

QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA: AVALIAÇÃO POR MEIO DA AUDITORIA RETROSPECTIVA*

Elaine Fátima Padilha¹, Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad², Laura Misue Matsuda³

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Cascavel-PR-Brasil.

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Estadual de Londrina. Londrina-PR-Brasil.

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá. Maringá-PR-Brasil.

RESUMO: Este estudo que objetivou avaliar, por meio da auditoria retrospectiva, a qualidade dos registros de enfermagem realizados em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário Público. Nesta pesquisa foram analisados 50 prontuários de clientes que permaneceram internados por mais de três dias no setor referido acima, no período de maio a julho de 2009. Consideraram-se de qualidade os registros com percentual de preenchimento completo $\geq 80\%$, incompleto até 15%, não preenchido com menos de 5% e incorreto 0%. Verificou-se que nenhum registro correspondeu a todos os critérios de qualidade propostos, visto que o percentual de preenchimento médio foi de 46% completo; 43% incompleto; 10% não preenchido e 1% incorreto. Concluiu-se que os registros de enfermagem não correspondem aos quesitos da qualidade sendo necessário, portanto, investimentos na sensibilização, capacitação e monitoramento constante da equipe, para que se realizem registros adequados. **DESCRIPTORIOS:** Auditoria de enfermagem; Qualidade da assistência à saúde; Avaliação em enfermagem; Cuidados intensivos; Unidades de terapia intensiva.

QUALITY OF NURSING RECORDS IN INTENSIVE CARE: EVALUATION THROUGH A RETROSPECTIVE AUDIT

ABSTRACT: This study aimed to evaluate, through a retrospective audit, the quality of the nursing records made in an Intensive Care Unit in a public teaching hospital. This study analyzed 50 hospital records of clients who had been hospitalized for more than three days in the Department, in the period May – July 2009. Records were considered to be quality if their Percentage of Completion (PoC) $\geq 80\%$; Incomplete up to 15%; Not Completed with less than 5% and; Incorrect 0%. It was ascertained that no records met all the quality criteria proposed, given that the mean PoC was 46% Complete; 43% Incomplete; 10% Not Completed and 1% Incorrect. It is concluded that the nursing records do not satisfy the quality items, and that investments are therefore necessary in raising awareness, training and constant monitoring of the team, such that adequate records may be made.

DESCRIPTORS: Nursing audit; Quality of health care; Evaluation in nursing; Intensive care; Intensive care units.

CUALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN TERAPIA INTENSIVA: EVALUACIÓN POR MEDIO DE LA AUDITORÍA RETROSPECTIVA

RESUMEN: Estudio que buscó evaluar, por medio de la auditoría retrospectiva, la cualidad de los registros de enfermería realizados en una Unidad de Terapia Intensiva de un Hospital Universitario Público. Fueron analizados, en esta investigación, 50 prontuarios de clientes que se quedaron internados en ese sector por más de tres días, en el periodo de mayo a julio de 2009. Fueron considerados registros de cualidad aquellos con porcentual de relleno completo $\geq 80\%$, incompleto até 15%, no relleno con menos de 5% e incorrecto 0%. Se verificó que ningún registro correspondió a todos los criterios de cualidad propuestos, ya que el porcentual de relleno medio fue de 46% completo, 43% incompleto, 10% no relleno y 1% incorrecto. Se concluyó que los registros de enfermería no corresponden a los criterios de cualidad, siendo necesario, por lo tanto, inversiones en la sensibilización, capacitación y acompañamiento constante del equipo, para que se realicen registros adecuados.

DESCRIPTORIOS: Auditoría de enfermería; Cualidade de la asistencia a la salud; Evaluación en enfermería; Cuidados intensivos; Unidades de terapia intensiva.

*Artigo resultante da dissertação de Mestrado, intitulada: Auditoria como Ferramenta para a Qualidade do Cuidado de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.

Recebido: 02/10/2012
Finalizado: 26/02/2013

Autor correspondente:

Elaine Fátima Padilha

Hospital Universitário do Oeste do Paraná

Rua Sérgio Djalma de Holanda, 2113 - 85802-230 - Cascavel-PR-Brazil

E-mail: laine_padilha@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O advento da globalização, a transformação da economia e a crescente incorporação de novas tecnologias têm impulsionado a sociedade à crescente busca da qualidade, seja no que se refere a produtos manufaturados ou à prestação de serviços.

No âmbito da saúde, a concepção e a prática da garantia da qualidade encontraram espaço legítimo, a partir da década de 1990. Antes disso, a preocupação formal para com esse atributo, nos serviços médico-hospitalares, era muito pequena, visto que a assistência em saúde era mal distribuída e em geral, de baixa qualidade, o que suscitava insatisfação nos usuários⁽¹⁾.

Na área da enfermagem as primeiras iniciativas formais em prol da qualidade surgiram nos Estados Unidos da América (EUA), na década de 1940, com a proposta de avaliação da qualidade das instituições formadoras de enfermeiros e com programas de aperfeiçoamento contínuo para profissionais, posteriormente à formação acadêmica⁽²⁾.

Também no Brasil, a exemplo dos EUA, podem ser observadas ações voltadas para a qualidade da assistência na enfermagem, porém em menor proporção. Dentre as medidas que favorecem a melhoria contínua na enfermagem, destaca-se a criação do Processo de Enfermagem (PE); a obrigatoriedade da sua implantação em todos os estabelecimentos de saúde do país⁽³⁾, a utilização crescente de processos de avaliação da qualidade do cuidado prestado, dentre outras.

No que tange aos processos de avaliação do cuidado, destaca-se a Auditoria da Qualidade, a qual compreende dois métodos de realização: a Auditoria Operacional e a Auditoria Retrospectiva. O primeiro se fundamenta nas condições do paciente/cliente/usuário, no ambiente onde este recebe o cuidado. Já o segundo, compreende a avaliação dos registros de enfermagem, realizados no prontuário do paciente após a sua alta⁽⁴⁾.

Os registros ou anotações de enfermagem consistem em uma importante forma de comunicação escrita das ações realizadas/observadas e das informações obtidas do paciente/família, com finalidade essencial de fornecer dados sobre a assistência prestada, assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde e garantir a continuidade do cuidado⁽⁴⁻⁵⁾.

Em face da importância que os registros de enfermagem representam tanto para a profissão como para o paciente, a Auditoria Retrospectiva,

que compreende a avaliação dos registros, é a mais tradicional no campo da enfermagem. Além disso, este tipo de auditoria também se destaca pelo fato de não haver necessidade de o auditor estar presente no momento da execução do cuidado, o que facilita a sua realização⁽⁶⁾.

A avaliação dos registros de enfermagem é uma ação importante porque permite verificar não somente a qualidade do seu conteúdo, mas também da prática profissional da equipe. Em que pese a importância da avaliação dos registros de enfermagem para o sistema de cuidado e à saúde do paciente, estudos nesta temática utilizando a auditoria retrospectiva, não são muito frequentes no Brasil^(4,6-7). E em se tratando da avaliação dos registros de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a frequência das publicações é ainda menor⁽⁸⁾.

Ao considerar a lacuna existente no âmbito da auditoria retrospectiva dos registros de enfermagem em terapia intensiva, e a importância de anotações frequentes e completas, visto que pode refletir a qualidade dos cuidados prestados pergunta-se: Como se apresentam os registros de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva? E para responder à questão enunciada foi proposta a realização deste estudo que teve como objetivo, avaliar por meio da auditoria retrospectiva, a qualidade dos registros de enfermagem realizados em uma UTI adulto (UTI-A) de um hospital universitário público.

MÉTODO

Estudo descritivo, retrospectivo, quantitativo, realizado no período de maio a junho de 2009 e que se utilizou dos registros de enfermagem de pacientes internados em uma UTI-A, de um hospital universitário público, situado no Estado do Paraná, Brasil. A amostra foi composta por 50 prontuários de pacientes/clientes/usuários que tinham idade igual ou superior a 18 anos e permanência mínima de três dias na Unidade estudada.

O instrumento utilizado para a coleta de dados consistiu-se em um formulário composto por duas partes: a primeira continha itens relacionados aos dados pessoais do paciente e a segunda, era composto por um roteiro elaborado pela equipe da Assessoria de Controle de Qualidade da Assistência de Enfermagem (ACQAE) do Hospital Universitário de Londrina-PR, composto por sete itens e 52 subitens, assim distribuídos: Item I – Dados de Identificação; Item II – Prescrição de Enfermagem; Item III – Procedimentos de Enfermagem; Item IV – Anotações de Enfermagem; Item V – Execução da

Prescrição Médica; Item VI – Condições de Alta e Item VII - Unidade de Terapia Intensiva.

Para cada subitem do roteiro foi marcada apenas uma resposta, dentre as seguintes possibilidades: 1 – Não se aplica; 2 - Completo; 3 - Incompleto; 4 – Não Preenchido e 5 - Incorreto. A auditoria contemplou os registros/anotações da equipe de enfermagem da UTI-A realizados nas primeiras 24 horas de internação; no terceiro e no último dia, seguindo os mesmos critérios adotados pela ACQAE do Hospital Universitário de Londrina-PR.

No processo de tratamento dos dados, foi realizada a categorização e compilação destes, em um banco de dados informatizado no programa *Microsoft Office Excel 2007* e a seguir, foi realizada a análise estatística que se valeu do cálculo da frequência relativa das respostas obtidas para cada item do Roteiro, para obter o Percentual de Preenchimento (PP).

Foram considerados de qualidade os itens do roteiro que apresentaram conjuntamente PP Completo superior a 80%; Incompleto de até 15%; Não Preenchido inferior a 15% e Incorreto de 0%⁽¹⁾. A apresentação dos dados será realizada na forma de tabela, contendo os sete itens do Roteiro e os respectivos PPs, para cada possibilidade de resposta, exceto para a resposta 1 – Não se aplica.

Para utilização do prontuário do paciente foi solicitada a autorização deste ou, no caso de impossibilidade, do familiar responsável, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias. Dessas, uma via foi entregue ao sujeito/familiar e a outra ficou de posse da pesquisadora. O projeto de pesquisa desta investigação foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (COPEP), da Universidade Estadual de Maringá-PR, sob o Parecer n.o 132/2009.

RESULTADOS

Os resultados obtidos para o PP Completo, Incompleto, Não Preenchido e Incorreto, de cada um dos itens do roteiro, estão dispostos na Tabela 1.

Conforme se observa na Tabela 1, o item I, dados de identificação, apresentou o segundo maior PP incompleto do estudo (60%), valor quatro vezes superior ao valor máximo estabelecido como de qualidade (até 15%). Outro item que avaliou os registros realizados pela equipe de enfermagem foi o de número II – prescrição de enfermagem o qual obteve 67% de PP completo, sendo este o item que apresentou o maior PP completo do estudo, porém o valor obtido ficou abaixo do estabelecido (>80%).

No item III – procedimentos de enfermagem, destaca-se o PP não preenchido de 18%, valor mais do que três vezes superior ao preconizado (menor que 05%). Quanto ao item IV – anotações de enfermagem, obteve 45% de PP incompleto o que caracteriza percentual acima do preconizado para este estudo (até 15%). O item V – execução da prescrição médica apresentou o maior PP incorreto (03%) em face ao valor determinado (0%) e também PP completo (53%) muito abaixo do preconizado (>80%). Em relação ao item VI – condições de alta, prevaleceu o PP incompleto com 78%, sendo que o PP obtido nesse item foi o maior observado, situando-se muito acima do proposto (até 15%).

O último item, de número VII, que avaliou os registros realizados pela equipe de enfermagem, se destacou com o maior PP para não preenchido (20%). Os registros referentes a esse item tiveram valores superiores ao considerado de qualidade (menor que 05%).

Tabela 1 - Distribuição dos Percentuais de Preenchimento dos registros de enfermagem realizados na UTI-A de um hospital universitário. Cascavel-PR, Brasil, 2013

Itens avaliados	Percentual de Preenchimento			
	Completo	Incompleto	Não preenchido	Incorreto
I Dados de Identificação	38	60	01	01
II Prescrição de Enfermagem	67	25	08	00
III Procedimentos de Enfermagem	65	15	18	02
IV Anotações de Enfermagem	48	45	07	00
V Execução da Prescrição Médica	53	43	01	03
VI Condições de Alta	03	78	19	00
VII Unidade de Terapia Intensiva	45	35	20	00
Média geral	46	43	10	01

DISCUSSÃO

O preenchimento incompleto dos dados de identificação do paciente, especialmente no que diz respeito ao seu sobrenome é preocupante porque o registro incompleto destes dados pode causar danos ao paciente, relacionados principalmente, à administração de medicamentos, hemoderivados e coleta de material para exames⁽⁹⁾.

Para minimizar os riscos decorrentes da falta de identificação, a literatura referente à segurança do paciente propõe estratégias como: confirmação do nome completo junto ao paciente; utilização de pelo menos dois identificadores (por exemplo: nome completo e data de nascimento) e padronização do preenchimento de pulseiras de identificação⁽¹⁰⁾.

O preenchimento incompleto observado na prescrição de enfermagem ocorreu principalmente nos subitens relacionados à prescrição de cuidados especiais de acordo com os sinais e sintomas da patologia e com a evolução do paciente; presença de rubrica e; checagem dos cuidados de enfermagem prescritos pelo enfermeiro.

Em relação ao preenchimento incompleto da prescrição de cuidados especiais, observou-se que os cuidados prescritos eram semelhantes para todos os pacientes, prevalecendo os cuidados listados na rotina da unidade, como: realização de higiene corporal; oral; ocular; dentre outros que não demandavam conhecimento acurado dos sinais e sintomas e da evolução do paciente.

A característica das prescrições de enfermagem observadas neste estudo se assemelha àquelas analisadas em um estudo realizado num hospital de Porto Alegre (RS), onde os técnicos de enfermagem referiram que as prescrições realizadas pelos enfermeiros eram muito parecidas umas às outras e que a sua realização se dava somente quando o paciente apresentava quadro clínico grave⁽¹¹⁾.

Conduta como a antes mencionada, tende a dificultar o processo de trabalho da equipe de enfermagem porque, a falta de especificidade da prescrição pode levar o paciente ao não recebimento dos cuidados necessários à sua condição clínica ou, ainda, induzir a equipe técnica à realização de cuidados diferentes dos

prescritos pelo enfermeiro⁽¹²⁾.

Para que a problemática da falta de especificidade da prescrição de enfermagem seja minimizada, faz-se necessário investir na sensibilização do enfermeiro sobre a necessidade de realizá-la, associada à capacitação profissional, no sentido de aprimorar o seu raciocínio clínico⁽¹³⁾. Além disso, é preciso que a equipe técnica reconheça a sua importância à recuperação do paciente e à organização das ações a serem realizadas na unidade⁽¹¹⁻¹²⁾.

Com relação à falta da rubrica e da checagem dos cuidados prescritos pelo enfermeiro, acredita-se que isso decorre da pouca valorização que a equipe atribui à prescrição que segundo os trabalhadores, não corresponde às necessidades específicas do paciente.

Mesmo que os cuidados de enfermagem prescritos não se tratem de ações específicas/individuais, como seria o adequado, por ser um documento legal⁽⁵⁾, a checagem e a rubrica devem estar presentes para comprovar a realização dos cuidados. Além disso, a falta desses quesitos inevitavelmente geram dúvidas que podem resultar em prejuízos à continuidade do cuidado e à apuração de processos judiciais/éticos⁽⁵⁾.

O não preenchimento dos procedimentos de enfermagem foi mais frequente nos registros relacionados à realização de higiene oral e higiene corporal diária. A ausência de registros sobre esses procedimentos também preocupa porque, mesmo sendo cuidados considerados “de rotina”, têm grande importância para o bem-estar e recuperação do paciente. Além disso, a falta de informação indica que os cuidados de higiene não são valorizados pela equipe.

Do ponto de vista ético e legal, somente o registro de execução de uma atividade pode, de fato, assegurar que esta foi realizada pelo profissional de enfermagem⁽⁵⁾. Com isso, o registro das atividades realizadas é sempre necessário porque promove maior visibilidade da categoria profissional e contribui para a integralidade do cuidado prestado ao paciente⁽¹²⁾.

As anotações de enfermagem incompletas se deram, sobretudo, no horário e na rubrica em cada anotação; na descrição da admissão, da alta ou óbito do paciente e; no registro do aspecto e evolução das lesões cutâneas.

No que se refere ao horário e rubrica, verificou-

se que as anotações de enfermagem não estão redigidas de acordo com as recomendações do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen)⁽¹⁴⁾, que destaca, dentre outros aspectos, a necessidade de registrar o horário antes/no início da anotação e a identificação profissional, após/no fim desta. A aposição desses dados segundo o referido órgão é necessária, pois o registro completo das anotações de enfermagem consiste em responsabilidade ética, determinada no Código de Ética da categoria⁽¹⁴⁾.

O não atendimento das recomendações do Cofen, com relação à presença de horário e rubrica em cada anotação, não é um dado encontrado apenas neste estudo, mas também em estudo realizado em outro hospital universitário público, o qual apontou que as anotações avaliadas não atendiam ao percentual de adequação em relação ao horário e rubrica⁽⁷⁾, sugerindo que no Serviço investigado, havia falta de valorização da enfermagem com relação às normas reguladoras do exercício profissional.

Quanto ao preenchimento incompleto observado nas anotações de admissão, alta ou óbito, acredita-se que no caso da admissão, isso ocorra devido à sobrecarga assistencial no momento da sua realização, devido à necessidade de priorizar a assistência direta ao paciente no momento da sua chegada, que teoricamente é uns dos momentos de maior gravidade do paciente. Apesar disso, a equipe não pode prescindir a realização de anotações referentes às atividades executadas porque a informação registrada é necessária à continuidade do cuidado e à qualidade da mesma.

No que tange ao preenchimento incompleto dos registros de alta, a literatura aponta que, devido ao envolvimento com os afazeres da unidade, a enfermagem não registra as informações logo depois que o paciente deixa o setor/unidade e com isso o seu prontuário, muitas vezes, é recolhido sem a existência de tais informações^(1,7).

Quanto ao aspecto e à evolução das lesões cutâneas, constatou-se que não havia registro de enfermagem completo de todos os dados necessários. Esse dado corrobora com os resultados de outros estudos que apontam à ocorrência de registros incompletos em relação ao aspecto e à evolução de lesões cutâneas em pacientes internados^(4,7).

A realização de registros incompletos sobre os cuidados com lesões cutâneas, além de caracterizar falta de compromisso e omissão de cuidado por parte da equipe de enfermagem, interfere no seu tratamento, visto que para a sua continuidade são necessárias informações suficientes e exatas sobre as condutas tomadas e a evolução diária das suas características⁽⁷⁾.

O preenchimento incorreto na execução da prescrição médica neste estudo foi observado especialmente no subitem transcrição de orientações médicas para a prescrição de enfermagem. Esse dado também é motivo de grande preocupação porque, geralmente as orientações constantes na prescrição médica, se referem às questões que não são rotineiras e que demandam maior atenção por parte da equipe de enfermagem.

O fato de estar ocorrendo transcrições incorretas, expressa falta de atenção por parte do profissional enfermeiro para com os cuidados especiais que o paciente requer e essa conduta, pode comprometer a sua segurança, especialmente se as orientações médicas se referirem a restrições de movimentos, verificação de sinais vitais com maior frequência, dentre outras.

Para que as orientações médicas não sejam transcritas de forma incorreta, sugere-se que o enfermeiro realize a leitura de todas as prescrições médicas no início de suas atividades assistenciais a fim de identificar os cuidados especiais requeridos por algum paciente e que somente após isso, repasse tais cuidados, de forma acertada e segura, para a prescrição de enfermagem.

Ainda, com relação ao baixo PP completo deste estudo, também foi observado na execução da prescrição médica, nos quesitos checagem de medicações prescritas, especialmente nos itens: insulina; expansor plasmático e soro.

A checagem incompleta das medicações prescritas pelo médico gera dúvida quanto à sua realização ou não⁽⁷⁾ e essa incerteza pode levar o paciente a receber de forma duplicada a terapêutica medicamentosa ou mesmo deixar de recebê-la. A checagem de medicamento é, portanto, um fato que gera muita inquietação porque envolve riscos e prejuízos à evolução e ao

prognóstico do paciente. No âmbito econômico, a checagem incompleta das medicações prescritas promove glosas de pagamento, gerando prejuízos financeiros às instituições⁽¹⁵⁾.

Nas anotações de alta o preenchimento incompleto esteve presente principalmente nas anotações das condições físicas do paciente no momento da alta e nas orientações para a continuidade do cuidado e tratamento.

Estudos apontam que o preenchimento incompleto sobre as condições de alta dos pacientes também ocorre com pacientes não graves e essa falta de registro pode estar associada ao fato de o profissional postergar a realização do relatório para depois que o paciente sair do hospital, o que pode induzi-lo a esquecimentos e com isso o não registro de dados importantes^(1,4).

No caso específico da terapia intensiva, onde normalmente o paciente não recebe alta diretamente para o domicílio e sim para outra unidade de internação (unidade semi-intensiva ou unidade de internação), registros completos sobre as condições de alta do paciente contribuem para que sejam evitadas perdas de informações importantes, como aquelas referentes aos cuidados realizados, que possibilitam a continuidade do tratamento na outra unidade de internação para onde o paciente foi encaminhado⁽⁴⁾.

Nas anotações referentes ao item da Unidade de Terapia Intensiva, foi observado elevado percentual de não-preenchimento no subitem registro de realização de exame físico uma vez por período.

O dado antes referido é preocupante porque o exame físico é o principal procedimento que subsidia o planejamento da assistência de enfermagem e o baixo percentual de realização observado neste estudo pode ser forte um indicativo de que o modo como a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) está sendo realizada é incorreta ou insuficiente.

A aplicação fragmentada da SAE prejudica a sua utilização como instrumento científico do exercício da enfermagem, visto que as suas etapas são interdependentes e o exame físico compreende uma das etapas iniciais da sistematização, onde o enfermeiro estabelece com o paciente um contato em busca da identificação dos sinais e sintomas de desajustes físicos e emocionais⁽¹⁶⁾. Diante disso, a não

realização do exame físico pode comprometer o cuidado prestado ao paciente, visto que não permite que este seja avaliado na sua totalidade.

Em terapia intensiva, o planejamento dos cuidados de enfermagem fundamentado nas especificidades de cada indivíduo é indispensável em razão de que, nessas unidades, normalmente, os pacientes apresentam alterações hemodinâmicas importantes e características peculiares, as quais, na maioria dos casos, são identificadas pela realização do exame físico.

Em face ao exposto, faz-se necessário identificar junto aos enfermeiros da Unidade estudada se existe deficiência nas bases propedêuticas para a realização desse procedimento, à fim de propor estratégias que os instrumentalizem para realizar essa atividade.

CONCLUSÕES

Neste estudo, verificou-se que os registros de enfermagem apresentaram PP completo insuficientes ao considerado de qualidade ($PP > 80\%$); o incompleto atingiu percentual quase três vezes superior ao determinado para o estudo ($PP \leq 15\%$); o não preenchido obteve percentuais duas vezes a mais que o considerado de qualidade ($PP \leq 05\%$) e; só o incorreto apresentou percentual próximo ao considerado de qualidade ($PP = 00\%$).

Considerando que na média geral, o PP completo obteve 46%; o incompleto 43%; o não preenchido 10% e o incorreto 01%, reconhece-se que os registros de enfermagem analisados não são de qualidade. Dessa forma, alvitra-se à equipe de enfermagem investigada, ações que os capacitem à realização de registros frequentes, completos, específicos e exatos.

REFERÊNCIAS

1. Haddad MCL. Qualidade da assistência de enfermagem: processo de avaliação de um hospital universitário público [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2004.
2. Gentil RC, Sanna MC. Processos de acreditação para o enfermeiro: um recorte histórico. Rev. bras. enferm. [Internet] 2009;62(1) [acesso em 12 mar 2013]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000100019>
3. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 358, de 15 outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização

- da Assistência de Enfermagem e a implantação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: COFEN; 2009.
4. Venturini DA, Marcon SS. Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola. *Rev. bras. enferm.* [Internet] 2008;61(5) [acesso em 13 mar 2013]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000500007>
 5. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Cartilha de anotações de enfermagem: aspectos éticos e legais; 2008 [Internet] [acesso em 11 mar 2013]. Disponível: <http://www.portaldafenmagem.com.br/downloads/manual-anotacoes-de-enfermagem-corensp.pdf>
 6. Setz VG, D’Innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. *Acta Paul. Enferm.* [Internet] 2009;22(3) [acesso em 13 mar 2013]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000300012>
 7. Vituri DW, Matsuda LM. Os registros de enfermagem como indicadores da qualidade do cuidado: um estudo documental, descritivo-exploratório e retrospectivo. *Online Braz J Nurs.* [Internet] 2008;7(1) [acesso em 11 fev 2013]. Disponível: <http://www.objnursing.uff.br//index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1241/295>
 8. Matsuda LM, Carvalho ARS, Évora YDM. Anotações/Registros de enfermagem em um hospital-escola. *Cienc. cuid. saude.* [Internet] 2007;6(supl. 2) [acesso em 12 mar 2013]. Disponível: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5307/3380>
 9. Cassiani SHB, Gimenes FRE, Monzani AAS. O uso da tecnologia para a segurança do paciente. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet] 2009;11(2) [acesso em 15 mar 2013]. Disponível: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n2/pdf/v11n2a24.pdf.
 10. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. 10 passos para a segurança do paciente; 2010 [Internet] [acesso em 15 fev 2013] Disponível: http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente.pdf
 11. Cruz AMP, Almeida MA. Competências na formação de técnicos de enfermagem para implementar a sistematização da assistência de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* [Internet] 2010;44(4) [acesso em 15 fev 2013]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000400009>
 12. Pimpão FM, Lunardi Filho WD, Vagheti HH, Lunardi VL. Percepção da equipe de enfermagem acerca da prescrição de enfermagem. *Cienc. cuid. saude.* [Internet] 2010;9(3) [acesso em 14 abr 2013]. Disponível: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9336/6642>
 13. Cerullo JASB, Cruz DALM. Raciocínio clínico e pensamento crítico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet] 2010;18(01) [acesso em 15 fev 2013]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000100019>
 14. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 311, de 08 fevereiro 2007. Aprova a Regulamentação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN; 2007.
 15. Scarparo AF, Ferraz CA. Auditoria em enfermagem: identificando sua concepção e métodos. *Rev. bras. enferm.* [Internet] 2008;61(3) [acesso em 20 abr 2013]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000300004>
 16. Silva LWS, Nunes ECDA, Souza DM, Santos CS, Pereira LC. Sistematização da Assistência de Enfermagem - A Práxis no SER-SABER-FAZER o Cuidado. *Cogitare enferm.* [Internet] 2011;16(3) [acesso em 17 abr 2013]. Disponível: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/24297/16304>