



ARTIGO ORIGINAL

PRONTUÁRIO DO PACIENTE: QUALIDADE DOS REGISTROS NA PERSPECTIVA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

PATIENT'S MEDICAL RECORD: QUALITY OF THE RECORDS UNDER THE PERSPECTIVE OF THE MULTIPROFESSIONAL TEAM

REGISTRO MÉDICO DEL PACIENTE: LA CALIDAD DE LOS REGISTROS ANTE EL PUNTO DE VISTA DE EQUIPO MULTIPROFESIONAL

Lenilma Bento Araújo Meneses¹, Alyne Fernandes Bezerra², Flávia Maiele Pedroza Trajano³, Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares⁴

RESUMO

Objetivo: identificar a qualidade dos registros de enfermagem na perspectiva da comunicação multiprofissional. **Metodologia:** pesquisa documental com abordagem qualitativa desenvolvida entre dezembro / 2010 a junho / 2011 na unidade de clínica médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley. O universo da pesquisa constou de prontuários dos pacientes internados a mais de uma semana e assistidos por pelo menos três profissionais. Foi utilizado um instrumento pré-estruturado constituído por questões objetivas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo 194/10. **Resultados:** foi possível identificar inadvertências quanto à organização dos prontuários, objetividade, clareza, continuidade das informações além da quase inexistência da comunicação multiprofissional entre os membros da equipe e os aspectos que fornecerão subsídio para a Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Conclusão:** os resultados fazem refletir sobre a assistência prestada ao paciente, e dessa forma, buscamos melhoria a mesma. **Descritores:** Registros de Enfermagem; Continuidade da Assistência ao Paciente; Equipe de Assistência ao Paciente; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: identifying the quality of nursing records under the perspective of multiprofessional communication. **Methodology:** a documentary research with a qualitative approach developed between December / 2010 and June / 2011, in the medical clinical unit of the University Hospital Lauro Wanderley. The research universe consisted of medical records of patients hospitalized for more than a week and assisted by at least three professionals. There was used a pre-structured instrument consisting of objective questions. The project was approved by the Research Ethics Committee, Protocol 194/10. **Results:** it was possible to identify inadvertencies with regard to the organization of the records, objectivity, clarity, continuity of information, beyond the almost absence of multidisciplinary communication between the team members and the aspects that will subsidize the Systematization of Nursing Care. **Conclusion:** the results make us reflect on the assistance provided to the patient, and thus, seek for improvement of the same. **Descriptors:** Nursing Records; Continuity of Assistance to Patients; Patient Care Team; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: identificar la calidad de los registros de enfermería en términos de comunicación multiprofesional. **Metodología:** una investigación documental con enfoque cualitativo desarrollada entre diciembre de / 2010 a junio de / 2011 en la clínica médica del Hospital Universitario Lauro Wanderley. El universo de la encuesta consistió en históricos clínicos de pacientes hospitalizados en más de una semana y vigilados por al menos tres profesionales. Se utilizó un instrumento pre-estructurado que consta de preguntas objetivas. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en la investigación, protocolo 194/10. **Resultados:** fue posible identificar inadvertencias cuando a la organización de registros médicos, objetividad, claridad, continuidad de la información, además de la casi ausencia de comunicación multiprofesional entre los miembros del equipo y aspectos que proporcionarán subvenciones para la Sistematización de la Atención de Enfermería. **Conclusión:** los resultados hacen reflexionar acerca la asistencia prestada al paciente y buscar la mejora de la misma. **Descriptores:** Registros de Enfermería; Continuidad del Cuidado al Paciente; Equipo de Atención al Paciente; Enfermería.

¹Enfermeira, Residente da Ênfase de Atenção à Saúde do Idoso da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: alyne_fernandes@hotmail.com; ²Enfermeira, Mestranda em Neurociências Cognitiva e Comportamento, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: flaviamaiele@hotmail.com; ³Enfermeira, Mestre em Enfermagem em Saúde Pública, Doutoranda pelo PPGENF/UFPB, Docente vinculada ao Departamento de Enfermagem Clínica, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: lenilmabento@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira, Professora Doutora, Departamento de Enfermagem Clínica/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba/PPGENF/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: mmjulieg@gmail.com

INTRODUÇÃO

De acordo com a Resolução nº 1.638/02¹ do Conselho Federal de Medicina, prontuário é definido como um documento único constituído por um conjunto de informações registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada. É de cunho legal, sigiloso e científico. As informações são obtidas a partir do relato e da observação técnica do paciente e devem ser organizadas de maneira sistemática, permitindo que sejam utilizadas pela equipe sempre que for necessário.²

Os registros da assistência efetuados nos prontuários estabelecem a comunicação escrita de informações referentes às condições de saúde-doença e dos cuidados que são necessários, com a finalidade de garantir a continuidade da assistência. Também contribuem, para a identificação de novas alterações, avaliação e acompanhamento das respostas dos usuários aos cuidados prestados. Esta comunicação ocorre diariamente de forma verbal e não verbal, nos diálogos entre os profissionais e de forma escrita, nos relatórios e evoluções registrados nos prontuários dos pacientes³. O prontuário do paciente, em sua completude, traz as informações necessárias para dirimir qualquer dúvida que, porventura, apareça quanto aos procedimentos realizados na assistência ao paciente.⁴

A comunicação no âmbito do cuidado em saúde ocorre essencialmente por meio dos registros efetuados no prontuário do paciente. Estes registros bem formulados refletem não somente a qualidade do serviço, assim como, torna-se elementos fundamentais para os casos de compensação financeira e fins Éticos e Legais.³

O registro do prontuário permite planejar uma intervenção adequada, independente do profissional que esteja acompanhando⁵. Favorecem a comunicação entre a equipe de saúde promovendo a avaliação da qualidade do serviço realizado.⁶

Uma pesquisa realizada em Natal/RN afirma que o registro da assistência no prontuário do paciente, envolve diversos aspectos e respalda Ética e legalmente o profissional responsável pelo cuidado, assim como o paciente. Quando esse registro é escasso e inadequado compromete a assistência prestada ao paciente assim como a instituição.⁷

Ressalta-se que o prontuário pertence ao paciente, mas competem aos profissionais e aos diretores clínicos e/ou diretores técnicos, dos serviços de saúde, a responsabilidade pela

guarda dos documentos. Cabe ainda à instituição hospitalar e a unidade de saúde, a responsabilidade pelo preenchimento completo e correto do prontuário, sendo direito do usuário requerer que as informações concernentes ao mesmo sejam adequadamente registradas. A desorganização e a falta de clareza na escrita, os dados insuficientes sobre o usuário e o seu diagnóstico, podem gerar desgaste físico e mental para o profissional e diminuir o tempo que poderia ser dedicado em benefício do paciente.⁸⁻⁹

O prontuário do paciente é um documento legal em defesa dos usuários, dos profissionais e das instituições, devendo, estar imbuído de autenticidade e significado legal, ele reflete o empenho e a força de trabalho da equipe de saúde, valorizando, assim, suas ações, especialmente as da equipe de enfermagem, por possuir o maior número de profissionais envolvidos na assistência.³

É importante destacar que o profissional de Enfermagem trabalha na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, em consonância com os preceitos éticos e legais, conforme determina o Código de Ética da profissão. No âmbito das relações com os trabalhadores de enfermagem e de outras profissões, é direito do profissional participar da prática multiprofissional e interdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade.¹⁰

É garantido também no *Art. 25 do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem* o registro no prontuário do paciente, de todas as informações inerentes ao processo de cuidar.¹⁰ Dessa forma, a assistência de enfermagem tem como objetivo proporcionar um atendimento seguro, ágil, criativo, eficaz, legal e eficiente aos usuários, familiares e comunidade em geral. “As anotações de enfermagem são os registros feitos pela equipe de enfermagem no prontuário e devem atender as condições biopsicossociais e espirituais além de todos os fatos ocorridos e da assistência prestada, permitindo dar condições para a continuidade dos cuidados”.¹¹

Os registros efetuados pela equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar) têm a finalidade essencial de fornecer informações sobre a assistência prestada, assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde e garantir a continuidade das informações nas 24 horas, condição indispensável para a compreensão do paciente de modo global, constituindo-se no “espelho” da assistência prestada.

As anotações no prontuário do paciente têm grande importância, para garantir a qualidade na assistência, subsidiar ensino e pesquisa, favorecer repasse orçamentário para o hospital, isentar os profissionais de problemas jurídicos e possibilitar a comunicação multiprofissional entre a equipe de saúde. Sendo o enfermeiro o profissional que acompanha o paciente na maior parte de sua permanência hospitalar, suas anotações devem conter informações que auxiliem os demais profissionais envolvidos no tratamento, favorecendo o processo de recuperação e diminuindo o período de internação.¹²

Os registros dos cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem devem conter um conjunto de informações que permitam a sistematização da assistência, conforme previsto na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem 358/2009¹¹ sobre a sistematização da assistência de enfermagem nas instituições de saúde brasileiras. A Resolução dispõe que a implementação do Processo de Enfermagem seja registrada formalmente, abrangendo: a) um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade um momento do processo saúde e doença; b) os diagnósticos de enfermagem referentes às respostas da pessoa, família ou coletividade em um momento do processo saúde e doença; c) as ações ou intervenções de enfermagem concretizadas diante dos diagnósticos de enfermagem identificados; d) os resultados obtidos como decorrência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) proporciona, por meio dos registros, a comunicação entre a equipe multiprofissional e interdisciplinar o que garante ao profissional de Enfermagem e à instituição o respaldo jurídico, representando um importante meio para assegurar a qualidade da assistência prestada.¹³

Sabemos que é grande a quantidade de informações contidas nos prontuários hospitalares, que estas constroem a história do usuário desde admissão até a alta, escrita por várias mãos. Vale salientar que as informações de Enfermagem são essenciais para a efetivação do Processo de Enfermagem. Contudo, são muitas as queixas relacionadas à elegibilidade e descontinuidade destas informações, trazendo muitas vezes danos irreversíveis ao usuário, à instituição, aos profissionais de saúde e a sociedade como um todo. Não são raras as incorreções e/ou omissões de registros; erros gramaticais e ortográficos; nas relações factuais; nos termos em geral, podendo

desta forma, provocar o comprometimento das informações.

Diante do exposto, o presente trabalho possui como objetivos:

- Identificar a qualidade dos registros de enfermagem na perspectiva da comunicação multiprofissional
- Investigar as normas e regulamentos sobre o registro no prontuário do paciente que permitam a implantação do Processo de Enfermagem.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa documental, com abordagem quantitativa, desenvolvida na unidade de clínica médica de um hospital público federal do município de João Pessoa - PB, entre os meses de dezembro de 2010 a junho de 2011.

Apesar de não ser uma pesquisa envolvendo diretamente seres humanos, os documentos pesquisados possuem informações privativas e sigilosas sobre estes, por isso procurou-se respeitar as normas regulamentadoras estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde que define pesquisa envolvendo seres humanos. O Projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley e aprovado em 03 de junho de 2010 sob o número 194/10.

Foram analisados 24 prontuários de pacientes internados, respeitando os requisitos previamente definidos, são eles: paciente *internado a mais de uma semana, assistido por pelo menos 03 profissionais*. A finalidade de ter sido determinado o período superior a uma semana de internação ocorreu devido à facilidade na avaliação dos registros, visto que, com um período inferior, os dados poderiam ser insuficientes para a identificação das informações que se pretendia com a pesquisa. Quanto ao critério de ser assistido por no mínimo três profissionais de especialidade distintas, foi na intenção de identificar à continuidade da assistência, assim como, a comunicação entre os membros da equipe a partir do que está sendo registrado.

Para coleta de dados, foi elaborado um instrumento pré-estruturado, com questões objetivas referentes a organização do prontuário, comunicação multiprofissionais e dados que subsidiassem a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE.

A pesquisa foi estruturada em três etapas como seguem:

A Primeira etapa constou da identificação dos prontuários de acordo com os requisitos propostos. Na Segunda etapa, foram selecionados alguns prontuários para aplicação

Meneses LBA, Bezerra AF, Trajano FMP et al.

do teste piloto na qual foi percebida a necessidade de reformulação do instrumento para melhor adequar-se aos objetivos da pesquisa.

Na Terceira etapa, ocorreu a coleta dos dados propriamente dita. Sentimos dificuldade em atender aos requisitos propostos, devido ao grande número de prontuários que apresentaram apenas registros de membros da equipe de Medicina e de Enfermagem, também foi percebida a necessidade de adequação do instrumento. Superadas as dificuldades, procedeu-se a coleta de dados, até a saturação por repetição dos aspectos que estavam sendo avaliados.

Após a coleta, os achados foram organizados conforme sequência do instrumento e discutidos com base na literatura pertinente ao tema.

RESULTADOS

A análise dos dados objetivou avaliar as informações registradas nos prontuários, visando identificar a organização dos mesmos, a comunicação multiprofissional entre os membros da equipe a partir das anotações e, as informações da equipe de enfermagem que fornecessem dados suficientes para a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

No que se referem à estrutura dos prontuários, os pesquisados são de papel, separados por especialidades, divididos em distintas pastas, (prontuário propriamente dito e prescrições médicas), foi observado que a própria organização do prontuário dificulta a interação entre os profissionais, uma vez que os impressos dos diferentes profissionais são dispostos separadamente. Outro aspecto observado foi que os registros não são feitos no prontuário em ordem evolutiva cronológica, ou seja, dos mais antigos para os mais atuais, fator este, também impeditivo para a compreensão evolutiva do processo saúde - doença. Ressalta-se ainda que na pasta de prescrições estão apenas as prescrições médicas, não existindo os impressos dos diagnósticos, intervenções e prescrições de Enfermagem.

Foram selecionados e avaliados 24 prontuários de pacientes internados há mais de uma semana na unidade de clínica médica de um hospital público federal e que estavam conforme critério, acompanhados por no mínimo três profissionais de saúde, dentre eles, 100% profissionais da medicina (médicos, residentes e internos) e 100%, profissionais da enfermagem (enfermeiros e auxiliares de

Prontuário do paciente: qualidade dos registros...

enfermagem), 62,5% Fisioterapeutas e 37,5% nutricionistas.

No que se refere à clareza das informações registradas, 75% das anotações dos auxiliares de enfermagem e enfermeiros se mostravam claras, enquanto que nos registros dos profissionais e/ou internos de medicina identificamos clareza em 50% dos prontuários pesquisados, dificultando desta forma a compreensão da assistência prestada e da conduta prescrita, o que interfere diretamente no tratamento.

Em relação à isenção de rasuras, foi observado que 92% dos relatórios de Enfermagem e 71% das evoluções da equipe médica apresentavam esse tipo de erro. As evoluções da nutricionista e do fisioterapeuta estavam em conformidade com a regra de isenção de rasuras. Dentre as rasuras mais comuns, destacaram-se: traços e anotações apagadas com corretivos líquidos, sem as devidas justificativas.

Outro aspecto observado foi à escrita com caneta de cor vermelha, nos relatórios dos plantões noturnos, feitas apenas pela equipe de Enfermagem. Alerta-se que as tonalidades dos vermelhos variavam entre o vermelho vivo, vinho, rosa, lilás, além de cores com brilho e *glitter*. É oportuno ressaltar que por ser o prontuário um documento jurídico, deveria ser escrito sempre de cor azul, pois o vermelho não é indicado para documento e o preto pode ser confundido com xerox.

Em relação à comunicação multiprofissional, foi observada que apenas 27% dos registros apresentavam algum tipo de ligação com o que estava escrito por outro profissional. Dessa forma, percebeu-se que cada profissional se limitava a fazer suas anotações, não levando em consideração os registros dos demais membros da equipe, muitas vezes, nem relacionavam com o que eles próprios haviam escrito anteriormente, tão pouco, demonstravam continuidade com os registros do dia anterior, tornando as anotações descontinuidades e repetitivas. É importante enfatizar que falhas de comunicação entre a equipe pode prejudicar o usuário, acarretando uma descontinuidade na assistência.

No que se refere aos registros que favorecessem a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), observamos que estes são deficientes ou inexistentes. Tendo sido identificadas apenas duas etapas do processo, a de Histórico e a de Relatório de Enfermagem, no entanto, esta última fase basicamente escrita pelos auxiliares de enfermagem, constando

exclusivamente das anotações dos sinais vitais, da administração de medicamentos e dos procedimentos realizados. O Histórico quando havia, estava incompleto, com a assinatura ilegível ou com rubrica e não constava o carimbo do profissional ou nº do COREN.

DISCUSSÃO

Por serem os prontuários dispostos em forma de papel, apresentam diversas limitações, tanto práticas como lógicas em relação aos prontuários informatizados. Os prontuários em forma de papel só ficam em um único lugar ao mesmo tempo, além disso, podem ocorrer problemas de ilegibilidade, ambiguidade nos registros, perda das informações, multiplicidade de pastas, dificuldade de pesquisa coletiva, falta de padronização, dificuldade de acesso e fragilidade do papel, podendo facilmente ser destruído, rasgado, apagado.¹⁵ Corroborando com o exposto, autores afirmam ainda que os prontuários de papel devem ser organizados de modo evolutivo cronológico, de fácil manipulação e consulta, permitindo uma visão global do estado clínico do paciente, assegurando a continuidade das informações e facilitando a comunicação entre as diversas equipes de saúde.³

No que se refere a prontuários eletrônicos é oportuno citar que estudo realizado em dois hospitais na cidade de Recife/PE assegura que houve uma aprovação significativa, dentre os enfermeiros, com relação à aplicação da tecnologia da computação no trabalho.¹⁶

Em relação à objetividade das informações, nos prontuários pesquisados constam anotações repetidas, sem continuidade com as anteriores e utilização de termos rotineiros e coloquiais, como por exemplo: *paciente, ao exame, no momento, estado geral regular, segue sob os cuidados de enfermagem*. Também constatamos excesso de abreviações que não seguem nenhum tipo de padronização, tornando-se assim de difícil compreensão.

A objetividade das informações “*o uso indiscriminado, abusivo e sem critérios de abreviaturas, siglas ou acrônimos muitas vezes pode possibilitar interpretações equivocadas e prejudicar a descrição objetiva e cuidadosa dos textos*”. Sendo assim, todo registro efetuado no prontuário do paciente deverá ser escrito com letra legível, se possível de imprensa, pois sua ilegibilidade conduzirá facilmente a uma falsa interpretação e conseqüentemente, poderá comprometer a assistência oportuna e adequada.¹⁷

De acordo com a literatura de enfermagem a prática da escrita com tinta vermelha remonta aos tempos de Florence Nightingale, quando fez os primeiros ensaios de organização do serviço de enfermagem, durante a guerra da Criméia. A partir desta época, a equipe de enfermagem passou a repetir a prática da escrita vermelha nos plantões noturnos. As legislações que regulamentam a profissão de enfermagem não deliberam em relação a este assunto. No entanto, entendemos que sendo o prontuário um documento jurídico, as escritas de “vermelho” não são permitidas por serem consideradas inadequadas, ferindo a legalidade do documento. E as escritas de cor “preta” são facilmente confundidas com xérox, por este motivo, também não devem ser utilizadas. Sendo permitida apenas a escrita de cor “azul”.^{10,11}

Em relação as evoluções de enfermagem, estas foram encontradas apenas nos casos de pacientes que apresentavam um quadro considerado grave ou havia apresentado intercorrência. Estes achados contrariam a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem 358/2009 que determina que a SAE deva ser implantada nas instituições de saúde e suas etapas registrada formalmente nos prontuários do paciente, devendo ser composta por: Histórico; Exame físico; Diagnóstico de Enfermagem; Prescrição de Enfermagem; Evolução da assistência; Relatório de Enfermagem.¹¹

Em um estudo de avaliação dos registros de enfermagem em um hospital privado na cidade de São Paulo, observou-se que os enfermeiros realizaram registros em apenas 44 (29%) prontuários, enquanto que os auxiliares de Enfermagem registraram suas atividades em 76 (51%) prontuários e os técnicos de Enfermagem em 30 (20%) prontuários, somando um total de 96 (71%) prontuários preenchidos por profissionais de nível técnico, ou seja, não superior.¹⁸

Os prontuários pesquisados, conforme falado anteriormente, atende em parte a Resolução 358/09 do COFEN, devido as anotações se apresentarem inconsistentes e insuficientes para a implementação da Sistematização da assistência de Enfermagem.¹¹

Ressalta-se que o prontuário é um documento jurídico, não sendo permitidos borrões, traços, rasuras ou frases apagadas com corretivos líquidos, sem que haja as devidas correções, sob o risco de perder o seu valor legal, conforme defende o Conselho Federal de Medicina.¹ Recomenda-se que em caso de erros ‘*seja feito um traço sobre a palavra*’, a seguir escreve-se entre parêntese

(digo) 'e se reescreve a palavra ou frase correta'.

É oportuno citar que os registros sendo feito de forma efetiva possibilita a continuidade dos cuidados e facilita a comunicação multiprofissional. Os estudos demonstram que o cuidado multiprofissional deixam os usuários satisfeitos com a assistência que está sendo prestada.

CONCLUSÃO

A pesquisa nos revelou que dentre os principais problemas encontrados nos prontuários, a ilegibilidade (grafia ilegível), erros de ortografia, utilização de terminologia incorreta e siglas não padronizadas, destacaram-se com maior frequência, bem como, as falhas na identificação do profissional, seja por ausência de carimbo, nome ou rubrica ilegível, ou até mesmo a falta de assinatura e ainda a presença de espaços em branco ou excesso de traços e riscos.

As anotações realizadas pela equipe multiprofissional não caracterizam comunicação multiprofissional, tão pouco, permitem a continuidade das informações entre a equipe interdisciplinar e multiprofissional, tornando as evoluções repetitivas e desconexas não permitindo dessa forma uma Assistência de qualidade.

Os achados ainda revelaram baixa compreensão dos profissionais sobre as normas que regulamentam um prontuário, assim como, desconhecimento das legislações que o configuram como um documento legal, ético e sigiloso, nos levando a refletir sobre a qualidade da assistência, no que se refere a continuidade do tratamento e conduta a ser formalizada.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM no 1638/ 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da comissão de prontuário nas instituições de saúde. Available from: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm
2. Thofehrn C, Lima WC de. Prontuário Eletrônico do Paciente - A Importância da Clareza da Informação. Rev Eletrônica do Sistema de Informações [Internet]. 2006 [cited 2010 Mar 30];5(1):1-5. Available from: <http://revistas.facecla.com.br/index.php/reinfo/article/download/168/65.pdf>
3. Possari JF. Prontuário do paciente e os registros de enfermagem. 1 ed. São Paulo: Látria, 2007.
4. Françolin L, Brito MFP, Gabriel CS, Monteiro TM, Bernardes A. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados Rev enferm UERJ [Internet]. 2012 [cited 2014 Oct 23];20(1): 79-83. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3981/2763>
5. Barletta JB, Paixão ALR, Feitosa EPS, Oliveira KS, Santos LA. O prontuário psicológico como recurso para pesquisa e atuação: repensando a formação da competência profissional. Rev Psicol Saúde [Internet]. 2012 [cited 2014 Nov 12];4(2): 135-42. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2012000200006&lng=pt.
6. Seignemartin BA, Jesus LR, Vergílio MSTG, Silva EM. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem no pronto atendimento de Um hospital escola. Rev Rene [Internet]. 2013 [cited 2014 Nov 7];14(6):1123-32. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1352/pdf>
7. Azevêdo LMN, Oliveira AG, Malveira FAS, Valença CN, Costa EO, Germano RM. A visão da equipe de enfermagem sobre seus registros. Rev Rene [Internet]. 2012 [cited 2014 Nov 7];13(1):64-73. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/18>
8. Peduzzi, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia - atualização. Rev. Saúde Públ. [Internet]. 2001 [cited 2012 Oct 10] 35(1):101-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102001000100016&script=sci_abstract&lng=pt
9. Teixeira, MCB. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2006 [cited 2012 Oct 10];11(1):45-51. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29447.pdf>
10. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n° 311/2007. Aprova reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html
11. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n° 358/ 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

Available from:
http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html

12. Patrício CM, Maia MM, Machiavelli JL, Navaes MA. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos? *Scientia Médica* [Internet]. 2011 [cited 2012 Oct 05]; 21(3):121-31. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br>

13. Gubiani JS, Rocha RP, D'Ornellas MC. Interoperabilidade Semântica do Prontuário Eletrônico do Paciente. *Anais do II Simpósio de Informática da Região Centro* [Internet]. 2003. Aug. [cited 2012 Oct 05]. Available from: <http://www.sirc.unifra.br/artigos2003/Artigo16.pdf>

14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

15. Dorileo ÉAG, Silva MP, Costa TM, Felipe JC. Estruturação da Evolução Clínica para o Prontuário Eletrônico do Paciente. *Anais do X Congresso Brasileiro de Informática em Saúde* [Internet]. 2006. Oct. [cited 2012 Oct 10]. Available from: <http://www.sbis.org.br/cbis/anaiscbis2006.htm>

16. Alves DS, Novaes MA. Perfil da equipe de enfermagem e grau de satisfação em relação à usabilidade do prontuário eletrônico do paciente. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2013 [cited 2014 Oct 23];7(1):143-52. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2971/pdf_1958

17. Reppetto MÂ; 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 2012 May 10];58(3):325-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672005000300014&script=sci_arttext

18. Draganov PB, Reichert MCF. Avaliação do padrão dos registros de Enfermagem. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2007 [cited 2014 Nov 12]1(1):36-45. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/108766-1/pdf_165.

19. Wetmore S, Boisvert L, Graham E, Hall S, Hartley T, Wright L. Patient satisfaction with access and continuity of care in a multidisciplinary academic family medicine clinic. *Can fam physician* [Internet]. 2014

[cited 2015 Mar 10];60(4):230-6. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4046539/>

20. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* [Internet]. 2003 [cited 2014 Nov 07];327(7425):1219-21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC274066/>

Submissão: 20/04/2015

Aceito: 04/07/2015

Publicado: 01/10/2015

Correspondência

Alyne Fernandes Bezerra
 Rua Bacharel Wilson Flávio Moreira Coutinho,
 538 / Ap. 104
 Jardim Cidade Universitária
 CEP 58052-510 – João Pessoa (PB), Brasil