

PESQUISAS EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

VOLUME

3



DOX Editora

Publicações



Obra sob o selo Creative Commons-Atribuição 4.0 Internacional. Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. Todo o conteúdo apresentado neste livro, inclusive correção ortográfica e gramatical, é de responsabilidade do(s) autor(es).



© 25/05/2023 Edição brasileira por DOX Editora.

Todos os direitos reservados.

CNPJ: 50.662.076/0001-50

Rua Joao Jose De Freitas, N° 95, Setor Centro Oeste, Goiânia/GO
doxeditora.com.br

Editor-Chefe: François de Souza Martins.

Revisores: Autores.

Conselho Editorial: Me. François de Souza Martins, Henrique Santos Silva, Lucas Sales Xavier.

DOI: 10.5281/zenodo.7983273

ISBN: 978-65-980404-4-4

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Pesquisas em Ciências da Saúde [livro eletrônico]/ Priscilla Valladares Broca ...[et al]. – 1ª ed. – Goiânia: DOX Editora, 2023.

31 p. ; PDF.

ISBN 978-65-980404-4-4 (e-book)

1. Saúde 2. Pesquisa 3. Ciência 4. Medicina 5. Bem-estar

I. Título.

CDD 001.4

CDU 001.8

Índices para catálogo sistemático:

1. Pesquisa e metodologia
2. Metodologia científica

Maria Isabel Ferreira Dias – CRB-1/3393



SUMÁRIO

PREFÁCIO	4
A EQUIPE DE ENFERMAGEM E A COMUNICAÇÃO ESCRITA: CONTRIBUIÇÕES PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE	5
DOI: 10.5281/ZENODO.7975348	5

PREFÁCIO

Prezado leitor,

É com grande satisfação que apresentamos esta coletânea de livros publicada pela DOX Editora, uma editora científica que se dedica a divulgar pesquisas de qualidade nas mais diversas áreas do conhecimento. Nesta obra, você encontrará artigos originais e relevantes escritos por autores renomados e emergentes, que contribuem para o avanço da ciência e da sociedade.

Temos como missão levar a ciência mais longe, democratizar o acesso à informação e valorizar a qualidade dos trabalhos presentes no livro. Por isso, todos os artigos são submetidos a um processo de avaliação, que garante a sua confiabilidade e relevância. Além disso, os livros são publicados em formato digital, sem custo para o leitor e com ampla distribuição.

Ao ler esta coletânea, você terá a oportunidade de conhecer as últimas novidades e tendências nas áreas abordadas pelos autores, bem como ampliar seus horizontes e perspectivas. Esperamos que esta obra seja uma fonte de inspiração e aprendizado para você, assim como foi para nós.

Boa leitura!

DOX Editora.

CAPÍTULO 01

A EQUIPE DE ENFERMAGEM E A COMUNICAÇÃO ESCRITA: CONTRIBUIÇÕES PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

THE NURSING TEAM AND WRITTEN COMMUNICATION: CONTRIBUTIONS TO PATIENT SAFETY

DOI: 10.5281/zenodo.7975348

Gean Mascaranhas Gomes¹

Ana Carolina Barboza Brandão²

Amanda Velasco Emerick Rodrigues³

Suellen da Silva Fernandes⁴

Eric Rosa Pereira⁵

Priscilla Valladares Broca⁶

¹geanmas123@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/3142636952601031>, 0000-000-2976-3867, enfermeiro de estratégia de saúde da família.

² carolinabrandao95@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/8858959614987939>, 0000-0002-2976-3867, Estudante de Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ.

³ emerickamandaa@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/5808387731434410>, 009-0000-7239-289x, enfermeira pela Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ.

⁴ suellen.dsf@hotmail.com, <http://lattes.cnpq.br/8607102053291374>, 0009-0006-1168ORCID, enfermeira pela Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ.

⁵ ericrosap@yahoo.com.br, <http://lattes.cnpq.br/7572268883818445>, 0000-0003-0202-6653, professor da Fundação Técnico-Educacional Souza Marques.

⁶ priscillabroca@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/1910775440114086>, 0000-0003-3392-910x, professora adjunta da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ.

RESUMO

Objetivos: Identificar a comunicação escrita do enfermeiro acerca do cuidado prestado ao paciente e analisar a comunicação escrita e suas contribuições para a segurança do paciente.

Método: É um estudo de análise documental, quantitativo e prospectivo. O cenário foi um setor da clínica médica de um Hospital Universitário do Município do Rio de Janeiro, onde foram analisadas as evoluções de enfermeiros, através de um instrumento elaborado a partir da cartilha do COFEN. Foram avaliadas 122 evoluções. Os dados foram tabulados com o Excel®. A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa do HESFA/EEAN e do HUCFF.

Resultados: Foi observado que: 27 registros apresentam erros ortográficos; 75 não registram a via de administração de medicamento; dos 34 pacientes com acesso venoso, 24 não registram as condições do local da punção; só 01 registrou o nível de consciência do paciente de acordo com uma escala; somente 02 apresentam diagnósticos de enfermagem; dos 27 registros sobre curativos, todos apresentam a evolução da mesma e; somente 01 registro informa que realizou mudança de decúbito e, ofereceu apoio psicológico antes da realização de algum procedimento.

Conclusão: De modo geral, os registros referentes à assistência prestada foram superficiais, incompletos e não expressam a realidade da assistência e dos pacientes.

Palavras-chave: Registro de Enfermagem; Segurança do Paciente e Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Objectives: To identify the nurses' written communication about the care provided to the patient and to analyze the written communication and its contributions to patient safety.

Method: It is a document analysis, quantitative and prospective study. The scenario was a sector of the medical clinic of a University Hospital in the city of Rio de Janeiro, where the evolution of nurses was analyzed, through an instrument elaborated from the COFEN booklet. 122 evolutions were evaluated. Data were tabulated with Excel®. The research was approved

by the Research Ethics Committees of HESFA/EEAN and HUCFF. **Results:** It was observed that: 27 records have spelling errors; 75 do not record the medication administration route; of the 34 patients with venous access, 24 do not record the puncture site conditions; only 01 recorded the patient's level of consciousness according to a scale; only 02 have nursing diagnoses; of the 27 records about dressings, all show the evolution of the same and; only 01 record informs that he changed position and offered psychological support before performing

any procedure. **Conclusion:** In general, the records referring to the care provided were superficial, incomplete and do not express the reality of care and patients.

Keywords: Nursing records; Patient Safety; Nursing Care.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2009), o processo de comunicação entre os profissionais da saúde é uma meta internacional da Aliança Internacional Pela Segurança do Paciente, e devido a isso, precisa ser investigada para melhor entendê-la e encontrar subsídios para que a fortaleza e incidentes sejam evitados.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) junto com a Joint Commission International (JCI) estabeleceram seis metas de segurança do paciente, dentre elas a meta dois: melhora da comunicação entre os profissionais de saúde. Sendo esta, o tema principal do presente trabalho.

A comunicação não é apenas uma troca de informação e sim a construção de sentidos, o que nos faz repensar, conhecer e compreender o processo comunicacional no cenário da assistência (BRASIL, 2019). No serviço de saúde está diretamente relacionada ao processo do cuidado e qualidade de assistência ao paciente, portanto, é preciso encarar a falha de comunicação como forte fator que predispõe a riscos e incidentes e que também seja fundamental que os profissionais de saúde valorizem a comunicação efetiva e assertiva, e assim se estabeleça uma assistência integral e de qualidade.

Segundo a OMS (2009), um registro incompleto, com informações ambíguas ou ilegíveis ou a falta de documentos de registro do atendimento do paciente, são considerados um tipo de incidente que é um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente. Neste sentido, o registro das informações do acompanhamento do quadro clínico do paciente precisa ser descrito o mais completo possível para garantir uma qualidade da assistência.

O enfermeiro é o profissional responsável por acompanhar e estar com o paciente nas 24h dentro da unidade de atenção à saúde. Portanto, seu registro se torna uma indispensável comunicação para se manter a continuidade do cuidado por toda equipe ligada ao seguimento do cuidado do sujeito, uma vez que os serviços adotam sistemas de escalas e plantões com diferentes profissionais, e estes necessitam entender todos os acontecimentos relacionado ao paciente durante o período de permanência no serviço de saúde.

Estes registros são feitos em prontuários digitais e físicos tornando ferramentas para o trabalho dos profissionais de enfermagem e equipe de saúde, pois valiosas informações subjetivas e objetivas do paciente são registradas neles, assim como procedimentos realizados, data e hora que foram feitos, aspectos encontrados, evolução de quadro clínico, planejamento terapêutico, entre outros. A Resolução 564/17 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem dispõe do direito de registrar no prontuário ou outros documentos próprios da enfermagem, informações referentes ao processo de cuidar da pessoa. Além disso, fica como dever registrar de forma clara, objetiva e completa.

Assim, o enfermeiro comunica-se entre si e com toda a equipe de saúde a partir da escrita no prontuário que podem ser evidenciadas por registros definidos por “anotações/registro e evolução” de enfermagem. Para diferenciar, a anotação de enfermagem pode ser feita por qualquer profissional da equipe de enfermagem, é uma observação de dados pontuais de um determinado momento acerca do paciente e já a evolução de enfermagem, é elaborada, privativamente, por um enfermeiro pelo período de 24h com dados analisados, processados e contextualizados, e reflexões inerentes acerca do paciente. Na Resolução COFEN nº429/12 que dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, o Art.12 diz que o registro em prontuário assegura à pessoa, família e coletividade, a assistência de enfermagem livre de riscos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência.

Visto que, legalmente, a prática de registros assegura, ampara e beneficia o profissional e todos os envolvidos no cuidado, observa-se que a realização, assim como a deficiência em quesito de qualidade desses registros estejam cada vez mais negligenciados. Um estudo quase-experimental sobre registros de prontuários em um hospital de ensino, realizado por Dutra (2016), apontou, a princípio, baixa adesão por parte de profissionais em alguns setores, onde os erros cometidos em registros persistiram, mesmo após a intervenção educativa.

O estudo ainda traz que em alguns setores não houveram grandes mudanças, uma grande parte dos profissionais aderiram a intervenção e passaram a registrar de forma mais correta, e também que o uso de tecnologias leves podem impactar de forma positiva o posicionamento profissional de forma a contribuir com a continuidade da assistência integral de qualidade voltada para segurança do paciente.

Estudos apontam que os registros de problemas de saúde identificados pela equipe de enfermagem, são poucos notificados em relação aos incidentes declarados aos órgãos competentes (GONZÁLEZ-SAMARTINO et al, 2018). A subnotificação gera dados

imprecisos e desencadeia um problema significativo, pois, ao se basear nestes achados para planejar o cuidado, o profissional passa a priorizar o que “acha que sabe” (MARINHO et al, 2018).

Os profissionais de enfermagem entendem o respaldo que as anotações de enfermagem conferem tanto em âmbito profissional quanto institucional, mas desconhecem a legislações e/ou documentos que fundamentam os registros (BORGES et al, 2017).

Os registros de enfermagem são elementos decisivos, tanto na esfera da comunicação entre os profissionais como nos aspectos éticos e legais (BARBOSA; TRONCHIN, 2015). A enfermagem conta com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), um instrumento científico que fundamenta o planejamento do cuidado e condutas do enfermeiro (BARBOSA; TRONCHIN, 2015).

O Processo de Enfermagem e a SAE promovem uniformidade nos registros, e quando não adotados, resultam em incoerência, falta de clareza e concisão, causando dificuldade de compreensão do documento (COSTA; BARROS; SANTOS, 2013). Por isso, para que a comunicação escrita seja considerada exemplar, é necessário haver informações relevantes de forma clara, concisa e coerente, possibilitando entendimento a todos os integrantes da equipe de saúde.

A abordagem de temas como a identificação do paciente como, a data de nascimento, filiação e demais fatores relacionados à segurança do paciente devem ser priorizados e trabalhados desde a graduação até a educação permanente para prevenir que erros aconteçam (ALVES et al, 2018). Desta maneira, os enfermeiros já se formariam com o olhar crítico às implicações acerca da comunicação e sua interferência na segurança do paciente.

Neste sentido, o objeto da pesquisa é centrado na comunicação escrita da equipe de enfermagem e suas implicações para a segurança do paciente. O presente trabalho tem como questão de pesquisa: de que forma a equipe de enfermagem está fazendo a comunicação escrita sobre sua assistência no prontuário do paciente?

OBJETIVOS DA PESQUISA:

- Identificar a comunicação escrita do enfermeiro acerca do cuidado prestado ao paciente e;
- Analisar a comunicação escrita e suas contribuições para a segurança do paciente.

DESENVOLVIMENTO/METODOLOGIA

Tipo de estudo

Este é um estudo de análise documental de abordagem quantitativa e prospectiva no campo da enfermagem sobre a comunicação escrita efetiva do enfermeiro nos prontuários digitais.

Cenário do estudo

O cenário foi um hospital que concentra suas atividades na aliança entre a assistência à população, ao ensino e a pesquisa científica. Suas ações estão em constante integração com a função social, na qual se valoriza o atendimento ético, humanístico e de qualidade, de modo a estar em consonância com o Sistema Único de Saúde (SUS).

A instituição conta com profissionais de diferentes formações, desde pessoas com ensino fundamental até aquelas com pós-graduação, que se relacionam diariamente. Assim, há médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, estudantes de diversos cursos, funcionários administrativos e de apoio.

Os setores com características de Clínica Médica estão localizados no serviço de internação, sendo em total de três, mas apenas dois estão em funcionamento e um desses atende a outras especialidades, como neurologia clínica, endocrinologia, dermatologia e outros. Eles são regidos por um chefe de serviço, um chefe de setor e uma equipe de enfermagem para cada um deles.

As características dos clientes atendidos nesses setores são diversas, pois eles estão inseridos em todos os níveis de complexidade e apresentam as mais variadas patologias, o que exige profissionais com conhecimento e habilidades científicas, mas tendo uma visão holística e humanizada do cuidado.

Participantes do Estudo

Foram analisadas as comunicações escritas, ou seja, todos os registros e evoluções de enfermeiros nos prontuários dos pacientes internados em um dos setores de Clínica Médica, no decorrer de 15 dias, através de um instrumento elaborado a partir da cartilha do COFEN.

Neste setor da Clínica Médica, a média é de 92 pacientes internados ao mês, com duração de 14,32 dias de permanência.

Para efeitos de amostra da população utilizou-se os seguintes dados, que foram baseados em um trabalho anterior que também avaliou a comunicação escrita da equipe de enfermagem (BARRAL; RAMOS; VIEIRA; DIAS; SOUZA E SOUZA, 2012): População total (N) de 138 pacientes; Erro Amostral de 5%; Nível de Confiança (Z) de 96%; verdadeira probabilidade do evento/proporção (p) de 0,5 e com distribuição da população homogênea. Logo, para que a amostra fosse representativa teve-se um número de 102 pacientes que tiveram seus prontuários avaliados.

Foram critérios de inclusão, prontuários de pacientes internados no setor de Clínica Médica que estejam disponíveis para acesso e que sejam maiores de 18 anos. E o critério de exclusão consistiu de prontuários de pacientes com déficit cognitivo.

Coleta dos dados

Para alcançar os objetivos propostos nesta pesquisa foi utilizado um instrumento construído a partir da cartilha do COFEN que descreve os registros da equipe de enfermagem como fatores imprescindíveis ao processo de cuidar e também um processo designado para diferentes finalidades como ensino, pesquisa, avaliação da qualidade da assistência, entre outros.

O período de análise durou em torno de 15 dias, e 255 registros de enfermeiros foram analisados. Tal análise consistiu em itens preconizados pela cartilha do COFEN e implicou também em questões acerca sobre cuidados diários de enfermagem, como: admissão; alta; administração de medicamentos; aspiração oral; aspiração traqueal; acesso venoso; avaliação de nível de consciência; auxílio na dieta; balanço hidroeletrolítico; condutas de segurança do paciente; consulta de enfermagem; contenção no leito; controle da dor; controle hídrico; curativos; cuidados com estoma; cuidado com os pés; drenagem de tórax; drenos; encaminhamento para exames e centro cirúrgico; enteroclise; glicemia capilar; higiene do paciente: banho, couro cabeludo, higiene íntima e higiene oral; imobilização; irrigação de sonda vesical e bexiga; inalação/nebulização; lavado gástrico; massagem de conforto; mudança de decúbito; nutrição enteral; nutrição parenteral; óbito; punção arterial; preparo psicológico do paciente/cliente; pressão venosa central (PVC); pressão arterial média (PAM); pré-operatório; transoperatório; pós-operatório imediato; pós-operatório mediato; prova do laço; registro relativo a coleta de material para exames; registros relativos a deambulação; retirada de pontos; sinais vitais; teste PPD; terapia de reidratação oral (TRO); transferência interna; transferência

externa; tratamento de miíase; tricotomia; cateterismo nasoenteral; cateterismo vesical de demora.

As etapas de produção de dados

A primeira etapa foi a introdução da pesquisadora no cenário de produção dos dados. Nessa aproximação explicou-se sobre o interesse pelo tema pesquisado, os motivos da pesquisa e como ela seria realizada.

Antes de sua aplicação, o instrumento passou por um teste piloto e os dados obtidos por essa coleta não fizeram parte do corpus da análise. Esses testes pilotos foram realizados para que pudesse ser avaliado o potencial de aplicação e pertinência do instrumento de análise.

A segunda etapa consistiu em iniciar a coleta de dados propriamente dita para esta pesquisa. A pesquisadora foi até os pacientes referentes para esclarecer a pesquisa e pediu autorização da utilização de seu prontuário para aplicação dos dados na pesquisa. Isso se deu a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). A contar com a assinatura e consentimento dos pacientes, iniciou-se a coleta.

A coleta de dados se deu a partir do acesso aos registros de enfermagem pelo prontuário eletrônico. Foi acompanhado diariamente esses registros e os pacientes, em um total de 255 registros, durante 15 dias.

Sendo a terceira e última etapa desse processo, aconteceu a reunião dos dados colhidos para serem analisados e discutidos.

Tratamento dos dados

A fim de um tratamento aprofundado dos dados, para a avaliação estatística dos dados coletados foi utilizada a análise descritiva simples através do programa Microsoft Excel® 2017 por meio de medidas descritivas, frequências absolutas e relativas, sendo os resultados apresentados em forma de tabelas. Estes foram, posteriormente, confrontados com os achados da literatura sobre o tema.

Cuidados éticos a serem considerados na pesquisa

Foram respeitados os aspectos éticos contidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisas envolvendo seres humanos. Para isso, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa, HESFA/EEAN e do HUCFF, para

apreciação e autorização da coleta de dados, sendo aprovado e tendo o número C.A.A.E. 20306319.3.3001.5257. Logo após a aprovação dos Comitês de Ética e Pesquisa, iniciou-se a coleta de dados.

O anonimato foi garantido, ou seja, em nenhum momento foi divulgado os nomes dos participantes da pesquisa, conforme acordado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A identificação foi feita por códigos alfanuméricos. Assim sendo, os pacientes foram identificados pela sigla P (paciente) seguida do número sequencial da análise do prontuário e com a data do dia do registro.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

TABELA 01

Itens evoluídos pelos enfermeiros em relação à admissão dos 18 pacientes internados no setor de Clínica Médica durante o período da coleta de dados. Rio de Janeiro, 2022.

A Tabela 1 refere-se acerca das evoluções de admissão dos 18 pacientes admitidos no setor de Clínica Médica durante o período de 15 dias de coleta de dados da pesquisa. A partir desses registros, observa-se que dados como: Nome do Paciente, Data, Horário e Nome Completo do Profissional e seu COREN nesses registros obtiveram presentes nos 18 (100%) registros. A Procedência dos pacientes foi registrada em 15 (83,3%) e não registrada em 3 (16,6%) das evoluções. Condições de Deambulação foram observados em 12 (66,6%) e não registrados em 6 (33,3%). Nível de Consciência foi registrado em 16 (88,8%) e não registrado 2 (11,1%). Presença de Acompanhante/Responsável foi registrado em 6 (33,3%), não registrados em 9 (50%) e os que não se aplicavam em 3 (16,6%). Condições de Higiene dos 18 (100%) registros, não foram observados em nenhuma evolução de admissão. Lesões prévias e localização foram registradas em 7 (38,9%), não registrada em 1 (5,5%) e em pacientes que não possuíam lesões prévias que foram admitidos no setor, 10 (55,5%). Alergias/Intolerâncias foram observados em 4 (22,2) registros, não registrado em 1 (5,5%) e em pacientes que não possuíam essas condições 13 (72,2%). Pacientes com Uso de Próteses/Órteses foi observado em 1 (5,5%) registro, não registrados 10 (55,5%) e 7 (38,9%) não faziam uso de Próteses/Órteses. Motivo da Internação foi observado em 15 (83,3%) dos registros, e em 3 (16,6%) não foi registrado. Procedimentos/Cuidados realizados foram observados em 10 (55,5%) registros, em 7 (38,9%) não foram registrados e em 1 (5,5%) registro não foram necessários para internação. Valores e Pertences do Paciente, e Orientações

prestadas não foram observados em nenhum registro analisados dos 18 (100%) pacientes admitidos no período.

Itens Registrados na Admissão do Paciente durante a coleta de dados	Sim		Não		Não se Aplica	
	Fi	Fi%	Fi	Fi%	Fi	Fi%
Nome completo do Paciente	18	100	00	0	00	0
Data	18	100	00	0	00	0
Horário	18	100	00	0	00	0
Procedência	15	83,3	03	16,6	00	0
Condições de deambulação	12	66,6	06	33,3	00	0
Nível de consciência	16	88,8	02	11,1	00	0
Presença de acompanhante/responsável	06	33,3	09	50	03	16,6
Condições de Higiene	00	0	18	100	00	0
Lesões prévias e localização	07	38,9	01	5,5	10	55,5
Alergias/intolerâncias	04	22,2	01	5,5	13	72,2
Uso de próteses/órteses	01	5,5	10	55,5	07	38,9
Motivo da internação	15	83,3	03	16,6	00	0
Procedimentos/cuidados realizados	10	55,5	07	38,9	01	5,5
Valores e pertences do paciente	00	0	18	100	00	0
Orientações prestadas	00	0	18	100	00	0
TOTAL	18	100%	18	100%	18	100%

TABELA 02

Itens evoluídos pelos enfermeiros em relação aos registros de administrações de medicamentos aos pacientes internados no setor de Clínica Médica durante o período da coleta de dados. Rio de Janeiro, 2022.

Itens Registrados na Administração de Medicamentos durante a coleta de dados	Sim		Não		Não se Aplica	
	Fi	Fi%	Fi	Fi%	Fi	Fi%
Via Parenteral						
Lado administrado	01	0,39	02	0,78	252	98,8
Administração do medicamento endovenoso através de um dispositivo já existente	00	0	03	1,17	252	98,8
Dificuldade de deglutição em medicação oral	00	0	04	1,56	251	98,4
Presença de vômitos	00	0	01	0,39	254	99,6
Dispositivo utilizado por via retal	00	0	00	0	255	100
Supositório expelido e providências adotadas	00	0	00	0	255	100
Rejeição do paciente	00	0	00	0	255	100
Motivo da não administração	01	0,39	00	0	254	99,6
Queixas	01	0,39	00	0	254	99,6
Intercorrências e Providências adotadas	00	0	00	0	255	100
	00	0	00	0	255	100
TOTAL	255	100%	255	100%	255	100%

A tabela 2 refere-se aos registros na Administração de Medicamentos no período da coleta de dados a partir da análise das 255 evoluções do setor de Clínica Médica. É importante ressaltar que nesse Hospital faz parte da rotina a preparação e administração dos medicamentos pelo técnico de enfermagem, sendo este trabalho uma análise dos registros dos Enfermeiros.

TABELA 03

Itens evoluídos pelos enfermeiros em relação aos registros de condutas de segurança do paciente dos pacientes internados no setor de Clínica Médica durante o período da coleta de dados. Rio de Janeiro, 2022.

Itens Registrados nas Condutas de Segurança do Paciente durante a coleta de dados	Sim	Não	Não se Aplica
---	-----	-----	---------------

	Fi	Fi%	Fi	Fi%	Fi	Fi%
Data e Horário	03	1,17	04	1,56	248	97,25
Necessidade de contenção no leito	01	0,39	00	0	254	99,60
Necessidade da presença de acompanhante	01	0,39	06	2,35	248	97,25
Necessidade de elevação de grades	01	0,39	06	2,35	248	97,25
Patologias prévias	07	2,74	00	0	248	97,25
Necessidade de dieta zero	00	0	00	0	255	100
Intercorrências e providências adotadas	03	1,17	00	0	252	98,82
Queixas	02	0,78	00	0	253	99,21
TOTAL	255	100%	255	100%	255	100%

A tabela 4 refere-se as 255 evoluções analisadas em relação as Condutas de Segurança do Paciente durante a coleta de dados no setor de Clínica Médica. Observa-se que dados como Data e Horário foram registrados em 3 (1,17%) evoluções, 4 (1,56%) não registrados. Necessidades de contenção no leito foram registrados em 1 (0,39%) evolução. Dados como: Necessidade da presença de um acompanhante e Necessidade de elevação de grades, obtiveram os mesmos resultados, como: foram registrados em 1 (0,39%) evolução, 6 (2,35%) não foram registrados, e 248 (97,25%) não se aplicavam. Patologias prévias foram registradas em 7 (2,74%) evoluções. Necessidade de dieta zero não se obteve em nenhum dos 255 (100%) registros relacionados as condutas de segurança do paciente, porém pode ser observado em preparo para exames e encaminhamento do paciente para o centro cirúrgico. Intercorrências e Providências adotadas foram registrados em 3 (1,17%) evoluções. Queixas foram registrados em 2 (0,78%) evoluções.

TABELA 04

Itens evoluídos pelos enfermeiros em relação aos registros de curativos dos pacientes internados no setor de Clínica Médica durante o período da coleta de dados. Rio de Janeiro, 2022.

Itens Registrados no Curativos durante a coleta de dados	Sim		Não		Não se Aplica	
	Fi	Fi%	Fi	Fi%	Fi	Fi%
Data e Horário	16	43,24	21	56,75	00	0
Localização e sua dimensão	33	89,18	04	10,81	00	0
Sinais e sintomas	17	45,94	20	54,05	00	0
Necessidade de desbridamento	00	0	00	0	37	100
Tipo	02	5,4	33	89,18	02	5,4
Material prescrito e utilizado	09	24,32	26	70,27	02	5,4
Nível de dor ao procedimento	02	5,4	14	37,83	21	56,75
TOTAL	37	100%	37	100%	37	100%

A tabela 05 refere-se acerca dos curativos dos pacientes internados na Clínica Médica durante o período de coleta de dados. Um ponto importante para elucidar, é que as condutas e prescrições em relação aos curativos dos pacientes internados no setor são realizadas pela COMEIP, onde prescreve as intervenções a serem realizadas de acordo com cada tipo de lesão para cada paciente.

TABELA 06

Itens evoluídos pelos enfermeiros em relação aos registros de mudança de decúbito dos pacientes internados no setor de Clínica Médica durante o período da coleta de dados. Rio de Janeiro, 2022.

Itens Registrados na Mudança de decúbito durante a coleta de dados	Sim		Não		Não se Aplica	
	Fi	Fi%	Fi	Fi%	Fi	Fi%
Data e Horário	00	0	01	100	00	0
Existência prévia ou no decurso da internação de lesão de pele	00	0	01	100	00	0

Posição	00	0	01	100	00	0
Medidas de proteção adotadas	01	100	00	0	00	0
Intercorrências e providências adotadas	01	100	00	0	00	0
TOTAL	01	100%	01	100%	01	100%

Tabela 06 refere-se acerca dos registros encontrados, dentre as 255 evoluções analisadas, sobre mudança de decúbito dos pacientes internados no setor de Clínica Médica durante o período da coleta de dados. Como observado, obteve-se apenas 1 registro relacionado a mudança de decúbito. Dentre os dados, observamos Data e Horário, Existência prévia ou no decurso da internação de lesão de pele, e Posição não foram registrados em 1 (100%) evolução. Medidas de proteção adotadas, e Intercorrências e Providências adotadas foram registrados em 1 (100%) evolução.

TABELA 07

Itens evoluídos pelos enfermeiros em relação aos registros de sinais vitais dos pacientes internados no setor de Clínica Médica durante o período da coleta de dados. Rio de Janeiro, 2022.

Itens Registrados nos sinais vitais durante a coleta de dados	Sim		Não		Não se Aplica	
	Fi	Fi%	Fi	Fi%	Fi	Fi%
Data e horário	03	1,17	252	98,82	00	0
Dados aferidos	05	1,96	250	98,03	00	0
Queixas	02	0,78	253	99,21	00	0
Estado geral do paciente	08	3,13	247	96,86	00	0
Intercorrências e providências adotadas	00	0	00	0	255	100
TOTAL	255	100%	255	100%	255	100%

A Tabela 07 refere-se acerca dos registros encontrados, dentre as 255 evoluções analisadas, de sinais vitais dos pacientes internados no setor de Clínica Médica durante o período da coleta de dados. Data e horário foram registrados em 3 (1,17%)

evoluções, não registrados em 252 (98,82%). Dados aferidos foram registrados em 5 (1,96%), não registrados em 250 (98,03%). Queixas teve registro em 2 (0,78%) evoluções, não registrados 253 (99,21%). Estado geral do paciente foi registrado em 8 (3,13%) evoluções. Intercorrências e Providências adotadas em 255 (100%) não se aplicavam.

TABELA 08

Itens evoluídos pelos enfermeiros em relação aos registros de cateterismo vesical dos pacientes internados no setor de Clínica Médica durante o período da coleta de dados. Rio de Janeiro, 2022.

Itens Registrados no cateterismo vesical durante a coleta de dados	Sim		Não		Não se Aplica	
	Fi	Fi%	Fi	Fi%	Fi	Fi%
Data e Horário	04	30,76	09	69,23	00	0
Tipo	08	61,53	05	38,46	00	0
Numeração	02	15,38	11	84,61	00	0
Débito e suas características	11	84,61	02	15,38	00	0
Indicação	03	23,07	10	76,92	00	0
Intercorrências e providências adotadas	00	0	00	0	13	0
TOTAL	13	100%	13	100%	13	100%

A Tabela 08 refere-se aos registros encontrados, dentre as 255 evoluções, de cateterismo vesical dos pacientes internados no setor de Clínica Médica durante o período da coleta de dados. Data e Horário foram registrados em 4 (30,76%) evoluções, não registrados em 9 (69,23%). Tipo foi registrado em 8 (61,53%) evoluções, não registrado em 5 (38,46%). Numeração do cateter foi registrado em 2 (15,38%) evoluções, não registrado em 11 (84,61%). Débito e suas características foram registrados em 11 (84,61%) evoluções, não registrados em

2 (15,38%). Indicação foi registrado em 3 (23,07%) evoluções, e não registrado em 10 (76,92%). Intercorrências e Providências adotadas não se aplicavam em 13 (100%).

Foram analisadas e tratadas 255 evoluções realizadas em prontuários eletrônicos por enfermeiros do setor de Clínica Médica durante 15 dias de coleta, nos meses: Outubro e Novembro, em períodos diurnos e noturnos. A coleta foi realizada todos dias, onde a pesquisadora presenciou a troca de plantão que acontecia às 7h, realizava a visita em todos os pacientes nas enfermarias, e posteriormente analisava as evoluções realizadas pelos enfermeiros durante o período de 24h. Importante ressaltar que no período noturno, não houve possibilidade de acompanhamento como no turno diurno. Análises de evoluções de Alta e Óbito também não foram possíveis, pois todas as vezes que ocorreram a pesquisadora não se encontrava na unidade, e após a retirada do paciente do sistema, não é possível verificar as evoluções.

O prontuário do paciente é um documento estabelecido através da Resolução nº 1638/2002 do Conselho Federal de Medicina, como documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada (BRASIL, 2013).

As informações extraídas dos prontuários dos pacientes internados no setor foram agrupadas em vinte e cinco itens no questionário criado. Os itens encontrados nas evoluções analisadas continham dados referentes: admissão do paciente, administração de medicamentos, acesso venoso periférico, avaliação do nível de consciência, auxílio na dieta, condutas de segurança do paciente, contenção no leito, controle da dor, curativos, cuidados com os pés, drenos, encaminhamento para exames e centro cirúrgico, glicemia capilar, higiene do paciente, imobilização, irrigação de sonda vesical, inalação/nebulização, mudança de decúbito, nutrição, preparo psicológico, pré-operatório, pós-operatório mediato, sinais vitais, transferência interna, e cateterismo vesical.

Ao encerrar os resultados, contemplamos que a tabela 1 mostra que 73% de registros é realizado pelos profissionais do serviço diurno. Enquanto o serviço noturno registrou apenas 27%. O maior número de procedimentos acontece durante o dia, o que pode explicar o maior número de registros. Portanto, é importante abordar que de acordo com o Art.1º da Resolução 429/12 “é responsabilidade e dever dos profissionais de enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios [...]”.

Em um estudo de Silva *et al* (2016), evidencia que 69% dos enfermeiros não fazem registros em prontuário, e que suas práticas espelham as ações de sua equipe, uma vez que o enfermeiro é visto também como um educador e que pode contribuir positivamente, como também negativamente. Sabendo da importância dos registros de enfermagem em prontuário, onde está diretamente ligada a qualidade da assistência, é necessário que o Enfermeiro, oriente de forma constante a equipe que está inserido para que se evite possíveis erros e danos aos pacientes.

Foram ponderados apenas 12 (4,7%) registros de Diagnósticos de Enfermagem (DE), ou seja, 95,3% das evoluções não possuíam DE. Um significativo número desses diagnósticos fora observado em evoluções realizadas por acadêmicos de enfermagem e não pelos profissionais da instituição. No contexto da qualidade da assistência tem-se um grande impacto, pois implica diretamente no que tange a implementação da SAE, e todo o processo do quadro de saúde desses pacientes de forma integral. O Enfermeiro é o responsável pela síntese da Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE) de acordo com a Lei nº7498/86 no Art. 6º, o que compreende que para uma assistência de qualidade, segura e continuada, faz-se necessário uma boa e completa evolução.

Segundo Silva (2016), dos 732 registros analisados em seu estudo, em um determinado hospital público, constatou que 3 das 5 etapas do Processo de Enfermagem (PE) foram encontradas nos registros (levantamento de dados, intervenção de enfermagem e evolução) sendo encontrado apenas 1 DE (0,27%). Já em um hospital particular, o mesmo estudo diz, que a etapa do processo de enfermagem com maior quantitativo de aparições foi a fase de intervenções de enfermagem, enquanto os registros de DE foram observados cerca de 0,9%, dos 111 registros analisados. Sem embargo, constata-se que os dados apresentados e preconizados na literatura corroboram com os dados coletados no presente estudo.

Com as informações referentes a outras tabelas majoritariamente de assistência de enfermagem realizadas aos pacientes pelos profissionais de enfermagem, observou-se que dados como nome do paciente, data e horário, nome completo e COREN do profissional estiveram presentes em 100% das evoluções, isso se explica devido ao sistema eletrônico utilizado pela Instituição, ao qual insere essas informações automaticamente nos prontuários.

É válido salientar que muitos dos procedimentos que atendem as necessidades dos pacientes da qual engloba esta pesquisa e compete também aos técnicos de enfermagem, são realizadas pelos mesmos, como: administração de medicamentos, higiene do paciente, acesso

venoso periférico, dentre outros. Devido a isso, foram encontrados poucos registros nas evoluções acerca desses cuidados. Porém, é sabido que o Enfermeiro é o responsável por supervisionar e orientar os técnicos de enfermagem de acordo com o Decreto 94.406/87, e redigir a evolução, ou seja, registrar os acontecimentos acerca do cuidado e estado do cliente durante o período de 24h.

De modo geral, os registros referentes a assistência prestada foram superficiais, incompletos e não expressavam a realidade da assistência e dos pacientes. Registros de acesso venoso periférico mostram que é redigido nas evoluções o local de inserção do cateter (100%), porém quase não há registros sobre a condição do local de inserção (6,3%), por exemplo. Da qual seria de extrema importância, sabendo que há um grande uso dessa via para tratamentos medicamentosos, e a incidência de infecções associadas aos acessos vasculares são efeitos adversos graves, podendo ser letal. Na mesma linha de raciocínio, foram observados em registros de drenos a falta de informação como os aspectos encontrados do local da inserção (80%), material utilizado para curativo (100%) e tipo de dreno (20%) em menor número, porém não menos importante.

Outro ponto a ser discutido, é a dificuldade de identificar erros e/ou equívocos já que esses dados não são registrados e como consequência, pode não haver ações de melhorias para as dificuldades. As falhas também foram encontradas nos registros no que diz as condutas de segurança adotadas aos pacientes. A internação é um processo de risco para a integridade de qualquer pessoa que necessita dessa intervenção. O relatório do *Institute of Medicine* dos EUA (1999), aponta estudos que evidenciaram dados de que 33,6 milhões de internações, 44.000 a 98.000 pacientes em média, vieram a óbito em decorrência de efeitos adversos. Porém, neste estudo foram encontrados apenas 7 registros dentre as 255 evoluções analisadas relacionadas a condutas de segurança adotadas pelos profissionais de enfermagem.

Dados de admissão do paciente, como procedimentos/cuidados realizados na internação (38,9%), condições de higiene (100%), valores e pertences do paciente (100%), e orientações prestadas (100%) foram pouco encontrados ou não encontrados. Mudança de decúbito apenas em um registro. Controle da dor encontrado em 8 registros, e 50% não registraram sua localização, tão pouco score e medidas adotadas a partir da queixa. Registros de curativos possuem falhas em descrição da lesão, material prescrito e utilizado (24,3%), assim como, também o tipo de curativo realizado (5,4%). Os dados de encaminhamentos para exames e centro cirúrgico obtiveram importantes déficits de registros quanto às condições de saída do

paciente para setor de destino (85,7%), como também o setor de destino e a forma de transporte (42,8%).

Dos dezesseis registro acerca de irrigação de sonda vesical e bexiga não foram encontrados dados a respeito dos motivos dos procedimentos, aspectos das áreas a serem tratadas, e soluções utilizadas nos cuidados da irrigação. Foi possível também observar que muitas evoluções apresentavam formas e contextualização bem parecidas, dando a entender que muitas vezes são reproduzidas, ao invés de construídas de acordo com os acontecimentos e assistência durante o período de 24h. Ressalta-se que uma conduta realizada, não registrada, é como se não houvesse sido realizada.

É necessário sensibilizar esses profissionais quanto a importância do registro e o que desencadeia a falta dele. O estudo de Borges *et al* (2017), realizado por meio de entrevistas, notou que apesar dos profissionais reconhecerem a importância da prática de registros, ainda há um grande prejuízo acerca dos conhecimentos de aspectos éticos-legais decorrente das não conformidades dos mesmos.

Saraiva *et al* (2019), em seu estudo, correlaciona a segurança do paciente na administração de medicamentos com a relevância da comunicação escrita em prontuário pela equipe, onde a todo momento, enfatiza a importância de se realizar o registro com qualidade dessas informações devido a erros prejudiciais e/ou fatais recorrentes em âmbito hospitalar relacionados à administração de medicação e falha na comunicação. Ainda no que tange erros que arriscam a integridade do paciente, uma pesquisa realizada por Duarte *et al* (2016), colabora afirmando que a falta de checagem das prescrições de enfermagem e médica, e a utilização incorreta do balanço hídrico estão diretamente relacionadas ao registro de enfermagem incorreto, uma vez que o cuidado é prestado e não é registrado, levando a uma interpretação errada da equipe multiprofissional ou a uma replicação desse cuidado.

Além de prejuízos à saúde, é evidenciado em um estudo de Souza; Fioravanti; Colavolpe (2016), que a falta de registro da enfermagem é uma das principais causas de prejuízos no faturamento das instituições de saúde onde afeta a qualidade da assistência prestada e na diminuição da receita. Além disso, este estudo evidencia a figura do enfermeiro como líder de sua equipe, sendo o profissional mais capacitado para intervir em melhorias dos serviços ofertados, sendo um protagonista no trabalho junto a auditoria para redução de glosas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados, foi possível observar que os registros efetuados pelos enfermeiros da Clínica Médica não retratam a realidade da assistência prestada, bem como a realidade dos pacientes. Quanto aos Diagnósticos de Enfermagem, um atributo privativo do enfermeiro é ignorado na prática cotidiana, e registros da assistência prestada redigidos de forma superficial, de pouca qualidade e com grandes falhas de informação.

É necessário que enfermeiros, como líderes e gestores de seus setores e equipe, serem o canal de informação e os maiores incentivadores de melhorias de qualidade da assistência corroborando para com a segurança do paciente e também contribuindo para os aspectos éticos-legais de sua profissão. Por isso, é imprescindível transcrever com qualidade os acontecimentos e assistência prestada de um ambiente clínico que tem alta complexidade e periculosidade, usando a comunicação eficaz como ferramenta de representação da qualidade da assistência para que possam ser prevenidos erros e possíveis danos ao paciente.

Dessa forma, pressupõe-se que seja indispensável que haja mais estudos que contemplem essa temática, a fim de construir e implementar estratégias, para assim, contribuir com a Educação Permanente desses profissionais, resultando em melhorias na assistência, segurança do paciente, aspectos-éticos legais profissionais, dentre outros.

A limitação do estudo está contida no acompanhamento de todos os plantões, sendo possível apenas uma avaliação efetiva das atividades diurnas.

REFERÊNCIAS

- ALVES, K.Y., et al. Identificação do paciente nos registros dos profissionais de saúde. **Acta Paul Enferm.** 2018;31(1):79-86. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800012>
- BARBOSA, S.F.; TRONCHIN, D.M.R. Manual for monitoring the quality of nursing home care records. **Rev Bras Enferm.** 2015; 68(2):253-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680210i>
- BARRAL, L.N.M.; RAMOS, L.H.; VIEIRA, M.A.; DIAS, O.V.; SOUZA e SOUZA, L.P. Análise dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes em um hospital de ensino. **remE – Rev. Min. Enferm.abr/jun.**, 2012; v.16 n.2, p.188-193.
- BOGAERT, P.V.; TIMMERMANS, O.; MACEWEEKS, S.; HEUSDEN, D.; WOUTERS, K.; FRANCK, E. Nursing unit teams matter: Impact of unit-level nurse practice environment, nurse work 37 characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care, and patient adverse events—A cross-sectional survey. **Int. J. Nurs. Stud.** 2014; 51(8): 1123- 1134.

BORGES, F.F.D. et al. Importância das anotações de enfermagem segundo a equipe de enfermagem: implicações profissionais e institucionais. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2017;7:e1147.DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1147>

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 564/2017. **Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.**

BRASIL. Decreto nº94.406, de 08 de Junho de 1987. **Dispõe sobre a regulamentação da Lei nº7.498 dispõe sobre o exercício da Enfermagem e dá outras providências.** Seção 1- fls. 8.853 a 8.855.

BRASIL. Lei nº7.498, de 25 de Junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.** Seção 1 - fls 9.273 a 9.275.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Brasília - DF, 2014. Disponível em:<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 25 Jun 2019.

BROCA, P.V.; FERREIRA, M.A. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. **Escola Anna Nery. Rev. Enfermagem**, v.19, n.3, jul-set, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0467.pdf>>. Acesso em: 21 de Jun 2019.

CARNEIRO, S.M.; DUTRA, H.S.; COSTA, F.M.; MENDES, S.E.; ARREGUY-SENA, C. Uso de abreviaturas nos registros de enfermagem em um hospital de ensino. **Rev Rene**, 2016; 17(2):208-16. DOI: 10.15253/2175-6783.2016000200008

CERVI, E.U. **Manual de métodos quantitativos para iniciantes em ciências políticas.** Volume 1. Curitiba: CPOP – UFPR, 2017. 1ª Ed. 256p.

COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE. Governo do Distrito Federal. **Segurança do paciente: comunicação efetiva. Portaria SES-DF Nº 31 de 16 de Jan. 2019, publicada no DODF Nº 17 de 24 de Jan. 2019** . Disponível em:<<http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/VERSAO-FINAL-PROT-COMUNICA%C3%87%C3%83O-EFETIVA-1.pdf>>. Acesso em: 25 Jun 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BRASIL). **Resolução 514/2016.** Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BRASIL). **Resolução Cofen nº 429, de 30 de Maio de 2012.** Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Diário Oficial da União, 31 maio 1996. Disponível em: <http://www.coren-ro.org.br/resolucao-cofen-no-4292012_2155.html>. Acesso em: 25 Jun 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BRASIL). **Resolução Cofen nº 466, de 12 de Dezembro de 2012.** Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e deveria abarcar pesquisas provenientes de todas as áreas do conhecimento, incluindo saúde e humanidades. Conselho Nacional de Saúde, 12 de Dezembro

de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 08 de Jul 2019.

DA SILVA, T.G, et al. Conteúdo dos Registros de Enfermagem em Hospitais: Contribuições para o desenvolvimento do processo de enfermagem. **Rev. Enferm. Foco**, 2016; 7(1): 24-27.

DUARTE S.C.M, Bessa A.T.T, et al. **Caracterização de Erros na Assistência de Enfermagem em Terapia Intensiva**. Cogitare Enferm. 2016. V.21. N. Esp: 01-08.

DUTRA H.S. et al. Registros de enfermagem em um hospital de ensino: estudo quase experimental. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Jan-Jul. 2016; 15 (3):351-360. Disponível em: <<http://objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5470/pdf>>. Acesso em: 25 Jun 2019.

FANG, Y.W.; LI, C.P.; WANG, M.H. The development and evaluation of a nursing information system for caring clinical in-patient. **Technology and Health Care**, 2016; 24(s1): 401– S406. doi:10.3233/thc-151106

FEREZIN, T.P.M.; RAMOS, D.; CALDANA, G.; GABRIEL, C.S.; BERNARDES, A. Análise da notificação de eventos adversos em hospitais acreditados. **Cogitare Enferm**, 2017; 22(2): e49644. <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i2.49644>>

FIGUEIREDO, M.A. **Educação a distância na informação em saúde: ensino do Epi Info**. Dissertação de Mestrado apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP. Ribeirão Preto, 2007.

FONTELLES, Mauro José, Marilda Garcia Simões, Samantha Hasegawa Farias e Renata Garcia Simões Fontelles. Scientific research methodology: Guidelines for elaboration of a research protocol. **Revista Paraense de Medicina**, 23 (3), 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2009/v23n3/a1967.pdf>>. Acesso em: 20 de Julho de 2019.

GONÇALVES, M.I.; ROCHA, P.K.; ANDERS, J.C.; KUSAHARA, D.M.; TOMAZONI, A. Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. **TextoContextoEnferm**, 2016; 25(1):e2310014.

GONZÁLEZ-SAMARTINO M, DELGADO-HITO P, ADAMUZ-TOMÁS J, VISO CANO MF, CASTELLÀ CREUS M, JUVÉ-UDINA ME. Accuracy and completeness of records of adverse events through interface terminology. **Rev Esc Enferm USP**. 2018;52:e03306. DOI:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017011203306>>

INSTITUTE OF MEDICINE. **To err is human**. Novembro de 1999. Disponível em: <<http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>>. Acesso em: 26 de Novembro de 2019.

LEITÃO, I.M.T.A. *et al*. Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. **Rev Rene**. 2013; 14(6):1073-83.

LIMA C.A., et al. Gestão de risco hospitalar: um enfoque na qualidade e segurança do paciente. **Rev. Eletrônica Gestão & Saúde**. vol. 05, p.2862-76, mai-out. 2014. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5558881.pdf>>. Acesso em: 25 Jun 2019.

MARINHO, M.M.M.; RADÜNZ, V.; DA ROSA, L.M.; TOURINHO, F.S.V.; ILHA, P.; MISIAK, M. Resultados de intervenções educativas sobre segurança do paciente na notificação de erros e eventos adversos. **Rev baiana enferm**, 2018; 32:e25510. DOI 10.18471/rbe.v32.25510

OLIVEIRA, R.M.; BANDEIRA, E.S.; SILVA, C.R.; SOARES, A.M.L.; FONTELES, D.B.; BARBOZA, F.B.M. Tomada de decisão de enfermeiros frente a incidentes relacionados à segurança do paciente. **Cogitare Enferm**. 2016; 21(3): 01-10.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008 – 2009**. Geneva: WHO; 2009.

SARAIVA F.R.S, FERNANDES V.P, et al. Segurança do Paciente na Administração de Medicamentos pela Equipe de Enfermagem: Elaboração e Implementação de um Panfleto Educativo. **Mostra Interdisciplinar do Curso de Enfermagem**. ISSN: 2448-1203. 2019.

SARTOR, G.D.; DA SILVA, B.F.; MASIERO, A.V. Segurança do paciente em hospitais de grande porte: panorama e desafios. **CogitareEnferm**. 2016; 21: 01-08.

SÁ-SILVA, J.R; ALMEIDA, C.D; GUINDANI, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**. Ano I - Número I, 2009. Disponível em: <<https://www.rbhcs.com/rbhcs/article/viewFile/6/pdf>>. Acesso em: 10 Jul 2019

SEIGNEMARTIN, B.A.; DE JESUS, L.R.; VERGÍLIO, M.S.T.G.; SILVA, E.M. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem no pronto atendimento de um hospital escola. **Rev Rene**. 2013; 14(6):1123-32.

SILVA M.V.S. et al. Limites e possibilidades da auditoria em enfermagem e seus aspectos teóricos e práticos. **Rev Brasileira de Enfermagem**. Brasília, mai-jun. 2012; 65(3): 535-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n3/v65n3a21.pdf>>. Acesso em: 25 Jun 2019.

SILVA, B.F, et al. Inovações na Segurança do Paciente Assistido em Clínica Médica: qualidade dos registros da equipe de saúde nos prontuários. **Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem**, V.02, Nº2, Dez 2016.

SPOONER, A.J.; AITKEN, L.M.; CORLEY, A.; FRASER, J.F.; CHABOYER, W. Nursing team leader handover in the intensive care unit contains diverse and inconsistent content: An observational study. **Int. J. Nurs. Stud.** 2016; 61: 165-172. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.05.006>

VALERA, I.M.A.; SOUZA, V.S.; REIS, G.A.X.; BERNARDES, A.; MATSUDA, L.M. Nursing records in pediatric intensive care units: a descriptive study. **Online braz j nurs**, 2017; 16 (2):152-158. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5602>

WHITTY, J.A.; SPINKS, J.; BUCKNALL, T.; TOBIANO, G.; CHABOYER, W. Patient and nurse preferences for implementation of bedside handover: Do they agree? Findings from a

discrete choice experiment. **Health Expectations**, 2016; 20(4): 742-750.
Doi:10.1111/hex.12513



PESQUISAS EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

DOX Editora.

CNPJ: 50.662.076/0001-50

Rua Joao Jose De Freitas, N° 95,
Setor Centro Oeste, Goiânia/GO
doxeditora.com.br

VOLUME

3



DOX Editora

Publicações