

Estudo dos registros de enfermagem em prontuário hospitalar de um município no interior de Minas Gerais

Study of nursing medical records at a hospital in inland Minas Gerais

Estudio de registros de enfermería en registro de hospital de un municipio en el interior de Minas Gerais

Isabela Cristina Cordeiro Rodrigues¹, Iácara Santos Barbosa Oliveira¹, Beatriz Pereira Nasser¹, Natássia Carmo Lopes Queiroz Ferreira¹, Mariana Gondim Mariutti-Zeferino¹.

RESUMO

Objetivo: Estudar registros de enfermagem com análise da qualidade, em prontuários de um hospital no interior de Minas Gerais. **Métodos:** Trata-se de pesquisa documental com abordagem quantitativa dos prontuários de pacientes atendidos em hospital no interior de Minas Gerais, com levantamento de dados. A análise ocorreu em amostragem de 217 prontuários de pacientes que tiveram internação do dia primeiro ao dia 10 do mês de outubro de 2019. Os dados foram digitalizados e submetidos à análise estatística descritiva simples. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética, atendendo à resolução 466/2012. **Resultados:** Na checagem foram identificados: três prontuários (21,4%) sem conferência das prescrições; 7% dos prontuários com terminologias incorretas, como, por exemplo, a sigla NPP (Nutrição Parenteral), citada como DPP; dois prontuários (14%) com letra ilegível. Sobre erros ortográficos, um prontuário (7%) na frase da evolução, o correto seria o uso da palavra itens; foi identificado um prontuário (7,1%) com uso de corretivos e espaços em branco. Em seis prontuários faltava assinatura ou carimbo do profissional. **Conclusão:** As anotações têm que ser claras, corretas e completas e não vistas como burocracia. É preciso compreender a importância do relato dos cuidados prestados. Afinal, o prontuário respalda legalmente os profissionais.

Palavras-chave: Assistência de enfermagem, Registros de enfermagem, Registros médicos.

ABSTRACT

Objective: To study nursing records with quality analysis in medical records of a hospital in inland Minas Gerais. **Methods:** This documentary quantitative research collected and analyzed data from medical records of a hospital in inland Minas Gerais. The sample comprised 217 medical records of patients hospitalized between October 1 and 10, 2019. Data were submitted to simple descriptive statistical analysis. The project was approved by the Ethics Committee, in compliance with resolution 466/2012. **Results:** The following situations were identified: three medical records (21.4%) not checking prescriptions; 7% of medical records with incorrect terminologies, such DPP (parenteral diet) instead of NPP (parenteral nutrition); two medical records (14%) with illegible handwriting. One medical record (7%) misspelled "items". Another one (7.1%) used correction fluid and left blank spaces. Six medical records lacked the professional's signature or stamp. **Conclusion:** The notes must be clear, correct, and complete and not seen as bureaucracy. Professionals must be aware of the importance of properly reported care, as medical records are also legal documents.

Keywords: Nursing care, Nursing records, Medical records.

¹ Libertas Faculdades Integradas, São Sebastião do Paraíso - MG.

RESUMEN

Objetivo: Estudar registros de enfermagem com análise de qualidade, em prontuários de um hospital de Minas Gerais. **Métodos:** Investigación documental cuantitativa de historias clínicas de pacientes atendidos en un hospital del interior de Minas Gerais, con encuesta de recolección de datos. El análisis se realizó en una muestra de 217 prontuários de pacientes hospitalizados del primero al 10 de octubre de 2019. Los datos fueron sometidos a análisis estadístico descriptivo simple. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética, en cumplimiento de la resolución 466/2012. **Resultados:** Durante el control, fueron identificados: tres prontuários (21,4%) sin control de recetas; 7% de historias clínicas con terminología incorrecta, como la sigla NPP (Nutrición Parenteral), denominada DPP; dos historias clínicas (14%) con letra ilegible. En cuanto a las faltas de ortografía, una ficha médica (7%) no usaba correctamente la palabra “ítems”; una historia clínica (7,1%) usaba correctores y espacios en blanco. Seis historias clínicas carecían de la firma o sello del profesional. **Conclusión:** Las notas tienen que ser claras, correctas y completas y no ser vistas como burocracia. Es necesario comprender la importancia de informar la atención brindada. Al fin y al cabo, la historia clínica avala legalmente a los profesionales.

Palabras clave: Asistencia de enfermagem, Registros de enfermagem, Registros médicos.

INTRODUÇÃO

O prontuário hospitalar é o documento utilizado para relatar a evolução da pessoa assistida durante o período de internação, bem como os dados fornecidos pelo paciente ou seu responsável legal. Por isso se fazem importantes, pois através deles são traçados os planos terapêuticos e de reabilitação, direcionando o cuidado a ser prestado para com esse paciente (GOMES LEM, et al., 2020).

Os registros feitos pela equipe de enfermagem no prontuário devem refletir as condições biopsicossocioespirituais que, por motivos diversos, se justifiquem ser relatadas, objetivando a continuidade do tratamento e a elaboração de cuidados. São, portanto, instrumentos capazes de interferir na qualidade da assistência, além de seu valor educacional, investigativo e legal (SETZ VG e D'INNOCENZO M, 2009).

Constituindo uma forma de comunicação escrita, os registros de enfermagem contêm informações pertinentes ao paciente e aos cuidados ofertados pela equipe de enfermagem. Se relatados corretamente, propiciam a comunicação entre os demais profissionais da saúde envolvidos na arte do cuidar, fornecem subsídios para a assistência prestada e colaboram para formações acadêmicas voltadas ao ensino da enfermagem (GOMES LEM, et al., 2020).

Além disso, o registro é usado como principal documento de defesa dos profissionais de saúde, pois o prontuário hospitalar deve conter todas as informações pertinentes sobre os procedimentos realizados na assistência do paciente. Em casos de denúncias por mau atendimento, esses documentos atuam de forma indispensável para a comprovação dos indícios de imperícia, imprudência ou negligência (FRANÇOLIN L, et al., 2012; ANAHP, 2020; PRÓ-SAÚDE, 2020; ANVISA, 2010).

O estudo de Gomes LEM, et al. (2020) assevera que as anotações de enfermagem devem ser corretas e completas e não vistas somente como parte burocrática e normativa do local de trabalho. É preciso compreender a importância do relato dos cuidados prestados e as dificuldades que poderão ser ocasionadas pelo não preenchimento correto desses prontuários a respeito da assistência prestada (COREN-ES, 2011).

O trabalho da equipe de enfermagem e a qualidade de sua assistência ficam registrados sobretudo nas anotações de enfermagem. Portanto, preenchê-las incorretamente, com falhas de periodicidade e continuidade, prejudica o próprio atendimento ao paciente. Ademais, pode ter implicação para as sindicâncias e perícias que amparam juridicamente o profissional e a instituição de saúde (FRANCO MTG, et al., 2012; LABBADIA LL e ADAMI NP, 2004).

O prontuário e as anotações relatam o cuidado prestado ao paciente e traz maior visibilidade à profissão. Assim, permitem planejar a assistência, refletem a produtividade da equipe e permitem que sejam feitas

estatísticas a respeito do atendimento. Além disso, são úteis para a auditoria de enfermagem ao fiscalizar, defender, ou mesmo incriminar profissionais de saúde (COFEN, 2012; SANTOS WN, 2014; BRASIL, 2018; BEZERRA SM, 2009).

As maiores dificuldades e problemas relacionados ao registro vêm da própria equipe de enfermagem, dentre as quais se pode mencionar: falta de identificação e carimbo de quem realizou o cuidado ou a tarefa, letras ilegíveis, erros de ortografia, dificuldade na escrita, terminologia utilizada de forma incorreta, rasuras e uso de corretivos e espaços em branco (BARRETO JA, et al., 2016).

Dessa forma, o presente estudo teve o objetivo de estudar os registros de enfermagem em prontuários, analisando a qualidade do registro e quantificando a checagem nas prescrições, o uso de terminologias corretas, a presença de letra ilegível, os erros de ortografia, o uso de corretivos e espaços em branco, e a presença de assinatura e carimbo do profissional da enfermagem. Espera-se que o estudo contribua para a identificação de eventos que possam interferir diretamente na qualidade dos registros de enfermagem.

MÉTODOS

Para analisar a qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de usuários atendidos em unidades de um hospital do interior de Minas Gerais, foi feita uma pesquisa documental, descritiva, de abordagem quantitativa.

O estudo foi realizado em um município localizado na região Sudoeste do estado de Minas Gerais, cuja população em 2019 era estimada em 70.956 habitantes, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O município é tradicionalmente ligado ao agronegócio, com economia diversificada nos setores de serviço, indústria e comércio.

Em relação à área de saúde do município, apresenta-se em gestão plena segundo o Pacto de Gestão em Saúde. O funcionamento dos serviços de saúde encontra-se de forma piramidal, ou seja, por nível de complexidade crescente.

Encontra-se no topo da pirâmide um hospital psiquiátrico e um geral, ambos conveniados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e um asilo (Instituição de Longa Permanência para Idosos). Na parte mediana está o ambulatório de especialidades, pronto socorro, ambulatório especializado em doenças infectocontagiosas, dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II, um deles focado em usuários e/ou dependentes de álcool e drogas [CAPS ad]), os quais são responsáveis pelo nível secundário de saúde. E na base da pirâmide, ou seja, nível primário, há 17 Unidades de Saúde da Família (USF) e um ambulatório de puericultura e imunização. A saúde do município conta ainda com clínicas particulares de atendimento por convênios, que participam dos três níveis de atenção em saúde.

O presente estudo foi desenvolvido no hospital geral do município, mais especificamente no setor de auditoria. Atualmente, o hospital conta com 184 leitos, sendo 145 destinados ao SUS, atendidos por clínica médica, cirúrgica, pediátrica, ginecologia-obstetrícia, maternidade de alto risco, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, UTI neonatal e UTI cardiológica. Possui um corpo clínico com 65 médicos de especialidades diversas, como clínica médica, cirurgia geral, videolaparoscopia, cardiologia, gastrologia, neurologia, traumatologia ortopedia, nefrologia, ginecologia-obstetrícia, pediatria, urologia, radiologia, neurocirurgia, hemodinâmica, neonatologia, infectologia, vascular, cirurgia bariátrica. Conta ainda com ala dos convênios, centro cirúrgico, hemodiálise, maternidade, berçário, UTI neonatal, UTI cardiológica e UTI geral, laboratório, centro de radiologia, banco de sangue, ortopedia e área administrativa.

De acordo com dados levantados na instituição, existe um fluxo médio de 800 internações hospitalares por mês. A amostra foi dimensionada por um processo não probabilístico, sendo elas leitos para os pacientes do SUS e convênios. A amostra foi constituída pelos prontuários de pacientes do SUS que tiveram internações do 1º dia ao 10º dia do mês de outubro de 2019. Assim, a quantidade de prontuários analisados foi de 217 documentos.

Para a coleta dos dados, foi construído um levantamento com os seguintes tópicos: checagem nas prescrições, terminologias corretas, letra ilegível, erros de ortografia, uso de corretivos e espaços em branco,

e assinatura e carimbo da enfermagem, com o objetivo de identificar se houve qualidade e preenchimento correto desses prontuários.

O apêndice criado aborda os tópicos com três colunas de múltipla escolha, que serão preenchidas de acordo com os resultados obtidos na avaliação, contemplando respostas alternativas como: sim, não e parcialmente. Para avaliar os 217 prontuários, foram utilizados os seguintes critérios para cada tópico:

1º: Falta de checagem nas prescrições: compreende o item “sim” quando mais de um horário de medicamentos, dietas, concentrado de hemácias ou de hemoderivados não foi checado ou indicado pela enfermagem na prescrição nos horários corretos, embora relatado nas evoluções diárias que foram passadas. O item “não”, quando todas as prescrições estavam de acordo com a evolução, e “parcialmente” quando, de todo o prontuário, a enfermagem deixou de checar ou indicar no horário correto uma única vez;

2º: Terminologias corretas: foi considerado “sim” quando o enfermeiro utilizou terminologias não padronizadas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), e “não” quando todas as terminologias estavam de acordo com o padronizado. O item “parcialmente” não entra neste tópico;

3º: Letra ilegível: embora a evolução de enfermagem seja escrita por vários profissionais, qualquer evolução ilegível, de difícil entendimento de contexto, foi avaliada com o item “sim”, independentemente da quantidade de dias ilegíveis. “Não” foi atribuído quando todos os dias evoluídos estavam legíveis. O item “parcialmente” não foi compreendido neste tópico pela compreensão de que as evoluções ou são claras ou não são;

4º: Erros de ortografia: o item “parcialmente” não foi contemplado neste tópico. Ele compreendeu o item “sim” quando as evoluções tiveram algum erro ortográfico em sua escrita e “não” quando as evoluções estavam escritas na norma correta;

5º: Uso de corretivos e espaços em branco: compreende “sim” quando identificada a presença do uso de corretivos nas evoluções de enfermagem, assim como algum espaço em branco; e “não” quando as evoluções estavam sem presença de corretivos e sem nenhum espaço em branco entre uma evolução e outra ou entre a evolução e o carimbo. O item “parcialmente” não foi compreendido neste tópico;

6º: Falta de assinatura e carimbo da enfermagem: ocorre quando a enfermagem esquece de assinar e carimbar ou quando o profissional assina e esquece de carimbar, ou vice-versa.

A análise ocorreu nos prontuários hospitalares por aplicação de checagem. A amostra foi de 217 prontuários de pacientes que tiveram internação do dia 1º ao dia 10 do mês de outubro de 2019. Os dados foram digitados em planilhas do programa Excel e submetidos à análise estatística descritiva.

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Minas Gerais – Campus de Passos, sendo aprovado com CAAE nº 19548019.1.0000.5112 e parecer nº 3.664.021, atendendo à resolução 466/2012, que regulamenta pesquisa com seres humanos.

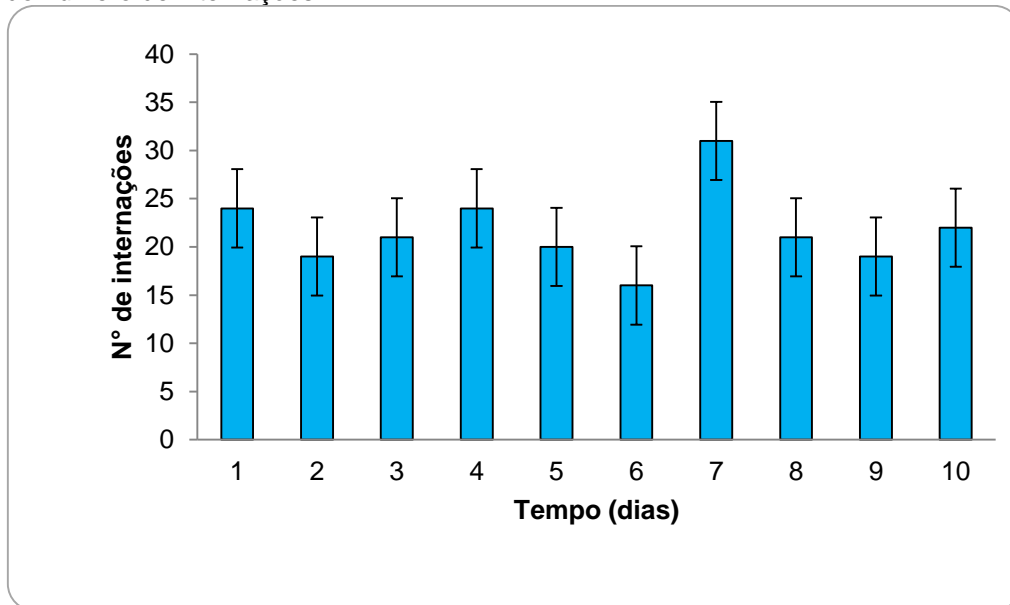
RESULTADOS e DISCUSSÃO

Os resultados encontrados no presente estudo se deram por meio de uma pesquisa quantitativa, realizada através de um levantamento para estudar os registros de enfermagem. Uma análise da qualidade desses registros foi feita por meio de prontuários de um hospital em um município do interior de Minas Gerais.

Os prontuários para análise foram selecionados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) da instituição. Como os prontuários analisados eram referentes ao mês de outubro de 2019, quando o levantamento foi feito eles já haviam passado pelo fluxo de faturamento e revisão hospitalar e não estavam mais disponíveis no setor de auditoria.

Com base nos cálculos de internações dos últimos três meses, observou-se um fluxo de aproximadamente 800 internações por mês. Assim, foi calculada uma média total de 260 internações nos 10 primeiros dias do mês. Por outro lado, ao analisar os prontuários referentes ao mês avaliado, a quantidade do período foi de 217 internações, distribuídas ao longo de 10 dias (**Gráfico 1**).

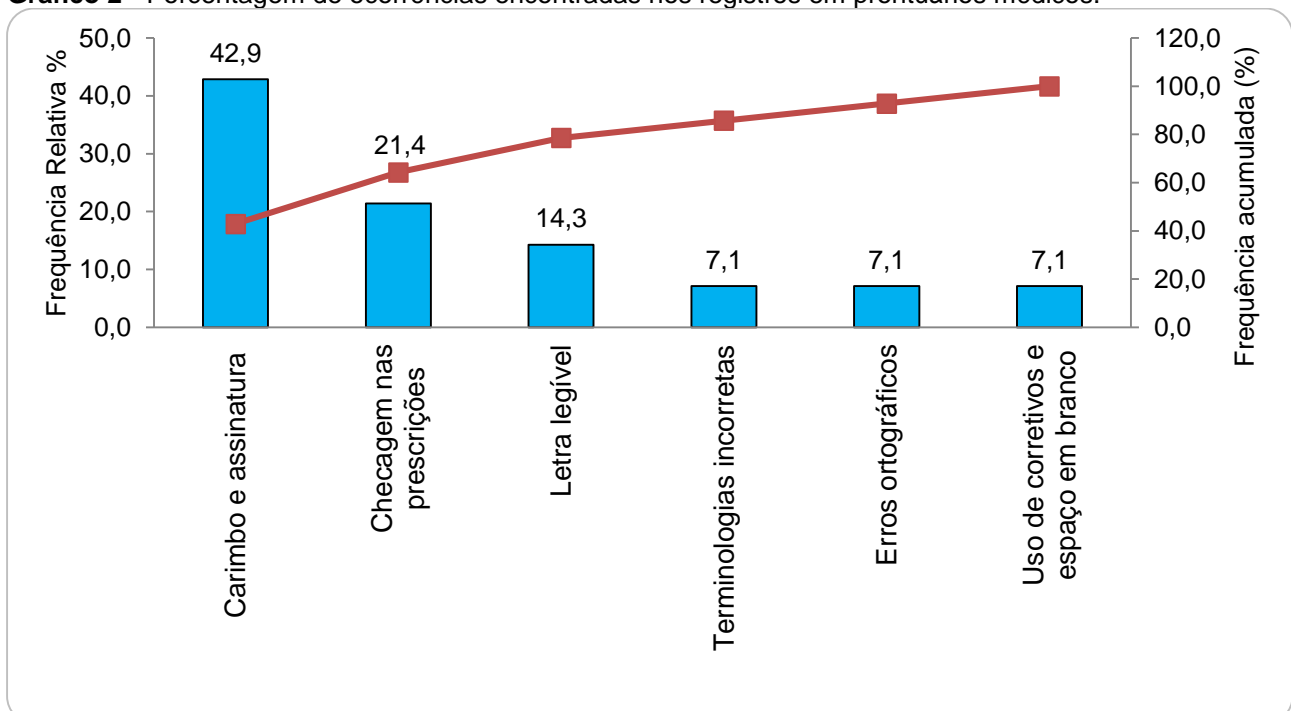
Gráfico 1 - Número de internações na instituição estudada nos 10 primeiros dias do mês de outubro de 2019. As barras indicam o erro padrão da média (21,7 internações) do número de internações.



Fonte: Rodrigues ICC, et al., 2022.

Todos os prontuários de pacientes cuja internação se deu nos primeiros dez dias do mês de outubro de 2019 foram selecionados e avaliados através de análise estatística descritiva simples. Os critérios descritos na metodologia foram seguidos, e planilhas foram elaboradas no programa Excel com os seguintes tópicos: 1. checagem nas prescrições; 2. terminologias corretas; 3. letra ilegível; 4. erros de ortografia; 5. uso de corretivos e espaços em branco; e 6. carimbo e assinatura da enfermagem, como mostra o gráfico abaixo. Ao analisar os prontuários, foi observado que a falta de carimbo e assinatura é a principal ocorrência encontrada nos erros de procedimentos (42,9%) (**Gráfico 2**).

Gráfico 2 - Porcentagem de ocorrências encontradas nos registros em prontuários médicos.



Fonte: Rodrigues ICC, et al., 2022.

Em relação à checagem nas prescrições (item 1), foram identificados três prontuários (21,4%). O primeiro a ser incluído na contagem estava sem checagem em uma dieta, mas relatando boa aceitação da dieta pela evolução de enfermagem; o segundo continha uma prescrição de horários quase inteiros sem checar; e no terceiro faltava indicar uma medicação que não havia sido realizada, conforme confirmado pela evolução diária da enfermagem.

Acredita-se que a falta de assinatura e carimbo dos profissionais seja o erro mais recorrente pois, embora grande parte dos profissionais adote o hábito de finalizarem suas evoluções com carimbo e assinatura, alguns optam por realizarem todas as anotações durante o plantão e finalizarem na última evolução do dia, o que acarreta o esquecimento e preenchimento incorreto.

Em relação ao uso de terminologias incorretas (item 2), foi identificado um (7,1%) prontuário. A sigla NPP (nutrição parenteral) foi citada como DPP (dieta parenteral). Sobre o item 3 (letra ilegível) foram identificados dois prontuários (14,3%), ambos escritos com letras ilegíveis.

No quesito sobre o uso de corretivos e ocorrência de espaços em branco (item 5), foi identificado um prontuário (7,1%). Ao finalizar uma evolução, o correto é completar a linha com um traçado antes da assinatura do profissional; esse procedimento foi esquecido nessa evolução, sobrando um grande espaço entre uma anotação e outra.

Sobre o não-uso de assinatura e carimbo da enfermagem (item 6), foram identificados seis prontuários. O primeiro estava assinado com rubrica e sem o carimbo na evolução de enfermagem; o segundo estava assinado com nome por extenso, mas sem o carimbo com o número do Conselho Regional de Enfermagem (COREN); o terceiro prontuário estava assinado com rubrica, mas sem o carimbo com o número do COREN em três evoluções do mesmo profissional; o quarto estava carimbado, mas sem a assinatura do profissional do plantão noturno; no quinto, a evolução estava assinada, mas sem o carimbo com número do COREN; e o sexto estava assinado, mas sem carimbo com número do COREN na evolução do profissional da noite.

Neste estudo, foi identificado um prontuário em especial cuja evolução de enfermagem encontrava-se rabiscada e rasurada, não encaixando em nenhum dos tópicos pré-determinados para análise. Porém, não deixou de ser percebido. O entendimento, segundo Dutra HS, et al. (2016), é que a evolução de qualquer profissional dentro de um prontuário não pode ser rasurada; ao contrário, a anotação deve ser colocada entre parênteses, escrevendo na frente a palavra “digo”, antes da correção do que fora escrito.

Apesar dos achados positivos encontrados no processo, Todt SC, et al. (2020) discorre sobre a importância de avaliar a qualidade dos prontuários. Para esse fim, desenvolve um instrumento que verifique as inadequações encontradas, por menores que sejam, a fim de assegurar a qualidade dos registros de enfermagem e não atrapalhar o processo de trabalho.

Tendo em vista o alto índice de anotações incorretas nos prontuários dos pacientes, o serviço de auditoria de enfermagem encontra um grande impacto nas revisões das contas hospitalares. Elas permitem comprovar o uso de medicações, materiais e procedimentos realizados para que o pagamento seja efetuado aos convênios e ao SUS (LOPES A e TRINDADE BMS, 2019).

De acordo com Lopes A e Trindade BMS (2019), após a prestação de serviços pela instituição, a auditoria hospitalar envia à fonte pagadora os orçamentos com os gastos necessários para realização dos atendimentos. Contudo, se há falhas administrativas, médicas, ou de enfermagem que justifiquem o cancelamento parcial ou total do orçamento apresentado, esta pode restringir o pagamento ou realizar a glosa, o que pode acarretar numerosas despesas para a instituição.

No estudo de Ferreira MM, et al. (2014), a responsabilidade da administração de qualquer medicamento dentro de uma instituição de saúde é da equipe de enfermagem. Por isso, a equipe deve estar sempre atenta ao preparo e à administração dessas drogas, tendo sempre conhecimento das que serão manipuladas, sua ação, via, interações medicamentosas e efeitos adversos que possam ocorrer, com o intuito de evitar, ao máximo, os erros de administração de medicamentos (ANVISA, 2010).

Para os autores Ferreira MM, et al. (2014), os erros de medicações podem se dar por inúmeros fatores. Alguns são motivados por falta de interesse e cuidado, pressa na realização de procedimentos, deficiência na formação acadêmica, falta de atenção e habilidade, e lapsos de memória.

Uma tática que deve ser utilizada pelos profissionais de enfermagem no momento do preparo da medicação é o de identificar medicamentos com etiquetas, descrevendo o leito, a droga, o nome do paciente, a via de administração e o horário. Depois, após finalizar a administração, deve ainda checar a medicação com um traço, contendo horário e assinatura com carimbo, ou indicar a não administração do medicamento, justificando o porquê de não ter sido realizada (FERREIRA MM, et al., 2014).

Um estudo conduzido em um hospital escola observou falhas nas evoluções quanto à falta de identificação dos profissionais de enfermagem. Os profissionais não seguiam as recomendações instituídas pelo COREN e assinavam com rubrica sem o número do COREN (ARAUJO MM, et al., 2017).

Durante a elaboração dos registros de enfermagem, os erros ocorridos na escrita não devem ser corrigidos com nenhum meio que possa dificultar a sua leitura, como fazer uso de canetas corretivas e borrachas ou rabiscar o documento por várias vezes. O correto é utilizar o verbo “digo” após a frase ou palavra a ser modificada e então escrever a informação corrigida. O estudo de Dutra HS, et al. (2016) também discorre sobre a ortografia correta e rasuras dos profissionais de enfermagem nos impressos próprios da instituição. Entretanto, foi verificado que esses dois itens se encontravam em conformidade com praticamente todos os 826 registros de enfermagem analisados.

Aquino MJN, et al. (2018) também relata que, dos 151 prontuários analisados em sua pesquisa quanto ao preenchimento correto dos profissionais de enfermagem, os espaços em branco e as rasuras obtiveram números relativamente baixos, aparecendo em 21 (13,9%) e 16 (10,6%) dos prontuários. Em 147 (97,4%) das anotações, a assinatura dos profissionais estava presente e o número do conselho presente em apenas 25 (16,6%). Além disso, 100% dos prontuários apresentavam anotações legíveis.

Em seu estudo, Santana LC e Araújo TC (2016) escrevem sobre a grande escassez de publicação de pesquisas e materiais atualizados sobre a qualidade dos registros de enfermagem – o que possibilitaria a realização da auditoria de prontuários hospitalares. Enfatiza-se, dessa forma, o quanto essas pesquisas se fazem necessárias e nos remetem a sua importância.

É reduzido o número de profissionais de enfermagem atuantes na maioria dos hospitais. Isso obriga o profissional a dividir seu tempo e se dedicar não somente ao campo assistencial, mas também à parte burocrática e aos papéis institucionais. Essa sobrecarga de trabalho possibilita o aparecimento de erros nos registros, anotações e evoluções de enfermagem, além de levar a uma precariedade na qualidade do serviço (SANTANA LC e ARAÚJO TC, 2016).

CONCLUSÃO

O prontuário hospitalar relata a evolução do paciente, reflete condições biopsicossocioespirituais, interferem na qualidade da assistência e promove a comunicação entre profissionais. Na maioria dos hospitais, o número de equipes de enfermagem é abaixo do esperado, obrigando-as a dividirem seu tempo entre a assistência e a burocracia, acarretando erros e comprometendo a qualidade do serviço. Ainda assim, as anotações de enfermagem devem ser corretas, claras e completas, recebendo a devida importância e não sendo vistas somente como burocracia. Portanto, é necessário realizar educação continuada e/ou reuniões periódicas com toda a equipe de enfermagem, visando melhorar a qualidade dos relatórios e conseqüentemente oferecer respaldo hospitalar ao profissional e paciente.

REFERÊNCIAS

1. ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP). Manual melhores práticas LGPD. 2020. Disponível em: <https://www.anahp.com.br/pdf/manual-melhores-praticas-lgpd.pdf>. Acessado em: 10 de setembro de 2021.
2. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução RDC nº 17, de 16 de abril de 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0017_16_04_2010.html. Acessado em: 16 de dezembro de 2021.
3. AQUINO MJN, et al. Anotações de enfermagem: avaliação da qualidade em unidade de terapia intensiva. *Enfermagem em Foco*, 2018; 9(1).

4. ARAUJO MM, et al. Registros de enfermagem: reflexões sobre o cotidiano do cuidar. *ABCS Health Sciences*, 2017; 42(3).
5. BARRETO JA, et al. Inconsistências das anotações de enfermagem no processo de auditoria. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 2016; 6(1).
6. BEZERRA SM. Prontuário eletrônico do paciente: uma ferramenta para aprimorar a qualidade dos serviços de saúde. *Meta: Avaliação*, 2009; 1(1): 73-82.
7. BRASIL. Lei 13.787, de 27 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13787.htm. Acessado em: 12 de abril de 2021.
8. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html. Acessado em: 10 de maio de 2019.
9. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESPÍRITO SANTO (COREN-ES). Registro de enfermagem: veja o que deve ser anotado, quando, onde, como e para que anotar. 2011. Disponível em: http://www.coren-es.org.br/registro-de-enfermagem-veja-o-que-deve-ser-anotado-quando-onde-como-e-para-que-anotar_1244.html#:~:text=23%2F11%2F2011-.Registro%20de%20Enfermagem%3A%20veja%20o%20que%20deve%20ser%20anotado%2C%20quando,a%20continuidade%20de%20seu%20cuidado. Acessado em: 5 de maio de 2021.
10. DUTRA HS, et al. Registros de enfermagem em um hospital de ensino: estudo quase-experimental. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 2016; 15(3): 351-360.
11. FERREIRA MM, et al. O profissional de enfermagem e a administração segura de medicamentos. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 2014; 3(1): 61-69.
12. FRANCO MTG, et al. Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes internados em unidade de clínica médica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2012; 25(2): 163-170.
13. FRANÇOLIN L, et al. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados *Revista Enfermagem UERJ*, 2012; 20(1): 79-83.
14. GOMES LEM, et al. O prontuário do paciente e o dever legal e ético de registro dos profissionais de saúde: uma revisão literária. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2020; 12(7): e3615.
15. LABBADIA LL, ADAMI NP. Avaliação das anotações de enfermagem em prontuários de um hospital universitário. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2004; 17(1): 55-62.
16. LOPES A, TRINDADE BMS. Importância das Anotações de Enfermagem no Processo de Auditoria. *Revista InterSaúde*, 2019; 1(1): 47-58.
17. PRÓ-SAÚDE. 2020. Boas práticas. In: Cartilha sobre a lei geral de proteção de dados (LGPD). Disponível em: <https://www.prosaude.org.br/wp-content/uploads/2020/11/Pro-Saude-Ebook-Lei-Geral-de-Protecao-de-Dados.pdf>. Acessado em: 10 de setembro de 2021.
18. SANTANA LC, ARAÚJO TC. Análise da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários. *Revista Acreditação: ACRED*, 2016; 6(11): 59-71.
19. SANTOS WN. Sistematização da assistência de enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. *Journal of Management & Primary Health Care*, 2014; 5(2): 153-158.
20. SETZ VG, D'INNOCENZO M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2009; 22(3): 313-317.
21. TODT SC, et al. Instrumento para avaliação da qualidade de prontuários de admissão em unidades de urgência e emergência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2020; 12(11): e4071.