K, Pace AE, Santos CB. Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade especializada. *Rev Latino-am Enferm.* 2003; 11(2):184-91.
- Ochoa-Vigo K, Pace AE, Rossi LA, Hayashida M. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2001; 35(4):390-8.
- Roque KE, Melo ECP, Tonini T. Pós-operatório de transplante renal: avaliando o cuidado e o registro do cuidado de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2005; 11(3):409-16.
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 311/2007. Dispõe sobre o Código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN; 2007.
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 191/1996. Dispõe sobre a forma de anotação e o uso do número de inscrição ou da autorização. Legislação COFEN [Internet]. [citado 2011 mar 10]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4250>.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Manual brasileiro de acreditação hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- Costa RA, Shimizu HE. Estudo das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros em um hospital-escola. *Rev Esc Enferm USP.* 2006; 40(3):418-26.
- Truppel TC, Meier, MJ, Calixto RC, Peruzzo, AS, Crozetta K. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm.* 2009; 62(2): 221-7.
- Crossetti MGO, Barros ALBL, Brandão MAG, Nóbrega MML, Corbellini, VL, SAE: sistematização da assistência de enfermagem. *Rev Enferm Atual.* 2007; 7(42):9-16.
- Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 13ª ed. São Paulo: Cortez; 2004.
- Feuerwerker LCM, Cecilio LCO. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007; 12(4):965-71.
- Medici AC. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. *Rev Assoc Med Bras.* 2001; 47(2):149-56.

Recebido: 02/09/2010

Aceito: 03/05/2011