

AVALIAÇÃO DOS PRONTUÁRIOS DOS PACIENTES DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE PARAIBUNA DO ESTADO DE SÃO PAULO

*Douglas Rebelo de Moraes¹
Josiane Aparecida Silva e Souza¹
Rosemary Ap^a de Souza Scudelari¹
Suellen Aparecida Siqueira¹
MSc Ana Flávia Bezerra²
MSc Stela Márcia Draib Gervásio³*

RESUMO: Avalia os registros de enfermagem no prontuário do paciente em uma instituição pública do Município de Paraibuna SP. O estudo é qualiquantitativo descritivo, retrospectivo e documental. Foi entrevistada através de um questionário estruturado a equipe de enfermagem, para avaliar a satisfação da equipe com o prontuário e um *check list* de 120 prontuários entre 2008 a 2011. Verificaram-se: Dados do paciente; Diagnóstico, evolução e anotação de enfermagem; Checagem da prescrição de enfermagem e medicação; Legibilidade das anotações. Na análise qualitativa, todos os prontuários possuíam espaços para identificação do paciente, diagnóstico, prescrição, evolução, e anotação de enfermagem. Porém não estavam completos, apresentavam falhas que comprometem o entendimento da equipe e a segurança do paciente. Concluiu-se que os prontuários pesquisados contem informações parciais em seus registros, devido a vários fatores sendo o principal a comunicação entre os profissionais.

PALAVRAS CHAVE: Prontuário. Comunicação. Enfermagem.

EVALUATION OF PATIENT'S MEDICAL RECORDS OF A PUBLIC INSTITUTION OF THE MUNICIPALITY OF PARAIBUNA STATE OF SÃO PAULO

SUMMARY: Evaluate nursing records in the patient record in a public institution in the city of Paraibuna SP. The study is qualiquantitativo descriptive, retrospective and documentary. He was interviewed through a structured questionnaire to nursing staff, to assess satisfaction with the team's medical records and a check list of 120 records from 2008 to 2011. There were: Patient Data, Diagnosis, evolution and nursing notes, checking prescription medication and nursing; Legibility of notes. In qualitative analysis, all records had spaces for patient identification, diagnosis, prescription, evolution, and nursing notes. However were not complete, had flaws that compromise the understanding of staff and patient safety. It was concluded that the records searched contains partial information in its records due to several factors being the main communication among professionals.

KEY WORDS: Record. Communication. Nursing.

¹ Acadêmicos do 8º período do curso de graduação em Enfermagem da UNIP.

² Mestre em Engenharia Biomédica pela Universidade do Vale do Paraíba sigla (UNIVAP), Docente do Curso de Graduação em Enfermagem pela universidade Paulista (UNIP) São José dos Campos.

³ Mestre em Engenharia Biomédica pela Universidade Camilo Candido Barros, Coordenadora e Docente do curso de Enfermagem pela Universidade Paulista (UNIP) São José dos Campos e Coordenadora e Docente do curso de Graduação em enfermagem do Instituto Taubaté de Ensino Superior (I.T.S).

INTRODUÇÃO

O prontuário médico é um documento tão antigo quanto à história da saúde no Brasil, mesmo assim estudos vêm mostrando falhas na comunicação escrita da equipe de enfermagem. Uma pesquisa realizada em 2003 identificou que “... os enfermeiros, não estão preparados para o registro de enfermagem objetivo, completo e desprovido de impressões, nem para registrar os aspectos psicológicos e emotivos do paciente”²⁰. A qualidade dos registros de enfermagem observada nos prontuários é bastante desalentadora e requer urgentes mudanças. Foram observados prontuários extensos, com ausência de informações relevantes, anotações vagas e relatos de profissionais que referem perda de muito tempo com anotações longas¹⁶. As anotações nos prontuários devem ser de maneira que todos possam entender e que não faltem informações a serem descritas neste documento²¹.

Identifica-se que quanto mais diretivo o prontuário melhor o preenchimento e quanto mais aberto, menos anotações, por isso a importância da construção de uma anotação sem abreviaturas e muitas vezes fantasiosa pela equipe de enfermagem³. Os enfermeiros ainda omitem muitas informações de procedimentos realizados no paciente, por ter o tempo consumido pelas atividades administrativas¹. Reconhecemos que são várias as dificuldades apresentadas pelo enfermeiro na realização de um registro qualificado, científico e que visualize o cuidado individualizado, mas se a assistência não for registrada, fica no plano da oralidade, invisível⁷.

Uma forma de organização nos registros de enfermagem é a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que se trata de um instrumento de comunicação de informações relevantes e sobre os cuidados de enfermagem ao paciente. A elaboração da SAE é um dos meios que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científico e humanos na assistência ao paciente⁵. Cabe ao enfermeiro, analisar junto aos funcionários a importância de se anotar todos os procedimentos prestados⁶. Outra alternativa de organização dos registros de enfermagem é a *Nursing Interventions Classification* (NIC): trata-se de uma intervenção de enfermagem que documenta os serviços a serem prestados na prevenção de erros na assistência e nos cuidados²². O CIPE também é um instrumento de informação para descrever a prática de enfermagem e, conseqüentemente, prover dados que identifiquem a contribuição de enfermagem no cuidado da saúde. E ao mesmo tempo, promove mudanças na prática através da educação, administração e pesquisa²³.

A promoção e educação contínua entre os membros da equipe de saúde, impulsionam uma comunicação eficaz para o desenvolvimento de um procedimento correto livre de insegurança e erros simples, que pode tirar vidas¹⁶. A educação continuada é uma forte aliada para a implementação de mudanças necessárias, que permite enfrentar e resolver problemas corretamente, proporcionando serviços eficientes e eficazes²⁴.

É necessário priorizar a qualidade dos registros para que realmente se tornem um espelho do cuidado prestado, mas um espelho que reflita a imagem de um cuidado integral, individualizado e autêntico⁷. Esta pesquisa tem por objetivo avaliar os registros de enfermagem no prontuário do paciente em uma instituição pública do Município de Paraibuna - SP.

MÉTODOS

Este estudo tem caráter quali-quantitativo descritivo e retrospectivo, documental. A pesquisa foi realizada em uma instituição pública no Município de Paraibuna – São Paulo. Os dados foram coletados entre os meses de fevereiro a março de 2012 no período diurno e noturno, dos prontuários de 2008 a 2011, após a aprovação do projeto pelo comitê de ética em pesquisa (CEP) da Universidade Paulista (UNIP) mediante protocolo 1204/11 CEP/ICS/UNIP.

Foram entrevistados através de questionários estruturados contendo 7 questões, os 22 profissionais da instituição em 3 categorias: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. E um *check-list* estruturado contendo 6 itens de avaliação com 18 características entre eles para avaliação da qualidade dos prontuários dos pacientes/clientes.

Os dados coletados através de questionário e *check-list* foram apresentados em planilhas desenvolvidas no *Microsoft Office Excel®* e serão apresentados em figuras e tabelas, e dados em percentuais.

RESULTADO

Os resultados obtidos com a aplicação do questionário estruturado para avaliar o grau de satisfação dos colaboradores de enfermagem foram:

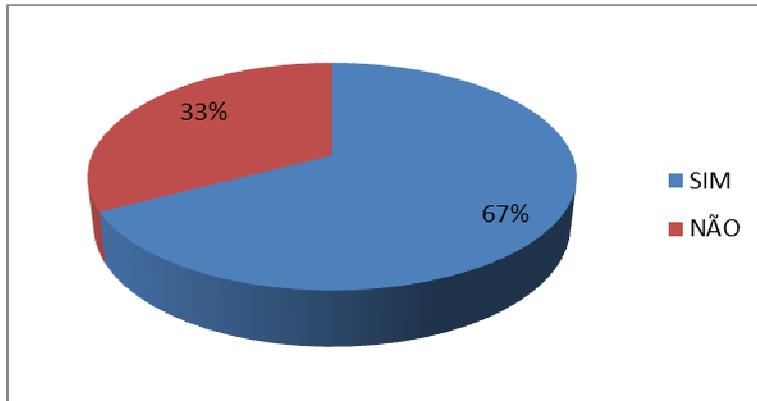


FIGURA 1 – O prontuário do paciente é claramente identificado?

Constatou-se que: 67% deles afirmam que o prontuário é claramente identificado e 33% apontam que o prontuário não é claramente identificado.

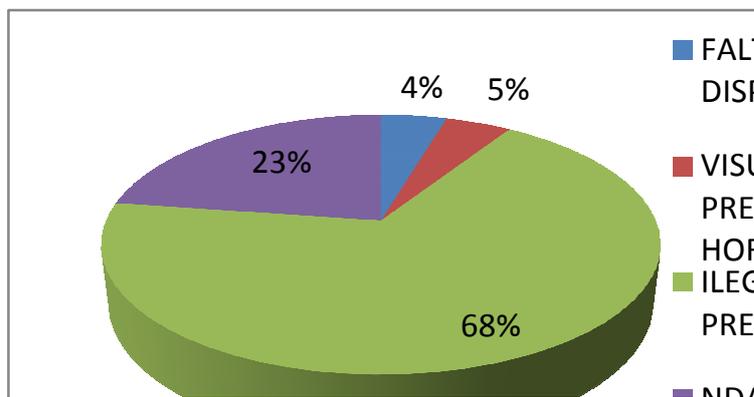


FIGURA 2 – Qual a maior dificuldade para a checagem de medicação?

Em relação a maior dificuldade para a checagem da medicação, 68% relatam que a maior dificuldade da checagem é referente à ilegibilidade da prescrição. 5% dos colaboradores defende que a dificuldade é devido à visualização prejudicada no horário da prescrição. 4% que há falta de tempo disponível para a checagem da medicação. E 23% considera que nenhuma das respostas anteriores satisfaz a dificuldade de checagem da medicação.

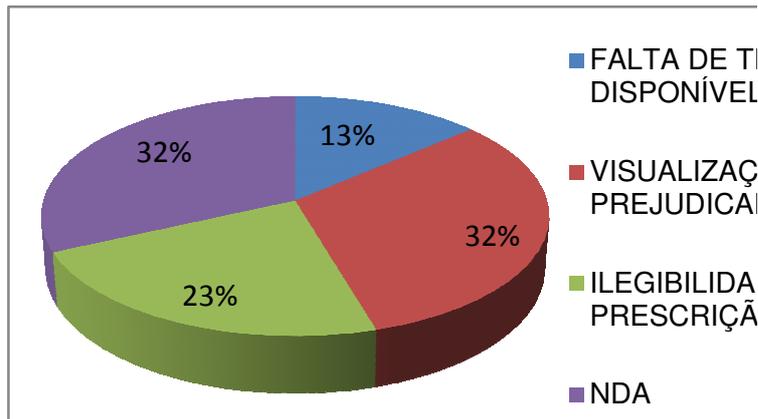


FIGURA 3 – Qual a maior dificuldade para a checagem da prescrição de enfermagem?

Referente à maior dificuldade de checagem da prescrição de enfermagem, 32% da equipe de enfermagem sustenta que a dificuldade de checagem está presente na visualização prejudicada da prescrição de enfermagem, 23% alegam que a dificuldade é devido à ilegibilidade da prescrição de enfermagem. 13% dos funcionários argumentam que há falta de tempo disponível para a checagem da prescrição de enfermagem e 32% deles afirmam que nenhuma das respostas anteriores satisfaz a dificuldade de checagem da prescrição de enfermagem.

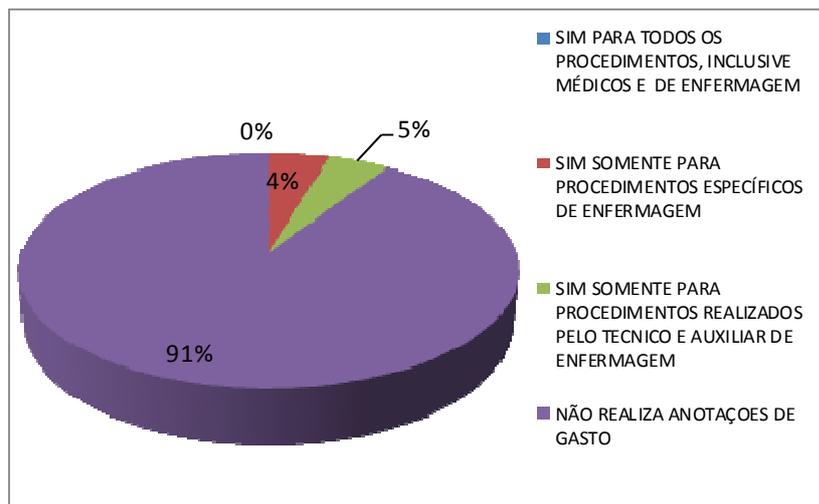


FIGURA 4 – Após a realização de um procedimento, são anotados os gastos?

A respeito das anotações de gastos, 91% da equipe de enfermagem não realizam a anotação dos materiais gastos. 4% deles alegam que anotam somente os

procedimentos de enfermagem, 5% dos mesmos relatam que realizam somente dos procedimentos realizados por técnicos e auxiliares de enfermagem. E nenhum dos funcionários (0%) de enfermagem da instituição realiza anotação dos materiais gastos no procedimento médico e de enfermagem.

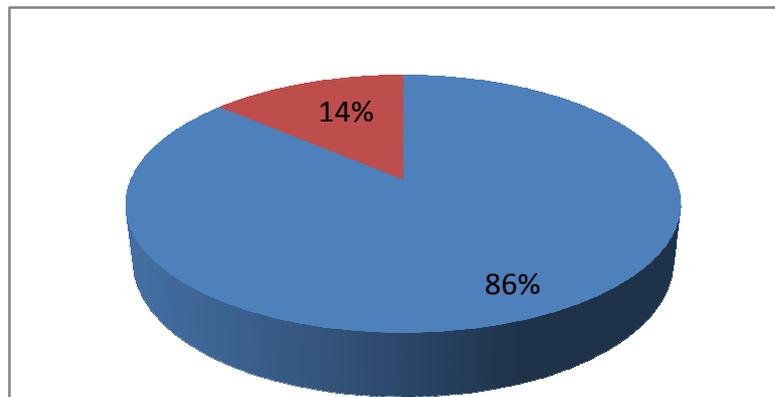


FIGURA 5 – O espaço entre uma linha e outra facilita a anotação, prescrição e evolução de enfermagem?

De acordo com o espaço na folha do prontuário para as anotações de enfermagem, prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem, 86% dos colaboradores estão satisfeitos com o espaço para a escrita. Enquanto que 14% dos colaboradores não estão satisfeitos com o espaço para anotações na folha do prontuário.

TABELA 1 - *Check-list* dos prontuários dos pacientes, de arquivo morto.

PRONTUÁRIOS		ANOS AVALIADOS									
ITENS AVALIADOS	CARACTERÍSTICAS	2008	%	2009	%	2010	%	2011	%	TOTAL	%
1- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Prontuários claramente identificados	17	56,7%	26	86,7%	16	53,3%	21	70,0%	80	66,7%
	Prontuários com falhas de identificação	5	16,7%	2	6,7%	7	23,3%	5	16,7%	19	15,8%
	Prontuários sem identificação	8	26,7%	2	6,7%	7	23,3%	4	13,3%	21	17,5%
2- CHECAGEM DE MEDICAÇÃO	Checagem correta	5	16,7%	1	3,3%	1	3,3%	2	6,7%	9	7,5%
	Checagem com falta de informação	24	80,0%	24	80,0%	27	90,0%	27	90,0%	102	85,0%
	Ausência de checagem	1	3,3%	5	16,7%	2	6,7%	1	3,3%	9	7,5%
3- CHECAGEM DA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	Checagem correta	6	20,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	6	5,0%
	Com falta de informação	19	63,3%	25	83,3%	18	60,0%	13	43,3%	75	62,5%
	Ausência de checagem	5	16,7%	5	16,7%	12	40,0%	17	56,7%	39	32,5%
4- LEGIBILIDADE DAS ANOTAÇÕES	Legível	5	16,7%	2	6,7%	2	6,7%	12	40,0%	21	17,5%
	Abreviaturas não padronizadas	19	63,3%	20	66,7%	4	13,3%	4	13,3%	47	39,2%
	Erros ortográficos e vocabulário inadequado	5	16,7%	3	10,0%	17	56,7%	6	20,0%	31	25,8%
	Illegível	1	3,3%	5	16,7%	7	23,3%	8	26,7%	21	17,5%
5- ANOTAÇÃO DE MATERIAIS GASTOS E BAIXA DE MATERIAIS ESTÉREIS NO PRONTUÁRIO	Anotação correta inclusive de materiais estéreis	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Anotação do procedimento realizado	5	16,7%	4	13,3%	11	36,7%	13	43,3%	33	27,5%
	Ausência de anotação do procedimento e ou checagem na prescrição de enfermagem	25	83,3%	26	86,7%	19	63,3%	17	56,7%	87	72,5%
6- ESPAÇO DISPONÍVEL PARA PRESCRIÇÃO ANOTAÇÃO E EVOLUÇÃO	Suficiente	Sim		Sim		Sim		Sim		Sim	
	Insuficiente	-		-		-		-		-	

De acordo com a base de dados da instituição sediadora do arquivo morto de prontuários, foi utilizado um *check-list* estruturado com 6 itens de avaliação, contendo 18 características distribuídas entre eles. Foram analisados 30 prontuários no ano de 2008, 30 prontuários 2009, 30 prontuários de 2010 e 30 prontuários de 2011.

No item identificação do paciente, primeira característica avaliada encontrou-se 80 (66,7%) dos prontuários claramente identificados, 19 (15,8%) prontuários com falha de identificação e 21 (17,5%) prontuários sem identificação. Nota-se que este item o paciente fica exposto a riscos.

Quando levantado o item checagem de medicação avaliou-se que 9 (7,5%) dos prontuários avaliados, havia checagem correta, 102 (85%) checagem com falta de informações e 09 (7,5%) ausência de checagem. Estes dados mostram que o risco é muito grande na administração de drogas repetidas e pode levar até a morte do cliente.

Na checagem da prescrição de enfermagem item relevante para o cuidado do cliente mostrou 6 (5%) checagem correta, 75 (62,5%) com falta de informação e 39 (32,5%) ausência da checagem. Esta questão traz a não conformidade de vários cuidados para o cliente prejudicando assim o tratamento e os cuidados do mesmo.

As características da escrita, item importante para realizações e entendimento dos procedimentos a serem realizados diz que 21 (17,5%) dos prontuários estavam legível, 47 (39,2%) com abreviaturas não padronizadas, 31 (25,8%) com erros ortográficos e vocabulário inadequado e 21 (17,5%) ilegível. Uma falha de identificação correta acarreta em erros até de troca de pacientes.

Vários itens são necessários para auditar gastos. Foram avaliados anotação de materiais gastos e baixa de materiais estéreis no prontuário. Onde nenhum dos prontuários 0 (0%) havia anotação correta inclusive de materiais estéreis, 33 (27,5%) dos prontuários com anotação do procedimento realizado e 87 (72,5%) dos prontuários com ausência de anotação de procedimento e ou checagem na prescrição de enfermagem.

O item espaço disponível para prescrição, anotação e evolução foi plausível nos 120 (100%) prontuários avaliados.

DISCUSSÃO

As transformações tecnológicas se renovam constantemente ao redor do planeta, algumas são muito grandiosas e são facilmente notadas por todos. Outras são tão pequenas que acontecem e não conseguimos enxergar, porque a mente humana esta destreinada para os mínimos detalhes.

Para tanto foi necessário buscar no arquivo morto da instituição cedente, 30 prontuários de cada ano de 2008 a 2011, e aplicar o questionário para a equipe de enfermagem no mês de fevereiro a março de 2012. No momento da coleta não houve obstáculo para o acesso à instituição verificando uma satisfatória receptividade por parte do diretor e enfermeiros em acolher os pesquisadores e colaborar com o estudo.

Os colaboradores referem em relação à escrita no prontuário, e o espaço entre uma linha e outra está suficiente para anotação. O entendimento do que estava escrito era considerado ótimo, a checagem de prescrição de enfermagem estava suficiente. No entanto com todas essas considerações positivas dos funcionários a respeito da qualidade do prontuário em relação ao que estava proposto através de escritas não condiz com o que foi avaliado nos prontuários pesquisados.

Tais relevâncias mostraram-se compatíveis com os dados analisados e comparados com os artigos revistos, foram observadas inúmeras falhas condizentes com a pesquisa realizada sobre a falha na comunicação escrita nos prontuários dos pacientes. Não foi encontrado com base nos artigos pesquisados nenhum prontuário completamente legível. De acordo com SILVA (2007), existem pontos frágeis na comunicação não verbal que necessita de medidas qualitativas para que se torne legível a interpretação do prontuário.

Apesar das inúmeras avaliações durante o processo de pesquisa relacionado a prontuários, não houve uma lógica assertiva em nenhuma das observações relacionadas às checagens de procedimentos com relação aos registros observados no prontuário do paciente na instituição avaliada, como cita os artigos analisados para a realização desta pesquisa.

Em relação às legibilidades e as anotações FURUYA (2001), relata que um sistema de classificação de enfermagem possibilita o cuidado em uma linguagem única em sua descrição e elaboração, essa observação condiz em partes com os achados durante a pesquisa, visto que houve um cuidado no sistema de qualificação da enfermagem, porém observou-se uma falha de compreensão dos operadores do mesmo. Os achados em relação aos insumos da instituição não há registros por parte da auditoria pelo fato da mesma receber verba governamental e donativos do município por ser uma instituição filantrópica. Ao realizar a avaliação dos prontuários observou-se que o mesmo mantém sua estrutura física eficaz, porém em relação aos procedimentos operacionais mostrou-se ineficiente. SILVA e TAVARES (2007), reforça a importância de anotar tudo o

que foi realizado com o paciente, bem como o porquê dos procedimentos. Caso não tenha sido executado, deve-se justificar o motivo, pois essas anotações resultam em segurança tanto do profissional quanto do paciente/cliente, devendo ser confiáveis e de fácil interpretação. Contudo reforçamos que as anotações de enfermagem devem seguir um padrão de sistematização de enfermagem. Esse fato torna os registros mais claros, sem “idas” e “voltas” nas anotações. Os dados analisados mostram que na rotina de enfermagem as anotações não seguem esse padrão. Conforme se observou na pesquisa sobre as anotações do prontuário do paciente elas devem ser claras e objetivas, proporcionando o entendimento do que ocorreu com o paciente no período, por qualquer pessoa que as leiam.

Os prontuários analisados na maioria deles estavam insatisfatórios, o que dificultou a realização da verdadeira intenção expressada no mesmo, devido sua ilegibilidade. Relata-se em comum acordo entre os artigos pesquisados e a instituição escolhida de modo significativo a importância de uma anotação objetiva e criteriosa para a garantia de menores perdas econômicas, além de ser um requisito válido para a defesa legal no ponto de vista jurídico. Por outro lado, anotações incompletas ou a ausência destas, são indícios de falta de qualidade da assistência de enfermagem, além de um reflexo do que é realizado na prática implicando assim, em questões éticas.

Avaliando as figuras em porcentagens relacionadas à eficácia dos prontuários, podemos observar inúmeras comparações em relação à complexidade encontrada. Comparando os achados encontrados na pesquisa observaram-se muitas relevâncias em relação aos artigos pesquisados. Notou-se que esses dados encontrados necessitam de um enfoque padronizado, visando os mesmos interesses mútuos já que o objetivo é a melhoria na qualidade prestada ao cliente.

Destaca-se também que a importância da qualidade das anotações de enfermagem tem sido uma característica reforçada na elaboração e formulação das anotações em prontuários, fato esse incorporado em muitos aspectos nos dados obtidos nesta pesquisa. Contudo as exigências e reformas estabelecidas por leis sustenta a necessidade de melhorar qualidade dos serviços prestados na instituição pesquisada. Alguns procedimentos ainda não foram incorporados nas rotinas de anotações, como: a troca dos curativos deve ocorrer de acordo com a prescrição, ou seja, checagem seguida da evolução de enfermagem; a anotação de uso de colchão piramidal; a anotação de

oxigenioterapia; descrição de passagem de sonda; checagem e justificativa de punção e, ou troca de acesso venoso; intercorrências e tentativas da punção. Talvez seja possível inferir que tais fatos ocorrem, pois na unidade pesquisada que foi uma unidade de clínica médica, há anotações por turnos e não ao longo dele, o que pode levar ao esquecimento de anotações de informações relevantes.

SANTOS (2005), sustenta que a tecnologia está voltada para um mercado onde as pessoas são convidadas a adaptar-se a ela, em vez de procurarem outras formas, que podem ser adequadas nessa perspectiva. A tecnologia deve ir ao encontro com as necessidades das pessoas, beneficiando-as no seu bem estar e na qualidade de vida, porém, foi identificado o despreparo em relação aos funcionários para o desenvolvimento do mesmo, nela são utilizados prontuários digitalizados em relação aos procedimentos médicos, mas em relação às anotações de enfermagem e a do enfermeiro ainda é mecânica.

PIRES (2005), sustenta que com todos esses requisitos o prontuário eletrônico se torna seguro, podendo assim a instituição ter parâmetros legais para defender tanto seus funcionários como a própria instituição. ALVES (2004), ressalta a existência de muitos fatores que favorecem o prontuário eletrônico, desde a legibilidade e compreensão das informações colocadas no prontuário e a facilidade de manusear estes programas, que economizam tempo e fornece mais informações.

Porém existem alguns fatores que precisam ser aperfeiçoados que é a segurança do prontuário, pois estando em rede, os dados do paciente corre grande risco de acessos não autorizados ou invadidos pelos “piratas da *internet*” necessitando de um programa confiável e profissionais qualificados baseado através do DECRETO LEI Nº 94.406, DE 08 DE JUNHO DE 1987, que regulamenta a Lei 7.498, de 25 de junho de 1996 em seu Art. 14, em que ressalta a incumbência a todo o pessoal de enfermagem da necessidade de anotar no prontuário do paciente todas as atividades da assistência de enfermagem e também através da resolução do COFEN 311/2007 que aprova a nova reformulação do código de ética dos profissionais de saúde independente do protocolo instituído dentro de cada instituição.

A enfermagem, portanto tem um papel fundamental e importante nesse contexto, em virtude da complexidade das ações empregadas os dados encontrados, por essa

razão o sistema de informações deve ser eminentemente orientado e prático para não haver riscos referentes à negligência, imprudência e imperícia.

CONCLUSÃO

As duas vertentes aferidas (questionário com os colaboradores de enfermagem e *check-list* dos prontuários de arquivo morto) mostraram pontos frágeis dos colaboradores nas anotações de enfermagem nos prontuários dos pacientes. Foram observados que existe falha e falta de orientação e conscientização dos funcionários ao manusearem os prontuários e anotarem os procedimentos realizados. A excelência dos padrões de uma instituição só é alcançada se a equipe estiver bem treinada e consciente que o trabalho em equipe é a fonte que alimenta qualquer caminho. Devido a estes fatores entende-se que, algumas estratégias para realização de uma anotação eficaz se faz necessários: padronização das anotações de enfermagem, implementação de protocolos institucionais, palestras para os colaboradores, reuniões periódicas com cada setor da instituição, implantação de educação continuada, uso de apostilas ou livros para consultar sempre que necessário os termos, abreviaturas e terminologias técnicas, proporcionar *feedback* aos colaboradores.

REFERENCIAS

1. MATSUDA, L. M; SILVA, D. M. P. P; ÉVORA, Y. D. M; COIMBRA, J. A. H. Anotações/Registros de Enfermagem: Instrumento de Comunicação para a Qualidade do Cuidado? *Revista Eletrônica de Enfermagem*, vol. 08, n. 03, pág. 415 - 421, 2006. Acesso em: 04 mar.2012.
2. SILVA, A.E.B.C; CASSIANI, S.H.B; MIASSO, A.I; OPITZ, S.P. Problemas na Comunicação: Uma Possível Causa de Erros de Medicação. *Acta paul. enferm.* [online]. 2007, vol.20, n.3, pág. 272-276. ISSN 0103-2100. Acesso em: 12 out. 2011.
3. MESQUITA, A. M. O; DESLANDES, S. F. A construção dos Prontuários como Expressão da Prática dos Profissionais de Saúde. *Saúde soc.* [online]. 2010, vol. 19, n.3, pág. 664-673. ISSN 0104-1290. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000300017>>. Acesso em: 04 mar. 2012.
4. VENTURINI, D. A; MARCON, S. S. Anotações de Enfermagem em uma Unidade Cirúrgica de um Hospital Escola. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2008, vol.61, n.5, pág.

570-577. ISSN 0034-7167. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000500007>>. Acesso em: 5 mar.2012.

5. SILVA, M.M; MOREIRA, M.C. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Cuidados Paliativos na Oncologia: Visão dos Enfermeiros. *Rev. Latino Am. Enfermagem*; 2011; vol.12, pág. 172-178.
6. LOURENÇO, M.R; ZBOROWSKI, I.P; BARBAR, A.M; CURY, M. Análise de Conteúdo dos Registros da Equipe de Enfermagem. *Simpósio Brasileiro de comunicação em enfermagem*, São Paulo. vol.8, pág. 37-41; 2002.
7. OLIVEIRA, Valéria Conceição de and CADETTE, Matilde Meire Miranda. Anotações do Enfermeiro no Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil. *Acta paul. enferm.* [online]. 2009, vol.22, n.3, pág. 301-306. ISSN 0103-2100. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000300010>>. Acesso em: 12 mar.2012.
8. CARRIJO, A. R; OGUISSO, T. Trajetória das Anotações de Enfermagem: Um Levantamento em Periódicos Nacionais (1957-2005). *Rev. bras. enferm.* [online]. 2006, vol.59, n.spe, pág. 454-458. ISSN 0034-7167. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000700012&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 nov.2011.
9. SANTOS, S.R; PAULA, A.F.A; LIMA, J.P. O Enfermeiro e Sua Percepção Sobre o Sistema Manual de Registro no Prontuário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2003, vol.11, n.1, pág. 80-87. ISSN 0104-1169. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16563.pdf>>. Acesso em: 27 ago.2011.
10. SANTOS, SÉRGIO RIBEIRO DOS. Sistema de Informação em Enfermagem: Interação do Conhecimento Tácito-Explícito. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2005, vol.58, n.1, pág. 100-104. ISSN 0034-7167. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000100020>. Acesso em: 06 nov.2011.
11. LIMA, A.F.C; KURCGANT, P. O Processo de Implementação do Diagnóstico de Enfermagem no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2006, vol.40, n.1, pág. 111-116. ISSN 0080-6234. Disponível em:<www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a15v40n1.pdf>. Acesso em: 12 out.2011.
12. MASCARENHAS, N.B; PEREIRA, A; SILVA, R.S; SILVA, M.G. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Portador de Diabetes Mellitus e Insuficiência Renal Crônica. *Rev. bras. enferm*; 2011; vol.64, pág.203-208. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a31.pdf>>. Acesso em: 12 out.2011.
13. SANTOS, N; VEIGA, P; ANDRADE, R. Importância da Anamnese e do Exame Físico para o Cuidado do Enfermeiro. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2011, vol.64, n.2, pág. 355-358. ISSN 0034-7167. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000200021&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 out.2011.

14. PIRES, F.A; FURUIE, S.S; GUTIERREZ, M.A; TACHINARDI, U. *Prontuário Eletrônico: Aspectos Legais e Situação Atual*. Instituto do Coração (incor):HC-FMUSP, São Paulo, 2005, vol.55, pág. 1-4.
15. SILVA, F; TAVARES-NETO, J. Avaliação dos Prontuários Médicos de Hospitais de Ensino do Brasil. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2007, vol.31, n.2, pág.113-126. ISSN 0100-5502. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n2/01.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2011.
16. NICOLA, P.D; Rodrigues, D.E; CERNACH, M.C; SOARES, P; PEREZ, A.B; ALVAREZ; BRUNONI, D. A Utilização da Internet na Notificação dos Defeitos Congênitos na Declaração de Nascido Vivo em Quatro Maternidades Públicas do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2010, vol.26, n.7, pág. 13831390.ISSN0102311X.Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000700017>. Acessado em: 10 nov.2011.
17. PEREZ, G; ZWICKER, R. Fatores Determinantes da Adoção de Sistemas de Informação na Área de Saúde: Um Estudo Sobre o Prontuário Médico Eletrônico. *Revista de Administração Mackenzie*, vol.11, n.1, pág. 174-200, São Paulo, SP. jan./fev. 2010. ISSN 1678-6971. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1678-69712010000100008&script=sci_arttext >. Acesso em: 06 nov. 2011.
18. ALVES, E; SALVADOR; V.F.M. Aspectos Éticos e de segurança do Prontuário Eletrônico do Paciente. *Anais da VIII Jornada Científica*, Centro Universitário São Camilo, São Paulo, outubro de 2004, vol.12, pg. 371-375. Disponível em:< http://www.uel.br/projetos/oicr/pages/arquivos/Valeria_Farinazzo_aspecto_etico.pdf>. Acesso em: 12/10/2011.
19. OCHOA-VIGO, Kattia; PACE, Ana Emilia and SANTOS, Claudia Benedita dos. Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade especializada. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2003, vol.11, n.2, pág. 184-191. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692003000200007&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 mar.2012.
20. MARIM, H.F; AZEVEDO, C.M. Avaliação da Informação Registrada em Prontuários de Pacientes Internadas em uma Enfermaria Obstétrica. *Acta Paul Enferm*, São Paulo, vol.16,n.1,pág.713,2003.Disponível em:<www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/.../18/14>. Acesso em: 06 nov. 2011.
21. NAPOLEÃO, A.A; CHIANCAT, C.M; CARVALHO,E.C; DALRI, M.C.B. Análise da Produção Científica Sobre a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) de 1980 a 2004. *Rev.latino- Am.Enfermagem*.2006,vol.14, n.4, Pág. 608-613. Disponível em:< www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a20.pdf >. Acesso em: 06 nov.2011.
22. NOBREGA, M.M.L; GARCIA, T.R. Perspectivas de Incorporação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) no Brasil. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2005, vol.58, n.2, pág. 227-230. ISSN 0034-7167. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000200020&script=sci_arttext. Acesso em: 10 nov. 2011.

23. GALVAO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; CASTRO, Adélia Paula de and CORNIANI, Fabiana. Liderança e Comunicação: Estratégias Essenciais para o Gerenciamento da Assistência de Enfermagem no Contexto Hospitalar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]*. 2000, vol.8, n.5, pág. 34-43. ISSN 0104-1169. Disponível em:< www.scielo.br/pdf/rlae/v8n5/12365.pdf>. Acesso em: 05 mar.2012.
24. FURUYA, R.K; NAKAMURA, F.R.Y; GASTALDI, A.B; ROSSI, L.A. Sistemas de Classificação de Enfermagem e Sua Aplicação na Assistência: Revisão Integrativa de Literatura. *Rev. Gaúcha Enferm*; 2011; vol.32, pág.167-175. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198314472011000100022&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 out. 2011.
25. www.coren.com.br acesso em: 28/04/2012
26. www.cofen.com.br acesso em: 28/04/2012