

ANÁLISE DAS ANOTAÇÕES DO ENFERMEIRO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

ANALYSIS OF THE NURSE'S NOTES AT AN INTENSIVE THERAPY UNIT

ANÁLISIS DE LAS ANOTACIONES REGISTRADAS DEL ENFERMERO EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

MARIA CRISTINA FERREIRA FONTES¹

ISABEL AMÉLIA COSTA MENDES²

MIYOKO HAYASHIDA³

MARIA CELIA BARCELLOS DALRI⁴

Estudo retrospectivo sobre as anotações do enfermeiro, no momento da admissão do paciente na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital escola do Paraná. Utilizou-se como base de dados secundários, os prontuários de pacientes internados no segundo semestre de 2002. Dos 241 prontuários levantados, 187 (77,6%) continham o impresso de anotação do enfermeiro. A maioria das anotações foram identificadas pela rubrica (50,3%) ou nome (38,0%) do enfermeiro. Da análise qualitativa das 187 anotações do enfermeiro foram extraídos 515 conteúdos, registrados com escrita objetiva (56,6%), letra legível e clara (56,6%), siglas corretas (67,0%), isentos de erros (95,2%) e abreviaturas (50,7%). Embora a maioria dos conteúdos analisados tenham sido classificados como adequados, observou-se falhas em algumas características investigadas, sugerindo a necessidade de reflexão e de outras investigações.

PALAVRAS-CHAVE: Registros de enfermagem; Admissão do paciente; Unidades de Terapia Intensiva.

This is a retrospective study of the nurse's notes taken when patients are admitted to the Intensive Therapy Unit of a teaching hospital in the state of Paraná. As secondary database, we used the files of patients hospitalized in the second semester of 2002. Among the 241 collected files, 187 (77.6%) contained the printed version of the nurse's notes. Most notes were identified by the nurse's rubrics (50.3%) or name (38.0%). From the qualitative analysis of the 187 nurse's notes, we extracted 515 contents, recorded with objective writing (56.6%), readable and clear handwriting (56.6%), correct abbreviations (67.0%), free from errors (95.2%) and shortenings (50.7%). Although most analyzed contents were classified as adequate, we observed flaws in some of the examined characteristics. Such features suggest the need for reflection and further investigation.

KEYWORDS: Nursing records; Patient admission; Intensive Care Units.

Estudio retrospectivo sobre las anotaciones registradas por el enfermero, cuando el paciente es admitido en la Unidad de Terapia Intensiva de un hospital escuela del estado de Paraná, Brasil. Fueron utilizados como base de datos secundarios los archivos de pacientes internados en el segundo semestre del 2002. De los 241 archivos colectados, 187 (el 77,6%) contenían el registro de anotaciones del enfermero. La mayoría de los apuntes fue identificada por la rúbrica (el 50,3%) o el nombre (el 38,0%) del enfermero. Del análisis cualitativo de las 187 anotaciones registrada por el enfermero fueron extraídos 515 contenidos, registrados con escrita objetiva (el 56,6%), letra legible y clara (el 56,6%), siglas correctas (el 67,0%), libres de errores (el 95,2%) y abreviaturas (el 50,7%). Aunque la mayoría de los contenidos analizados haya sido clasificada como adecuada, se observaron fallas en algunas características investigadas, sugiriendo la necesidad de reflexión y de otras investigaciones.

PALABRAS CLAVE: Registros de enfermería; Admisión del paciente; Unidades de Terapia Intensiva.

¹ Enfermeira. Docente da Universidade Estadual de Londrina e pós-graduanda da Área Enfermagem Fundamental do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo (EERP-USP). Rua José Ernani Neves, 106/02 Londrina/Pr. CEP: 86038-400 Tel: (43) 3027-7796. Email: mcffontes@sercomtel.com.br

² Enfermeira. Professora Titular da EERP-USP. Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental. Especialista em Laboratório da EERP-USP.

⁴ Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP-USP.

INTRODUÇÃO

Por determinação do Conselho Federal de Enfermagem¹, em agosto de 2002, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) deve ser implementada em toda instituição de saúde brasileira, registrada formalmente no prontuário do paciente e composta por histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem, evolução da assistência de enfermagem e relatório de enfermagem.

Assim, a comunicação escrita na prática da enfermagem tem adquirido maior relevância nos dias atuais, em que se utiliza a SAE ou processo de enfermagem, fazendo com que os enfermeiros registrem e assinem dados coletados, observações e prescrições que antes eram transmitidas verbalmente. É crescente a preocupação com o registro e a conscientização da importância de documentar a assistência de enfermagem prestada, como respaldo legal, por exigência da lei do exercício profissional, para assegurar a qualidade e continuidade da assistência global, permitir auditoria, fomentar a pesquisa e o ensino. O registro escrito retrata a qualidade do atendimento de enfermagem ao paciente, reflete o grau de preparo dos profissionais e favorece a continuidade do trabalho nos diferentes plantões e nas diferentes áreas de assistência².

No serviço de enfermagem, torna-se indispensável uma comunicação escrita, feita no prontuário do paciente, a qual deverá ser entendida por quem a recebe sem a ajuda de quem a emite. Para tanto, ela deve ser clara e concisa, elaborada em linguagem compreensível e expressa de maneira inteligível³.

O registro representa a comunicação escrita dos fatos essenciais, de forma a manter uma história contínua dos acontecimentos ocorridos durante um período de tempo⁴. A documentação da assistência ao paciente permite o acompanhamento das condições de saúde, favorecendo a avaliação dos cuidados prestados e expressando a natureza das ações dos profissionais em suas respectivas áreas de conhecimento. Daí a importância de ser realizada de forma clara, objetiva e de acordo com os princípios éticos e morais da profissão⁵.

O valor das anotações de enfermagem pode ser resumido em quatro itens⁶: evolução do cuidado e do trata-

mento do paciente; fonte de investigação; educação de médicos, enfermeiros e outros profissionais e; documentação legal. As investigações de enfermagem e médica baseiam-se nas observações de cuidados prestados e registrados. Observar, anotar, analisar e deduzir são escalões essenciais dos chamados descobrimentos científicos⁶.

O registro de dados no prontuário do paciente é parte integrante do processo de enfermagem, por estabelecer um mecanismo de comunicação entre os membros da equipe de saúde, ajuda a criar relações positivas entre o paciente e os provedores de cuidados de saúde, facilita a execução do cuidado qualificado e garante um mecanismo de avaliação do cuidado do paciente como pessoa⁷.

Identifica-se na literatura^{8, 9, 10, 11} características consensuais quanto às regras gerais para as anotações de enfermagem, tais como escrever de modo exato, completo, conciso e legível, utilizando caneta azul para os turnos da manhã e tarde e vermelha para o turno da noite; utilizar os termos técnicos usuais e por extenso, abreviaturas apenas quando padronizadas e convencionadas; iniciar as anotações, mencionando corretamente os horários (hora e minutos) da realização de cada procedimento, de forma a evitar ambigüidade; registrar todas as intercorrências com o paciente durante o seu turno, inclusive citando horário; considerar o aspecto legal das anotações sem rasuras e linhas em branco entre uma e outra anotação (rasuras caracterizam alteração de registros feitos, quando percebido erro na escrita, escrever a palavra “digo” entre vírgulas, citar o termo correto e seguir redigindo a anotação); observar a redação, a ortografia e a caligrafia, usando sempre a terceira pessoa gramatical; utilizar termos objetivos e descritivos, sempre relatando o que foi visto ou sentido e não sua interpretação pessoal; não anotar medicamentos ou cuidados administrados por outras pessoas, e nunca assinar por dupla ou pela equipe de enfermagem do seu turno de trabalho; assinar (nome legível), após o número do COREN e passar um traço na linha restante.

As anotações de enfermagem devem representar o reflexo da avaliação periódica do paciente e de todas as intervenções de enfermagem. Estas, também devem ser registradas no prontuário e requerem um enunciado dos critérios para os resultados esperados ou para as metas.

Assim, cada intervenção de enfermagem deverá estabelecer critérios, de acordo com o comportamento do paciente¹².

Independente do modelo teórico ou conceitual de enfermagem utilizado, o processo de enfermagem traz implicações para a profissão, para o cliente e para o enfermeiro. Profissionalmente, o processo de enfermagem define o alcance da prática da enfermagem e identifica padrões de cuidados adotados. O cliente beneficia-se com o uso do processo de enfermagem, uma vez que este garante atendimento de qualidade, ao mesmo tempo em que estimula a participação do cliente em sua assistência. Finalmente, os benefícios para o enfermeiro, são o aumento da satisfação e a intensificação do crescimento profissional⁷.

Na realidade, têm-se observado que a equipe de enfermagem se limita a anotar no prontuário do paciente os cuidados que se referem ao cumprimento das prescrições médicas, enquanto que as anotações dos cuidados de enfermagem são quase que ausentes. Por isso, acredita-se que estudos sobre as anotações de enfermagem na assistência direta ao paciente são fundamentais em nosso meio, principalmente em um hospital escola, onde o processo se inicia com a formação profissional.

Assim, o presente estudo tem como objetivo identificar, quantificar e classificar as anotações, quanto à forma de apresentação e conteúdo, efetuadas pelo enfermeiro no momento da admissão do paciente em uma unidade de terapia intensiva para adulto de um hospital escola.

METODOLOGIA

Trata-se de um levantamento retrospectivo, com fonte secundária de dados, com abordagem quantitativa das anotações efetuadas pelos enfermeiros no prontuário do paciente.

O estudo foi realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um hospital escola, no município de Londrina, Paraná. A sua escolha foi relacionada ao fato de ser uma das unidades em que o processo de enfermagem está sendo implementado. Obteve-se o consentimento do Comitê de Ética da instituição para o desenvolvimento do estudo.

O material de análise foi composto por prontuários de pacientes que estiveram internados na Unidade de Tera-

pia Intensiva, no período de julho a dezembro de 2002, com anotações de enfermagem nos seus prontuários efetuadas pelo enfermeiro no ato de sua internação, em impresso próprio da instituição.

Instrumento de coleta de dados

Optou-se pelo instrumento utilizado em outro estudo¹³ com modificações efetuadas para adequá-lo às características da instituição e da investigação, composto por dados de identificação do cliente, dados de internação, além dos indicadores que analisaram as anotações de enfermagem quanto à forma de apresentação e conteúdo:

- a) **Identificação do paciente:** nome (iniciais), registro
- b) **Dados de internação:** horário e data de internação
- c) **Número de conteúdos por anotação:** cada anotação será analisada dentro dos vários conteúdos, sempre e quando contiver uma idéia completa ou quase completa a respeito do paciente
- d) **Horário da anotação:** horário em que foi realizada a anotação de enfermagem pelo enfermeiro
- e) **Identificação do enfermeiro:** identificação do enfermeiro pela assinatura e/ou nome por extenso e número do COREN após cada anotação
- f) **Letra legível e clara:** foi considerada **adequada** quando a escrita da anotação for feita com letra bem formada, facilitando a compreensão da leitura, de modo a entender o conteúdo sem dúvidas, não requerendo esforço; **parcialmente inadequada** quando a escrita não estiver adequada, porém permita a compreensão com pouco esforço e **inadequada** quando a escrita dificultar a leitura do conteúdo e/ou compreensão e contiver pelo menos duas palavras totalmente indecifráveis, requerendo uma compreensão maior do conteúdo
- g) **Erros sem ocultar o original:** **adequado** quando os erros forem riscados na linha, colocados entre parênteses, ou quando aparecerem as expressões “ou melhor”, “digo”, entre outros, após o erro, sem ocultar o original; **inadequado**

quando notar o uso de borracha, corretivo e/ou escreverem sobre uma escrita anterior e **não consta**, quando não houver a presença de erros nos conteúdos identificados.

- g) Siglas aprovadas pelo local:** a Unidade em estudo não dispõe de siglas oficialmente reconhecidas, assim elas foram elaboradas a partir de uma listagem prévia em conjunto com os enfermeiros da Unidade. Considerou-se **correta** quando todas as siglas estavam escritas corretamente; **uma incorreta** quando uma delas não esteve correta, **duas ou mais incorretas** quando houve pelo menos duas siglas incorretas e **não consta** quando não houve presença de siglas nos conteúdos analisados.
- h) Escrita objetiva:** classificou-se em três tipos: a situação do paciente esteve descrita de forma **clara, concisa, específica, seqüencial e completa**, identificação de sinais e/ou referência de sintomas do paciente; a situação do paciente descrita de forma **clara, concisa, específica, seqüencial**, porém **incompleta** e também quando a compreensão era de difícil leitura e; o conteúdo descreveu a situação de forma **não seqüencial, prolixa e superficial**, ou quando conteve erro corrigido categorizado como inadequado (incluímos nesta categoria o conteúdo categorizado em inadequado, quanto à letra legível e clara).
- i) Abreviaturas:** considerou-se três possibilidades de classificação: a **ausência de abreviatura** no conteúdo; situação em que a abreviatura **permite compreensão** e quando ela **não permite compreensão**.

Coleta de dados

Os dados foram coletados de prontuários, fornecidos pelo Serviço de Arquivo Médico do hospital universitário e do Ambulatório do Hospital de Clínicas (AHC), dos pacientes internados na UTI-Adulto no período determinado para o estudo. As anotações de enfermagem, registradas em impresso próprio pelo enfermeiro no ato da internação do paciente

na Unidade de Terapia Intensiva Adulto, foram transcritas para o instrumento de coleta de dados. Com base no conteúdo transcrito, procedeu-se à análise quanto ao número de conteúdos contidos em cada anotação de enfermagem, categorização e classificação dos conteúdos das anotações segundo os indicadores já descritos anteriormente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Identificação e quantificação das anotações efetuadas pelo enfermeiro

Uma vez localizada a anotação do enfermeiro no prontuário, correspondente à internação do paciente na Unidade, os dados foram transcritos literalmente, para serem analisados e quantificados, de acordo com as unidades de significado similares que se apresentaram, procedendo-se à montagem organizada e resumida das informações. No segundo semestre de 2002 obteve-se um total de 241 pacientes internados na unidade de terapia intensiva para adulto de um hospital escola. Quando consultados, verificou-se que 187 (77,6%) prontuários continham o impresso próprio de evolução de enfermagem para a anotação do enfermeiro. Assim, 54 (22,4%) prontuários não foram incluídos no estudo por não possuírem o referido impresso com as anotações dos enfermeiros.

Quando analisadas as 187 anotações do enfermeiro sobre a internação do paciente na Unidade em estudo, constatou-se que quanto à identificação do enfermeiro que efetuou as anotações nos prontuários, em 71 (38,0%) anotações foi possível identificar o nome do enfermeiro, em 94 (50,3%) apenas a rubrica. Não havia assinatura em 20 (10,7%) anotações e em apenas duas (1,0%) constava a identificação completa do enfermeiro que efetuou o registro escrito.

Cabe ressaltar que o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (art 76, cap VI) preconiza como dever disciplinar o número de inscrição do Conselho Regional de Enfermagem nas assinaturas realizadas no exercício profissional. E no art. 81, cap VII, ao tratar das infrações e penalidades, considera infração ética a ação que implique inobservância às disposições do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem¹⁴.

Quanto aos itens “horário de internação” e “horário de anotação” verificou-se uma variação expressiva. Foi considerado horário de internação, o horário anotado pela equipe de enfermagem no plano de cuidados do paciente e horário de anotação, o horário registrado pelo enfermeiro no instrumento de admissão do paciente da unidade em questão.

Constata-se que em 89 (47,6%) prontuários, os horários de internação do paciente e de anotação do enfermeiro coincidiram e em 26 (13,9%) o tempo foi de até 20 minutos. O tempo maior ou igual a 30 minutos foi identificado em 56 (29,9%) e em 16 (8,6%) prontuários não constava o horário de anotação, apenas o de admissão.

Dada a característica do tipo de pacientes internados em unidades de cuidados intensivos, é compreensível que o enfermeiro dedique seu tempo inicialmente a prestar assistência direta ao paciente e efetuar o registro no momento subsequente. Ainda assim, em quase a metade (47,6%) dos prontuários analisados os enfermeiros conseguiram efetuar o registro no exato momento em que o paciente foi internado na Unidade. Por outro lado, verifica-se ainda a ocorrência de algumas anotações sem a identificação do horário, um dado importante para assegurar a precisão do registro de dados, principalmente quando se trata de uma evolução, visto que o estado do cliente pode variar com o tempo e no decorrer das 24 horas.

Classificação das anotações do enfermeiro

Para a análise do conteúdo das anotações dos 187 prontuários analisados que continham o impresso denominado Evolução de Enfermagem com as anotações dos enfermeiros no ato da admissão dos pacientes na UTI-Adulto, foram excluídos 24 prontuários por não apresentarem condições de leitura (letra ilegível), identificando-se 489 conteúdos distintos, que foram analisados quanto à classificação da letra, erros, siglas, objetividade da escrita e abreviaturas (Tabela 1).

Observamos que em 56,6% dos dados analisados, o registro foi feito com letra bem formada, facilitando a compreensão da leitura, de modo a entender o conteúdo sem dúvidas, não requerendo esforço. Foram consideradas parcialmente inadequadas as leituras em 24,1%, onde a escrita não esteve adequada, porém permitia a compreensão

com pouco esforço e 19,2% inadequadas aquelas cuja escrita dificultou a leitura do conteúdo e/ou compreensão e continha pelo menos duas palavras indecifráveis, o que requeria uma compreensão maior do conteúdo.

TABELA 1 – CONTEÚDOS OBTIDOS DAS ANOTAÇÕES DO ENFERMEIRO DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE UM HOSPITAL ESCOLA (N=489), CONSIDERANDO AS CARACTERÍSTICAS ANALISADAS QUANTO À CLASSIFICAÇÃO DA LETRA UTILIZADA, ERROS COMETIDOS NA GRAFIA, SIGLAS, OBJETIVIDADE DA ESCRITA, LEGIBILIDADE E CLAREZA DA LETRA, USO DE ABREVIATURAS, LONDRINA, 2002.

Características	Nº	%
Letra legível e clara		
Adequada	277	56,6
Parcialmente Inadequada	118	24,1
Inadequada	94	19,2
Erros sem ocultar o original		
Adequado	12	2,5
Inadequado	11	2,3
Não consta	466	95,2
Siglas aprovadas pelo local		
Correta	328	67,0
Uma incorreta	14	2,9
Duas ou mais incorretas	59	12,1
Não consta	88	18,0
Objetividade da escrita		
Clara, concisa, específica, sequencial e completa	277	56,6
Clara, concisa, específica, sequencial e incompleta	125	25,6
Não sequencial, prolixa e superficial	87	17,8
Abreviaturas		
Ausência de abreviatura	248	50,7
Permite compreensão	164	33,5
Não permite compreensão	77	15,8

Quando confrontamos os nossos dados com os obtidos em outro estudo¹³ que analisou as anotações do enfermeiro de uma unidade especializada, em fase de implementação do Planejamento da Assistência de Enfer-

magem, no ano de 1993, observamos certa semelhança quanto à clareza e legibilidade da letra nas classificações: adequada, obtiveram 64%, e parcialmente adequada, com 30%. Por outro lado, na classificação inadequada obtivemos proporcionalmente (19,2%) mais do que o triplo do valor identificado (6%) no outro estudo¹³.

No tocante aos “erros sem ocultar o original”, que avaliou o comportamento dos enfermeiros frente aos erros realizados nos registros, observamos que 2,5% foram erros riscados na linha, colocados entre parênteses, ou quando apareceram as expressões “ou melhor”, “digo”, entre outros, após o erro, sem ocultar o original. Em 2,3% dos conteúdos observou-se que houve o uso de borracha, corretivos e/ou havia sobre a escrita anterior uma nova escrita. Já em 95,2% não houve a presença de erros nos conteúdos identificados.

A presença de erro, enquanto característica importante a ser considerada na análise da anotação de enfermagem, já foi ressaltada por outros autores^{9, 15, 16, 17}, destacando-se a relevância especialmente quanto aos aspectos legais.

Quanto à distribuição das siglas por conteúdo, observamos que na maioria dos conteúdos (67,0%) as siglas estavam escritas corretamente e em alguns (18,0%) não houve presença de siglas nos conteúdos. Percentual semelhante (71%) foi identificado no outro estudo¹³ que constatou aparente melhoria na utilização das siglas, no ano de 1993, quando comparados aos anos anteriores de análise.

No tocante à objetividade da escrita, observa-se que em mais da metade (56,6%) dos conteúdos extraídos das anotações do enfermeiro, foi considerada como clara, concisa, específica, seqüencial e completa. Aproximadamente um quarto (25,6%) dos conteúdos verificados estavam de forma clara, concisa, específica, seqüencial, porém incompleta e também quando a compreensão era de difícil leitura.

A ausência de abreviaturas foi constatada em metade (50,7%) dos conteúdos analisados. Dos conteúdos com presença de abreviaturas, a maioria (33,5%) permitia compreensão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de trabalho da enfermagem é permeado pelos registros formais, os quais proporcionam documen-

tação legal da organização, implementação e continuidade da assistência, contribuindo para visibilidade da enfermagem e fornecendo dados para a identificação da responsabilidade profissional. Representa, ainda, a valorização de si próprio, na medida em que a dedicação a registros de qualidade será um dos indicadores de valorização dos enfermeiros pela equipe de saúde¹⁸.

Os registros ou sua falta podem gerar implicações legais, pelos Conselhos de classe (Regionais – COREN e Federal de Enfermagem – COFEN), civil ou penalmente. Portanto, o enfermeiro precisa estar consciente de sua obrigação e da sua responsabilidade frente à equipe de enfermagem que coordena, tendo clareza sobre o que, como e onde registrar. Além disso, o enfermeiro deve estar alerta para a capacitação, o acompanhamento, a avaliação e a retroalimentação da sua equipe, no que tange aos registros de enfermagem.

Ressaltamos que os registros formais em enfermagem fazem diferença na assistência, para o paciente, para a instituição e a própria categoria profissional. Devem ser visualizados em suas interfaces e quando desenvolvidos com qualidade trazem benefícios; quando não, podem trazer prejuízos para todas as partes envolvidas.

Por isso, a anotação constitui elemento importante para a avaliação da assistência de enfermagem prestada aos pacientes, pois fornece subsídios para pesquisa em enfermagem, constitui defesa legal para o hospital e uma forma de comunicação entre as equipes de enfermagem e de saúde. Deve continuar constando no prontuário, caso contrário se perderia todo o alicerce de pesquisa e de avaliação do serviço de enfermagem.

Como já apontado em outro estudo¹³, é necessário ressaltar a necessidade de continuar investindo no aprimoramento das anotações no prontuário do paciente. O registro escrito do cuidado garante a qualidade da assistência de enfermagem na medida em que este for significativo, ou seja, enquanto transmitir mensagens legíveis, compreensíveis e úteis, gerando reflexão, tomada de decisão e continuidade das ações. A avaliação constante das anotações poderá identificar pontos para o aprimoramento, contribuindo para a consolidação do registro escrito do cuidado enquanto indicador da qualidade da assistência de enfermagem.

A importância de se estabelecer normas para a descrição das anotações de enfermagem, visa assegurar a responsabilidade profissional, a legibilidade e a objetividade das informações, além de conteúdo técnico inerente à prestação da assistência. A qualidade da anotação demonstra o grau de preparo dos profissionais no cuidar. Por ser um instrumento formal que documenta a assistência e, portanto, passível de mensuração, os registros imprecisos podem ser interpretados como deficiência da assistência sem que seja verdadeiro².

Por tratar-se de um assunto de relevância, salientamos a necessidade de identificar meios para desenvolver processos de documentação nos prontuários, investindo em programas de capacitação da equipe, recursos materiais e informatização.

Sabe-se que efetuar o registro não é uma tarefa simples. É necessário conhecimento e capacidade de descrever o julgamento clínico das condições do paciente. As anotações incompletas e inconsistentes podem conduzir o enfermeiro e sua equipe a tomarem decisões inadequadas frente à assistência a ser prestada. Para o estabelecimento de cada fase do processo de enfermagem exige-se a documentação apropriada, com vistas ao cumprimento da Lei do Exercício Profissional, a defesa do cliente frente ao atendimento e da organização do trabalho¹⁹.

Assim, consideramos que os registros formais, na forma de anotações no prontuário do paciente, constituem-se em um instrumento indispensável para subsidiar a continuidade da assistência e sobretudo para legitimar o trabalho do enfermeiro que presta o cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-272, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas instituições de saúde brasileiras. [Acesso em 2004 nov 19] Disponível em: <http://www.corensp.org.br/Resolucao272.htm>.
2. Dias DC. Análise da evolução de enfermagem segundo o referencial teórico de Horta e o sistema operacional de Weed. [dissertação] São Paulo: Escola de Enfermagem/USP; 1998.
3. Fávero N, Laus E, Nakao JRS, Évora YDM. A importância da comunicação como um instrumento administrativo: especial referência à anotação de enfermagem. *Rev Paul Hosp* 1983; 31(1/2):4-7.
4. Du Gas BW. *Enfermagem prática*. 4ª.ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1984.
5. Ochoa-Vigo K, Pace AE, Rossi LA, Hayashida M. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. *Rev Esc Enfermagem USP* 2001; 35(4): 390-8.
6. Angerami ELS, Mendes IAC, Pedrazzani JC. Análise crítica das anotações de enfermagem. *Rev Bras Enfermagem* 1976; 29(3): 28-37.
7. Iyer PR, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. *Processo e diagnóstico em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
8. Mazza VA, Westphalen MEA, Kletemberg DF, Sopper CR. *Instrumentalização para registrar em enfermagem*. In: Carraro TE, Westphalen MEA. *Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática*. Goiânia: AB Editora; 2001.
9. Daniel LF. *A enfermagem planejada*. 2ª.ed. São Paulo: Cortez e Moraes; 1979.
10. Noronha MGRCS. *Resgatando as anotações de enfermagem: um instrumento do cuidar de enfermagem qualificado e humanizado em pacientes cirúrgicos [monografia]*. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2000.
11. Alfaro LeFevre R. *Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo*. 4ª.ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.
12. Hood GH, Dincher JR. *Fundamentos e práticas de enfermagem: atendimento completo ao paciente*. 8ª.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
13. Ochoa-Vigo K. *Análise retrospectiva das anotações de enfermagem em três contextos da assistência do paciente [dissertação]*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2001.
14. Conselho Regional de Enfermagem – PR Lei do Exercício Profissional da Enfermagem e Código de Ética para Profissionais de Enfermagem. Parecer n. 018/97. *Importância das anotações de Enfermagem*. Curitiba, 30 de junho de 1977.

15. Fernandes RAQ et al. Anotações de enfermagem. Rev Esc Enfermagem USP 1981; 15(1): 63-8.
16. Cianciarullo TI Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo: Atheneu; 1996.
17. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem – conceitos, processo e prática. 4^a.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. v.1.
18. Aquino DR, Lunardi Filho WD. Protocolos assistenciais de enfermagem: uma proposta para a melhoria do cuidado na unidade de internação materno-infantil. Rev RENE 2005; 6(2): 102-8.
19. Cianciarullo TI et al. Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001.

RECEBIDO: 29/03/05

ACEITO: 09/10/06