

COMUNICAÇÃO EFETIVA EM REGISTROS DE ENFERMAGEM: UMA PRÁTICA ASSISTENCIAL

EFFECTIVE COMMUNICATION IN NURSING RESGISTROS: A PRACTICAL ASSISTANCE

DÉBORA ROJAHN¹, IVANETE DE SOUZA¹, PRISCILA LOCATELLI¹, RAFAELA HERMANN¹, ROSANA AMORA ASCARI^{2*}

1. Acadêmica de Enfermagem do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC; 2. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Mestre em Saúde Coletiva. Professora Assistente da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC.

* Rua Quatorze de Agosto, 807 E, Apto 301, Presidente Médice, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 898001-251.
rosana.ascari@hotmail.com

Recebido em 15/07/2014. Aceito para publicação em 25/07/2014

RESUMO

Através da comunicação dá-se a transmissão de informações sobre os pacientes, compreende-se o que estes estão vivenciando, além de favorecer uma assistência multiprofissional e participativa. No estágio curricular da 8ª fase de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC, cada grupo de estágio precisava desenvolver alguma prática assistencial abordando o tema comunicação efetiva. Considerando a temática em questão, optou-se por trabalhar a comunicação efetiva em Registros de Enfermagem por perceber fragilidades nos mesmos durante atividades teórico-práticas. Trata-se de um relato de experiência que teve por objetivo conhecer como são realizados os registros enfermagem pelos técnicos de enfermagem na clínica cirúrgica de traumatologia ortopedia de um hospital campo de prática para instituições de ensino superior (IES), no oeste de Santa Catarina. A partir da vivência em campo prático, percebeu-se a necessidade de intervenção junto a equipe assistencial, possibilitando maior contribuição da prática acadêmica nos campos de estágio, uma vez que as anotações de enfermagem apresentavam-se carente de informações. Após intervenção educativa junto aos profissionais assistenciais sobre os registros de enfermagem, perceberam-se pequenas melhoras na consistência dos registros. Neste contexto, salienta-se a importância de intervenção educativa nos campos de prática assistencial melhorando a qualidade da comunicação entre os profissionais, pacientes e familiares.

PALAVRAS-CHAVE: Comunicação, assistência hospitalar, registros de enfermagem.

ABSTRACT

The Through communication gives the transmission of patient information, it is understood that they are experiencing, besides favoring a multidisciplinary and participatory assistance. In the course of the internship phase of Nursing, University of the State of Santa Catarina 8th - UDESC, each group needed to develop some stage care practice addressing the topic effective

communication. Considering the present issue, we chose to work effective communication in Nursing Records for noticing weaknesses during the same theoretical-practical activities. This is an experience report that aimed to know how the nursing records are held by nursing staff at the surgical clinic of orthopedics trauma of a field hospital practice for higher education institutions (HEIs), in western Santa Catarina. From the practical experience in the field, we realized the need for intervention with the care team, enabling a greater contribution of academic practice in the fields of stage, since the nursing notes showed up lacking information. After an educational intervention with healthcare professionals about the nursing records, realized there are small improvements in the consistency of the records. In this context, stresses the importance of educational intervention in the fields of healthcare practice improving the quality of communication between professionals, patients and families.

KEYWORDS: Communication, hospital care, nursing records.

1. INTRODUÇÃO

O ser humano é, em sua essência, um ser social, que necessita compartilhar suas emoções, ideias e experiências com aqueles que o cercam, sendo sobre fatos passados, presentes ou até projeções futuras. E isso se dá através da comunicação.

Na enfermagem, a comunicação é de extrema importância, pois através dela dá-se a transmissão de informações sobre os pacientes, compreende-se o que estes estão vivenciando e ainda favorece a humanização da assistência. Porém, apesar de ser preconizada há muitos anos, a competência interpessoal do enfermeiro na hora de interagir de forma efetiva com o paciente e com a equipe, ainda deixa a desejar¹.

A equipe de enfermagem faz uso da comunicação em suas mais variadas formas, seja ela verbal, não verbal ou escrita. A comunicação verbal é realizada através de pa-

lavras expressas tanto através da linguagem escrita como da falada, devendo ser clara, a fim de que o outro compreenda a mensagem transmitida². Os instrumentos mais importantes de comunicação escrita da equipe de enfermagem são os registros de enfermagem.

Os registros de enfermagem têm como objetivos justamente estabelecer uma comunicação efetiva entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais responsáveis pelo tratamento do paciente, servir de base para a elaboração do plano assistencial ao paciente, servir de instrumento de avaliação da assistência prestada, servir para acompanhar a evolução do paciente, constituir um documento legal, tanto para o paciente quanto para a equipe referente a assistência prestada, contribuir para a auditoria de enfermagem e para o ensino e pesquisa em enfermagem³.

Por se tratar de um documento legal, o registro de enfermagem deve ser escrito de forma legível, sem erros ortográficos, sem abreviações não padronizadas pela instituição, sem rasuras, com falas coerentes. A realização do registro eficiente valoriza e propicia comunicação, participação e conhecimento aprofundados do paciente, o que possibilita um cuidado planejado e individual, mas sem rigidez e mecanicidade das ações melhorando consequentemente a qualidade da assistência⁴.

Durante o período de Estágio Curricular da graduação em enfermagem na Clínica Cirúrgica Traumatológica percebeu-se algumas fragilidades nos Registros de Enfermagem realizados pelos técnicos de enfermagem deste setor.

Estudo aponta que o registro das informações colhidas do paciente, além de fornecer um meio de comunicação entre os componentes da equipe, facilita o planejamento e a continuidade dos cuidados prestados. Entretanto, para que os registros de enfermagem sejam tidos como instrumento de organização do trabalho da enfermagem, os profissionais precisam partilhar destas mesmas ideias, ou seja, da realização sistematizada de registros⁵.

Deve-se considerar que as atividades dos profissionais de enfermagem, assim como de outros profissionais são desenvolvidas em turnos de trabalhos, o que torna a comunicação efetiva ainda mais importante, pois repercute diretamente na qualidade da assistência prestada.

Estudo sinaliza que entre as limitações para o registro da prática assistencial, está o reduzido número de profissionais para a realização desta prática, e que, por vezes, o enfermeiro volta-se ao desenvolvimento da assistência junto ao paciente em detrimento dos registros de enfermagem⁵.

Durante as aulas teórico-práticas do curso de graduação em enfermagem, foi possível perceber algumas fragilidades de registros, principalmente no que diz respeito às anotações de enfermagem. O presente estudo teve por objetivo capacitar os auxiliares e técnicos de enfermagem inseridos na clínica cirúrgica de traumatologia

ortopedia em um hospital de referência regional no oeste do estado de Santa Catarina, acerca dos registros de enfermagem.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência, exploratório e descritivo acerca dos registros de enfermagem realizados por auxiliares e técnicos de enfermagem inseridos na clínica cirúrgica de traumatologia ortopedia em um hospital de referência regional no oeste do estado de Santa Catarina.

A cada semestre letivo na graduação de enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC, os docentes planejam atividades integrativas com vistas à integração das diferentes disciplinas por fase do curso. No primeiro semestre de 2014, foi proposto para a 8ª fase, realizar essa atividade com o tema voltado para a comunicação efetiva. A partir do tema proposto, o grupo de estágio durante as aulas teórico-práticas ficou atento às diversas formas de comunicação realizadas.

Após a observação dos registros de enfermagem em campo prático, os acadêmicos de enfermagem, juntamente com o enfermeiro/professor de estágio reuniram-se para discutir qual a melhor estratégia de implementação da prática assistencial que envolvesse os auxiliares e técnicos de enfermagem. Em conversa com o enfermeiro assistencial e com o coordenador da referida unidade de internação, optou-se por realizar capacitação direcionada aos auxiliares e técnicos de enfermagem sobre a importância dos registros de enfermagem no prontuário do paciente, bem como a padronização da sequência de informações registradas, para a qual se optou, em conformidade com os enfermeiros atuantes, o modelo SOAP.

Este relato de experiência tem por objetivo descrever como são realizados os registros de enfermagem pelos técnicos em enfermagem na clínica cirúrgica de traumatologia ortopedia num hospital regional no oeste de Santa Catarina. A referida unidade de internação localiza-se no quinto andar, possui 32 leitos cirúrgicos, na sua maioria leitos semi-privativos e enfermaria com três leitos, sendo os quartos direcionados para internação masculina e feminina separadamente. A unidade dispõe de cinco técnicos de enfermagem (por turno), um enfermeiro assistencial (por turno) e um enfermeiro coordenador que faz 8 horas diárias. São realizados plantões de 6 horas diurnas e 12 horas noturnas.

O contato e a observação dos prontuários dos pacientes ocorreram durante o período de estágio dos acadêmicos de enfermagem sob a orientação e supervisão de um professor/enfermeiro da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC, que compreenderam os dias 26 de março a 01 de abril de 2014, no período matutino. Contudo, os acadêmicos de enfermagem, ao assumir a assistência do paciente,

tiveram contato como prontuário do mesmo e observaram os registros de enfermagem realizados em todos os períodos, ou seja, matutino, vespertino e noturno, sendo considerado noite 1 e noite 2.

Identificada a carência de informações nos registros de enfermagem, em conversa com o enfermeiro assistencial e coordenador da unidade de internação, emergiu a necessidade de retomar com os profissionais de enfermagem, a importância dos registros de enfermagem em prontuário, tendo em vista a questão ético-legal envolta nesta temática. Os acadêmicos se propuseram a realizar capacitação para os auxiliares e técnicos de enfermagem acerca da comunicação efetiva através dos registros de enfermagem em prontuário do paciente.

O grupo se reuniu duas vezes para planejamento e organização da capacitação, sendo o primeiro encontro para decidir o tema e abordagem a ser realizada e num segundo momento foi elaborado um roteiro para a capacitação dos profissionais de enfermagem (Apêndice I). Na sequência foi agendado com o enfermeiro da unidade, o dia e horário da intervenção educativa (capacitação), bem como a definição do modelo a ser adotado.

O modelo sugerido e aprovado pelo enfermeiro assistencial e coordenador de unidade foi o SOAP (que contempla informações subjetivas, objetivas e o plano de ação, ou seja, avaliação e prescrição de enfermagem). Vale ressaltar que os técnicos de enfermagem serão esclarecidos que a prescrição de enfermagem é de responsabilidade exclusiva do enfermeiro. Em função da grande demanda da unidade, a capacitação abordou um total de cinco técnicos de enfermagem do turno matutino, durante as atividades práticas e estágio.

A capacitação foi desenvolvida em abril de 2014. Na ocasião, o grupo abordou as finalidades dos registros de enfermagem em prontuário do paciente, como este registro deve ser para tornar-se efetivo, observações importantes a serem consideradas ao realizar o registro, entre outros aspectos.

3. RESULTADO E DISCUSSÃO

No decorrer dos estágios, percebeu-se que mesmo tendo sido orientado, alguns técnicos de enfermagem demonstravam dificuldades para a implementação dos registros de acordo com o modelo SOAP. Faz-se importante retomar alguns pontos trabalhados na capacitação, principalmente a descrição das intervenções realizadas, bem como o desenvolvimento de uma intervenção educativa de forma continuada com esta temática, envolvendo todos os trabalhadores de enfermagem da clínica cirúrgica de traumatologia ortopedia.

Autores descrevem que os registros em prontuário constituem a comunicação escrita de informações rela-

cionadas às condições de saúde-doença do cliente e dos cuidados que são necessários ao mesmo, com a finalidade de garantir a continuidade da assistência⁶. Além disso, colabora na detecção de novos problemas, para a avaliação dos cuidados prescritos e, por fim, possibilitando a comparação das respostas do cliente aos cuidados proporcionados.

Linch, Müller-Staub e Rejane Rabelo (2010)⁷ destacam alguns dos aspectos importantes diretamente relacionados aos registros de enfermagem, sendo eles: A continuidade e a qualidade da assistência, a comunicação entre os profissionais, além dos aspectos éticos e legais. Porém, por questões inerentes ao cenário da prática, os registros não são realizados adequadamente, ou se presentes, a qualidade é questionável.

Nesse contexto, observa-se nas anotações realizadas pela equipe assistencial de enfermagem, que os registros são em sua maioria com pouca profundidade e não expressavam a situação clínica que os pacientes vivenciam durante a sua estadia hospitalar, como também a precariedade de anotações da assistência prestada pelo enfermeiro. A seguir, transcrevemos algumas observações de enfermagem realizada por técnicos de enfermagem da referida instituição, que foi campo de aulas teórico-práticas de alunos de graduação em enfermagem.

“Realizado cuidados de enfermagem, MCP. Refere eliminações vesicais presentes em SVD”. Transcrição liberal – 01.

“Realizado cuidados de enfermagem, MCP, realizado curativo em região abdominal e apresenta abdome distendido, com incisão cirúrgica com bordas avermelhadas e apresenta diurese em urostomia. Realizado trocas de bolsas de urostomia”. Transcrição liberal – 02.

Aspectos como a carência de recursos humanos, o excesso de pacientes sob a responsabilidade do mesmo profissional de enfermagem (Técnico ou Auxiliar) e deficiência de conhecimentos são caracterizados como fatores que interferem na qualidade dos registros realizados na prática de enfermagem. Entretanto, a informação não registrada é informação perdida, e a escassa documentação indica má prática na enfermagem^{6,7}.

As finalidades dos registros de enfermagem segundo Carraro e Westphalen (2001)⁸ são: Proporcionar o acompanhamento da evolução do cliente, comunicar os cuidados aos outros profissionais, proporcionar base para a avaliação da qualidade do cuidado, criar um documento legal que possa ser usado epidemiológica e legalmente, registrar as ações de enfermagem. Assim como um registro efetivo deve mostrar as seguintes evidências: Investigação inicial (o que foi investigado), o que foi referido pelo cliente/familiar, sinais e sintomas que você observou no indivíduo, problemas levantados, intervenções e atendimentos planejados ou realizados para atenderem às necessidades do cliente.

A partir do código de ética dos profissionais de en-

fermagem, aprovado pela Resolução Cofen nº 311, de 8 de fevereiro de 2007⁹, diz respeito no prontuário, e em outros documentos próprios da Enfermagem, de informações referentes ao processo de cuidar, independente do meio de suporte – tradicional (papel) ou eletrônico – como uma fonte de informações clínicas e administrativas para tomada de decisão, e um meio de comunicação compartilhado entre os profissionais da equipe de saúde.

Além disso, o registro concluído das anotações de enfermagem devem conter hora, registro do COREN, carimbo e rubrica do profissional responsável pelo mesmo, pois consiste em responsabilidade ética, determinada no Código de Ética, bem como na Resolução Cofen-358/2009 que dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo¹⁰.

Ainda que a legislação aponte para a necessidade e importância dos registros de enfermagem como uma documentação essencial e um respaldo da profissão, as pesquisas evidenciam que os profissionais mesmo cientes desta condição ainda não desempenham os registros de enfermagem com qualidade, ou mesmo não os consideram como ferramenta de trabalho, impossibilitando a sua funcionalidade¹¹.

A fim de ampliar a discussão acerca das fragilidades presentes nos registros de enfermagem, a seguir apresentamos alguns registros que denotam a baixa qualidade nas informações que a equipe de enfermagem expressa em seus registros, bem como a sinalização da necessidade de aprofundamento sobre as questões assistenciais que envolvem a comunicação efetiva, seja ela realizada entre a equipe de enfermagem, ou realizada pela enfermagem com os demais profissionais de saúde para o planejamento da assistência integral ao paciente/família.

“Pct recebida do PS de cadeira de roda, com AVP em MS. Recebendo fluidoterapia SV conforme anotação. Segue em cuidados de Enf”. Transcrição liberal – 03.

“Criança com vários episódios de choro durante o plantão. Mantém fluidoterapia em MSE, em bomba de infusão. Medicado CPM. Mantém curativo em MIE limpo e seco. Eliminações vesicais e intestinais presentes”. Transcrição liberal – 04.

A documentação das intervenções de enfermagem é um dos elementos mais deficientes no processo de assistência¹⁰, fato que pode estar relacionado ao número inadequado de trabalhadores em relação às necessidades dos pacientes e à falta de tempo para registrar a assistência proporcionada.

Um dos modos mais eficaz e abordado durante a comunicação efetiva foi o SOAP (Dados subjetivos, objetivos, avaliação e prescrição de enfermagem), como mostra o quadro 01.

A efetividade dos registros de enfermagem não depende apenas dos instrumentos existentes nas institui-

ções, pois a mesma está ligada à capacitação e orientações aos profissionais, supervisão da equipe e as instruções para sua utilização. Os registros devem ser claros, objetivos e completos¹².

Quadro 01. Anotações de Enfermagem segundo SOAP

SEGUNDO SOAP- DADOS SUBJETIVOS, DADOS OBJETIVOS, PLANO DE AÇÃO	
SUBJETIVO – informações relatadas pelo cliente;	Como dor, desconforto, entre outros.
OBJETIVOS – dados observados pelo profissional;	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico médico; - Nível de consciência; - Condições físicas (deambula ou acamado); - Nutrição; - Sinais Vitais; - Oxigenoterapia (tipo de máscara, volume de O₂); - Acesso Venoso periférico (Local da inserção, Data e horário; Dispositivo utilizado; Sinais e sintomas observados e possíveis intercorrências. - Curativos (Local da lesão; Data e horário e tamanho; Sinais e sintomas observados, (presença de secreção, coloração, odor, quantidade, etc.), tipo de curativo (oclusivo, aberto, simples, compressivo, presença de dreno, etc.); - Abdômen (inspeção e palpação); - Diurese (Ausência/presença de diurese (sonda, nº, vias, volume); Características (coloração, odor); - Evacuação (presentes ou ausentes).
AÇÃO – intervenção de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Higiene (Tipo de Banho); - Curativo; - Encaminhamentos; - Exames; - Intercorrências; - Mudança de decúbito; - Administração de medicação.
PLANO DE CUIDADOS - elaborado pelo enfermeiro	

Fonte: Os autores (2014).

Por mais elementar que as ações de enfermagem possam parecer, sejam elas de caráter assistencial ou organizativo, a comunicação é um elemento que por elas repassam influenciando decisivamente na qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem¹². Portanto, a comunicação entre os membros da equipe é de grande importância para que os profissionais atuem de modo eficiente, proporcionando assistência qualificada e efetiva no atendimento adequado às demandas do processo saúde e doença do cliente¹³.

Estudo aponta a necessidade em promover a conscientização dos enfermeiros para realização de registros completos e contínuos¹⁴.

Assim, a informação advinda da comunicação é considerada um fator primordial para a sobrevivência do

homem que, desde os tempos mais remotos, tem criado e aprimorado os signos e os significados, bem como suas formas para que as informações sejam transmitidas e compreendidas com o máximo de eficiência e eficácia, principalmente no processo de trabalho da enfermagem, que as informações a serem documentadas, no prontuário do paciente, são fundamentais instituídas no processo de enfermagem.

4. CONCLUSÃO

A unidade cirúrgica de traumatologia ortopedia, campo de estágio de diversos cursos da área de saúde no oeste do estado de santa Catarina, apresentou fragilidades em relação aos registros de enfermagem, as quais são vivenciadas no dia a dia pela academia. Compete a todos os atores deste cenário, e principalmente às universidades que se utilizam deste campo assistencial para aulas teórico-práticas e estágio, auxiliar este serviço de saúde a aprimorar a qualidade da assistência prestada com vistas à segurança do paciente e das instituições envolvidas.

Foi planejando a atividade integrada entre disciplinas da 8ª fase do curso de enfermagem que emergiu a proposta de aproximação da academia com a prática assistencial, de forma que esta aproximação trouxesse frutos para outros momentos de interação. A atividade de intervenção realizada contribuiu significativamente para um olhar mais crítico dos acadêmicos frente as situações da prática assistencial, bem como proporcionou o despertar dos auxiliares e técnicos de enfermagem assistenciais na busca por mais conhecimento científico.

Os registros de enfermagem são fonte de comunicação entre a equipe assistencial, os quais contribuem para a melhoria da qualidade da assistência, para o raciocínio clínico e principalmente como respaldo legal dos pacientes e profissionais.

Esta observação do campo prático, o planejamento e implementação de intervenção frente às fragilidades de registros de enfermagem, despertou para a necessidade de registros completos, que possuam data, horário, assinatura e número de inscrição do profissional em seu conselho de classe, além de dispor de informações acerca de toda a assistência prestada pela enfermagem.

Sinalizamos aqui, a importância de novos projetos entre a academia e os profissionais assistenciais/serviços de saúde com vistas a melhoria da qualidade ortográfica, na padronização de terminologia técnica específica da área cirúrgica, na minimização de rasuras e uso de linhas em branco nos registros de enfermagem.

A intervenção educativa fomentou ricas trocas de experiências e a reflexão crítica sobre o impacto dos registros de enfermagem para os envolvidos (pacientes, profissionais, instituições de ensino e serviços de saúde).

Como facilitadores desta intervenção, podemos destacar a receptividade dos profissionais assistenciais para

com os acadêmicos, todos concordaram com a prática e mostraram-se satisfeitos e motivados com a iniciativa dos acadêmicos.

REFERÊNCIAS

- [1] Stefanelli MC, Carvalho EC (Org). A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. 2.ed. rev. ampl. Barueri: Manole, 2012; 209. (Série Enfermagem).
- [2] Mourão CML *et al.* Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica. Rev Rene. Fortaleza. 2009; 10(3): 139-45.
- [3] Setz VG, D'Innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. Acta Paul Enferm. [online]. 2009; 22(3): 313-17. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000300012>.
- [4] Pinto LRC, Tonini T, Périssé VLC. Registro de enfermagem sobre o cuidado prestado ao paciente portador de diabetes mellitus: um estudo exploratório na literatura científica. Rev Pesqui Cuid Fundam. (Online) abr-jun. 2010; 848-60.
- [5] Pimpão FD, *et al.* Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem. Rev Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2010, jul/set; 18(3):405-10.
- [6] Costa SP, Paz AA, Souza EN. Avaliação dos registros de enfermagem quanto ao exame físico. Rev. Gaúcha Enferm. (Online) [online]. 2010; 31(1):62-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100009.
- [7] Linch GFC, Müller-Staub M, Rabelo ER. Qualidade dos registros de enfermagem e linguagem padronizada: revisão de literatura. Rev OBJN. 2010; 09(2):5. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.3088/703>.
- [8] Carraro TE, Westphalen MEA (Organizadora). Metodologia para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB Ed., 2001; 159.
- [9] COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN – 311/2007, que dispõe sobre a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília (DF), de 8 de fevereiro de 2007. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html.
- [10] Silva JA, *et al.* Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em unidade semi-intensiva. Esc. Anna Nery [online]. 2012; 16(3):577-82. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300021.
- [11] Azevêdo LMN, *et al.* A visão da equipe de enfermagem sobre seus registros. Rev Rene. 2012; 13(1):64-73. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/18>.
- [12] Possari JF. Prontuário do paciente e os registros de enfermagem. 2. ed. São Paulo: Íatria, 2007; 246.
- [13] Ito EE. Anotação de enfermagem: reflexo do cuidado. São Paulo: Martinari, 2011; 136.
- [14] Franco MTG, Akemi EM, D'Inocento M. Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes internados em unidade de clínica médica. Acta Paul Enferm. 2012; 25(2):163-70.

