

Qualidade dos registros de enfermagem: análise dos prontuários de usuários do Programa de Assistência Domiciliária de um hospital universitário

Quality of nursing work registers: an analysis of prontuaries of patients of the Program of Home Assistance in a university hospital

Calidad de los registros de enfermería: un análisis de prontuarios de pacientes del Programa de Ayuda Domiciliaria en un hospital universitario

*Silvia Freitas Barbosa**
*Elisabete Finzch Sportello***
*Vera Lucia Mira****

*Marta Maria Melleiro*****
*Daisy Maria Rizzato Tronchin******

RESUMO: Objetivou-se analisar a qualidade dos registros de enfermagem dos prontuários de usuários do programa de assistência domiciliar (PAD) de um hospital universitário. Estudo retrospectivo, realizado no PAD do Hospital Universitário da USP, com análise de 64 prontuários. A coleta ocorreu de fevereiro a março de 2011, com base em um formulário contendo as variáveis dos registros de enfermagem em relação ao Diagnóstico, Evolução e Prescrição de Enfermagem, por ocasião da primeira visita dos enfermeiros no domicílio. Os resultados foram analisados por meio de estatística descritiva. Na caracterização dos usuários, 65,6% era do sexo feminino e 89,1% tinha idade acima de 60 anos. Quanto aos registros de enfermagem relativos à identificação do paciente e estrutura familiar, 96,9% estava em conformidade; os piores índices foram condições de sono e repouso (60,9%) e forma de comunicação (57,8%). Referente à qualidade das anotações, 95,3% demonstrou objetividade, 93,8% continha a data e hora de admissão e 92,2% apresentava a assinatura do enfermeiro. Quanto aos registros no impresso Diagnóstico/Evolução/Prescrição de enfermagem, 92,2% mostrou conformidade na identificação do paciente, data e diagnósticos de enfermagem. O pior resultado (20,3%) envolveu a identificação da prescrição. Concluiu-se que essa investigação possibilitou a identificação de não conformidades nos registros de enfermagem, subsidiando ações de melhorias no referido programa.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência Domiciliar. Gerenciamento de Informação. Enfermagem.

ABSTRACT: This study aimed to analyze the quality of nurses' registers in prontuaries of users of the program of home assistance (PAD) of a university hospital. Retrospective study, carried through in the PAD of the University Hospital of University of São Paulo, with an analysis of 64 prontuaries. Data collection was done from February to March of 2011, on the basis of a form having the variables of nursing registers as regards Diagnosis, Evolution and Nursing Care Prescription on the first visit of nurses to the homes of users. The results were analyzed by means of descriptive statistics. In the characterization of users, 65.6% were female and 89.1% had ages above 60 years. As regards nurses' registers concerning the identification of patients and family structure, 96.9% were in compliance with criteria; the worse indices were linked to conditions of sleep and rest (60.9%) and way of communicating (57.8%). Referring to the quality of registers, 95.3% presented objectivity, 93.8% contained the date and hour of admission and 92.2% presented the signature of the nurse. As regards registers in the Diagnostic/Evolution/Prescription of Nursing Care printed form, 92.2% showed conformity in the identification of the patient, dates and nursing diagnostic. The worse result (20.3%) related to the identification of nursing care prescription. We concluded that this inquiry made possible the identification of non conformity in nursing registers and offering data regarding the necessity of improvements in the program.

KEYWORDS: Home Nursing. Information Management. Nursing.

RESUMEN: Este estudio buscó analizar la calidad de los registros de las enfermeras en prontuarios de usuarios del programa de ayuda domiciliaria (PAD) de un hospital universitario. Es un estudio retrospectivo, ejecutado en el PAD del hospital universitario de la Universidad de São Paulo, con un análisis de 64 prontuarios. La recolección de datos ha sido realizada de febrero a marzo del año 2011, a partir de un formulario que tenía las variables de los registros de enfermería en lo que concierne a diagnóstico, a la evolución y a la prescripción de cuidados de enfermería en la primera visita de enfermeras a los hogares de usuarios. Los resultados fueron analizados por medio de estadísticas descriptivas. En la caracterización de usuarios, 65,6% eran mujeres y 89,1% tenían más de 60 años. En lo que concierne a los registros de las enfermeras referentes a la identificación de pacientes y de la estructura de familia, 96,9% estaban de acuerdo con los criterios; los índices peores fueron los relativos a las condiciones del dormir y del reposar (60,9%) y manera de comunicación (57,8%). Refiriendo a la calidad de registros, 95,3% presentaron objetividad, 93,8% contuvieron la fecha y la hora de admisión y 92,2% presentaron la firma de la enfermera. En cuanto a los registros en el impresso referente a el diagnóstico, a la evolución y a la prescripción de cuidados de enfermería, 92,2% demostraron conformidad en la identificación del paciente, de las fechas y diagnóstico de cuidados de enfermería. El peor resultado (20,3%) fue relativo la identificación de la prescripción de cuidados de enfermería. Se concluye que esta investigación hizo posible la identificación de la no conformidad en los registros de enfermería y ofreció datos relativos a la necesidad de mejoras en el programa relacionado.

PALABRAS-LLAVE: Educación Continua. Personal de Salud. Gestión en Salud.

* Graduanda do Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP).

** Mestre em Enfermagem pela EEUSP. Enfermeira do PAD do HU-USP.

*** Professoras Associadas do Departamento de Orientação Profissional da EEUSP.

**** Professora Associada do Departamento de Orientação Profissional da EEUSP. E-mail: daisyrt@usp.br

Introdução

As demandas dos serviços de saúde na redução do tempo de internação, dos números de re-hospitalizações, dos custos e da melhora da qualidade de vida dos usuários vêm propiciando o estabelecimento de uma nova modalidade de atenção à saúde: a assistência domiciliar.

Independentemente da modalidade de atendimento – internação, ambulatorial ou domiciliar –, a qualidade dos serviços é imperativa. Todavia, a avaliação da assistência domiciliar é, ainda, pouco difundida, dificultando o estabelecimento de parâmetros capazes de atender o atributo qualidade.

A qualidade dos serviços de saúde vem transformando-se e, gradativamente, incorporando novos elementos, de maneira que a busca pela qualidade deve ser uma constante nas diferentes formas de produzir bens e serviços¹.

A qualidade é um produto social representado por concepções e valores sobre a saúde, as expectativas acerca das relações entre usuários e prestadores de serviços e o modo como os papéis são desempenhados por esses no sistema de saúde. Dessa forma, a garantia da qualidade consiste no esforço realizado, permanentemente, para a melhoria das condições de saúde, por meio da monitorização e avaliação contínua da estrutura, do processo e do resultado².

A *World Health Organization*³ descreve o sistema de atendimento domiciliar como a provisão de serviço de saúde às pessoas de qualquer idade em seus lares, tendo como objetivo substituir a hospitalização não prevista, por necessidade aguda de cuidado, ou uma longa internação institucional pela manutenção dos indivíduos em seu próprio domicílio e comunidade.

O atendimento domiciliar é conceituado como um conjunto de

atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas por meio de ações preventivas e assistenciais com participação de equipe multiprofissional. O termo internação domiciliar representa um conjunto de atividades caracterizadas pela atenção em tempo integral para usuários com quadros clínicos mais complexos e com necessidade de tecnologia especializada, de recursos humanos, de equipamentos e de materiais. Trata-se, portanto, de uma estratégia mundial das organizações de saúde, no sentido de realocar custos e adaptar-se às doenças crônico-degenerativas e ao envelhecimento populacional.

Nessa ótica, é uma modalidade que possibilita trabalhar medidas preventivas na saúde, melhorar o cumprimento das prescrições da terapêutica ou dos cuidados dos profissionais e providenciar ajustes na vida diária e no suporte social⁴.

Esse atendimento visa diminuir o tempo de internação do paciente, prevenir reinternações, orientar o cuidador e seus familiares, reinserir o usuário no meio sociofamiliar e proporcionar a formação de profissionais de saúde nessa modalidade de atenção^{5,6}.

O desempenho da prática profissional na assistência domiciliar é uma nova e crescente área de atuação do enfermeiro no Brasil, exigindo responsabilidade ética e conhecimento técnico e legal específicos para o exercício dessa modalidade de atenção à saúde⁷.

No que se refere aos recursos materiais, equipamentos e recursos humanos, a complexidade desse tipo de atendimento assemelha-se à das instituições hospitalares, considerando que cada domicílio constitui-se em um hospital virtual⁸.

Logo, os registros de enfermagem no prontuário do usuário constituem-se em elementos imprescindíveis, tanto na esfera da comunicação em enfermagem como nos aspectos éticos e legais.

Nessa perspectiva, esses registros têm por finalidade estabelecer uma comunicação entre a equipe de enfermagem e a equipe multiprofissional envolvidas nos cuidados aos usuários e na continuidade da assistência; subsidiar a elaboração de um plano assistencial; avaliar a qualidade dos serviços prestados; acompanhar a evolução dos participantes do programa; representar um documento legal para o usuário e para a instituição; ser fonte de informação para o processo de auditoria e para o ensino e pesquisa^{9,10}.

Diante do exposto e por reconhecermos que os registros de enfermagem constituem-se em instrumentos capazes de auferir a qualidade da assistência, este estudo teve por objetivo: analisar a qualidade dos registros de enfermagem do prontuário de usuários atendidos no Programa de Assistência Domiciliar (PAD) do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP).

Método

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo realizado no PAD do HU-USP. Essa instituição é de natureza pública estadual, referência nível secundário, cuja missão é estimular e promover o ensino, a pesquisa e a extensão de serviços à comunidade; dispõe de 279, leitos distribuídos nas especialidades clínica médica, cirúrgica, ginecologia/obstetrícia e pediatria.

Este estudo foi autorizado pelo Departamento de Enfermagem e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HU-USP – CEP-HU-USP 997/10, SISNEP – CAAE 0015.0198.196-10.

O PAD foi implantado no HU-USP em 2000, sendo adotada como modalidade de atenção à assistência domiciliar. O paciente e a família que atendem os critérios propostos pelo programa re-

cebem a visita da equipe de saúde no domicílio, onde é avaliada a área física, as condições sociais e econômicas da família e definida a periodicidade das visitas, que ocorrem de segunda-feira a sexta-feira. Cada profissional programa sua atividade conforme as necessidades de cada usuário, promovendo, ainda, discussões de temas de interesse e elaborando documentos e trabalhos relacionados ao programa¹¹.

A equipe de profissionais de saúde atuante no programa é constituída por cinco médicos (dois clínicos, dois pediatras e um psiquiatra), três enfermeiras, duas fisioterapeutas, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional e uma fonoaudióloga. Conta, também, com o apoio de uma secretária e de um motorista.

Optamos por analisar os registros da primeira visita, pois é nessa oportunidade que o enfermeiro aplica o histórico de enfermagem, que abrange os aspectos biopsico-social e espiritual e avalia as condições do domicílio e da estrutura familiar. Com a interpretação desses dados, identifica os diagnósticos de enfermagem, as características definidoras e propõe as condutas, por meio da prescrição de enfermagem¹¹.

Para a coleta de dados, foram consultados 104 prontuários de usuários do PAD. Definimos como critérios de elegibilidade: inclusão – *status* ativo; e exclusão – alta na primeira visita ou óbito antes da primeira visita domiciliar. Dos 104 (100%) prontuários, 21 (20,2%) foram excluídos, pois tiveram alta na primeira visita domiciliar, 12 (11,6%) foram a óbito antes da primeira visita domiciliar e sete eram inelegíveis (6,7%), ou seja, sem critérios para entrar no programa, totalizando 64 prontuários, que constituíram a amostra deste estudo.

A coleta de dados ocorreu nos meses de fevereiro e março de 2011, por meio de um formulário que abrangeu as variáveis envolvidas nos registros de enfermagem, no período de janeiro a junho de 2010.

Os formulários foram preenchidos pelas pesquisadoras coletando os dados dos dois impressos adotados no PAD: “Diagnóstico, Evolução e Prescrição de Enfermagem” e “Evolução de Enfermagem”. Para uniformizar o preenchimento, foi construído, junto com as enfermeiras do PAD, um manual de orientação.

Os dados obtidos foram analisados com base em estatística descritiva, e os resultados, apresentados em tabelas e gráficos.

Resultados

As tabelas a seguir descrevem os resultados dos 64 prontuários analisados neste estudo.

Observamos que, das 64 (100%) visitas domiciliares registradas no prontuário pelas três enfermeiras integrantes do PAD, 16 (25%) foram realizadas pela enfermeira A, 26 (40,6%) pela enfermeira B e 22 (34,4%), pela enfermeira C.

Em relação à caracterização dos usuários, verificamos que a maioria pertencia ao sexo feminino 42 (65,6%) e 57 (89,1%) encontrava-se na faixa etária acima de 60 anos, considerada como população idosa. Dos 57, seis (9,4%) pertenciam à faixa de 60 a 69 anos, 16 (25%) à de 70 a 79 anos, 29 (45,3%) à de 80 a 89 anos e seis (9,4%) à de 90 a 99 anos de idade.

A Tabela 1 aponta os resultados dos registros de enfermagem em relação ao preenchimento e à completude da informação, por ocasião da admissão do usuário no PAD.

Os resultados da Tabela 1 mostram elevados percentuais de preenchimento – 62 (96,9%) – para os

Tabela 1. Distribuição dos registros na evolução de enfermagem por ocasião da admissão do usuário, PAD, HU-USP, São Paulo, 2011

Variáveis dos registros de enfermagem	Preenchimento				Compleitude			
	Não		Sim		Não		Sim	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Dados de identificação do paciente	2	3,1	62	96,9	9	14,1	53	82,8
Realizada primeira visita domiciliar de avaliação	2	3,1	62	96,9	4	6,3	58	90,6
História prévia	3	4,7	61	95,3	0	0,0	61	95,3
Condições do domicílio	6	9,4	58	90,6	0	0,0	58	90,6
Diagnóstico da admissão (médico)	4	6,3	60	93,8	0	0,0	60	93,8
Estrutura familiar (cuidador)	2	3,1	62	96,9	2	3,1	60	93,8
Exame físico	8	12,5	56	87,5	11	17,2	45	70,3
Estado emocional	19	29,7	45	70,3	1	1,6	44	68,8
Formas de comunicação	27	42,2	37	57,8	5	7,8	32	50,0
Alimentação	17	26,6	47	73,4	8	12,5	39	60,9
Eliminação	18	28,1	46	71,9	3	4,7	43	67,2
Sono e repouso	25	39,1	39	60,9	23	35,9	16	25,0
Mobilidade	13	20,3	51	79,7	7	10,9	44	68,8

Tabela 2. Distribuição dos registros na evolução de enfermagem por ocasião da admissão do usuário, segundo as normas preconizadas pelo Conselho Regional de Enfermagem e pelo Departamento de Enfermagem, PAD, HU-USP, São Paulo, 2011

Variáveis dos registros de enfermagem	Preenchimento			
	Não		Sim	
	n	%	n	%
Claras	17	26,6	47	73,4
Objetivas	3	4,7	61	95,3
Letra legível	31	48,4	33	51,6
Linhas ou espaços em branco	58	90,6	6	9,4
Escritas a caneta	3	4,7	61	95,3
Data da admissão	4	6,3	60	93,8
Hora da admissão	4	6,3	60	93,8
Assinatura	5	7,8	59	92,2
Carimbo do enfermeiro	13	20,3	51	79,7
Rasuras	54	84,4	10	15,6

Tabela 3. Distribuição dos registros em relação ao Diagnóstico e Prescrição de Enfermagem por ocasião da admissão do usuário, PAD, HU-USP, São Paulo, 2011

Registro	Questionário							
	Preenchimento				Completo			
	Não		Sim		Não		Sim	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Identificação do paciente	5	7,8	59	92,2	2	3,1	57	89,1
Identificação do diagnóstico de enfermagem	8	12,5	56	87,5	5	7,8	51	79,7
Data do diagnóstico de enfermagem	5	7,8	59	92,2	0	0,0	59	92,2
Evolução de enfermagem	5	7,8	59	92,2	1	1,6	58	90,6
Anotações de sondas, cateteres e outros	5	7,8	59	92,2	5	7,8	54	84,4
Anotações dos sinais vitais	5	7,8	59	92,2	19	29,7	40	62,5
Assinatura após diagnóstico de enfermagem	5	7,8	59	92,2	-	-	-	-
Carimbo após diagnóstico de enfermagem	10	15,6	54	84,4	-	-	-	-
Identificação da prescrição de enfermagem	51	79,7	13	20,3	4	6,3	9	14,1
Anotações das atividades prescritas	7	10,9	57	89,1	41	64,1	16	25,0
Checar as atividades prescritas	8	12,5	56	87,5	9	14,1	47	73,4
Data da prescrição de enfermagem	9	14,1	55	85,9	0	0,0	55	85,9
Cada diagnóstico com há pelo menos uma prescrição	7	10,9	57	89,1	34	53,1	23	35,9
Assinatura após prescrição de enfermagem	7	10,9	57	89,1	-	-	-	-
Carimbo após prescrição de enfermagem	15	23,4	49	76,6	-	-	-	-

itens identificação do usuário, realização da primeira visita domiciliar de avaliação e descrição da estrutura familiar. Quanto à completude dos registros, os mesmos itens apresentaram 53 (82,9%) na identificação, 58 (90,6%) na realização da primeira visita e 60 (93,3%) na estrutura familiar.

A história prévia foi registrada em 61 (95,3%) prontuários, seguida do diagnóstico médico na admissão – 60 (93,8%) –, sendo que todos estavam completos. Os piores registros referiram-se ao estado emocional – 45 (70,3%) – e à completude – 44 (68,8%) –, ao sono e repouso – 39 (60,9%) – e à completude – 16 (25%) – e às formas de comunicação – 37 (57,8%) – e à completude – 32 (50%).

AA análise da Tabela 2 aponta que, em 61 (95,3%) dos prontuários, as anotações eram objetivas e redigidas a caneta, a data e a hora da visita domiciliar na admissão do paciente no PAD constavam em 60 (93,8%), seguidas da assinatura da enfermeira após a evolução de enfermagem, com 59 (92,2%), sendo esses os itens com maior índice de conformidade. A presença do carimbo foi observada em 51 (79,7%) evoluções de enfermagem; os registros continham informações claras em 47 (73,4%), e 33 (51,6%) prontuários possuíam letra legível.

Em se tratando dos 10 (15,6%) registros contendo rasuras, em cinco (50%) havia correção adequada. Em caso de engano, a instituição preconiza utilizar a palavra “digo” entre vírgulas. No caso de anotação extensa e incorreta, escrever ao lado a expressão “sem efeito”, registrando, com horário, na primeira linha subsequente, que a anotação anterior está errada. Por se tratar de um hospital de ensino, observamos que parte dessas rasuras foram cometidas por alunos, que invalidaram o registro por meio de um

traço ou escreveram sobre a palavra incorreta.

A Tabela 3 mostra elevados percentuais de conformidade nos dados de identificação do paciente, na data do diagnóstico de enfermagem, na evolução de enfermagem, nas anotações de sondas, cateteres e outros e nas anotações dos sinais vitais, com 59 (92,2%). Desse valor, 57 (89,1%), 59 (92,2%), 58 (90,6%), 54 (84,4%) e 40 (62,5%), respectivamente, estavam completos. As anotações das atividades prescritas e o fato de cada diagnóstico ter pelo menos uma prescrição de enfermagem constavam em 57 (89,1%), porém 16 (25%) e 23 (35,9%), respectivamente, estavam completos.

Constatamos, ainda, que a identificação do diagnóstico de enfermagem e a checagem das atividades prescritas estavam presentes em 56 (87,5%), com 51 (79,7%) e 47 (73,4%) completos, respectivamente. Quanto ao carimbo após o diagnóstico de enfermagem, os resultados mostraram que 54 (84,4%) estavam em conformidade, e ao carimbo após a prescrição de enfermagem, 49 (76,6%), indicando que as enfermeiras deixaram de carimbar alguns registros que se encontram no mesmo impresso e deveriam ser realizados no mesmo dia, uma vez que a prescrição depende do diagnóstico. O pior índice de preenchimento correspondeu ao impresso Diagnóstico/Evolução/Prescrição de Enfermagem, no item identificação da prescrição de enfermagem: 13 (20,3%), sendo apenas nove (14,1%) completos.

Discussão

Os registros de enfermagem completos são considerados um dos principais indicadores de qualidade da assistência de enfermagem^{12,13}.

O perfil dos usuários deste estudo coaduna com outro estudo realizado no PAD-HUUSP, que mostrou o predomínio do sexo feminino 51,4% e da faixa etária acima de 60 anos, 67,6%. A média de idade dos usuários correspondeu a 59,4 anos (dp+30,7)¹⁴.

As características sociodemográficas de usuários atendidos em assistência domiciliar descritas em outro estudo também apresentam similaridade, pois a maioria era idosos – 36 (76,7%) – e do sexo feminino – 24 (51,1%)¹⁵.

Os piores registros apresentados assemelham-se às investigações realizadas que identificaram que os registros, embora adequados quanto à forma, mostraram-se incompletos em relação ao conteúdo na maior parte dos itens avaliados – levantamento de dados, diagnóstico de enfermagem, checagem das prescrições de enfermagem e anotações de enfermagem^{8,16}.

Ressaltamos que a ilegibilidade dos registros pode conduzir facilmente a uma má interpretação dos dados e, conseqüentemente, comprometer a qualidade da assistência ao usuário, o exercício profissional e a imagem institucional¹⁷.

Dessa forma, é imprescindível seguir as regras para elaboração das anotações de enfermagem, entre as quais o Conselho Regional de Enfermagem-SP-COREN¹⁸ preconiza: ser legíveis, completas, claras, concisas, objetivas, pontuais e cronológicas; precedidas de data e hora, apresentar assinatura e identificação do profissional ao final de cada registro; conter observações e cuidados prestados e sem rasuras, entrelinhas, espaços ou linhas em branco¹¹.

A credibilidade profissional da enfermagem implica anotações e registros com conteúdo técnico, informação substancial, consistente, clara e objetiva, com data, hora,

letra legível, assinatura e inscrição no COREN¹⁸.

Ademais, como ressaltado em outro estudo¹⁹, os registros de enfermagem conduzem a implementação de cuidados individualizados e resolutivos para o atendimento do usuário em sua integralidade.

Conclusões

AO presente estudo permitiu conhecer a qualidade dos registros de enfermagem dos prontuários de usuários admitidos no Programa de Assistência Domiciliar realizados pelos enfermeiros e reconhecer que anotar é uma atividade complexa, que requer clareza quanto à forma e ao conteúdo, a fim de garantir a legibilidade, a compreensão da informação e a qualidade dos dados.

Assim, é fundamental que a enfermagem seja orientada sobre esses aspectos e que os impressos da Instituição viabilizem sua execução, não no sentido de mecanizar a assistência, mas de utilizar um recurso para otimizar o cuidado prestado. Tendo em vista que as rasuras também foram cometidas pelos estudantes de enfermagem, recomenda-se aos docentes e enfermeiros do campo que as orientações sejam feitas frente aos registros de enfermagem, apresentando as normas estabelecidas pelo COREN-SP e pelo Departamento de Enfermagem.

A qualidade dos registros diz respeito a uma série de atributos determinados por órgãos reguladores da profissão, por normas institucionais e pelo compromisso e responsabilidade do enfermeiro no exercício profissional. Desse modo, a presente investigação possibilitou identificar as não conformidades frente à qualidade dos registros de enfermagem, subsidiando as ações de melhorias no serviço de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Tronchin DMR, Melleiro MM, Takahashi RT. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: Kurcgant P, organizadora. Gerenciamento em enfermagem. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2010. p. 71-83.
2. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. In: White KL, Frank J, organizadores. Investigaciones sobre servicio de salud: una antología. Washington (DC): OPAS; 1992. p. 382-404.
3. World Health Organization (WHO). Home-based and long-term care: home care issues and evidence. Geneva: WHO; 1999 [cited 2009 Mar 10]. Available from: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/Chronic_conditions/en/index.html
4. Keber NPC, Kirchhof ALC, Vaz MRC. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliária. Texto Contexto Enferm. 2008;12(2):304-12.
5. Sportello EF, Pereira I, Sancinetti TR. Programa de assistência domiciliária. In: Gaidzinski RR, et al. Diagnóstico de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2008. cap 9, p. 326-37.
6. Duarte YAO. O cuidador no cenário assistencial. Mundo Saúde. 2006;35(4):56-63.
7. Oguisso T, Schmidt MJ. O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2010.
8. Dal Ben LW, Gaidzinski RR. Home Care: Planejamento e Administração da equipe de enfermagem. São Paulo: Andreoli; 2007. cap 2.
9. Spetz VG, D'Innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. Acta Paul Enferm. 2009;22(3):313-7.
10. Gonçalves VLM. Anotações de Enfermagem. In: Ciancirullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, coordenadores. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001. cap 12, p. 221-36.
11. Sportello EF. Caracterização das formas de vida e trabalho das cuidadoras familiares do Programa de Assistência Domiciliária do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.
12. Luz A, Martins AP, Dyniewicz AM. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. Rev Eletrôn Enferm [Internet]. 2007 [acessado 22 Ago 2011];9(2):344-61. Disponível em: www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a05.htm
13. Freitas MC, Queiroz TA, Souza JAV. O processo de enfermagem sob a ótica das enfermeiras de uma maternidade. Rev Bras Enferm. 2007;60(2):207-12.
14. Naves LK. Análise da intubação gástrica dos usuários em programa de atendimento domiciliar em um hospital universitário [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2010.
15. Chayamiti EMRE, Caliri ML. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliar. Acta Paul Enferm. 2010;23(1):29-34.
16. Labbadia LL, Adami NP. Avaliação das anotações de enfermagem em prontuários de um hospital universitário. Acta Paul Enferm. 2004;17(1):55-62.
17. 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. 2001;35(4):390-8.
18. Conselho Regional de Enfermagem (COREN) [Internet]. São Paulo; 2011 [acessado 25 Ago 2011]. Disponível em: http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/annotacoes_enfermagem.pdf
19. Costa SP, Paz AA, Souza EN. Avaliação dos registros de enfermagem quanto ao exame físico. Rev Gaúcha Enferm. 2010;31(1):62-9.

*Recebido em 31 de agosto de 2011
Aprovado em 22 de setembro 2011*