

Avaliação dos registros de enfermagem em unidades pediátricas de um hospital de ensino

Assessing nursing records in pediatric units of a medical school

Letícia de Araujo Apolinario¹; Maria R. R. Vieira²

¹Enfermeira, Aperfeiçoanda em Enfermagem Pediátrica*; ²Enfermeira, Doutora em Enfermagem Pediátrica*

*Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

Resumo Objetivos: Verificar como ocorre a Sistematização da Assistência de Enfermagem nas Unidades de Internação Pediátrica e avaliar a qualidade das anotações de enfermagem nas mesmas. Metodologia: estudo quantitativo descritivo, baseado na análise retrospectiva do prontuário de pacientes das unidades de internação pediátrica num hospital escola em fevereiro de 2009, cujo instrumento foi um roteiro semi-estruturado. Resultados: As principais causas de internação foram doenças respiratórias e cardiopatias congênitas. Em relação à SAE, observou-se em 57 prontuários que: não houve nenhum registro no que tange ao sistema cardiovascular, em 77% não foi citado o nível de consciência; não foi citado o sistema respiratório e o trato gastrointestinal em 24% e 58%, respectivamente; o aspecto psicossocioespíritual não foi abordado em 48%; em 46% o diagnóstico de enfermagem foi realizado parcialmente ou não foi citado e em 77% não havia a evolução do diagnóstico. Em relação às anotações de enfermagem observou-se que: transferência e alta estavam em todos os prontuários; em 97% havia rubrica e carimbo; em 93% continha anotação sobre intercorrências; em 62% não houve espaço em branco, entretanto, em 95% pelo menos 1 auxiliar fez a anotação por turno em vez de por horário, 41% citou os cuidados prestados de forma parcial, houve rasura em 21% dos prontuários e abreviaturas não padronizadas em 83%, além de existir em 7% pelos menos 1 anotação ilegível. Conclusão: Sugere-se uma continuidade na educação permanente e no processo de monitorar e avaliar os registros de enfermagem.

Palavras-chave Registros de Enfermagem; Pediatria; Hospital.

Abstract

Objectives: To investigate how the Nursing Care Systematization (NCS) in the Pediatric Units is performed, and to assess the quality of Nursing registries in them. Methods: Quantitative and descriptive study, based on retrospective analysis of medical records of patients from inpatient pediatric units in a medical school in February 2009; a semi-structured guideline was used. Results: The main causes of hospitalization were respiratory diseases and congenital heart disease. According to NCS, in 57 charts, it was observed that: there was no registry regarding the cardiovascular system, the level of consciousness was not mentioned in 77%; the respiratory system and gastrointestinal tract were not cited in 24% and 58%, respectively; psycho spiritual aspect was not approached in 48%; 46% of the Nursing diagnosis was made in part or was not mentioned in 77% and there was no evolution of the diagnosis. According to the Nursing registries, the transfer and discharge were in all medical records; there were official seal and stamp in 97%; complications were recorded in 93% and there was blank in 62%, however, in 95% at least, additional registry in one made the shift instead of by time; 41% reported partial care; in 21% there was erasing; and non-standard abbreviations in 83%, and in 7%, unclear registry in at least one. Conclusion: A continuum in education and in the process of monitoring to assess the Nursing registries is suggested.

Keywords Nursing Records; Pediatrics; Hospital.

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1948) define que “Saúde é o estado de mais completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de uma enfermidade” e que

todos tem direito a ela, sendo uma obrigação do Estado à promoção e proteção da saúde. Marc Lalonde complementa que os fatores que interferem no “campo de saúde” são: a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organi-

zação da assistência à saúde¹.

A respeito deste campo de saúde, podemos atuar de diversas formas, como: em relação à biologia humana, prestando cuidados; em relação ao estilo de vida, oferecendo educação e promovendo saúde; em relação à organização da assistência, através da gerência. O papel do enfermeiro se baseia em quatro principais atividades: cuidado, gerência, educação e pesquisa. Atuação esta em consonância com os fatores que interferem no “campo da saúde”².

Por muitos anos a enfermagem conformou-se com o “fazer”, mas não basta a competência técnica, há a necessidade de se desenvolver habilidades humana, afim de um comprometimento efetivo entre líderes e liderados, clientes e trabalhadores. O primeiro passo para a melhoria assistencial é a busca contínua do conhecimento específico³.

Uma forma de conhecimento específico pode-se advir da necessidade de implementação e efetivação do Processo de Enfermagem. O processo de enfermagem recebe a seguinte definição: “dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano”⁴.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma atividade privativa do enfermeiro, permeada pelo conhecimento científico na qual elaboram-se ações de enfermagem para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Baseada em seis etapas: histórico, diagnóstico, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico de enfermagem, segundo Wanda Horta, por conseqüência surge uma documentação baseada em anotações e registros que são úteis como fonte de informação para pesquisas e auditoria, instrumento legal e forma de avaliar a qualidade dos cuidados prestados, além de organizar as anotações de enfermagem⁵.

Essa metodologia, cuja essência é o “cuidar”, se inicia a partir de um julgamento do enfermeiro a respeito das necessidades de seus pacientes. E, infelizmente, é comum um descaso da equipe de enfermagem com relação a SAE que pode resultar em ausência de reconhecimento da profissão. Este reconhecimento seria proveniente do fato de que com esse método “executa-se uma ação pensada, imaginada, prevista e calculada, aplicando atenção, pensamento, imaginação e reflexão”⁶.

A tomada de decisões ocorre de forma deliberada, baseando-se na metodologia científica, na identificação das necessidades do indivíduo de maneira holística para o cuidado⁷.

A primeira fase da SAE, o Histórico é formado por: entrevista, exame físico e exames laboratoriais, e é a base para as outras fases do processo de enfermagem, além de servir como uma fonte de informações sobre o paciente para outros profissionais. É nele que são coletados e analisados os dados subjetivos e objetivos do problema de saúde do paciente⁸.

A segunda, o Diagnóstico, abrange os aspectos de respostas do indivíduo, família e comunidade aos problemas de saúde reais ou potenciais ou processos vitais. Proporciona embasamento para as prescrições de enfermagem⁹. Esta fase fornece ao enfermeiro um leque mais amplo de ações a serem tratadas pela enfermagem¹⁰.

Plano assistencial é o traçado da assistência de enfermagem que o paciente deve receber perante o diagnóstico estabelecido,

examinando-se os problemas de enfermagem, as necessidades afetadas e o grau de dependência¹¹.

Em relação à Prescrição de Enfermagem, considera-se que é o conjunto de decisões tomadas pelo Enfermeiro, que direciona e coordena a assistência de Enfermagem ao paciente de forma individualizada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação da saúde¹².

A evolução de enfermagem avalia todas as outras fases da SAE, pois, para realizá-la o enfermeiro analisa se as prescrições atingiram os objetivos delineados pelas fases anteriores. É realizada diariamente pelo enfermeiro, deve sistematizar o perfil evolutivo do paciente bem como os resultados do planejamento da assistência de enfermagem, facilitando assim uma nova tomada de decisão ou a manutenção da prescrição anterior. Não se pode pensar em uma sistematização eficiente, sem que todas as fases sejam realizadas, elas são interdependentes. Os problemas, as necessidades identificadas permitem as conclusões diagnósticas a prescrição, o cuidado e possibilita a continuidade do trabalho e documentação da assistência de enfermagem prestada¹³.

Prognóstico é a estimativa da capacidade do indivíduo atender suas necessidades após ter sido implementado o plano assistencial, e é considerado bom quando leva à independência de enfermagem e ruim quando se dirige para a dependência total¹¹.

Todo o processo da SAE deve ser registrado. O registro nos prontuários é obrigação legal da enfermagem. A Resolução do COFEN-191/96 coloca a importância de atenção em: verificar cabeçalho, fazer as anotações por horário e não por turno, não utilizar “paciente” ou “cliente já que o prontuário é individual, letra legível, seguir a sequência cefalocaudal, não utilizar corretivos e sim escrever “digo” ou “correção” e ao final de cada anotação ter o carimbo, assinatura e o número do COREN¹⁴. As anotações de enfermagem são essenciais na sistematização e, a partir de uma melhora na implementação da SAE e dos registros relacionados a ela, pode-se vir a ter um maior nível de qualidade.¹⁴

O resultado advindo da documentação gerada por esta metodologia é representado pelos registros. Fornece aos membros da equipe de saúde um meio de comunicação que inclui os resultados obtidos com a assistência prestada, serve de material para tomada de decisões, fonte para pesquisas e instrumento ético/legal, além de possibilitar a avaliação dos cuidados prestados e servir como fonte para auditoria.¹³

Entretanto, os registros de Enfermagem não são exclusivos da SAE, eles são constituídos por dois tipos de ações: evolução e anotação de enfermagem. Sendo que a Evolução de Enfermagem é de atribuição exclusiva do enfermeiro, fazendo parte da SAE, enquanto que a Anotação de Enfermagem é de responsabilidade do profissional de enfermagem de nível médio (Técnico ou Auxiliar), aonde serão registrados, no prontuário do paciente, os procedimentos realizados e a resposta apresentada pelo paciente, de acordo com o que foi prescrito pelo Enfermeiro na SAE¹⁵.

Registro é definido como o conjunto de informações relacionadas ao paciente, aos cuidados e aos resultados, de

forma escrita e é fator relevante para a tomada de decisão e alcance da qualidade do cuidado.¹⁶

Enquanto aprimoranda de enfermagem em Pediatria pela FAMERP esteve nas Unidades de Internação Pediátricas aonde foi implantada a SAE há um ano. Pude observar, durante este período, a necessidade de se avaliar a qualidade dos registros de enfermagem, baseando na importância desses registros para nossa profissão e em dados da literatura.

Diante do exposto, este trabalho tem os objetivos que se seguem.

Objetivos

1. Verificar como ocorrem os registros de Sistematização da Assistência de Enfermagem nas Unidades de Internação Pediátrica.

2. Avaliar a qualidade das anotações de enfermagem nas Unidades de Internação Pediátricas.

Metodologia

Trata-se de um estudo documental, de caráter retrospectivo e descritivo, utilizando a abordagem quantitativa com a finalidade de analisar os registros da SAE e anotações de enfermagem nos prontuários dos setores pediátricos.

O estudo foi realizado com prontuários arquivados no Setor de Arquivo de Prontuários (SAME), de um hospital de ensino na cidade de São José do Rio Preto. Prontuários de crianças que estiveram internadas nas Unidades de Internação Pediátrica, para tratamento ou diagnóstico nas seguintes especialidades: geral, cardiologia, neurologia, hematologia, pneumologia e cirurgia.

Este estudo foi realizado no período de março de 2009 à janeiro de 2010. Sendo que a coleta dos dados foi feita em 2 meses.

Fizeram parte deste estudo 58 prontuários de crianças internadas nas referidas unidades, no mês de fevereiro de 2009, com idade entre 0 e 13 anos, cujos prontuários estavam devidamente arquivados para análise.

Para análise dos prontuários, foi utilizado um roteiro semi-estruturado (Anexo 1) com questões referentes à idade do paciente, patologia de base, às anotações de enfermagem (de acordo com COREN-SP-DIR 001/2000) e aos registros relacionados à SAE (histórico, diagnóstico, plano assistencial, prescrição de enfermagem e evolução).

A coleta de dados foi realizada após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP, número 272/2009 e concordância da central de processamento de dados do hospital em oferecer acesso aos prontuários. Por se tratar de um estudo retrospectivo solicitou-se a dispensa do termo de consentimento (Anexo 2). Os dados foram analisados de forma quantitativa, em seguida agrupados e relacionados de acordo com a sua especificidade, sendo apresentados de forma discursiva.

Resultados e Discussão

Caracterização da amostra

Dos 58 prontuários analisados, a idade das crianças variou de 0

a 13 anos de idade, sendo a média 5 anos.

As principais causas de internação foram doenças respiratórias 16% (9 pacientes) e cardiopatias congênitas 16% (9 pacientes).

Registro da SAE

Com relação aos registros de histórico, exame físico, diagnóstico de enfermagem e evolução, realizados pelas enfermeiras dos setores analisados, 1 prontuário não foi possível colher as informações visto que a letra estava ilegível, portanto o total de prontuários foi de 57 e constatou-se que: em 49% (28 prontuários) dos prontuários não havia informações sobre o estado geral da criança.

Quanto a realização da evolução de enfermagem, na unidade de cardiologia foi referida em 28(62,2%) prontuários, na unidade de doenças-infecto-parasitárias no adulto em 2 (4,4%) e de neurocirurgia em 39 (88,6%).¹⁴

Nesta pesquisa 77% (43 prontuários) não foram relatados o nível de consciência, enquanto que na pesquisa de Matsuda 71 registros 4 tinham informações referentes ao nível de consciência¹⁶.

Apenas 56% (32) contemplavam o aspecto pele e mucosas, 9% (5) abordaram parcialmente e 35% (20) não citaram este, com relação a parte cardiovascular 100% (57) não citaram nada referente a pulso/frequência cardíaca/perfusão periférica/sopro., com relação sistema respiratório, 47% (27) o abordaram de forma mais completa(eupnéico ou não/presença de retração/expansibilidade torácica e simetria), 28% (16) de forma parcial e os outros 24%(14) não abordaram.

Em (39) 69% não foi citado nada sobre sistema gastrointestinal, em 58% (33) não foi abordado o trato geniturinário, a presença ou não de edema só foi citada em 1 paciente.

Em 63% (36) não havia informações sobre acesso venoso/sondas/drenos/outros artefatos.

Os aspectos psico-socio-espirituais foram abordados em 52% (29) parcialmente e não foram abordados nos outros 48% (28), nesta pesquisa enquanto que apenas 1 possuía dados referentes à dimensão psico-sócio-espiritual no trabalho desenvolvido por Matsuda.¹⁶

O diagnóstico de enfermagem foi feito parcialmente em 25% (14) dos casos, de forma completa(nome+ relacionado a+ evidenciado por) 54% (31) e não foi citado em 21% (12) prontuários.

Em um estudo desenvolvido por Takahashi quanto aos componentes do diagnóstico de enfermagem, 39,3% das citações eram dificuldades na identificação das características definidoras; 34,5% no estabelecimento de categorias diagnósticas; 26,2% fatores relacionados.¹⁸

Em 77% (44) dos registros deste estudo não havia a evolução do diagnóstico (melhorou/piorou/manteve/solucionou).

O exame físico mal realizado não satisfaz as necessidades dos pacientes durante o cuidado de enfermagem já que as enfermeiras não utilizam de fontes de informações serias e fidedignas, verificou-se que em 5 exames físicos dos 54 prontuários analisados não foram feitos e mesmo assim realizou-se a prescrição e evolução dos pacientes. Os instrumentos deve se apresentar completos, visando a identificação e resolução de

problemas e não demonstrar, através dos dados apresentados que esta fase é uma rotina que precisa ser cumprida.¹⁸ 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.¹⁴

Ainda no estudo de Takahashi demonstra que 58,5% das enfermeiras relatam ter dificuldade em realizar diagnóstico de enfermagem; 34,2% a evolução de enfermagem; 32% o planejamento da assistência; 28,7% a coleta de dados; 23,2% referiram dificuldade na prescrição de enfermagem; 46,8% demonstram dificuldade na execução do exame físico.¹⁸

Anotações de Enfermagem

Com relação às anotações de enfermagem foram analisados 58 prontuários e observou-se que: em 95% dos prontuários pelo menos 1 auxiliar colocou ou não colocou os horários à medida que os fatos aconteceram e sim por turno;

Houve grande ocorrência de anotações sem horário sendo colocado no seu lugar o turno, isso não deve acontecer, pois, a cronologia de acontecimentos com o paciente é fundamental para a continuidade dos cuidados e previsibilidade de possíveis intercorrências.¹⁴

Os principais problemas encontrados foram: as anotações são realizadas por turno e não por horário, há rasuras nas escritas; espaços em branco ao longo do impresso; falta de carimbo e de assintarura.¹⁴

Em 97% (56) dos prontuários havia rubrica e carimbo.

Em 62% (36) não houve espaço em branco entre as anotações. Das 432 anotações (107+99+ 93) continham anotações com espaços.¹⁴

Com relação aos cuidados prestados: 50% (29) o citavam de forma mais completa, 41% (24) citaram parcialmente e 9% (5) não citaram nenhum cuidado (apenas descreveram intercorrências/mudanças de conduta/ admissão/alta), ainda com relação aos cuidados prestados em 84% (49) não foi citado o nome de quem prestou o cuidado (como curativo/lavagem gástrica/e outros).

Em 93% (54) dos casos foram anotadas as intercorrências que aconteceram.

Neste estudo, transferência e alta foram anotadas em 100% (58) dos prontuários, para Reppetto a ausência de registros de alta, evidente em outros estudos, pode estar relacionada ao fato da equipe postergar as anotações para o momento que o paciente sair do hospital e quando isto ocorre geralmente ela está envolvida com outros afazeres, sendo o prontuário recolhido sem o preenchimento da mesma.¹³

Houve presença de abreviaturas não padronizadas em 48 (83%) dos casos. Em 4 (7%) prontuários pelos menos 1 anotação de enfermagem se encontrava ilegível.

As rasuras foram encontradas em 21% (12) dos prontuários e essas têm implicações legais, já que o prontuário é um documento e as anotações podem ser requisitos de defesa no ponto de vista jurídico.¹⁴

Fatores que dificultam a implementação da SAE: despreparo do pessoal, falta de interesse, falta de tempo, quantidade de pessoal,

falta de material e/ou equipamento, falta de vontade por parte das chefias e da instituição. Os fatores que favorecem são: interesse da equipe, determinação da chefia, preparo da equipe, disponibilidade de matérias e adequação do modelo teórico. Não existe correlação das fases na maioria dos prontuários analisados.¹⁸

A documentação das atividades e dos resultados por meio de registros escritos constitui um dos instrumentos de comunicação efetivo para o (re) planejamento, continuidade e avaliação dos serviços prestados ao cliente. Além disso, serve de fonte de informação para questões jurídicas, pesquisas, educação e outras atividades relacionadas, constituem importante fator para tomada de decisão e alcance da qualidade do cuidado.¹⁶

Conclusões

Os registros relacionados à Sistematização da Assistência de Enfermagem foram implantados nas Unidades de Internação Pediátrica deste estudo há menos de dois anos, portanto, o tempo em que está em vigor é relativamente curto e por isto é compreensível que surjam dificuldades durante sua execução. Cada uma destas Unidades de Internação possui vinte leitos e é gerenciada por um enfermeiro por turno, e permanecem com cada auxiliar de enfermagem cerca de oito crianças. É um número considerável visto que a pediatria exige um cuidado especial, pois a pediatria, além de ser uma área de grande diversidade e que possui vários níveis de complexidade, exige um envolvimento de mais de um profissional para cuidados considerados “simples” em adultos, como o caso de uma punção venosa. Talvez o tempo despendido na realização dos registros não seja, por estas razões, suficientemente grande para que estes sejam realizados de forma mais completa.

Foi possível observar que os registros relacionados a SAE (histórico, diagnóstico de enfermagem e prognóstico) foram realizados de forma superficial, assim como as anotações de enfermagem, que não continham todos os dados exigidos pela resolução do COFEN 191-96.

Percebe-se algumas falhas relacionadas aos registros de SAE e anotação de enfermagem. Para que estas sejam amenizadas recomenda-se que se faça uma (re) conscientização sobre a importância de registrar os cuidados prestados e a partir daí intensificar a educação continuada e permanente, além de seguir monitorando e avaliando os registros, pois estes são úteis para servir de instrumento legal, dar continuidade prestados, fonte de pesquisa e auditoria, além de servir para avaliar a assistência ao paciente.

Referências bibliográficas

1. Scliar M. História do conceito de saúde. Revista de Saúde Coletiva. 2007; 17(1): 1-3.
2. Backes MS, Sousa FGM, Erdmann AL. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. Ciência, Cuidado e Saúde 2008; 7(3): 319-326.
3. Backes DS, Schwartz E. Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem: desafios e conquistas do ponto de vista gerencial. Ciência, Cuidado e Saúde. Maringá, 2005; 4(2):

182-188.

4. Andrade JS, Vieira MJ. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. Rev Bras Enf 2005; 58(3):261-5.

5. Venturini DA, Marcon, SS. Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola. Rev Bras de Enferm, Brasília 2008 set-out; 61(5): 570-5

6. Lopes FL, Szewczyk MSC, Lunardi VL, Santos SSC. SAE como um novo fazer na atividade cuidativa enfermeira com base na complexidade de Edgar Morin. Cogitare Enferm 2007; 12(1): 109-13

7. Cunha SMB, Barros ALBL. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. Rev Bras Enferm 2005;58(5): 568-72

8. Ralph SS, Taylor CM. Manual de Diagnóstico de Enfermagem. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2007. 2-14.

9. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação. Artmed, 2007-2008, 310-318.

10. Rezende PO, Gaizinski RR. Tempo despendido no sistema de assistência de enfermagem após implementação de sistema padronizado de linguagem. Rev Esc Enferm USP 2008; 42(1): 152-9

11. Horta VA. Processo de enfermagem, com a colaboração de Brigitta E. P. Castellanos. São Paulo. EPU 1979. 65- 68.

12. Resolução COFEN-272/2002. 2002 (acesso em 2009 Abr 17) Disponível em: <http://www.portalfcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7100§ionID=34>

13. Reppetto MA, Souza MF. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em um hospital universitário. Ver. Brás. Enferm. V.58 n 3 Brasília. Maio/jun 2005.

14. Luz A, Martins AP, Dynewicz AM. Características das anotações de enfermagem encontradas em auditoria. Rev Elet de Enferm, 2007; 9(2): 344-361

15. Decisão COREN-SP-DIR. *Normatiza no Estado de São Paulo os princípios gerais para ações que constituem a documentação de enfermagem.2000* (acesso em 2009 Abr 24). Disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/internet/072005/>

16. Matsuda LM, Carvalho ARS, Évora, YDM. Anotações ou registros de enfermagem em um hospital-escola. Cienc Cuid Saúde 2007; 6(2): 337-346.

17. Vituri, DW, Matsuda, LM. Os registros de enfermagem como indicadores da qualidade do cuidado: um estudo documental, descritivo-exploratório e retrospectivo. Online Brazilian Journal of Nursing 2008; 7(1).

18. Takahashi AA, Barros ALBL, Michel JLM, Souza MF. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. Acta Paul Enferm 2008; 21 (1):32-8.(resumo da dissertação de mestrado apresentada ao departamento de enfermagem da UNIFESP – São Paulo).

ANEXO 1

Idade do paciente: _____

Patologia de base: _____

Em relação aos registros de enfermagem sobre histórico, exame físico, diagnóstico e evolução de enfermagem (realizado exclusivamente por enfermeiros), serão observadas se há informações sobre:

INFORMAÇÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
1. Estado geral do paciente			
2. Nível de consciência			
3. Aspecto da pele e mucosas (coloração, umidade, turgor)			
4. Aspectos cardíacos(pulso, FC, cianose, perfusão periférica)			
5. Aspectos respiratórios (frequência, expansibilidade e simetria torácica, esforço respiratório, retrações)			
6. Aspectos gastrointestinais			
7. Aspectos geniturinários			
8. Presença ou não de edema			
9. Presença de acesso venoso/sonda/cateteres/drenos (artefatos)			
10. Aspectos psico-socio-espirituais			
11. Diagnóstico de enfermagem			
12. Melhora/piora/manutenção das necessidades do paciente			

Em relação aos registros de enfermagem sobre os dados relativos às anotações de enfermagem (realizado por toda a equipe de enfermagem), será observado a presença de:

INFORMAÇÃO	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
1. Horário (por anotação)			
2. Rubrica e carimbo			
3. Ausência de espaços em branco			
4. Descrição de cuidados realizados			
5. O nome de quem executou o cuidado			
6. Anotações sobre intercorrências			
7. Anotações sobre admissão/transfêrência/alta			
8. Rasuras			
9. Abreviaturas não padronizadas			
10. Legibilidade			

Correspondência:

Leticia de Araujo Apolinario
Rua Dr. Silvério José Bernardes, 499
38060-470 – Uberaba – MG
Tel.: (34)3312-0247
e-mail: leticiaapolinario@hotmail.com