

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

BRUNO ALVES COSTA

ORGANIZAÇÃO DOS PRONTUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I DE
OURO PRETO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

BRUNO ALVES COSTA

ORGANIZAÇÃO DOS PRONTUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I DE
OURO PRETO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.
Profa. Orientadora: Daiana Kloh

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado ORGANIZAÇÃO DOS PRONTUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I DE OURO PRETO: RELATO DE EXPERIÊNCIA de autoria do aluno BRUNO ALVES COSTA foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado APROVADO no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial.

Profa. Daiana Kloh
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado a todos os profissionais do CAPS I Ouro Preto que se esforçam a cada dia para melhora do atendimento aos pacientes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Universidade de Santa Catarina pela oportunidade do aprendizado, à orientadora pelo dedicado trabalho, aos profissionais do CAPS pela contribuição diária no desenvolvimento das atividades e aos pacientes pela oportunidade da convivência.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
3 MÉTODO.....	13
3.1 Aspectos éticos.....	13
3.2 Local de estudo	13
3.4 Envolvidos com a ação.....	15
3.5 Período de operacionalização	15
4 RELATO DA AÇÃO DESENVOLVIDA	16
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS	23
APENDICE	24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Cronograma das atividades desenvolvidas em 2013 e 2014	15
Tabela 2. Etapa 1: Levantamento dos problemas (reconhecimento das falhas)	19

RESUMO

A presente monografia apresenta o relato de experiência do processo de organização dos prontuários do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I do município de Ouro Preto/MG. O serviço de saúde possui atualmente cerca de 8450 prontuários sendo 600 destes ativos e atende a cerca de 500 usuários por mês, dentre os quais 75 são pacientes em acompanhamento intensivo ou semi-intensivo. Para fins didáticos, o relato da experiência ocorreu em cinco etapas: 1 - Levantamento dos problemas (reconhecimento das falhas); 2- Composição de proposta de intervenção (sugestão de condutas); 3- Treinamento da equipe; e 4- Discussão e definição de condutas e 5- Organização dos prontuários (mutirão). As falhas gerais identificadas estão relacionadas à desorganização do local de trabalho, arquivamento inadequado, falhas nos registros e mau estado de conservação do mobiliário onde são guardados os documentos. Sobre os prontuários propriamente, as principais demandas foram relacionadas à conservação dos envelopes, preenchimento de dados na capa, letra ilegível no desenvolvimento da conduta clínica, presença de espaços e rasuras, dados incompletos e ausência de padronização do prontuário. Este trabalho apontou vários problemas relacionados ao prontuário e possibilitou a discussão entre a equipe a fim de solucionar as falhas, o que gerou maior segurança e controle das informações dos pacientes.

1 INTRODUÇÃO

O registro escrito representa um dos instrumentos de comunicação mais efetivo para o (re)planejamento, continuidade e avaliação dos serviços prestados pela equipe de saúde aos clientes, acolá servir de fonte de informações para questões jurídicas, de pesquisas, de educação e outras atividades relacionadas (MATSUDA, 2007).

O registro das atividades e informações sobre o estado clínico e cuidados prestados aos pacientes é responsabilidade diária de todos os profissionais da área de saúde. O prontuário do cliente é o agrupamento dos dados fornecidos pelo paciente, responsáveis legais ou ambos e dos resultados obtidos através de exame. Neste sentido, o prontuário é um documento precioso para o paciente, para os profissionais de saúde que o assiste e para as instituições de saúde, assim como para o ensino, a pesquisa e os serviços públicos de saúde, além de ser instrumento de defesa legal (POSSARI, 2005).

Segundo OCHOA-VIGO et al. (2001) o registro da assistência ao paciente permite o acompanhamento da evolução de saúde do mesmo, favorecendo a avaliação dos cuidados prestados e expressando a natureza das ações dos profissionais conforme suas respectivas áreas de conhecimento. Destarte, deve ser realizada de forma clara, objetiva e de acordo com os princípios éticos e morais da profissão.

Após constatação de um possível prejuízo do desenvolvimento das atividades, devido à má qualidade dos prontuários médicos, surgiu a necessidade de organização do documento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I de Ouro Preto, Minas Gerais.

A partir da análise da condição dos prontuários do CAPS I do município de Ouro Preto, identificou-se falhas relativas à: preenchimento, arquivamento, segurança e organização. Era comum encontrá-los em locais inadequados a cada dia, sujeito a perdas de informações, quebra do dever legal de guarda e sigilo das informações disponíveis nos prontuários dos pacientes sem responsabilização de possíveis danos. Ocasionalmente ocorria abertura de novos prontuários devido a não localização do anterior. O preenchimento inadequado, passando por rasuras e letras ilegíveis, também foi um dos principais problemas encontrados.

No que diz respeito às informações acerca de condutas terapêuticas realizadas individualmente, e reconhecendo-se a estreita relação do preenchimento adequado deste com a

qualidade do atendimento, o presente trabalho tem como objetivo relatar o processo de organização de prontuários do CAPS I Ouro Preto, Minas Gerais.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para o cumprimento das atribuições em saúde em um serviço como o CAPS, é necessário a existência de uma equipe multiprofissional, que através do trabalho conjunto, tenha como objetivo a melhoria da qualidade de vida do paciente. Para que tal fato seja concretizado, diversas ações devem ocorrer de forma contínua, e a existência de um prontuário organizado com informações adequadas acerca do acompanhamento dos pacientes torna-se fundamental.

Santos, Paula e Lima (2003) mostrou que a equipe de enfermagem produz diariamente muitas informações inerentes ao cuidado dos pacientes, sendo na maioria das vezes responsável por mais de 50% das informações contidas no prontuário do paciente. O autor realizou um levantamento em prontuários hospitalares, e constatou que apenas 0,5% das anotações neles contidas eram feitas por enfermeiros e as demais por técnicos e estagiários. Observou-se também que as informações transcritas não revelavam qualidade, não observavam uma sequência lógica, não objetivavam a situação do paciente, enfim não revelavam o adequado procedimento nos cuidados para atender às necessidades de cada paciente.

No ano de 2008, Vasconcellos e colaboradores publicaram um estudo que teve como objetivo contribuir para a avaliação da Atenção Básica, tendo como referência a qualidade de prontuários dos pacientes. Em relação ao preenchimento dos prontuários encontrou-se no espaço referente à identificação dos usuários, baixa presença dos atributos sociais e somente metade dos prontuários possuía registro da data de abertura. Além disso, os registros de características do processo de atendimento dos pacientes em questão ficaram longe das proposições do Ministério da Saúde. Tal estudo apontou então para uma qualidade discutível do cuidado oferecido, o que gera dificuldades para a prática gerencial.

Além dos estudos mostrados, outros têm apontado para um fator complicador que em geral é a falta de dados necessários no preenchimento do prontuário e descaso com a segurança das informações. Nesse sentido, o estudo de Setz & Dílnnocenzo (2009) avaliou por meio de auditoria, a qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de pacientes de um hospital universitário do município de São Paulo. Os resultados mostraram que 26,7% dos prontuários foram considerados ruins, 64,6% regulares e 8,7% bons. Além disso, o estudo revelou um comprometimento da segurança e da perspectiva de cuidado do paciente, além da dificuldade para mensurar os resultados assistenciais advindos da prática da equipe de enfermagem.

Silva (2011) estudou a relação do atendimento humanizado em enfermagem através da análise do conteúdo de prontuários. Os resultados apontam que os registros são incipientes, mesmo em se tratando dos procedimentos realizados com o paciente; comumente, não informam acerca dos aspectos que tratam das subjetividades que o envolvem; e admitem que os registros não representam um parâmetro para avaliar a qualidade da assistência, pelo menos, naquela Instituição. Em síntese, os participantes da pesquisa reconheceram a importância da valorização da subjetividade do paciente em seu tratamento, no entanto confessam negligenciar esse aspecto tão significativo para uma assistência integral, humanizada e de qualidade.

Recentemente, outro estudo sobre a qualidade do preenchimento de prontuários foi realizado por Barral e colaboradores (2012). Segundo os autores, os registros encontravam-se em conformidade com normas do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais, que exige a existência de data (96,8%); hora (90,5%); letra legível (87,4%); identificação profissional completa (76,3%); ausência de espaço em branco (94,1%); ausência de comentário e rasuras (98%); porém haviam também informações não relacionadas ao cliente (0,4%) e abreviaturas não padronizadas (5,1%). Foram observadas inadequações nos históricos de enfermagem/ exame físico, comprometendo a funcionalidade do registro como instrumento de comunicação.

3 MÉTODO

O presente estudo é caracterizado como descritivo e será apresentado como relato de experiência com abordagem qualitativa.

3.1 Aspectos éticos

Por questões éticas, não foi apresentado um exemplo de prontuário ou mencionado o nome de funcionários e pacientes. Por não se tratar de pesquisa, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais, apenas o relato das ações realizadas.

3.2 Local de estudo

O presente trabalho foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS 1 de Ouro Preto, Minas Gerais que tem como abrangência todo o município. Possui atualmente cerca de 8.450 prontuários sendo 600 destes ativos. Atende a cerca de 500 usuários por mês, dentre os quais 75 são pacientes em acompanhamento intensivo ou semi-intensivo.

A equipe multiprofissional é formada por um Gerente Técnico, três Psiquiatras que atendem em revezamento às segundas, terças e quintas, três Psicólogos, um Enfermeiro, um Assistente Social, dois Terapeutas Ocupacionais, um Farmacêutico, dois Técnicos de Enfermagem e dois Monitores de oficinas além do setor administrativo.

Os Centros de Atenção Psicossocial fazem parte de uma rede de substituição aos Hospitais Psiquiátricos no cuidado de pessoas que sofrem com transtornos mentais graves e persistentes. Começaram a surgir nas cidades brasileiras na década de 80 e passaram a receber uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde a partir do ano de 2002, momento no qual estes serviços experimentam grande expansão, a partir da aprovação da Portaria/SNAS nº 224 - 29 de Janeiro de 1992, posteriormente atualizada pela Portaria nº 336 - 19 de Fevereiro de 2002 (BRASIL, 1992; BRASIL, 2002). Tais centros são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, com os seguintes objetivos:

- ✓ Prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos;
- ✓ Acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território;
- ✓ Promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais;
- ✓ Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação;
- ✓ Dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica;
- ✓ Organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios;
- ✓ Articular estrategicamente a rede e a política de saúde mental numa determinada área de abrangência;
- ✓ Promover a reinserção social do indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. (BRASIL, 2004)

O atendimento se inicia com a chegada do usuário ao serviço em urgência, normalmente trazido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou por familiares, através de encaminhamentos dos diversos dispositivos da rede, como PSF's (Programa de Saúde da Família), CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), Unidades de Pronto Atendimento, ou por demanda espontânea. O paciente então é acolhido por um profissional de nível superior responsável pelo plantão. Durante o acolhimento "abre-se" o prontuário do paciente com o registro de seus dados, conforme novo modelo mostrado no Apêndice 1, com uma nova numeração.

No interior do prontuário o acolhedor preenche uma ficha de acolhimento e realiza os registros dos atendimentos em folhas pautadas, assim subsequente pelos profissionais envolvidos no atendimento.

A enfermagem necessita do acesso constante aos prontuários, pois realiza o acompanhamento de todos os pacientes atendidos no CAPS, desde a chegada até sua alta do serviço. Os registros mais frequentes são realizados nos prontuários de pacientes em Permanência Dia como, por exemplo, a avaliação de enfermagem, dados vitais, administração de medicações orais, injetáveis e intercorrências. Por se tratar de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar o prontuário necessita ser de fácil acesso e entendimento.

3.4 Envolvidos com a ação

Participaram da concepção do projeto dois profissionais do serviço, um enfermeiro e uma terapeuta ocupacional, com participação de toda a equipe durante a execução. O público alvo foi a própria equipe.

3.5 Período de operacionalização

O trabalho teve início em agosto de 2013 com o levantamento dos problemas (reconhecimento das falhas) e teve seu término em dezembro do mesmo ano com o treinamento da equipe e mutirão de organização, conforme cronograma explicitado na tabela 1.

Tabela 1: Cronograma das atividades desenvolvidas em 2013 e 2014						
	Atividades	Ago/13	Set/13	Out/13	Nov/13	Dez/14
1° etapa	Levantamento dos problemas (reconhecimento das falhas)	X	X			
2° etapa	Composição de propostas de intervenção (sugestão de condutas)		X	X		
3° etapa	Treinamento da equipe (parâmetros legais)				X	
4° etapa	Discussão e Definição de condutas				X	
5° etapa	Organização dos prontuários (mutirão)					X

4 RELATO DA AÇÃO DESENVOLVIDA

Para fins didáticos, o relato da experiência ocorrerá em cinco etapas:

1. Levantamento dos problemas (reconhecimento das falhas)
2. Composição de proposta de intervenção (sugestão de condutas)
3. Treinamento da equipe (parâmetros legais)
4. Discussão e Definição de condutas
5. Organização dos prontuários (mutirão)

1º etapa: Levantamento dos problemas (reconhecimento das falhas)

Nesta etapa foram identificados os principais problemas em relação ao registro em prontuários e a organização documental no serviço, definidos assim em tópicos:

- Desorganização – prontuários não encontrados/espalhados pelo serviço;
- Arquivamento – “é Permanência dia?”, “é do Psicólogo”?; “é ativo ou arquivo morto?”
- Capa – Preenchimento incompleto e desatualizado, 2 números de prontuário para o mesmo paciente;
- Registro – letras ilegíveis, rasuras, desordem, subnotificação;
- Conservação – envelopes rasgados e mofados, mobiliário velho, empenado e enferrujado.

Após o processo de identificação dos problemas, foram levantadas as possíveis causas das situações identificadas na primeira etapa assim como os riscos e prejuízos causados ao serviço.

2º etapa: Composição de propostas de intervenção (sugestão de condutas)

A segunda etapa foi marcada por reuniões entre o enfermeiro e a terapeuta ocupacional que, de acordo com a realidade do serviço, levantaram as possíveis intervenções e soluções para cada falha encontrada, conforme mostrado na tabela 2. Observou-se a necessidade de conscientizar os profissionais quanto as questões éticas e legais do preenchimento do prontuário

assim como as consequências do mau uso. As ações foram posteriormente apresentadas à equipe multiprofissional do CAPS 1 até chegar no consenso final.

3º etapa: Treinamento da equipe

O treinamento da equipe foi realizado durante reuniões através de apresentação em PowerPoint (Microsoft PowerPoint 2010) dos problemas mais comuns vivenciados no serviço e as possíveis soluções para padronização das ações. Foram apresentadas as questões éticas e legais do registro e armazenamento do prontuário, exemplificados com os erros cometidos pelos próprios profissionais.

4º etapa: Discussão e Definição de condutas

Após a apresentação e conscientização da equipe, foi aberta uma discussão para que cada profissional pudesse se colocar quanto ao que foi apresentado, expondo novos problemas ou sugerindo novas soluções. Ao final foram definidas as condutas a serem tomadas diante cada problema observado. Os dados podem ser encontrados na tabela 2.

5º etapa: Organização dos prontuários

A quinta etapa foi a adoção de medidas necessárias para possibilitar a organização definida na etapa anterior. incluiu a compra e solicitação de material para identificação e renovação dos prontuários danificados, além da troca e reforma do mobiliário. Realizou-se um mutirão para organização física e estrutural dos prontuários, iniciando pelo arquivo da Permanência dia. Os prontuários foram reorganizados em dois arquivos: P.D. e Ambulatório. Os prontuários da P.D. receberam uma fita adesiva vermelha em sua lateral para fácil identificação, foram organizados internamente e receberam novo envelope e nova capa. Foram adicionadas folhas pautadas com cabeçalho e um plástico de fichário para acomodar as documentações anexadas. Foram transferidos para o arquivo morto os prontuários com mais de um ano sem

atendimento. Os demais prontuários serão renovados e organizados conforme forem usados pela equipe.

As falhas identificadas foram tabuladas e os respectivos dados são apresentados nas tabelas a seguir juntamente com as possibilidades de solução e resultados obtidos.

Tabela 2 – Etapa 1: Levantamento dos problemas (reconhecimento das falhas)

Falha	Situação	Motivo	Risco	Resultados
Desorganização	Prontuários esquecidos em diferentes salas dificultando o acesso a ele; folhas fora de ordem e documentações soltas; usuário com dois números de prontuários; lista eletrônica de prontuários incompleta ou errada.	Pressa; Sobrecarga de trabalho; descuido; localização do prontuário; suscetível a alterações; falta de tempo para organizar lista.	Perda do prontuário; acesso de pessoas não autorizadas; quebra do dever legal de guarda; quebra do sigilo; dificuldade na localização do prontuário; duplicidade de prontuário; demora para atendimento ao paciente; perda de documentação.	O prontuário estará sobre inteira responsabilidade de quem o utilizou, sendo obrigatório devolver à recepção após o uso. Todas as folhas serão presas em ordem com inclusão de um plástico onde ficarão todos os documentos. Lista eletrônica passa a ter senha e um responsável para atualização.
Arquivamento	Prontuários arquivados erroneamente; Arquivos separados em “Permanecia dia”, “ambulatório”, “arquivo dos psicólogos” e	Falta de identificação visual; excesso de diferenciação entre arquivos; indefinição de “arquivo morto”;	Prontuários não encontrados; abertura de novo prontuário para paciente já cadastrado; demora na localização e atendimento ao paciente;	Divisão dos prontuários em 2 arquivos: P.D. e ambulatório. Os envelopes da P.D. serão sinalizados com fita adesiva vermelha na lateral, facilitando a

	“arquivo morto”.		Excesso de prontuários na identificação e organização; recepção; desgaste dos arquivos morto definido: mais de 1 ano sem utilização.	
Capa	Preenchimento incompleto; letra ilegível; rabiscos; rasuras; dados desatualizados; falta de padrão.	Descuido; mudança de dados; pressão ao preencher; indefinição de padrão.	Dificuldade de identificação do prontuário; perda de dados; dificuldade para contactar o usuário.	Foi definido novo padrão para capa com ênfase nas informações mais importantes; orientação e treinamento da recepção quanto ao preenchimento adequado e atualização frequente dos dados.
Registro	Registros ilegíveis; rasuras; espaços em branco; desordenamento das folhas; folhas sem identificação ou padrão; sub-registro; falta de dados importantes.	Pressa ao escrever; descuido; desleixo; desconhecimento das disposições éticas e legais; falta de tempo;	Dificuldade de acesso a informações; falha na sequência de acompanhamento; desgaste da equipe interdisciplinar; Erros de medicação; perda de dados; responsabilização legal.	Realizado conscientização e orientação da equipe quanto a organização do tempo, objetividade, responsabilização, legalidade, preenchimento adequado, completo e legível; padronização das folhas, com cabeçalho e pautadas.
Conservação	Prontuários sujos, rabiscados e rasgados; Arquivos empenados,	Falta de cuidado; falta de material para reposição; Mobiliário	Perda de informação; perda de documentos.	Solicitação ou compra de envelopes para prontuário; orientação dos profissionais

enferrujados e emperrados. inapropriado, antigo e prontuário; risco de acidente de quanto a conservação do material.
sem manutenção; trabalho; dano aos prontuários. Troca ou reforma e limpeza da
móvelia.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O registro no prontuário do paciente é algo mais do que o simples relato de conduta. Ele deve ser feito com base na ética profissional e em respeito à preservação das informações. Quando esse registro é escasso e inadequado compromete a assistência prestada ao paciente assim como a instituição e a equipe de enfermagem.

A padronização do material e da conduta é necessária ao bom atendimento do usuário, visto que existem diversas falhas que podem vir a causar graves prejuízos á condução do caso e ao próprio indivíduo. A identificação do estado dos prontuários foi fundamental para detectar problemas que refletem na qualidade do atendimento, e possibilitou por meio do empenho da equipe, soluções rápidas e de baixo custo para a instituição.

O trabalho em questão, incentivado pelo curso de especialização, possibilitou grande melhoria na rotina de trabalhos do CAPS 1 de Ouro Preto/MG, além de instigar na equipe, a busca por relatos de equipes que se encontravam na mesma situação de desorganização, propiciando maior contato entre equipes de municípios vizinhos e trocas de experiências, assim como melhoria da qualidade da assistência de enfermagem e do registro dessa assistência.

REFERÊNCIAS

- BARRAL LNM, RAMOS LH, VIEIRA MA, DIAS OV, SOUZA LPS. **Reme – Rev. Min. Enferm**, Minas Gerais, v. 2, n. 16, p.188-193, abr./jun., 2012
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992**. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Diário Oficial da União, 30 jan. 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União 2002; 20 fev.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. 11/29.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1638, de 10 de julho de 2002 . Diário Oficial União nº 153, secção 1, 9/8/02, p. 184-5
- FRANÇOLIN L, BRITO MFP, GABRIEL CS, MONTEIRO TM, BERNARDES A. Qualidade dos registros de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p.79-83, jan/mar. 2012
- MATSUDA LM, CARVALHO ARS, ÉVORA YDM. Anotações/registros de enfermagem em um hospital-escola. **Cienc Cuid Saude**, Maringa, n. 6 (Suplem. 2), p. 337-46, 2007.
- OCHOA-VIGO K, PACE AE, ROSSI LA, HAYASHIDA M. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. **Rev esc enferm USP**, v. 35, p. 390-8, 2001.
- POSSARI J. **Prontuário do paciente e os registros de enfermagem**. São Paulo: Iátria; 2005.
- SANTOS SR, PAULA AFA, LIMA JP. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 1, p.80-7, jan-fev. 2003
- SELTZ VG, DILNOCENZO M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paul Enferm**, n. 22, v. 3, p. 313-7, 2009.
- SILVA MGF. **Registro de enfermagem no prontuário em um Hospital Universitário: uma busca pela humanização do cuidado**. 2011.95f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2011.
- VASCONCELLOS MM, GRIBEL EB, MORAES IHS. Avaliação Da Qualidade Do Prontuário Do Paciente Na Atenção Básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1, p. S173-S182, 2008.

