

**Como citar
este artigo**

Candido ASG,
Cunha ICKO, Munhoz S.
[Informações de
Enfermagem registradas
nos prontuários frente às
exigências do Conselho
Federal de Enfermagem].
Rev Paul Enferm [Internet].
2018;29(1-2-3):31-8.

Informações de Enfermagem registradas nos prontuários frente às exigências do Conselho Federal de Enfermagem

Nursing information recorded in medical records in response to the requirements of the Federal Nursing Council

Información de Enfermería registrada en los prontuarios frente a las exigencias del Consejo Federal de Enfermería

Adriana Silveira Gomes Candido^I, Isabel Cristina K. O Cunha^{II}, Sarah Munhoz^{II}

^I Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Mello. Mogi das Cruzes-SP, Brasil.

^{II} Universidade Santo Amaro. São Paulo-SP, Brasil.

RESUMO

Estudo exploratório retrospectivo de investigação de informações nos prontuários de pacientes internados em um hospital público, durante um trimestre. O objetivo foi avaliar o padrão de registro de enfermagem, a identificação do profissional após o registro e a checagem da prescrição do enfermeiro e do médico, em relação aos requisitos já estabelecidos pela instituição e pela legislação. A partir da análise de 287 prontuários, verificou-se os itens: avaliação da assistência de enfermagem, exame do prontuário do paciente, anotação de enfermagem e checagem da prescrição do enfermeiro e do médico. Nos resultados constatou-se que dos prontuários auditados, cerca de 88% destes estavam em conformidade. Quanto à identificação, 82% estavam conforme; e ao verificar a checagem da prescrição do enfermeiro e do médico, estavam conformes 86,5% e 90% respectivamente.

Descritores: Auditoria de Enfermagem; Gerenciamento de Informação; Registros de Enfermagem; Enfermagem.

ABSTRACT

A descriptive, exploratory study of research information in the records of patients admitted to a public hospital, during a quarter. The objective of this study was to evaluate the standard of nursing record, the identification of the work after the registration and checking of the prescription the nurse and physician, in relation to requirements established by the institution and legislation. Being analyzed 287 medical records, checking the items: evaluation of nursing care, examining the patient's medical record, nursing records and checking the prescription and the nurse médico. Nos results showed that of 287 medical records audited on average 88% of these were accordingly. How to identify 82% were compliant. And to verify the check prescription nurse, 86.5% and 90% of the physician was in compliance.

Descriptors: Nursing Audit; Information Management; Nursing Records; Nursing.

**Autora
Correspondente**

Sarah Munhoz

E-mail:

sarahmunhoz@uol.com.br

RESUMEN

Un estudio descriptivo y exploratorio de información de la investigación en los registros de los pacientes ingresados en un hospital público, durante un trimestre. El objetivo de este estudio fue evaluar el nivel de registro de enfermería, la identificación de la obra después de la inscripción y el control de la prescripción de la enfermera y el médico, en relación con los requisitos establecidos por la institución y la legislación. Que se está analizando 287 expedientes médicos, control de los elementos: la evaluación de los cuidados de enfermería, examinar el historial médico del paciente, registros de enfermería y control de la prescripción enfermera y médico. Nos los resultados mostraron que de 287 expedientes médicos comprobados en promedio el 88% de éstos eran en consecuencia. ¿Cómo identificar el 82% fueron conformes. Y para verificar la enfermera de la prescripción de verificación, el 86,5% y el 90% de los médicos estaban de acuerdo.

Descriptores: Auditoria de Enfermería; Gerenciamentó de la Información; Registros de Enfermería; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A equipe de enfermagem hospitalar é a que permanece ao lado dos pacientes nas vinte e quatro horas, reunindo as informações que lhes dizem respeito, quer para direcionar os cuidados, quer para compartilhar com outros profissionais. A comunicação, portanto, é elemento importante na assistência de enfermagem. Os registros de enfermagem, forma escrita da comunicação principalmente no prontuário do paciente, são essenciais para a continuidade no tratamento. Todavia os registros de enfermagem muitas vezes não se constituem em motivo de preocupação para a equipe, que os fazem de maneira rápida e não clara.

O ensino de enfermagem por sua vez prioriza os aspectos técnicos que dizem respeito à prática de enfermagem, deixando em segundo plano aqueles que abordam o despertar para observância fiel do código de ética e das legislações que envolvem a obrigatoriedade dos registros dos cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem durante o exercício profissional.

A intensa rotina dos enfermeiros nos diversos serviços de saúde, fazem com que estes profissionais e os demais sob sua supervisão não percebam a importância legal de que se reveste o correto preenchimento do prontuário do paciente. As anotações contidas no prontuário vão além de possibilitar e facilitar as decisões e condutas que dizem respeito à assistência ao cliente. Estes registros também auxiliam os setores administrativos (faturamento, planejamento, custos, entre outros) e fornecem dados para investigações e estatísticas. Tais informações são, ainda, instrumento para educação e atualização, oferecendo suporte legal quando questionamentos jurídicos e/ou processuais são feitos acerca de condutas profissionais⁽¹⁾. Estes registros visam a prevenção de possíveis demandas judiciais, fato que tanto tem preocupado os profissionais autônomos ou vinculados a instituições por meio de diversos tipos de contratos de trabalho.

Vale ressaltar que o correto preenchimento do prontuário é obrigatório e interessa à todos: paciente, equipe e instituição de saúde. Na vivência diária, as autoras puderam observar que o adequado preenchimento dos documentos pertencentes ao prontuário do paciente permite a avaliação ou validação de um atendimento eficaz e representa uma fonte fidedigna de informações para formular a defesa das partes na eventualidade de um litígio.

Como definição, pode-se conceituar o prontuário como um acervo documental do paciente, organizado e conciso, referente ao registro dos cuidados prestados, assim como todas as informações, exames, procedimentos e quaisquer documentos pertinentes a essa assistência, traduzindo o relacionamento entre o paciente e a equipe de saúde². Assim,

Os registros/ anotações de enfermagem compõem o prontuário do paciente, que por sua vez é um instrumento valorativo da comunicação escrita entre os membros da equipe de saúde. Dessa forma, esses registros precisam ser claros, objetivos e completos, a fim de permitir a continuidade do cuidado individualizado e autêntico⁽²⁾.

O prontuário pertence ao paciente, estando sob a guarda e responsabilidade das instituições de saúde, e constitui-se num instrumento valioso⁽³⁻⁴⁾ para:

1. Assistência multidisciplinar: a organização correta, com dados evolutivos cronológicos de fácil manipulação e consulta permite uma visão global do estado do paciente, além de permitir a comunicação entre a equipe de saúde.
2. Ensino: as informações contidas no prontuário podem ser utilizadas para discussão de casos.
3. Pesquisa científica: os dados podem ser úteis para uma pesquisa.
4. Controle de qualidade: o gerenciamento das atividades médico-hospitalares prevista na Resolução 41/92 do Conselho Regional de Medicina pode ser realizada a partir da análise do prontuário. A resolução em questão tornou obrigatória a Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.
5. Controle de custos: a veracidade e detalhamento das informações contidas no prontuário auxiliam no controle adequado de gastos.
6. Rastreabilidade de evento adverso e iatrogênico: a difícil tarefa da identificação de um evento adverso pode ser minimizada pela informação documental, oferecendo maior possibilidade à instituição de analisar o cenário e em que situação o evento adverso ocorreu podendo, assim, tratar a situação de forma mais adequada e menos punitiva.

Visando estimular e normatizar estes registros, foi estabelecida no âmbito do estado de São Paulo a Lei No.10.241/99 que dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde, destacando a necessidade de informações nos prontuários de pacientes⁽⁵⁾. No âmbito do Ministério da Saúde em 2009 foi estabelecida a Portaria N° 1.820 de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, também enfatizando os registros em prontuário⁽⁶⁾.

Especificamente na Enfermagem, quando em meados do século XIX, Florence Nightingale, precursora da enfermagem moderna, tratava os feridos na Guerra da Criméia, já relatava que a documentação das informações relativas aos doentes era de fundamental importância para garantir a continuidade dos cuidados. Durante a década de 1930 a enfermeira Virgínia Henderson, promoveu a ideia de usar a documentação dos planos de cuidados para comunicar a assistência a ser prestada ao paciente. No Brasil, a partir de 1970, a documentação de enfermagem começou a ser estruturada e tem recebido crescente destaque na busca em refletir fielmente as mudanças na prática de enfermagem e em regulamentar os aspectos legais e éticos referentes às informações do paciente⁽⁷⁾.

A responsabilidade da Enfermagem frente aos registros do paciente é enfatizada principalmente nas Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). A Resolução 311/2007 ao aprovar a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem estabelece como responsabilidades e deveres registrar no Prontuário do Paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar⁽⁸⁾. A Resolução COFEN n° 272/2002 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem(SAE) estabelece que esta deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente⁽⁹⁾. E ainda o Decreto 94.406/87 que regulamenta a Lei n° 7.498/86, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, deixa claro no Artigo 14° que as responsabilidades de todo o pessoal de Enfermagem entre outras é anotar no prontuário do paciente as atividades da assistência de Enfermagem, para fins estatísticos⁽¹⁰⁾.

Além da função comunicativa, o prontuário serve ainda como instrumento para o diagnóstico epidemiológico e reflete o grau de compromisso dos serviços de saúde com o usuário. Por outro lado, os órgãos certificadores de qualidade entendem, numa perspectiva mais ampla de validação de custos/ benefícios, que a qualidade da assistência somente pode ser avaliada por meio do que está documentado. Sendo assim, considera-se que o que não está documentado, até pode ter acontecido, porém não há possibilidade de ser analisado, invalidando qualquer juízo de valor⁽¹¹⁾.

Desta maneira o enfermeiro desvaloriza o seu fazer quando não registra adequadamente os dados, pois a ausência destes evidencia a falta de embasamento na sua tomada de decisão, de planejamento da assistência e direcionamento das ações da equipe de enfermagem, além disso, também mostra a desvalorização da avaliação dos resultados alcançados para a retroalimentação do sistema de melhoria da qualidade dos serviços.

Diante do panorama estabelecido, as autoras do presente estudo observaram que existia diferença entre a normalização e a prática da equipe de enfermagem no que tange ao preenchimento dos impressos do prontuário do paciente de forma a expressar com exatidão as atividades desenvolvidas, assim como, a individualização do cuidado prestado dando concretude e veracidade entre prescrever, fazer e cuidar. Desta forma, julgou-se pertinente questionar se as informações de enfermagem registradas nos prontuários eram coerentes com as exigências da legislação estabelecida.

Assim, este estudo teve os seguintes objetivos: Avaliar o padrão de registros de Enfermagem em relação aos requisitos estabelecidos pela instituição campo de estudo e Resolução COFEN-272/2002 quanto à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e Verificar se os profissionais de enfermagem se identificam adequadamente ao fazerem os registros no prontuário e se checam as prescrições de enfermagem e médica.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório retrospectivo de investigação de informações em prontuário. Neste tipo de estudo, os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles. Usa-se este desenho para buscar informações precisas sobre a frequência de ocorrência de um fenômeno quando se sabe pouco sobre ele.

O cenário do estudo foi um hospital público no município de Mogi das Cruzes do estado de São Paulo, acreditado em Nível II pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), com a Sistematização da Assistência de Enfermagem totalmente implantada em todos os setores.

Na primeira etapa, o projeto de pesquisa foi apresentado à diretoria de enfermagem do hospital campo de estudo, que autorizou o levantamento de dados e propiciou a documentação necessária. A realização da pesquisa se deu após a autorização, em 19 de março de 2010, da instituição hospitalar e da Comitê de Ética em Pesquisa (No. 0254/10). Foi firmado pela pesquisadora responsável um termo de responsabilidade sobre o manuseio e confidencialidade dos dados contidos nos prontuários analisados.

Os dados foram coletados de março a maio de 2010, a partir de prontuários de pacientes de todos os setores: clínica médica, clínica cirúrgica, unidade de terapia intensiva adulto (UTI) e pediátrico (UTIP), centro-cirúrgico (UCC), unidade cirúrgica ambulatorial (UCA) pediatria, observação infantil e setores verde, amarelo e vermelho do referido hospital.

O total de prontuários disponíveis no período aprazado era de 4.200, sendo avaliados aleatoriamente uma amostra de 7% conforme determinação estatística, somando, desta forma, 294 prontuários dos quais 287 constituíram a amostra.

Para a coleta de dados foi utilizado um roteiro estruturado já utilizado pela Comissão Interna de Auditoria de Enfermagem do hospital campo de estudo e os dados foram coletados pelas pesquisadoras. A primeira parte foi reservada para a avaliação do formato da SAE de acordo com

a resolução COFEN já mencionada. Continha os itens da SAE (histórico, exame físico, folha de controles, prescrição e diagnóstico de enfermagem) e ainda evolução multidisciplinar, avaliação de risco e sua validação, triagem nutricional e continuidade do tratamento com orientação pós-alta e exames entregues. Na segunda parte estavam os dados relativos preenchimento do cabeçalho do prontuário do paciente, identificação dos profissionais de enfermagem que fizeram inserções junto ao prontuário do paciente com nome completo, carimbo, hora e data da intervenção de enfermagem, ou identificação legível com nome completo, assinatura e número do COREN. E para a terceira etapa, as anotações de enfermagem foram avaliadas quanto ao conteúdo considerando os seguintes itens: data e horário da anotação, especificidades do procedimento proposto e resposta do paciente após a intervenção. A quarta parte foi reservada para avaliação quantitativa da conformidade de checagem das prescrições de enfermagem e médica. Em todas havia ainda colunas com as referências completo, incompleto e ausente.

O parâmetro de avaliação dos itens completo, incompleto e ausente foram assim conceituados pelas autoras: *Completo*: quando o registro contiver todas as informações preconizadas como ideais, mediante a legislação, literatura revisada ou norma e rotina da instituição. *Incompleto*: faltam informações para um registro de qualidade de acordo com as normas e rotinas da instituição. *Ausente*: falta o registro no prontuário.

Foi realizado um pré-teste com uma amostra de dez prontuários de cada unidade clínica, mostrando que o instrumento era suficiente ao alcance dos objetivos propostos.

Os dados foram transcritos para uma planilha e submetidos e tratamento estatístico descritivo simples por meio de frequência absoluta e relativa e os resultados foram apresentados em gráficos ou tabelas a partir do programa Excel® 2007.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao avaliar o padrão de registros de Enfermagem em relação aos requisitos estabelecidos pela instituição campo de estudo e a Resolução COFEN nº 272/ 2002 quanto à SAE, foram estabelecidos como requisitos mínimos a implantação e o preenchimento adequados dos seguintes impressos: Histórico de enfermagem; Exame Físico; Diagnóstico de Enfermagem; Prescrição da Assistência de Enfermagem e Evolução da Assistência de Enfermagem e foram encontrados diferentes níveis de conformidade, durante os meses do trimestre apurado.

No trimestre, foram avaliados 287 prontuários preenchidos pelos colaboradores das unidades incluídas na pesquisa. Deste total, foram preenchidos adequadamente os seguintes instrumentos da SAE: 90% (106) em junho, 92% (83) em julho e 82% (72) em agosto. Quando avaliado o motivo das variações das não conformidades no trimestre pôde-se constatar junto à Unidade de Educação Continuada da instituição estudada que um dos fatores que desencadeou esta flutuação foi o alto índice *turn over* (1,8%) do período, fator que gerou mudanças na prática hospitalar considerando os desníveis dos profissionais recém contratados em relação ao conhecimento das normas e rotinas referentes aos prontuários assim como de alguns conhecimentos técnicos específicos para o preenchimento do mesmo.

Com relação aos registros de enfermagem pudemos constatar que dos prontuários auditados, cerca de 88% estavam em conformidade. Dos prontuários não conformes (12%) as unidades de trabalho que mais apresentaram problemas em ordem decrescente foram: setor verde, psiquiatria, pediatria e clínica médica. As demais unidades também apresentavam problemas, porém em níveis inferiores a 1%, o que foi considerado, frente à amostra total e pelos indicadores da instituição campo de estudo, como resultado satisfatório.

Um estudo similar⁽¹²⁾ mostrou que, em uma Unidade de Cardiologia, de 45 prontuários analisados as fases da SAE estavam implementadas em: histórico (31 - 68,9%), diagnóstico (38 - 84,4%), prescrição (43 - 95,6%), evolução (28 - 62,2%) e anotação (45 - 100%). Na Unidade de

Doenças Infecto-Parasitárias no Adulto, de 45 prontuários analisados as fases da SAE estavam implementadas em: histórico (1 - 2,2%), diagnóstico (36 - 80,0%), prescrições (37 - 82,2%), evolução (2 - 4,4%) e anotação de enfermagem (43 - 95,6%) e na Unidade de Neurocirurgia as fases realizadas em 45 prontuários eram: histórico (45 - 100%), diagnóstico (45 - 100%), prescrições (43 - 95,6%), evolução (39 - 86,6%) e anotação de enfermagem (45 - 100%).

Assim sendo, pode-se constatar que, no hospital de estudo, a adesão da enfermagem em relação a SAE era percebida como plenamente satisfatória, porém, ao avaliar o índice de não conformidades, conclui-se que ainda são necessários programas de educação permanente sobre a temática a fim de contribuir com subsídios que promovam a adequada sistematização da assistência de enfermagem e assim seja garantida mais uma ferramenta que proporcione a segurança dos pacientes.

Frente aos resultados alcançados pode-se inferir que os profissionais do hospital de estudo entendem que o planejamento sistematizado a partir de uma reflexão crítica, fundamentado nos princípios da SAE torna a prática da enfermagem numa ação mais científica e menos intuitiva permitindo a construção de uma assistência de enfermagem mais segura para o paciente, família, comunidade e profissional do serviço de enfermagem.

Autores⁽¹³⁾ afirmam ainda que, a implantação da SAE nos serviços de saúde dá visibilidade ao trabalho dos profissionais de enfermagem envolvidos e favorece o reconhecimento, pelos demais membros da equipe de saúde, familiares e clientela assistida, do trabalho desenvolvido.

Em relação à identificação adequada dos profissionais de enfermagem após anotações no prontuário, pode-se afirmar que em 235 (82%) prontuários os profissionais se identificavam corretamente, os demais (18%) não utilizavam identificação por meio de carimbo ou não executavam a identificação com nome e registro do COREN grafados de forma legível conforme as exigências do COFEN.

Ao compararmos estes dados com a literatura disponível encontramos uma pesquisa similar, apontando que das 432 anotações avaliadas em média 30% das anotações de enfermagem não apresentavam a identificação correta da enfermeira, isto é assinatura e carimbo⁽¹⁴⁾.

Outro estudo, com a finalidade de avaliar, por meio de auditoria, o registro da aspiração traqueal em Terapia Intensiva realizado pela equipe de enfermagem encontrou os seguintes resultados: com relação ao preenchimento do cabeçalho 82,7% da equipe de enfermagem atendia o quesito "nome completo". O registro do número da internação hospitalar estava presente em 79,3%. O número do leito onde se encontrava o paciente estava discriminado em 86,2%. O relato da data foi observado em 86,2%. Este mesmo estudo destaca que o Conselho Regional de Medicina (CRM) considera fundamental que o prontuário seja organizado por ordem cronológica de data, o que permite a continuidade e organização do planejamento e tratamento do paciente⁽¹⁵⁾. Assim, se o preenchimento do cabeçalho das folhas componentes do prontuário ocorre de maneira falha, há dificuldade de promover a segurança do paciente favorecendo o aumento das chances de ocorrência de eventos adversos, além de prejudicar a organização documental sob a ótica administrativa e financeira.

Além dos fatores citados, é importante lembrar que um prontuário adequadamente tratado pela equipe multiprofissional possibilita a prevenção de erros e fraudes e a possibilita o rápido rastreamento no caso de tais ocorrências, determinando-se a extensão e atribuindo as responsabilidades de forma correta. Um prontuário coerente e bem preenchido também é uma importante ferramenta para evitar desperdícios e, conseqüentemente, assegurar a utilização eficiente dos recursos da instituição de saúde quer seja ela pública ou privada.

Para verificar se os profissionais de enfermagem checam as prescrições de enfermagem e médica, foram analisados os itens prescritos pelo enfermeiro e pelo médico de acordo com o horário aprazado, a presença da checagem devidamente identificada ou justificada quanto a impossibilidade de execução. Dos 287 prontuários avaliados pode-se apurar que 248 prontuários (86,5%) atendiam todas as exigências legais e institucionais. Dos 49 prontuários

(13,5%) que apresentavam alguma não conformidade relacionada a checagem, pôde-se perceber principalmente a ausência da identificação do profissional responsável pela execução da prescrição ou do traço na diagonal em cima do horário aprazado. Obedecendo aos mesmos critérios, a checagem da prescrição médica conformidade em 263 prontuários (90%).

Um estudo mostra que a checagem das prescrições de enfermagem estava presente em 70,7% dos prontuários analisados e destes, apenas 1% estava completa; 4,5% estava ausente e 24,8% este item não foi aplicado (pois não havia prescrições de enfermagem). A checagem da prescrição médica constava em 98,1% dos prontuários, destes, 1,7% tinha a checagem completa e 1,9% não apresenta checagem das prescrições⁽¹⁶⁾.

Pesquisa⁽¹⁷⁾ sobre o reconhecimento da prescrição de enfermagem junto aos profissionais de enfermagem como ferramenta de orientação da assistência de enfermagem, demonstrou que os profissionais ainda tinham maior reconhecimento e aceitação da prescrição médica checando-a em 98% dos prontuários, enquanto que a prescrição de enfermagem somente era checada por completo em 60% dos prontuários avaliados na unidade pesquisada⁽¹⁷⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que se refere ao padrão de registros de enfermagem em relação aos requisitos estabelecidos pela instituição campo de estudo e Resolução COFEN nº 272/2002 quanto a SAE pode-se constatar que, dos 287 prontuários auditados, cerca de 88% estavam em conformidade.

Quanto à correta identificação dos profissionais de enfermagem após as anotações, 235 prontuários (82%) foram considerados totalmente conforme.

Ao verificar se os profissionais de enfermagem checam as prescrições de enfermagem e médica, pode-se afirmar que 248 (86,5%) prontuários continham checagem na prescrição de enfermagem e 263 (90%) na prescrição médica.

Os resultados obtidos demonstraram que a instituição campo de estudo está no processo de amadurecimento e de conscientização da necessidade de adequado preenchimento do prontuário para oferecer maior segurança ao paciente, e atender os requisitos das legislações referentes e as exigências éticas e legais da profissão.

Para que este processo de amadurecimento e conscientização seja contínuo faz-se necessário desenvolver programas de educação permanente que problematize a situação e envolva todos os profissionais de enfermagem da instituição.

REFERÊNCIAS

7. Diener JRC, Silva NM. Aspectos administrativos, éticos e legais do prontuário médico. *Arq Catarinenses Med.* 1994;23:181-4.
8. Oliveira VC, Cadette MMM. Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. *Acta Paul Enferm [Internet].* 2009 [cited 2010 Oct 24];22(3):301-06. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000300010>
9. Conselho Regional de Medicina de São Paulo (SP). Normatiza no Estado de São Paulo que tornou obrigatória a Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. São Paulo; 1992. [cited 2010 Oct 24]. Available from: www.cremesp.com.br
10. Dalri MB, Rossi LA, Carvalho EC. Aspectos éticos e legais das anotações de enfermagem nos procedimentos de doação de órgãos para transplantes. *Rev Esc Enferm USP [Internet].* 1999 [cited 2010 Oct 24];33(3):224-30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62341999000300003>

11. Governo do Estado de São Paulo. Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. [cited 2010 Oct 24]. Available from: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei10241.htm>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. [cited 2010 Oct 24]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html
13. Antunes AV, Trevizan MA. Gerenciamento da qualidade: utilização no serviço de enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2000 [cited 2010 Oct 24];8(1):35-44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692000000100006>
14. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN-311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro; 2007. [cited 2010 Mar 20]. Available from: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7221§ionID=34>
15. Presidência da República Federativa do Brasil. Lei 8.078. Código de Defesa do Consumidor. Brasília; 1990. [cited 2010 Mar 20]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8078.htm
16. Conselho Federal de Enfermagem. Decreto 94.406/87. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília; 1987. [cited 2010 Mar 20]. Available from: <http://www.coren-sp.gov.br/drupal6/node/3519>
17. Rodrigues VA, Perroca MG, Jericó MC. Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. Arq Ciênc Saúde. 2004;11:210-4. Available from: repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/Vol-11-4/03%20-%20id%2070.pdf
18. Reppetto MA, Souza MF. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. Rev Bras Enferm [Internet]. 2005 [cited 2010 Mar 20];58(3):325-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000300014>
19. Gonçalves LRR, Nery IS, Nogueira LT, Bonfim EG. O desafio de implantar a sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica de discentes. Esc Anna Nery [Internet]. 2007 [cited 2010 Mar 20];11(3):459-65. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452007000300010>
20. Luz A, Martins AP, Dynewicz AM. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2007 [cited 2010 Mar 20];9(2):344-61. Available from: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/7165>
21. Campos JF, Souza SROS, Saurusaitis AD. Auditoria de prontuário: avaliação dos registros de aspiração traqueal em terapia intensiva. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2008 [cited 2010 Mar 20];10(2):358-66. Available from: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/8034>
22. Setz VG, D'Innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. Acta Paul Enferm [Internet]. 2009 [cited 2010 Mar 20];22(3):313-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000300012>
23. Munhoz S, Ramos LH, Cunha ICKO. Custo-padrão dos procedimentos de enfermagem na assistência ao paciente em terapia intensiva. Acta Paul Enferm [Internet]. 2003 [cited 2010 Mar 20];16(4):77-85. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=11820&indexSearch=ID>