

**CAPACITAÇÃO EM SERVIÇO SOBRE REGISTROS DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE
DIÁLISE RENAL: ESTUDO QUASE-EXPERIMENTAL*****IN-SERVICE TRAINING ON NURSING RECORDS IN A KIDNEY DIALYSIS UNIT: QUASI-
EXPERIMENTAL STUDY*****Herica Silva Dutra¹ * Leticia Ribeiro Campagnacci² * Paulo Sergio Pinto³ * Cristina
Arreguy-Sena⁴ * Janaína Otoni de Carvalho⁵ * Elenir Pereira de Paiva⁶****RESUMO**

Objetivo: avaliar os registros da equipe de enfermagem em unidade de diálise renal antes e após a realização de capacitação em serviço. Método: estudo quase-experimental do tipo antes e depois realizado em uma unidade de diálise renal. Foi utilizada análise documental para avaliação dos registros de enfermagem antes e após capacitação em serviço quanto ao cumprimento da legislação específica. A análise documental pré-intervenção considerou prontuários dos pacientes que foram atendidos nos meses de maio e junho de 2015. No período pós-intervenção foram avaliados os prontuários dos pacientes atendidos entre setembro a novembro de 2015. Resultados: participaram da capacitação em serviço 49 profissionais de enfermagem. Foram avaliados um total de 10727 registros de enfermagem, sendo 4043 antes e 6684 após a capacitação. O maior número de registros foi feito pelos técnicos de enfermagem. As variáveis identificação incompleta do paciente ($p<0,001$), ausência de hora ($p<0,001$), ausência de assinatura ($p<0,001$), ausência de carimbo/identificação profissional ($p<0,001$), letra ilegível ($p<0,001$), erros ortográficos ($p=0,045$) e folha de sala de diálise incompleta ($p<0,001$) apresentaram porcentagem de adequação melhor após a intervenção. Rasuras ($p=0,290$) não foram impactadas pela intervenção. Ausência de data ($p=0,003$) e abreviaturas não padronizadas ($p<0,001$) aumentaram após a intervenção. Conclusão: capacitação em serviço pode melhorar a qualidade dos registros de enfermagem em unidade de diálise renal.

Palavras-chave: Enfermagem; Registros de Enfermagem; Estudos Controlados Antes e Depois; Capacitação em Serviço; Diálise Renal.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the records of the nursing staff in a renal dialysis unit before and after in-service training. Method: a quasi-experimental study before and after series type performed in a renal dialysis unit. Document analysis was used to assess nursing records before and after in-service training regarding compliance with specific legislation. The pre-intervention document analysis considered the medical records of patients who were treated in May and June 2015. In the post-intervention period, the medical records of patients treated between September and November 2015 were evaluated. Results: 49 professionals participated in the in-service training of nursing. A total of 10727 nursing records were evaluated, with 4043 before and 6684 after training. The largest number of records was made by nursing technicians. The variables incomplete patient identification ($p<0.001$), absence of time ($p<0.001$), absence of signature ($p<0.001$), absence of stamp/professional identification ($p<0.001$), illegible handwriting ($p<0.001$), spelling errors ($p=0.045$) and incomplete dialysis room sheet ($p<0.001$) showed a better adequacy percentage after the intervention. Erasures ($p=0.290$) were not impacted by the intervention. Lack of date ($p=0.003$) and non-standardized abbreviations ($p<0.001$) increased after the intervention. Conclusion: in-service training can improve the quality of nursing records in a renal dialysis unit.

Keywords: Nursing; Nursing Records; Controlled Before-After Studies; Inservice Training; Renal Dialysis.

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-2338-3043>

² Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8903-9187>

³ Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-2151-4011>

⁴ Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-5928-0495>

⁵ Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6869-7305>

⁶ Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6893-1221>



INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é um problema de saúde pública. No Brasil foi estimado para 2017 que cerca de 126,5 mil pessoas estariam em tratamento dialítico, sendo que a taxa de prevalência e de incidência na população brasileira foi de 610 e 194 por milhão de habitantes, respectivamente. Entre 2012 e 2017 houve um aumento de 29,7% no número de casos, correspondendo a 5.799 novos casos, o que ressalta a importância e necessidade de atendimento qualificado neste serviço⁽¹⁾.

O tratamento da DRC, em particular no estágio V da doença, na grande maioria dos casos ocorre por meio de terapias capazes de substituir a função renal, sendo uma das modalidades a hemodiálise. O tratamento hemodialítico é oferecido geralmente durante 12 horas semanais, sendo distribuído em três sessões de quatro horas⁽²⁾. A equipe de enfermagem assiste o paciente integralmente durante as sessões de hemodiálise e é responsável por iniciar, monitorar e finalizar a terapia. Nesse sentido, o acompanhamento do paciente durante as sessões e o registro dos eventos esperados ou indesejáveis é essencial para garantir atendimento de qualidade, seguro e contínuo ao indivíduo⁽³⁾.

Os registros de enfermagem são as informações anotadas pelos membros desta equipe (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) a respeito das respostas humanas e de ações desenvolvidas para

atender as necessidades dos pacientes⁽⁴⁾. Os registros de enfermagem integram o sistema de informação em saúde e são instrumentos de comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar⁽³⁾.

Além disso, os registros de enfermagem podem servir de instrumento para auditoria^(5,6), pesquisa, ensino, planejamento, processos jurídicos e fins estatísticos⁽⁴⁾, contribuindo para a qualidade da assistência e o raciocínio clínico, refletindo na assistência qualificada aos pacientes⁽⁷⁾.

Conforme determinação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), os registros de enfermagem devem ser claros, objetivos e sem rasuras, identificando o responsável pelo mesmo por meio de assinatura/carimbo ou assinatura eletrônica, apontando a categoria profissional e o número de seu registro no conselho de classe. Os registros devem fazer parte do prontuário do paciente e podem ser manuscritos, informatizados ou eletrônicos⁽⁴⁾. Esses aspectos são essenciais para garantir que os registros de enfermagem possam ser considerados documentos legalmente válidos e autênticos, respaldando a atuação profissional⁽⁴⁾.

Neste contexto, a capacitação em serviço pode permitir a sensibilização dos profissionais e melhoria na elaboração dos registros de enfermagem, contribuindo para a qualidade da assistência⁽⁸⁾. A capacitação em serviço é vista como ferramenta indispensável

para a formação dos profissionais de enfermagem, possibilitando uma reflexão sobre a prática profissional e a busca por soluções⁽⁹⁾. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi avaliar os registros da equipe de enfermagem em unidade de diálise renal antes e após a realização de capacitação em serviço.

MÉTODOS

Estudo quase-experimental do tipo antes e depois com análise documental. O local do estudo foi uma unidade de diálise renal privada conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS) localizada em um município de Minas Gerais. Aproximadamente 205 pacientes eram atendidos no momento da coleta dos dados nas modalidades hemodiálise e diálise peritoneal. A equipe de enfermagem era composta por 51 profissionais, sendo 5 enfermeiros e 46 técnicos de enfermagem.

Os participantes do estudo foram os profissionais de enfermagem vinculados à instituição. Foram incluídos todos os profissionais de enfermagem que atuavam na instituição, independente da categoria profissional, tempo de trabalho na unidade e turno de trabalho. Os critérios de exclusão foram: estar de férias ou afastamento por qualquer motivo durante o período de realização da intervenção.

A intervenção constou de atividade educativa na modalidade capacitação em serviço para os profissionais de enfermagem e desenvolvida na própria instituição. Foram

realizados dois encontros para cada turno (manhã, tarde e noite) com duração média de 30 minutos. O primeiro encontro tratou dos aspectos legais referentes aos registros de enfermagem e da legislação específica de enfermagem sobre a temática. O segundo abordou o conteúdo dos registros de enfermagem e sua importância para a continuidade do cuidado de enfermagem e multidisciplinar, bem como sua contribuição para a segurança do paciente.

A abordagem dos temas se deu de forma dialogada, com apresentação de registros contendo aspectos favoráveis e desfavoráveis, permitindo que os participantes apontassem suas percepções, que eram então discutidas com o grupo. As duas etapas da capacitação em serviço foram realizadas nos meses de julho e agosto de 2015. As responsáveis pela intervenção foram duas pesquisadoras (Dutra HS e Campagnacci LR) e três estudantes de enfermagem que participavam de projeto de extensão dentro da unidade de diálise há mais de seis meses.

A coleta de dados foi direcionada por um roteiro incluindo as variáveis: identificação incompleta do paciente, ausência de data, ausência de hora, ausência de assinatura, ausência de carimbo/identificação profissional, letra ilegível, abreviaturas não padronizadas, erros ortográficos, rasuras e folha de sala de diálise incompleta. As variáveis foram avaliadas por meio de opção dicotômica (sim x não).

Para análise documental pré-intervenção, foram avaliados os prontuários dos pacientes atendidos nos meses de maio e junho de 2015. Para o período pós-intervenção foram avaliados os prontuários dos pacientes atendidos nos meses de setembro, outubro e novembro de 2015, obtendo assim uma visão geral dos registros de enfermagem.

Os participantes (membros da equipe de enfermagem) foram informados do estudo, explicados os objetivos e ações propostas e solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Visto que a pesquisa utilizou dados obtidos nos prontuários dos pacientes, foi solicitada dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os mesmos.

O projeto foi submetido e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora com parecer nº 522.796, CAAE:

26647814.0.0000.5147. Foram respeitados todos os preceitos estabelecidos pela Resolução 466/2012.

Os dados obtidos foram organizados em planilha eletrônica e transportados para o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. A significância das associações foi verificada por meio do teste qui-quadrado. Foram considerados significantes valores de p inferiores a 0,05.

RESULTADOS

Participaram da capacitação em serviço 49 profissionais de enfermagem. Foram avaliados 10727 registros, sendo 4043 pré-intervenção e 6684 pós-intervenção.

Os técnicos de enfermagem e o turno matutino foram responsáveis pela maior parte dos registros. O perfil dos registros de enfermagem por categoria profissional e por turno durante os períodos pré e pós-intervenção está apresentado na tabela 1.

Tabela 1 - Perfil dos registros de enfermagem em hemodiálise por categoria profissional e turno de trabalho.

Categoria	Pré-intervenção	Pós-intervenção	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Enfermeiros	74 (1,8)	154 (2,1)	228 (2,1)
Técnicos de Enfermagem	3969 (98,2)	6530 (97,9)	10499 (97,9)
Turno			
Manhã	1196 (29,6)	3175 (47,5)	4371 (40,8)
Tarde	1382 (34,2)	1422 (21,3)	2804 (26,1)
Noite	1465 (36,2)	2087 (31,2)	3552 (33,1)
Total	4043 (100,0)	6684 (100,0)	10727 (100,0)

Fonte: Os autores

Os registros foram avaliados conforme as seguintes características: identificação incompleta do paciente, ausência de data, ausência de hora, ausência de assinatura, ausência de carimbo/identificação

profissional, letra ilegível, abreviaturas não padronizadas, erros ortográficos, rasuras e folha de sala de diálise incompleta. A avaliação dessas características foi realizada antes e após a intervenção (Tabela 2).

Tabela 2 - Perfil dos registros de Enfermagem em hemodiálise antes e após a intervenção.

Variável	Pré-intervenção		Pós-intervenção		p-valor*
	Sim n (%)	Não n (%)	Sim n (%)	Não n (%)	
Identificação incompleta do paciente	74 (1,8)	3969 (98,2)	5 (0,1)	6679 (99,9)	<0,001†
Ausência de Data	378 (9,3)	3665 (90,7)	746 (11,2)	5938 (88,8)	0,003‡
Ausência de Hora	4016 (99,3)	27 (0,7)	3965 (59,3)	2719 (40,7)	<0,001†
Ausência de Assinatura	531 (13,1)	3512 (86,9)	500 (7,5)	6184 (92,5)	<0,001†
Ausência de Carimbo/identificação profissional	508 (12,6)	3535 (87,4)	400 (6,0)	6284 (94,0)	<0,001†
Letra ilegível	104 (2,6)	3939 (97,4)	53 (0,8)	6631 (99,2)	<0,001†
Abreviaturas não padronizadas	412 (10,2)	3631 (89,8)	801 (12,0)	5883 (88,0)	<0,001‡
Erros Ortográficos	23 (0,6)	4020 (99,4)	44 (0,3)	6663 (99,7)	0,045†
Rasuras	44 (1,1)	3999 (98,9)	59 (0,9)	6624 (99,1)	0,290§
Folha de sala incompleta	23 (0,6)	4020 (99,4)	3 (0,1)	6681 (99,9)	<0,001†

Legenda: * p-valor obtido por meio do teste qui-quadrado. †Impacto positivo a capacitação em serviço. ‡Impacto negativo a partir da capacitação em serviço. §Não foi impactado pela capacitação em serviço.

Fonte: Os autores

DISCUSSÃO

O estudo proporcionou a identificação de pontos de conformidades e inconformidades quando comparados à legislação atual acerca do registro de enfermagem.

No cenário avaliado, observou-se uma maior quantidade de registros feitos por técnicos de enfermagem quando comparados aos registros feitos por enfermeiros. Tal

situação pode estar relacionada ao perfil da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente da terapia renal substitutiva, à própria demanda de trabalho dos enfermeiros, que engloba o aspecto assistencial e o gerencial^(10,11).

É importante ressaltar que a documentação de enfermagem inadequada pode ser considerada uma ameaça para a individualidade do atendimento e segurança

do paciente⁽¹²⁾. Em um estudo foi demonstrado que mesmo com grande parte da equipe reconhecendo a importância dos registros de enfermagem, a maioria desconhece a legislação e sanções ético-legais advindas das não-conformidades⁽¹³⁾.

Entre as variáveis avaliadas no presente estudo a identificação incompleta do paciente nos documentos do prontuário pode comprometer a sua segurança podendo ter como consequência algum tipo de dano seja ele fatal, permanente ou temporário, o que reflete em dois problemas: receber algum tipo de cuidado terapêutico errado ou não ser realizado o procedimento indicado^(14,15).

A identificação incompleta do paciente no prontuário pode começar desde a admissão podendo permanecer até a alta quando não observada pelo profissional, o que pode desencadear erros graves durante o cuidado prestado ao paciente como: administração de medicação errada, transferência errada de paciente, execução procedimentos indevidos, troca de informações e exames referentes ao paciente, entre outros. Portanto, é observado que a assistência prestada pode se tornar inadequada e não individualizada no momento que os dados do paciente não são registrados ou são registrados de forma incorreta e incompleta⁽¹⁴⁾.

Dentre os registros analisados observou-se que alguns deles não apresentavam a data de sua realização e que

este índice aumentou após a intervenção. É importante ressaltar que os registros de enfermagem que apresentam data conferem conhecimento da evolução cronológica do paciente e respaldam juridicamente o profissional quanto a assistência prestada⁽¹³⁾. Uma possível explicação para esse fato pode residir na observação de outros aspectos trabalhados na capacitação em serviço com desvalorização da informação a respeito da data em que foi feito o registro.

Por outro lado, a ausência de hora nos registros teve um impacto positivo após a intervenção. Ainda assim, apresentou uma elevada porcentagem de registros com ausência de hora no cenário da investigação. Este aspecto corrobora com o resultado apresentado em outro estudo no qual grande parte dos registros não apresentava a identificação da hora⁽¹⁶⁾. A ausência de data e hora nos registros de enfermagem é fator preocupante por ser responsável pela exatidão cronológica dos relatos dos registros⁽¹⁶⁾.

A identificação do profissional no registro de enfermagem é fator imprescindível por se tratar de uma exigência legal e sua ausência inviabiliza sua validade⁽³⁾. Foi observado um impacto positivo na avaliação deste aspecto nos registros após a capacitação, o que corrobora com os preceitos éticos da profissão, que aponta como dever da equipe de enfermagem assinar os registros efetuados, bem como não assinar os registros realizados por outras pessoas e indicar seu número de

inscrição em órgãos fiscalizadores da profissão⁽¹⁷⁾.

Por meio do registro de enfermagem a comunicação se torna efetiva entre os profissionais e a equipe de enfermagem envolvidos e responsáveis pelo tratamento do paciente⁽¹⁵⁾. Portanto, as informações presentes no registro de enfermagem devem ser realizadas com letras legíveis e sem rasuras, de maneira clara, coerente e objetiva respeitando as recomendações legais⁽⁴⁾.

Estudos evidenciam, entre outras variáveis, a letra ilegível como um problema que interfere na continuidade da assistência, procedimentos, tratamento e planejamento do cuidado com o paciente. Além disso, diverge de aspectos éticos e legais, comprometendo a legitimidade do trabalho prestado pela enfermagem e pode induzir a erros devido a interpretação inadequada dificultando uma assistência de qualidade e segura^(16,18).

Apesar da importância das abreviaturas padronizadas, observou-se neste item um impacto negativo após a intervenção. O uso das abreviaturas nos registros de enfermagem permite um dispêndio menor de tempo na elaboração do registro, porém, a falta de linguagem padronizada usada pelos profissionais de enfermagem resulta no uso de terminologia variada para descrever a mesma intervenção⁽¹⁹⁾, o que pode dificultar uma compreensão fidedigna do relato.

O uso de abreviaturas padronizadas não havia sido discutido na instituição até o

momento da realização deste estudo. Desta forma, para a avaliação deste aspecto antes da intervenção, foram consideradas abreviaturas que constam no sistema internacional de abreviaturas e símbolos da tabela periódica de elementos. Na avaliação após a intervenção, foi utilizada também a lista de abreviaturas proposta pela instituição. Nesse sentido, houve a necessidade de adaptação da equipe à nova lista, o que pode explicar os resultados encontrados. A mesma situação foi observada em outra investigação que avaliou o uso de abreviaturas no registro de enfermagem⁽²⁰⁾.

Este aspecto também foi discutido em outro estudo, que ressaltou que a utilização das abreviaturas padronizadas melhora a recuperação das informações dos pacientes e análise das informações⁽²¹⁾. Estudos destacam que os enfermeiros têm potencial para auxiliar na incorporação de terminologias padronizadas⁽²¹⁾ e a importância dos termos que irão compor a linguagem padronizada representarem a realidade do contexto em questão⁽²²⁾.

A ortografia correta também é fator para a construção de um registro claro. Nesta avaliação os registros foram impactados positivamente em relação aos erros ortográficos e apresentaram porcentagem baixa. Em contra ponto, esta não é uma realidade comum. Um estudo apontou que na maioria das vezes são identificados registros incompletos, carentes de dados assistenciais e com erros de grafia, levando a caracterização

de uma escrita acrílica e desprovida de conhecimento⁽²³⁾.

As rasuras nos registros de enfermagem não foram impactadas pela intervenção. Ressalta-se que rasuras nos prontuários podem repercutir em complicações legais do ponto de vista jurídico⁽¹⁶⁾ e que para respaldo dos profissionais os registros devem ser claros, objetivos, com letra legível e sem rasuras⁽⁴⁾.

A aplicação de impressos próprios para auxiliar a rotina da enfermagem é de extrema importância. Um estudo sobre a temática demonstrou em seus resultados que a utilização de impressos em um setor de hemodiálise permite a identificação de situações comuns a rotina, utilizando uma linguagem padronizada e passível de compartilhamento e operacionalização da sistematização da assistência de enfermagem⁽²⁾. Neste sentido, a intervenção realizada nesta investigação buscou orientar a equipe de enfermagem quanto a importância do preenchimento correto e completo da folha de sala de diálise, impresso adotado pela instituição. A avaliação dos registros após a intervenção demonstrou que se obteve um impacto positivo neste aspecto, o que pode contribuir para auditorias, mudanças de planejamento e objetivos assistenciais⁽²⁴⁾ e para a sistematização do processo de trabalho⁽²⁾.

Em estudo realizado em dois hospitais, com 843 registros de enfermagem,

evidenciou-se que o conteúdo dos registros é deficiente e não retrata a realidade do paciente. Esses dados refletem que, na prática profissional, nem sempre a assistência de enfermagem é devidamente documentada²³. Como busca para a melhoria desses registros, a capacitação em serviço demonstrou-se efetiva para melhora da qualidade dos registros de enfermagem^(25,26).

A não-conformidade dos registros pode implicar na desestruturação do processo de cuidado da equipe de enfermagem, impedir a comunicação eficaz entre os profissionais da equipe de saúde⁽¹³⁾, gerar conotações conflitantes que dificultam a identificação da assistência prestada, além de causar prejuízo para reconhecimento do trabalho realizado⁽²⁷⁾.

A repercussão positiva das atividades educativas com a equipe de enfermagem apresentada neste estudo é semelhante aos resultados apresentados em outras investigações que destacam a necessidade de um acompanhamento mais rigoroso dos registros efetuados nos serviços de saúde, a necessidade de uma educação permanente no que concerne aos aspectos técnicos, éticos e legais dos registros de Enfermagem⁽²⁸⁾ e a contribuição na eficiência da comunicação entre a equipe de enfermagem e interdisciplinar⁽²⁹⁾.

O cenário desta investigação utilizava registros manuais, feitos em papel, no momento da realização do estudo. Há evidências que apontam para a informatização

dos registros como uma possibilidade de melhoria do atendimento de aspectos éticos e legais dos mesmos. Nesse sentido, formulários padronizados, com obrigatoriedade do preenchimento de campos impossibilitam a realização do registro sem completar todos os requisitos. Além disso, rasuras e problemas relacionados à letra ilegível são erradicados, favorecendo a comunicação entre a equipe de saúde⁽¹²⁾.

Os registros eletrônicos também favorecem a utilização de terminologia padronizada. Além disso, a disponibilidade de textos pré-redigidos com situações mais comuns à rotina da unidade foi relacionada a um menor tempo de preenchimento dos registros, permitindo aos profissionais de enfermagem maior dedicação aos cuidados e interação terapêutica com os pacientes⁽³⁰⁾.

CONCLUSÕES

A pesquisa em questão evidenciou a realidade dos registros de enfermagem em uma unidade de diálise renal. Além disso, destacou a relevância da capacitação dos profissionais de enfermagem para a melhoria e qualidade dos registros de enfermagem.

O maior número de registros foi feito pelos técnicos de enfermagem. As variáveis identificação incompleta completa do paciente, ausência de hora, ausência de assinatura, ausência de carimbo/identificação profissional, letra ilegível, erros ortográficos e folha de sala de diálise incompleta

apresentaram porcentagem de adequação melhor após a intervenção. Rasuras não foram impactadas pela intervenção. Ausência de data e abreviaturas não padronizadas aumentaram após a intervenção. Nesse sentido, é possível concluir que a capacitação em serviço realizada impactou positivamente a qualidade dos registros de enfermagem em unidade de diálise renal. A educação permanente pode ser considerada uma ferramenta efetiva e eficaz para sensibilização dos profissionais de enfermagem para a adequação dos registros referentes à assistência prestada.

Aponta-se como limitação deste estudo a ênfase em aspectos técnicos e legais, sem avaliação do conteúdo dos registros. Dessa forma, sugere-se a realização de novas investigações que contemplem a avaliação do impacto de intervenções no conteúdo dos registros, bem como a realização de novos estudos sobre a temática em outros cenários.

REFERÊNCIAS

1. Thomé FS, Sesso RC, Lopes AA, Lugon JR, Martins CT. Brazilian chronic dialysis survey 2017. *J. Bras. Nefrol.* 2019;41(2):208-14. doi: <http://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2018-0178>
2. Arreguy-Sena C, Marques TO, Souza LC, Alvarenga-Martins N, Krempser P, Braga LM et al. Construction and validation of forms: systematization of the care of people under hemodialysis. *Rev. Bras. Enferm.* 2018;71(2):379-90. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0130>

3. Dutra HS, Mendes SE, Carneiro SM, Costa FM, Barboza RCP, Ribeiro LC. Nursing records at a teaching hospital: a quase-experimental study. *Online braz j nurs.* 2016;15(3):351-60.
<https://doi.org/10.17665/1676-4285.20165470>
4. Conselho Federal de Enfermagem (COFEn). Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário e outros documentos de enfermagem [Internet]. Brasília (DF): COFEn; 2016 [citado 2020 Mai 18]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomendações-CTLN-Versão-Web.pdf>
5. Barroso TS. Importância do relato na evolução de enfermagem para a auditoria. *Acta Biomed. Bras.* 2016;7(2):39-49.
<https://doi.org/10.18571/acbm.109>
6. Barreto JA, Lima GG, Xavier CF. The inconsistency of nursing records in audit process. *Rev. enferm. Cent.-Oeste Min.* 2016;1(6):2081-93.
<https://doi.org/10.19175/recom.v0i0.917>
7. López-Cocotle JJ, Moreno-Monsiváis MG, Saavedra-Veléz CH, Espinosa-Aguilar AL, Días-Ruiz E. Design and validation of an instrument to assess the quality of nursing records. *Rev. Enferm IMSS [Internet]*. 2019 [citado 20 fev 2021]; 27(3): 175-81. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeri/aimss/eim-2019/eim193g.pdf>
8. Santana N, Rodrigues MSB, Freitas CLM, Oliveira RL, Santos DS, Barbosa LKOS. Permanent education as a strategy for improving nursing records. *Rev baiana enferm.* 2019;33:e33378.
<https://doi.org/10.18471/rbe.v33.33378>
9. Campos KFC, Sena RR, Silva KL. Permanent professional education in healthcare services. *Esc. Anna Nery.* 2020;21(4):e20160317.
<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0317>
10. Karino ME, Felli VEA, Sarquis LMM, Santana LL, Silva SR, Teixeira RC. Workloads and strain processes of nursing workers at teaching hospital. *Cienc Cuid Saude.* 2015;14(2):1011-8.
<https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v14i2.21603>
11. Lanzoni G, Magalhães A, Costa V, Erdmann A, Andrade SR, Meirelles B. Becoming nursing manager in the nested and complex border of caring and management dimension. *Rev Eletrônica Enferm.* 2015;17(2):322-32.
<https://doi.org/10.5216/ree.v17i2.29570>
12. Akhu-Zaheya L, Al-Maaitah R, Hani SB. Quality of nursing documentation: Paper-based health records versus electronic-based health records. *J Clin. Nurs.* 2018;27(3-4):e578-e589.
<http://dx.doi.org/10.1111/jocn.14097>
13. Borges FFD, Azevedo CT, Amorim TV, Figueiredo MAG, Ribeiro RGM. Importance of nursing records according to nursing team: professionals and institutional implications. *Rev. enferm. Cent.-Oeste Min.* 2017;7:e1147.
<http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1147>
14. Alves KYA, Oliveira PTC, Chivone FBT, Barbosa ML, Saraiva COPO, Martins CC et al. Patient identification in the records of health professionals. *Acta Paul Enferm.* 2018;31(1):79-86.
<https://doi.org/10.1590/1982-0194201800012>
15. Rocha RPF, Pinho DLM. Occurrence of adverse events in public hemodialysis units. *Enferm. glob.* 2019;(55):24-34. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800012>
16. Ferreira LL, Chivone FBT, Bezerril MS, Alves KYA, Salvador PTCO, Santos VEP. Analysis of records by nursing technicians and nurses in medical records. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(2):e20180542.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0542>
17. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 0564/2017. Aprova novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [Internet]. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2017



[citado 2020 Mai 20]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html

18. Valera IMA, Souza VS, Reis GAX, Bernardes A, Matsuda LM. Nursing records in pediatric intensive care units: a descriptive study. *Online braz j nurs*. 2017;16(2):152-58. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20175602>

19. Gonçalves PDN, Siqueira CAC, Silva MATCP. Nursing interventions in mental health and psychiatry: Content analysis of records from the nursing information systems in use in Portugal. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2019;26(7-8):199-211. <https://doi.org/10.1111/jpm.12536>

20. Carneiro SM, Dutra HS, Costa FM, Mendes SE, Arreguy-Sena C. Use of abbreviations in the nursing records of a teaching hospital. *Rev Rene*. 2016;17(2):208-16. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000200008>

21. Ali S, Siellof CL. Nurse's use of power to standardise nursing terminology in electronic health records. *J Nurs Manag*. 2017;25(5):346-53. <https://doi.org/10.1111/jonm.12471>

22. Gomes DC, Cubas MR, Pleis LE, Shmell MAH, Peluci APVD. Terms used by nurses in the documentation of patient progress. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(1):e53927. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.53927>

23. Silva TG, Santos RM, Crispim LMC, Almeida LMWS. Conteúdo dos registros de enfermagem em hospitais: contribuições para o desenvolvimento do processo de enfermagem. *Enferm. Foco* [Internet]. 2016[citado 23 jul 2021];7(1):24-7. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/679/293>

24. Spigolon DN, Lima AM, Teston EF, Maran E, Costa MA, Derenzo N. Impact of the nonconformity of nursing notes in the context of hospital glosses. *Cienc Cuid Saude*. 2019;18(1):e44748.

<https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v18i1.44748>

25. Nomura ATG, Pruinelli L, Silva MB, Lucena AF, Almeida MA. Quality of Electronic Nursing Records: The Impact of Educational Interventions During a Hospital Accreditation Process. *Comput Inform Nurs*. 2018;36(3):127-32.

<http://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000390>

26. Linch GFC, Lima AMA, Souza EN, Nauderer TM, Paz AA, Costa C. An educational intervention impact on the quality of nursing records. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2938. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1986.2938>

27. Aquino MJN, Cavalcante TMC, Abreu RNDC, Scopacasa LF, Negreiros FDS. Anotações de enfermagem: avaliação da qualidade em unidade de terapia intensiva. *Enferm. Foco* [Internet]. 2018 [citado 16 mai 2021];9(1):7-12. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1314/419>

28. Barreto JJS, Coelho MP, Lacerda LCX, Fiorin BH, Mocelin HJS, Freitas PSS. Nursing records and the challenges of their implementation in the assistance practice. *REME – Rev Min Enferm*. 2019;23:e-1234. <http://doi.org/10.5935/1415-2762.20190082>

29. Silva VA, Mota RS, Oliveira LS, Jesus N, Carvalho CM, Magalhães LGS. Auditoria da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários em um hospital universitário. *Enferm. Foco*. 2019;10(3):28-33. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.2064>

30. Chang HM, Huang EW, Hou IC, Liu HY, Li FS, Chiou SF. Using a text mining approach to explore the recording quality of a nursing record system. *J Nurs Res*. 2019;27(3):e27.

<http://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000295>

Autor correspondente:

Herica Silva Dutra
Campus Universitário da Universidade Federal de
Juiz de Fora
Faculdade de Enfermagem
Rua José Lourenço Kelmer, s/n – Bairro: São
Pedro – Juiz de Fora, MG.
CEP: 36036-900
Tel: +55 (32) 99119-2423
Email: herica.dutra@ufjf.edu.br

Submissão: 2021-09-24**Aprovado:** 2021-11-23