



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE**

**ALZENIR FERREIRA SOARES**

**A IMPORTÂNCIA DAS ANOTAÇÕES DE  
ENFERMAGEM: ASPECTOS ÉTICOS LEGAIS**

ARIQUEMES - RO  
2012

**Alzenir Ferreira Soares**

**A IMPORTÂNCIA DAS ANOTAÇÕES DE  
ENFERMAGEM: ASPECTOS ÉTICOS LEGAIS**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito à obtenção do grau de Bacharel.

Prof<sup>a</sup>. Orientadora: Ms Damiana Guedes da Silva

Ariquemes – RO

2012

**Ficha Catalográfica elaborada pela bibliotecária Elaine de Oliveira Machado CRB11/848, na Biblioteca “Júlio Bordignon”, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA em Ariquemes/RO.**

610.7307  
S676a

SOARES, Alzenir Ferreira

A importância das anotações de enfermagem: aspectos éticos legais.  
/ Alzenir Ferreira Soares – Ariquemes: [s.n], 2012.  
33f.il .; 30cm.

Monografia de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) –  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Ms. Damiana Guedes da Silva

1. Prontuário 2. Enfermagem 3. Registros médicos. I. SOARES,  
Alzenir Ferreira. II. Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.  
III. Importância das anotações de enfermagem: aspectos éticos.

**Alzenir Ferreira Soares**

**A IMPORTÂNCIA DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:  
ASPECTOS ÉTICOS LEGAIS**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito à obtenção de grau Bacharel.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Orientadora: Ms. Damiana Guedes da Silva  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

---

Prof<sup>a</sup>. Esp. Sharon Maclaine. Fernandes da Silva  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

---

Prof<sup>a</sup>. Esp. Denise Fernandes de Angelis Chocair  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Ariquemes, 14 de junho de 2012

*Aos meus filhos: Taíza e Kenny;*

*À minha mãe Maria e*

*Ao meu pai Valdir (in memoriam).*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por me conceder a vida, para que eu pudesse realizar esse sonho tão almejado obrigado Senhor.

A minha mãe que é um verdadeiro exemplo de vida pra mim, que em suas orações clamava a Deus para dar-me mim força, para que pudesse superar todas as dificuldades nessa trajetória.

Aos meus colegas de trabalho muito obrigada! Sei que muitas vezes deixaram de estar ao lado de seus familiares em momento de lazer, para fazer o meu plantão, portanto, sou grata a vocês por tudo que fizeram por mim.

A meus filhos, Taíza e Kenny, que são a minha verdadeira razão de viver, obrigada por compreender a minha ausência ao longo dessa caminhada, e chegar à realização desse objetivo amo vocês.

Aos meus colegas de classe, em especial ao meu grupo de estágio Elza, Juliana, Pedro, vocês foram verdadeiros companheiros, sempre compreendendo as dificuldades e diferenças de cada um.

A minha orientadora muito obrigada por compreender as minhas limitações na elaboração deste trabalho e por estar ao meu lado nesta conquista.

A todos os professores que contribuíram para minha formação acadêmica.

*“Fazer e não registrar  
registrar e não informar  
Informar e não monitorar  
Monitorar e não avaliar  
é o mesmo que não fazer.”*

*(Autor desconhecido)*

## **RESUMO**

Nas unidades de saúde, o prontuário não se restringe somente em armazenar informações inerentes ao cuidado, visto que ele beneficia direto e indiretamente: a instituição, o paciente, a equipe e também colabora no ensino e pesquisa. Trata-se de pesquisa de revisão de literatura descritiva, exploratória e quantitativa no período de agosto 2011 a março de 2012, com o objetivo de realizar uma revisão de literatura sobre a importância das anotações de enfermagem e seus aspectos éticos legais. A coleta e análise das referências ocorreram nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e em livros da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA. No percurso metodológico foram encontradas 229 referências e sendo utilizadas 43 dentre as quais 33 (77%) em periódicos nacionais, 2 (5%) em inglês, 2 livros (5%) e 6 (14%) acervo pessoal. Observou-se, nesta revisão, que o prontuário é um documento que reúne informações pertinentes aos cuidados prestados ao paciente, sendo importantes que os profissionais envolvidos na assistência utilizem o mesmo para validar suas ações. Considerando-se que as anotações registradas valorizam a qualidade da assistência oferecida ao paciente.

**Palavras chave:** Enfermagem, Prontuário e Registros médicos.



## ABSTRACT

In health units, the records is not restricted only to store informations related to cares, because it benefits, direct and indirectly, the institution, the patient, the team and also contributes in teaching and research. This study is about research review of the literature: descriptive, exploratory and quantitative, in period from August 2011 to March 2012, with the objective to realize a review of the literature about the importance the annotations from nursing and their legal ethical aspects. The collect and analysis of the references occurred with data bases of Virtual Health Library (VHL), and in books the Library Julius Bordignon, Faculty of Education and Environment - FAEMA. During the methodological trajectory were found 120 references, having being used 40 among which 33 (77%) in periodicals national, two (5%) in English , two books (5%) and 06 personal collection (14%). It was observed in this examination, that the records is a document than gathers informations relating to cares offered to patient, being important that the involved professionals with the assistance, using the same value to validate their actions. Considering that the registered annotations, gives value to quality the assistance offered to patients.

**Key words:** Nursing, Registers, Medical Registers

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

aC	Antes de Cristo
Art.	Artigo
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN - RO	Conselho Regional de Enfermagem de Rondônia
Decs	Descritores
EUA	Estados Unidos da América
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAME	Serviço de Arquivos médico e Estatístico
SIBS	Sistema Brasileiro de Informática
SP	São Paulo
USP	Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>11</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	11
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>12</b>
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>14</b>
4.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E AS FINALIDADES DO PRONTUÁRIO .....	14
4.1.1 Aspectos Históricos.....	14
4.1.2 Finalidades do Prontuário .....	16
4.1.3 Tipos de Prontuário.....	17
4.1.3.1 Prontuário de Papel.....	18
4.1.3.2 Prontuários Eletrônico .....	18
4.2 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS E OS TIPOS DE REGISTROS DE ENFERMAGEM.....	19
4.2.1 Aspectos Éticos Legais .....	19
4.2.2 Tipos de Registros de Enfermagem .....	20
4.2.2.1 Anotações de Enfermagem .....	21
4.2.2.2 Evolução de Enfermagem.....	21
4.3 A IMPORTÂNCIA DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM NA PRÁTICA PROFISSIONAL .....	22
4.3.1 Características das Anotações .....	24
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>25</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>26</b>



## INTRODUÇÃO

Desde os tempos remotos que o prontuário é um documento que vem sendo utilizado para comprovar a assistência prestada aos pacientes, através de anotações realizadas pelos profissionais. (SILVA e NETO, 2007). Com o avanço da tecnologia ele veio se modernizando para garantir a integridade e segurança das informações, sendo que esse meio de modernização veio facilitar o acesso dos profissionais ao prontuário. (PERES et al., 2009).

Posteriormente, com o desenvolvimento da enfermagem moderna, os escritos relacionados à assistência foram nomeados como anotações ou registros de enfermagem, sendo assegurado pelo art. 14 do decreto 94.406/87. (COREN-RO, 2011). As anotações realizadas pelos profissionais de enfermagem são de fundamental importância, por estarem diretamente ligadas à assistência ao paciente, uma vez que passam a maior parte do tempo executando procedimentos, os quais só podem ser comprovados através das anotações realizadas em prontuário (CARVALHO; NOGUEIRA, 2006).

Costa et al., (2010) enfatiza que é dever dos profissionais de enfermagem realizar as anotações referente à assistência oferecida, pressupondo que, se o procedimento não é anotado, o profissional não tem como comprovar suas ações.

Para um atendimento sistemático é necessário que as anotações sejam escritas de forma coerente em relação aos cuidados, explicando as intervenções decorrentes do ato realizado. (MELO; PEDREIRA, 2005). Alguns critérios são necessários para elaboração das mesmas visto que estas ultimamente vêm sendo utilizada para fins de faturamento e auditoria, visando à qualidade da assistência prestada à população. (OLIVEIRA; CADETTE, 2008).

Este estudo teve como tema a importância do registro de enfermagem, visto que ele é um dos elementos primordiais na comprovação das ações dos profissionais envolvidos nos cuidados aos pacientes. Justifica-se a elaboração deste trabalho pela reflexão realizada a partir da formação acadêmica e vivência profissional.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Revisar a literatura sobre a importância das anotações de enfermagem na prática profissional.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever os aspectos históricos e as finalidades dos prontuários;
- Identificar os aspectos éticos legais e os tipos de registros de enfermagem;
- Elencar a importância dos registros de enfermagem na prática profissional.

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, de caráter descritivo, exploratório e quantitativo.

A revisão sistemática da literatura consiste em uma revisão planejada, que responde a uma pergunta específica e utiliza métodos explícitos e sistemáticos para identificar, selecionar e avaliar criticamente os estudos diminuindo, portanto, o vies na seleção destes, permitindo sintetizar estudos sobre problemas relevantes de forma objetiva e reproduzível, por meio de método científico. (GALVÃO, SAWADA, TREVISAN, 2004).

Contribuindo para o apontamento de lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. (MENDES, SILVERIA, GALVÃO, 2008).

Neste estudo utilizou-se a análise descritiva, onde foi calculada a frequência absoluta e relativa dos dados, fundamentada em autores e a questão norteadora elaborada para a seleção dos artigos do estudo foi: Qual a importância das anotações de enfermagem na prática profissional?

O levantamento das publicações foi realizado no mês de agosto de 2011 a abril de 2012, deu-se por consulta às bases de dados indexadas, a saber: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Biblioteca Virtual de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo (USP), Os descritores utilizados foram: Enfermagem, Prontuário e Registros médicos.

Não esgotando as buscas também foram utilizados Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, livros da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

O delineamento dos referenciais compreendeu entre 2004 a 2012, onde foram incluídos os estudos disponíveis na íntegra que evidenciam a importância das anotações de enfermagem, publicadas na língua portuguesa e inglesa, em periódicos nacionais e internacionais, sem estabelecimento de intervalo temporal. Após a leitura dos artigos, foram excluídos os que não guardavam relação com a temática estudada e/ ou que não atendiam aos critérios de inclusão anteriormente descritos.

Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento para garantir a transcrição dos seguintes itens: base de dados pesquisados ou biblioteca, descritores (Decs),

quantidade de artigos encontrados, quantidade de artigos utilizados, ano de publicação dos artigos utilizados, idioma e percentual, com o objetivo de garantir o desenvolvimento da revisão com rigor metodológico, utilizando-se o critério para análise de comunicações científicas, com base nos conceitos para análise de conteúdo.

O QUADRO -1 mostra o detalhamento metodológico de coleta de dados, onde foram encontradas 229 referências e sendo utilizadas 43 dentre as quais se dividem nas seguintes categorias: 33 (77%) em periódicos nacionais, 02 (5%) em inglês, 02 (5%) em livros e 06(14%) acervo pessoal.

Após o levantamento dos dados, foi realizada a análise descritiva, onde foi calculada a frequência absoluta e relativa dos dados, fundamentada em autores.

BASE DE DADOS PESQUISADA OU BIBLIOTECA	DECS	QUANT. DE ARTIGOS ENCONTRADOS	QUANT. DE ARTIGOS UTILIZADOS.	ANO DE PUBLICAÇÃO DOS ARTIGOS UTILIZADOS	IDIOMA	% PERCENTUAL
<b>BVS</b>	Enfermagem	120	13	2007	PT	30%
	Prontuário and enfermagem	42	10	1975-2011	PT* IN*	23%
	Registros médicos and enfermagem	28	5	2007	PT*	12, %
<b>Biblioteca da USP</b>	Anotações de enfermagem	39	2	2007	PT*	5%
<b>Site: GooGle acadêmico</b>		-	5	-	PT*	12, %
<b>Biblioteca Júlio Bordignon Acervo pessoal</b>		-	2	2005-2007	PT*	5%
		-	6	2005-2007	PT*	14%
<b>Total</b>		229	43	-	-	100%

Fonte: Instrumento adaptado de GUEDES-SILVA, 2012. LEGENDA: Português (PT\*); Inglês (IN\*).

Quadro 1- Detalhamento Metodológico de Coleta de Dados



## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 ASPECTOS HISTÓRICOS EAS FINALIDADES DO PRONTUÁRIO

#### 4.1.1 Aspectos Históricos

A palavra prontuário é de origem latina *promptuariu* que possui o significado de local destinado a organizar e arquivar informações, que podem ser utilizadas a qualquer momento devendo o mesmo estar disponível e de fácil acesso. (FERREIRA, 2010).

Desde os primórdios os médicos já se preocupavam em documentar de alguma forma os seus procedimentos. No século V antes de cristo (a.C), o médico Hipócrates (460-377 a.C), foi um dos idealizadores responsáveis desta prática onde realizava suas anotações particulares ordem cronológica. (POSSARI; 2007). Desses escritos, o documento mais antigo de que se tem conhecimento é o papiro de Edwin Smith, cujo conteúdo era referente a casos clínicos e cirúrgicos. Este manuscrito é do ano de 1660 a.C. e traduzido em 1862. (ITO et al, 2011). Onde é demonstrado na figura nº 1



FIGURA 1 – Primeiro prontuário: Papiro Cirúrgico de Edwin Smith  
Fonte: (GOOGLE ACADÊMICO, 2012)

Ao longo do tempo foi ocorrendo aprimoramento em relação ao prontuário, visto que, em 1880, William Mayo, fundador da Clínica Mayo, em Minnesota, nos

Estados Unidos, observou que para cada paciente existia um prontuário por especialidade, ou seja, se um paciente recebesse tratamento cardiológico e cirúrgico haveria duplicidade de prontuários. Sendo assim, em 1907, a Clínica Mayo passa a implantar um único registro de informações, arquivando as informações de forma agrupada, dando origem ao registro médico centrado no paciente. (MASSAD, 2003<sup>1</sup> apud HAYASHI, 2009, p.20).

Os mesmos autores acima complementam que, a partir 1920 as instituições de saúde passaram a padronizar os conteúdos dos registros, definindo um conjunto mínimo de dados que devem ser anotados criando apresentação mais sistemática da informação médica.

No Brasil, a padronização e implantação dos prontuários sucederam no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo (SP) em 1943, dando origem ao serviço de arquivos médicos, hoje conhecidos como “SAME” (Serviço De Arquivo Médico e Estatístico), tendo como participante desse processo a professora Dra Lurdes de Freitas Carvalho, após realizar estudos relacionados ao sistema de arquivamento nos hospitais dos Estados Unidos (EUA); posteriormente este sistema foi sendo adotado pelo Instituto de Presidência Social (INPS), contribuindo assim para sua consolidação nacional até os dias atuais. (CARVALHO, 1975<sup>2</sup>, apud CARRIJO, 2007, p. 15).

Atualmente o prontuário continua sendo utilizado como um instrumento indispensável nas instituições de saúde, tendo em vista que possibilita o arquivamento das informações inerentes ao processo de cuidado dos pacientes que estão submetidos a tratamento terapêutico, porém precisa conter informações claras, concisas e organizadas para validar as informações registradas. (PRESTES Jr; RANGEL, 2007).

Segundo o Código de Ética Médica, aprovado pela resolução n.º 1246/88, estabelece, no artigo 69, a obrigatoriedade de elaboração de um prontuário médico para cada paciente, podendo ser elaborado de forma manuscrita, como também de forma eletrônica. Neste mesmo código, na resolução 1. 638/2002 do Conselho Federal Medicina (CFM), em seu artigo 2, atribui aos profissionais médicos

---

<sup>1</sup> MASSAD E, Marin HF, Azevedo Neto RS. **O Prontuário Eletrônico do Paciente na Assistência, Informação e Conhecimento Médico**, SÃO PAULO, OPAS/OMSDIMFMUSP/NIEN – UNIFESP; 2003, Disponível em: URL: [HTTP://WWW.USP.br/Fm/dim/livros/dim.php](http://www.usp.br/Fm/dim/livros/dim.php) [2007jun12].

<sup>2</sup>CARRIJO, Lurdes de Freitas. **Serviço de Arquivo Médico e Estatístico de um Hospital**. Assoc.Paul.Hosp.1984;3ªed.,149 - 52.

assistentes e demais profissionais que prestam assistência ao paciente, a responsabilidade da elaboração do prontuário, visto que viabiliza a assistência através da comunicação escrita entre os profissionais que executam os cuidados.

Essa mesma resolução afirma que alguns itens são de caráter obrigatório e indispensável para elaboração do prontuário como: nome, endereço, filiação, estado civil, profissão, idade, sexo, escolaridade, anamnese, exame-físico, prescrições médicas; além das prescrições de procedimentos que detalham informações do estado clínico do paciente, como: sinais vitais, relatórios de enfermagem, descrição cirúrgica, anestésica, evolução diária.

#### 4.1.2 Finalidades do Prontuário

Nas unidades de saúde, o prontuário não se restringe somente em armazenar informações inerentes ao cuidado, visto que ele beneficia direto e indiretamente: a instituição, o paciente, a equipe e também colabora no ensino e pesquisa, como detalhado no quadro 2 , segundo Possari (2007) e Prestes (2007)

Finalidades	
<b>Hospital</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permitir avaliar o padrão dos serviços oferecidos pelas instituições</li> <li>• Evitar solicitações de exames e procedimentos já realizados</li> <li>• Torna-se indispensável para comprovação de falhas</li> </ul>
<b>Paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agrupa um resumo histórico da patologia a ser tratada evitando perguntas desnecessárias</li> <li>• Direciona o tratamento a ser realizado</li> <li>• Reduz sua permanência na instituição de tratamento</li> <li>• Evitar gastos desnecessários</li> </ul>
<b>Para Equipe de Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constitui o principal meio de comunicação entre os profissionais, envolvidos no cuidado.</li> <li>• Direciona ações educativas e preventivas voltadas para um determinado grupo de risco.</li> <li>• Permitir realizar a descrição dos cuidados prestados a um determinado cliente.</li> <li>• Acompanhar o resultado dos cuidados de uma forma integral e sistematizada.</li> </ul>
<b>Para o ensino</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É considerado verdadeiro bancos de dados, pois permite o levantamento estatístico de diversas causas, apoio em pesquisa e estudo de casos.</li> <li>• Direciona ações educativas e preventivas voltadas para um determinado grupo de risco.</li> <li>• Auxiliar na análise das condutas terapêuticas adotadas.</li> </ul>

Fonte: POSSARI (2007) e PRESTES (2007)

QUADRO 2 - Finalidades do prontuário

### 4.1.3 Tipos de Prontuário

Independente do tipo de prontuário utilizado, Silvia e Neto (2007) relata que as informações descritas nos mesmo são consideradas fidedignas, possuindo, portanto, valor jurídico, devendo ser zelado e guardado com todo o cuidado, seguindo a risca o método para arquivo, pois, caso contrário, papéis poderão ser perdidos e, até mesmo, corre o risco de não ser encontrados. Atualmente eles se apresentam em duas categorias: prontuário em papel e prontuário eletrônico do paciente (PEP).

#### 4.1.3.1 Prontuário de papel

Segundo Possari (2007), este tipo de documento vem sendo utilizado pelos profissionais ao longo de todo esse tempo, com o objetivo de comprovar a atuação dos profissionais envolvidos no cuidado, embora as vantagens a ele atribuídas não estejam sendo suficiente para garantir a sua permanência nas instituições de saúde.

O Quadro 3 demonstra com detalhes as vantagens e desvantagens do prontuário de papel para melhor compreensão, segundo o Sistema Brasileiro de Informática em Saúde- SIBS (2012).

<b>PRONTUÁRIO DE PAPEL</b>	
<b>Vantagens</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispensa a necessidade de treinamento específico para o seu uso.</li> <li>• Não necessita da utilização do sistema elétrico.</li> <li>• Fácil manuseio.</li> <li>• Livre árbitro na escrita.</li> </ul>
<b>Desvantagens</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possui um custo elevado para a sua manutenção e preservação;</li> <li>• As anotações podem sofrer alterações com o decorrer dos anos devido à fragilidade do material;</li> <li>• Ordens das páginas são aleatórias evidenciando as desorganizações;</li> <li>• O Levantamento dos dados para fins de Pesquisas é lento;</li> <li>• Duplicidades de informações;</li> <li>• Necessita de um espaço físico e refrigerado para o armazenamento;</li> <li>• Dificuldade na interpretação de informações devido à elegibilidade da escrita;</li> <li>• Acesso limitado não permitindo sua utilização por mais de profissional ao mesmo tempo;</li> <li>• Falta de padronização;</li> <li>• Possui baixa mobilidade.</li> </ul>

Fonte: Sociedade Brasileira de Informática em Saúde- SIBS (2012)

Quadro 3 - Vantagens e Desvantagens do Prontuário de Papel

#### 4.1.3.2 Prontuários Eletrônicos

Com o avanço tecnológico e surgimento de novas mudanças na era digital, surge o prontuário eletrônico inovando totalmente as características do prontuário em papel. (SCHOUT; NOVAES, 2007), devido agrupar o maior número de informações registradas do paciente, dispensando o acúmulo de papel e proporciona mudanças relevantes em todos os departamentos da instituição de saúde que o adere. (ITO et al., 2011).

Segundo a Resolução Nº 1821/2007 do Conselho Federal de Medicina (CFM) e Sistema Brasileiro em Saúde (2012) antes da implantação do PEP, torna-se necessário que a instituição de saúde possa atender as condições nível de garantia de segurança<sup>1</sup> (NSG 1) o qual consiste em um programa de software, que garanta a segurança das informações e a comunicação, permitindo o acesso somente as profissionais que estão envolvidos no cuidado. Os autores acima citados enfatizam que o prontuário em papel que não forem arquivados eletronicamente dever permanecer guardados no prazo mínimo de 20 anos.

O uso do prontuário eletrônico não pode por em risco o sigilo profissional, pois a confiança e o respeito entre o paciente e a equipe multidisciplinar deve ser o fator primordial para garantir à confidencialidade das informações, a instituição que adotar esse sistema deverá respeitar os NGS. (CFM, 2007; HANNAH, et al.; 2009). Assim como no prontuário de papel, o prontuário eletrônico também possui vantagens e desvantagens como demonstra o quadro 4.

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	
<b>Vantagens</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Legibilidade da escrita</li> <li>• Dispensa o uso de papel</li> <li>• Acesso simultâneo por vários profissionais no mesmo período em diferentes instituições de saúde facilitando assim a troca de informações;</li> <li>• Acesso aos exames durante a consulta;</li> </ul>
<b>Desvantagens</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessita de treinamento específico para sua utilização;</li> <li>• Está suscetível a erros;</li> <li>• Necessita do sistema de energia;</li> <li>• Resistência dos profissionais quanto ao seu uso;</li> <li>• Põe em risco o sigilo profissional;</li> <li>• Contratação de profissionais específicos para garantir uma adequada manutenção.</li> </ul>

Fonte: CFM (2012)

Quadro 4 – Vantagens e Desvantagens do Prontuário de Eletrônico

## **4.2 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS E OS TIPOS DE REGISTROS DE ENFERMAGEM**

### **4.2.1 Aspectos Éticos Legais**

Um aspecto importante da anotação é fazer com que ela seja o reflexo da prática exercida implicando assim em considerações éticas. Visto que a ética se refere à reflexão filosófica sobre a conduta humana, já a bioética, é um neologismo que significa ética da vida, assim, "tudo o que é vida lhe compete". (MESQUITA; DESLANDES, 2010).

A autora complementa que, a ética e a bioética devem ser tratadas com igualdade, levando-se em conta as disciplinas e implicações do conhecimento e avanço científico e tecnológico, como estudos interdisciplinares dos problemas advindos do progresso biomédico. "seja em nível de relações individuais, institucional ou mesmo de estrutura social".

Portanto, os registros ou anotações devem ser o reflexo da prática, implicando desse modo em questões éticas que acompanham os profissionais em sua conduta humana. Nesse sentido, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) decreta em seu artigo 35 – que os profissionais são proibidos em “registrar informações parciais e inverídicas em relação à assistência.” (COREN – RO, 2011).

Mesquita e Deslandes (2010) esclarecem que o profissional, para agir com justiça, precisa no mínimo, prestar uma assistência com competência, defendendo e protegendo a dignidade e os direitos do paciente e mantendo a confidencialidade dos dados.

Diante destas responsabilidades, torna-se cada vez mais necessário a realização das anotações ou registros de enfermagem, pois se não forem realizados, grande parte do trabalho e assistência despendida torna-se invisíveis, como se nunca tivessem sido feitos, ou seja, “atividades ou assistência prestada e não registrada não podem ser contabilizadas”, visto que assim não terá seu reconhecimento legal. (PIMPÃO et al., 2010).

Assim como os profissionais de enfermagem, diversos órgãos e conselhos profissionais são regidos por leis, sendo assim o código de ética médica também relata o Art. 5º inciso x da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988:

“São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação” (BRASIL, 1988, p. 5).

Além da privacidade, à integridade física do paciente está assegurada de acordo com a Resolução COFEN 311/07 – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, no Art 12 implica que uma das responsabilidades e dever do profissional são “assegurar a pessoa, família e coletividade, assistência de enfermagem, livre de danos decorrente de imperícia, negligência ou imprudência”.

Freitas (2005) enfatizar que o direito do usuário também esta assegurado pelo código de defesa do consumido, através da lei 8.078 de 11 de setembro de 1990 no Art. 6º, inc. VIII, onde dá o direito ao cliente de intervir, se o mesmo achar que tenha sido lesado durante a utilização dos serviços de saúde. Em contra partida, o judiciário compreendem que compete ao enfermeiro reunir provas a fim de tornar a equipe isenta de acusações, comprovando que o dano causado ao paciente não está relacionado com a má prática dos serviços de enfermagem.

O mesmo autor enfatiza os profissionais estão sujeitos à punição através Código Penal, em casos de imprudência, negligência e imperícia em relação às anotações como: as que não condizem com o cuidado prestado, anotações em forma de denúncias; expor a privacidade do paciente, assinar as ações de enfermagem que não executou e autorizar que outro profissional a assinar suas ações.

#### **4.2.2 Tipos de Registros de Enfermagem**

Segundo Seixas e Silva (2011), enfatizam que os meios legalmente reconhecidos em realizar registros de enfermagem são através das anotações de enfermagem e evolução de enfermagem sendo que ambas tem como objetivo fornecer parâmetros de caráter avaliativo do estado de saúde do paciente, tão quanto a resposta de cuidados para avaliação dos resultados esperados.

#### 4.2.2.1 Anotações de Enfermagem

Ela pode englobar tanto os de procedimentos de enfermagem realizados, descrição de fatos, como dados que são resultados de uma avaliação do paciente, ou seja, a evolução de enfermagem, e atribuída como responsabilidade da equipe de enfermagem as anotação referentes aos procedimentos e reações apresentadas pelos pacientes. (ROQUE; MELO; TONINI, 2007).

Segundo Fernandes et al., (2010) tem como principal objetivo fornecer dados para auxiliar o enfermeiro na elaboração de planos de cuidados e fornecer elementos para fundamentar a confecção da evolução de enfermagem. Portanto, devem abranger todos os cuidados prestados como:

- Verificação dos sinais vitais;
- Banho (leito ou chuveiro, c/ ou s/ auxílio);
- Troca de curativos (tipo, local, aberto ou fechado);
- Aceitação da dieta.

#### 4.2.2.2 Evolução de Enfermagem

É a quinta etapa da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), permite o acompanhamento e registro diário do estado clínico do paciente, além da avaliação dos cuidados prestados, contribuindo com orientações ao cliente que favoreçam sua recuperação e estimulem o autocuidado. (COREN, 2011). É uma atividade privativa do enfermeiro onde contem informações que abrange desde o estado neurológico do paciente, até eliminações fisiológicas. (VENTURINI e MARCON, 2005). O Quadro 5 demonstra a diferença entre anotações e evolução de enfermagem.

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
Dados brutos	Dados analisados
Equipe de enfermagem	Enfermeiro/a
Momento	Período
Pontual <sup>14</sup>	Processada e contextualizada
Observação	Reflexão

Fonte: Possari (2007)

Quadro 5 - Diferenças entre anotação e evolução de enfermagem



Dentre algumas formas de registrar as anotações, Potter (2005) destaca a existência de formulários adequados para descreverem os cuidados, onde os mais utilizados na enfermagem são: registros em gráficos e narração escrita. Os dados numéricos são parâmetros que podem ser mensurados e fornecem uma rápida visualização e interpretação dos dados registrados, como por exemplo: sinais vitais, temperatura, glicemia. A narração escrita é o método tradicional onde utiliza-se o formato de uma história para registrar uma informação, sendo que estes dados servem para avaliar o estado geral do paciente. O mesmo autor ainda enfatiza a importância da evolução de enfermagem como meio de oferecer a sequência do cuidado e tomada de decisão adequada pelos profissionais.

#### **4.3 A IMPORTÂNCIA DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM NA PRÁTICA PROFISSIONAL**

A preocupação com as anotações referentes aos cuidados prestados aos pacientes teve início com Florence Nightingale entre 1854 e 1856, na guerra da Criméia, visto que a mesma, além de começar a selecionar os pacientes prioritários para o cuidado, viu a necessidade de começar a anotar queixas, sinais e sintomas e procedimentos. (ROSCANI, LAMAS; 2008).

Com o passar do tempo, os registros de enfermagem passaram a caracterizar uma forma de comunicação escrita com informações pertinentes aos pacientes e descrição dos cuidados, pois são elementos imprescindíveis no processo de cuidado humano, visto, quando redigidos de maneira que retratam a realidade a ser documentada. (MATSUDA *et al.*, 2006).

O enfermeiro, assim como a equipe de enfermagem são profissionais que permanecem a maior parte do tempo junto aos pacientes, centralizando informações pertinentes às condições do paciente, como do ambiente assistencial e organizacional, permitindo assim, a execução e avaliação do plano inicial de tratamento, sendo que uma das formas de comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar consiste nas anotações registradas no prontuário do paciente, os quais emitem mensagens que fornecem subsídios para a elaboração de novos planos, avaliação. (SILVEIRA; LIMA, 2009).

Este aporte provém dos mais diversos emissores como do próprio paciente, dos familiares, de outros profissionais, da equipe de enfermagem ou do conhecimento atualizado. (CAMELO et al.,2009). Nesse sentido, o domínio destas informações é um grande desafio, cujo compartilhamento pelos demais trabalhadores da equipe de enfermagem ou da saúde pode ser facilitado com a utilização dos registros de enfermagem.

Assim, no momento em que um profissional precisa retomar algum dado referente à história de um determinado paciente, percebe-se a relevância dessas anotações para a continuidade do cuidado, podendo ser suficiente rever os registros, evitando importuná-lo com questionamentos repetitivos e ainda economiza-se tempo de trabalho, que seria despendido numa avaliação duplicada (CAIXEIRO et al., 2008).

A execução das anotações é obrigação e responsabilidade intransferível da equipe de saúde, com exceção dos hospitais de ensino, nos quais alunos de medicina, enfermagem e outras profissões o fazem sob supervisão, correção e responsabilidade de médicos, enfermeiros e outros profissionais (SEIXAS et al., 2011).

Portanto, na ausência de registros de enfermagem que contemple os procedimentos realizados, grande parte do trabalho e o esforço despendido tornam-se invisíveis aos olhos dos outros, como se nunca houvessem sido realizados ou existido. (GODOI, 2008).

Atualmente, no Brasil, as anotações de enfermagem vêm servindo de base para avaliar a qualidade da assistência oferecida, onde apresentam forma significativa no que se refere a pagamentos na assistência à saúde, tendo em vista que é um forte instrumento no que tange a aspectos na qualidade do cuidado. (MATSUDA et al., 2006).

As informações descritas refletem na qualidade da assistência prestada ao cliente, também tem por finalidade o fornecimento de informações para fins judiciais, uso dos convênios de saúde, utilização para as cobranças no faturamento, obtenção de dados para análises das estatísticas de atividades realizadas e em nível institucional, e ainda para auditorias interna e externa. (SETZ, D'INNOCENZO; 2009). Sendo estas, favoráveis tanto para os profissionais que trabalha diretamente na assistência do paciente quanto para a gerência de enfermagem comprovando

assim a assistência realizada durante o período de tratamento. (GIMENES et al., 2009).

#### **4.3.1 Características Das Anotações**

Alguns critérios são necessários para validar as anotações de enfermagem, uma vez que devem ser descritivos sem interpretações ou denúncias, como também ser expressos de forma clara, completa, pois serão fontes de pesquisa e verificações legais, fornecendo informações para que uma determinada ocorrência seja julgada, portanto, cabe lembrar que os registros de enfermagem, como documento, somente terão valor legal se forem datados e assinados e evidentemente com legíveis e não apresentarem rasuras. (BARBOSA, 2011).

No que se refere a este mesmo assunto, Possari (2007) relata quanto à decisão do Conselho Regional do Estado de São Paulo – DIR/001/2000, de 18 de janeiro de 2000, homologada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) pela decisão COFEN n.º 19, de 13 de março de 2000, onde normatiza os princípios gerais das ações que constituem a documentação de enfermagem e resolve que:

- O registro deve ser claro, objetivo, preciso, com letra legível e sem rasuras;
- Após o registro deve constar a identificação do autor constatando nome, nº do conselho e carimbo;
- Deve constar em impresso devidamente identificado com dados do cliente ou paciente, e complementando com data e hora;
- Precisa conter subsídios para permitir a continuidade do planejamento dos cuidados de enfermagem nas diferentes fases e para o planejamento assistencial da equipe multiprofissional;
- Tem que permitir e favorecer elementos administrativos e clínicos para auditoria em enfermagem;

São essas recomendações que caracterizarão a autenticidade de um documento, visto que, a ausência de anotações e/ou registros realizados de forma incompleta podem indicar uma má qualidade da assistência de enfermagem, tendo em vista que não basta apenas anotar. (ABDINON et al., 2009).

Para Oliveira e Cadette (2008), as finalidades das anotações de enfermagem referem-se em demonstrar a metodologia das etapas do cuidado, onde os

profissionais são responsáveis pela integridade dos registros, permitindo deste modo à continuidade do tratamento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do tempo os profissionais já apresentavam preocupações referentes a elaborações de um documento que guardasse informações relacionadas aos cuidados prestados aos pacientes. Atualmente a elaboração do prontuário consiste numa construção coletiva, que demonstram múltiplas ações, envolvendo assim as práticas dos profissionais que integram uma equipe multidisciplinar, com o objetivo de dar transparência aos procedimentos realizados, Embora suas finalidades venham sendo consideradas indispensáveis em diversos campos entre as quais consenti que as instituições de saúde analisem a qualidade dos serviços oferecido aos clientes , fornece subsídios para realizar ações educativas e preventivas para um determinado grupo de risco ,permiti que os profissionais envolvido nos cuidados realizem anotações referente aos cuidados oferecidos aos pacientes direcionando assim a implementação dos cuidados evitando com isto o desperdiço de tempo em atribuições ou procedimentos já realizados .

A atribuição em realizar anotações no prontuário do paciente e imputado a equipe de enfermagem direito esse garantido no código de ética dos profissionais de enfermagem.

Atualmente os registros de enfermagem podem ser realizados através das anotações e evolução de enfermagem onde as anotações incidem em dados brutos, ordens aleatórias dos fatos ocorridos, e realizado pela equipe de enfermagem, já a evolução de enfermagem abrangem desde o estado neurológico a eliminações fisiológicas permitindo assim a implementação dos cuidados individualizados.

O enfermeiro como integrante de uma equipe multidisciplinar e responsável pelos demais profissionais de enfermagem, tem como a atribuição e dever de orientar a equipe, quanto à importância das anotações, onde os registros devem ser realizados de forma coerente e fidedigna. Comprovando assim a qualidade da assistência oferecida.

## REFERÊNCIAS

ABDON, Jessica Benentes; et al. AUDITORIA DOS REGISTROS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM ACOMPANHANDO O CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL. **Rev. Rene.b**, Fortaleza, v. 10, n.3, 2009, Disponível em: <[http://www.revistarene.ufc.br/vol10n3\\_pdf/a11v10n3.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/vol10n3_pdf/a11v10n3.pdf)>. Acesso em: 18 abr. 2012.

BARBOSA, Silvia Freitas Barbosa; et al. Qualidade dos registros de enfermagem: análise dos prontuários de usuários do Programa de Assistência Domiciliária de um hospital universitário. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.35, n.4, 2011, Disponível em: >[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/qualidade\\_registros\\_enfermagem\\_analise\\_prontuarios\\_usuarios.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/qualidade_registros_enfermagem_analise_prontuarios_usuarios.pdf)>. Acesso em: 28 jan. 2012.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília: Secretaria especial de editoração e publicações, 2010. Disponível em: <[http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988\\_05.10.1988/CON1988.pdf](http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf)>. Acesso em: 13 mar. 2012.

CAIXEIRO, Maria Oliveira; DARGAM, Bianca. Comunicação escrita: importância para os profissionais de enfermagem nas salas de pré-parto. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, n. 16, v. 2, 2008, Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a13.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2011.

CAMELO, Silvia Helena Henrique, et al. Auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: uma revisão da literatura. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 11, n. 4, 2009, Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a28.pdf>>. Acesso em: 21 Set. 2011.

CARRIJO, Alessandra Rosa. Registro de uma prática: Anotações de Enfermagem na memória de enfermeiras da primeira escola de enfermeiras nightingaleana no Brasil (1949-1970). 2007.143f. Dissertação (Mestrado em Administração em Enfermagem)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007, Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672006000700012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000700012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20. abr. 2012.

CARVALHO, César Júnior Aparecido; NOGUEIRA, Maria Sueli. Análise dos registros de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital-escola público. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 27, n.4, 2006, Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4637>>. Acesso em: 16 out. 2011.

CHOUT, Denise Novaes; HILLEGONDA; Maria Dutilh. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.12, n.4,2007, Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400015>>. Acesso em: 21 Set.2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 311/07 de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a reformulação do código de ética do profissional de saúde. Rio de Janeiro, fev. 2007, Disponível em:<[http://www.cofen-ro.org.br/site/index.php?opiton=com\\_content&view=article&id=146:resolucao\\_cofen\\_31107\\_aprova\\_reformulacao\\_codigo-de-etica-dos-profissionais-de-enfermagem&catid=10:resolucao&itmid=14](http://www.cofen-ro.org.br/site/index.php?opiton=com_content&view=article&id=146:resolucao_cofen_31107_aprova_reformulacao_codigo-de-etica-dos-profissionais-de-enfermagem&catid=10:resolucao&itmid=14)>. Acesso em: 08 fev. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.638/2002 de 09 de agosto de 2002 regulamentada pelo decreto de lei nº 44.045 de julho de 1958. Torna obrigatória a comissão de revisão de prontuários nas instituições de saúde. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638\\_2002.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm)>. Acesso em: 15 mar. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1246 de 08 de janeiro de 1988 regulamentada pelo decreto de lei nº 44.045, de 19 de junho 1958. Dispõe sobre o código de ética médica. **Diário Oficial da União; Poder Executivo**, Brasília, DF, 26 de janeiro de 1988. Seção 1, p. 1574-7.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMÁTICA EM SAÚDE. Cartilha sobre Prontuário Eletrônico: a Certificação de Sistemas de Registro Eletrônico de Saúde. Disponível em: <[http://www.sibs.org.br/certificacao/cartinha\\_SIBS\\_CFM\\_prontuario\\_eletronico\\_fev\\_2012.pdf](http://www.sibs.org.br/certificacao/cartinha_SIBS_CFM_prontuario_eletronico_fev_2012.pdf)>. Acesso em: 18 abr. 2012.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE RONDÔNIA. Caderno de Legislação: gestão 2008 – 2011, Novo Tempo, Novos Rumos, 7ª ed. Porto Velho, 2011.

COSTA, Sandra Patrícia da; PAZ, Adriana Aparecida; SOUZA, Emiliane Nogueira. Avaliação dos registros de enfermagem quanto ao exame físico. **Rev. Gaúcha de Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 62-69, mar. 2010, Disponível em: < <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/11439>>. Acesso em: 14 set. 2011.

FARIAS Josivânia Silva; et al. Adoção de prontuário eletrônico do paciente em Hospitais universitários de Brasil e Espanha. A percepção de profissionais de saúde. **Revista de Administração Pública.**, Rio de Janeiro, v.45, n.5,2011, Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122011000500004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122011000500004&script=sci_arttext)>. Acesso em:21 Set. 2011.

FERNANDES, Ana Paula; et al. Qualidade das anotações de enfermagem relacionadas à ressuscitação cardiopulmonar comparadas ao modelo Utstein. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 6, 2010, Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002010000600007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002010000600007&script=sci_arttext)>. Acesso em: 21 Set. 2011.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. DICIONÁRIO AURÉLIO DA LÍNGUA PORTUGUESA. (COORD.) Marina Brand Ferreira e Margarida dos Anjos. 5ª. Curitiba, Positivo.

FREITAS, Genival Fernandes de. A RESPONSABILIDADE ÉTICO-LEGAL DO ENFERMEIRO. *IN: OGUSSO, Taka. (ORG). TRAJETÓRIA HISTÓRICA E LEGAL DA ENFERMAGEM.* Barueri: Manole, 2005. P. 173-200.

GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v 12, n. 3, p. 549-556. Mai./jun. 2004.

GUEDES-SILVA, Damiana. Levantamento das plantas medicinais utilizadas na Pastoral da Saúde no município de Ji-Paraná/RO. Dissertação (Mestre em Genética e Toxicologia Aplicada) – Porto Alegre, Universidade Luterana do Brasil, p. 32-35, jul. 2011.

GIMENES, Fernanda Raphael Escobar; et al. INFLUÊNCIA DA REDAÇÃO DA PRESCRIÇÃO MÉDICA NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM HORÁRIOS DIFERENTES DO PRESCRITO. São Paulo, **Acta Paul Enferm.**, V 22, n 4, ANO 2009, Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a05v22n4.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2011.

GODOI, Ana Paula de et al. Auditoria de custo: análise comparativa das evidências de glosas em prontuário hospitalar\*. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**, Campinas, v. 26, n. 4, 2008, Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2011.

GOOGLE ACADÊMICO, Papiro cirúrgico mais antigo. 1 fotografia, color., 1,22 cm x 7,95 cm. Disponível em: <<http://dererummundi.blogspot.com.br/2007/04/encefalizacao-cardiocentrismo-e-medicina.html>> Acesso em: 15 mar. 2012.

HANNAH, Kathryn J; et al., Standardizing Nursing Information in Canada for Inclusion in Electronic Health Records: CHOBIC. *J Am Med Inform Assoc.*, v. 16, n. 4, 2009, Disponível



em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2705256/?tool=pubmed>>.  
Accessory em: 20. abr.2012.

HAYASHI, Juliana Yuki. Desenvolvimento e Avaliação de um Prontuário Virtual. 2009.79f. Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em:<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23149/tde-24102009-115820/>>. Acesso em: 20 Abr.2012.

ITO, Elaine Emi; et al. **Anotações de Enfermagem**: reflexo do cuidado. 1ª.ed. São Paulo: Martinari, 2011.

MATSUDA, Laura Misue. Et al. Anotações/Registros: instrumento de comunicação para a qualidade da assistência do cuidado? **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 8, n. 3, p. 415-21, set.-dez. 2006. Disponível em:<[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/v8n3a12.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm)>. Acesso em: 14 set. 2011.

MELO, Liliane Rodrigues. PEDREIRA, Matilde Luz de Gonçalves. Erros medicação em pediatria: análise da documentação de enfermagem no prontuário do paciente. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.58, n.2, 2005. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672005000200010&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672005000200010&script=sci_abstract)> .Acesso em: 16 out.2011.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm. Florianópolis, v. 17, n. 4, Dez. 2008

MESQUITA, Ana Maria Otoni; DESLANDES, Suely Ferreira. A construção dos prontuários como expressão da prática dos profissionais de saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v.19, n.3, 2010, Disponível em: ><http://dx.doi.org/10.1590/S010412902010000300017>>. Acesso : Acesso em: 16 out.2011.

OLIVEIRA, Valéria Conceição de; CADETTE, Matilde Meire Miranda. Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v.22, n. 3, ano 2008, Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a10v22n3.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2011.

PERES, Heloisa Helena Ciqueto; et al. Development Eletronic Systems of Nursing Clinical Documentation structured by diagnosis, outcomes and interventions. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v.43, n.spe2, 2009, Disponível

em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0080-62342009000600002&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0080-62342009000600002&lng=en&nrm=iso&tlng=en)>. Acesso: 21 Set.2011.

PIMPÃO, Fernanda Demutti ;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, 2010, Disponível em:<<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a12.pdf>>. Acesso em: 16 out.2011.

POSSARI, Francisco João. PRONTUÁRIO DO PACIENTE: E os registros de enfermagem. 2ª Ed. São Paulo: Iátria, 2007.

POTTER, Patrícia Ann e PERRY Anne Griffin. DOCUMENTAÇÃO E REGISTRO. //N:POTTER, Patrícia Ann; PERRY e Anne Griffin. FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM. 6ª. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. Cap.25, P 509-531.

PRESTES JR, Luiz, CARLOS L.; RANGEL, Mary. Prontuário Médico e suas Implicações Médico-Legais na Rotina do Colo-Proctologista.**Rev. bras. Coloproct.**, 2007, v. 22, n. 2, pp.154-157. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbc/v27n2/04.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2011.

ROQUE, Keroulay Estebanez; MELO, Enirtes Caetano Prates; TONINI, Tereza. PÓS-OPERATÓRIO DE TRANSPLANTE RENAL: AVALIANDO O CUIDADO E O REGISTRO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM.**Esc. Anna Nery R.Enferm.**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, 2007, Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a03>>. Acesso em: 28 jan. 2012.

ROSCANI, Alessandra Nazareth C. P.; LAMAS, José Luiz Tatagiba. Formulário para comunicação diária de enfermagem em unidades hospitalares: validação de um instrumento. **Esc. Anna Nery.**, Rio de Janeiro, v.12, n. 3, 2008, Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000300020>> Acesso em: 28 jan. 2012.

SEIXAS, Raquel de Souza; VIANA, Renata Brum; SILVA, Luciana, Rodrigues da. AUDITORIA DE ENFERMAGEM – UM ESTUDO NA ENFERMARIA PEDIÁTRICA. 2011. **Universidade Federal Fluminense**, Rio de Janeiro, 2011, Disponível em:<<http://www.uff.br/anaissegerenf/premio/Auditoria%20em%20Enfermagem%20-%20concorrer%20a%20pr%EAmio.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2012.

SETZ, Vanessa Grespan; D'INNOCENZO, Maria. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio de auditoria. **Acta Paul Enferm.**,

SP, 2009 ,Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a12v22n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a12v22n3.pdf)>. Acesso em: 09 set. 2011.

SILVA, Fábila Gama; TAVARES-NETO, José; 2007. Avaliação dos Prontuários Médicos de Hospitais de Ensino do Brasil. **REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA**, Bahia, v.32, n.2, 2007, Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n2/01.pdf>>. Acesso em: 21 Set. 2011.

SILVEIRA, Cibele de Lima Souza; LIMA, Luciane Soares de. .Capacitação de técnicos/auxiliares de enfermagem: repercussão nos registros de enfermagem relacionados ao atendimento pré-hospitalar móvel.**Acta Paul Enferm.**,Recife, v.22,n.5,2009, Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/13.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2011.

VENTURINI, Daniele Aparecida e MARCON, Sônia Silva. Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola. **Ver Bras Enferm.**, Brasília, v.61, n.5,2008,Disponível em:> <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a07v61n5.pdf>.Acesso em: 16 out.2011.