



# Avaliação da qualidade dos registros dos curativos em prontuários realizados pela enfermagem

*Assessing the quality of records in the dressing charts, performed by nursing*

Rodrigo Galvão Bueno Gardona<sup>1</sup>  
Mirian Maira Ferracioli<sup>2</sup>, Geraldo Magela Salomé<sup>3</sup>  
Maria Teresa De Jesus Pereira<sup>4</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a qualidade dos registros dos curativos realizados pela enfermagem em prontuários. **Método:** Estudo descritivo, com análise documental retrospectiva. Este estudo foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva adulto do Hospital das Clínicas Samuel Libânio. **Resultados:** Sesenta e cinco (65%) das anotações não descreviam qual o tipo de tecido presente na lesão, 85 (85%) não apresentavam tipo de exsudato, 100 (100%) não indicavam mensuração da ferida, e em 80 (80%) o aspecto da margem e centro da lesão não foram registrados. Todas as (100%) anotações estavam com abreviatura, 59 (59%) das anotações não apresentavam clareza, 80 (80%) apresentavam erros gramaticais da linguagem e 80 (80%) continham terminologias técnicas erratas e incorretas. Setenta e cinco (75%) das prescrições de enfermagem não estavam checadadas, e em 54 (54%) das anotações a letra não estava legível. **Conclusão:** Por meio deste estudo, os autores concluíram que a qualidade das anotações da assistência de enfermagem são limitadas e inadequadas.

**Descritores:** Qualidade da assistência à saúde. Garantia da qualidade dos cuidados de saúde. Enfermagem. Curativos.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the quality of the records of healing performed by nursing records. **Method:** Descriptive study with retrospective documentary analysis. This study was conducted in adult Intensive Care Unit of the Hospital of Samuel Libanius. **Results:** 65 (65%) of annotations not present in this type of tissue lesion, 85 (85%) had no type of exudate, 100 (100%) indicated no measurement of the wound and in 80 (80%), the appearance of margin and center of the lesion were not recorded. 100 (100%) of the notes were with abbreviation, 59 (59%) had no clarity of notes and 80 (80%) had grammatical errors and language of 80 (80%) contained incorrect errata and technical terminologies. 75 (75%) of nursing prescriptions

Trabalho realizado no Hospital das Clínicas Samuel Libânio- Pouso Alegre, RS, Brasil.

Artigo recebido: 05/09/2013  
Artigo aceito: 05/10/2013

1. Aluno do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre-MG, Brasil
2. Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre-MG, Brasil.
3. Doutor. Docente do Curso de Mestrado profissional Ciências Aplicadas à Saúde da Universidade do Vale do Sapucaí-UNIVÁS. Pouso Alegre-MG, Brasil.
4. Mestre em Enfermagem. RN, PhD, Mestre, Professor Titular e coordenadora do Curso de Enfermagem Sapucaí Valley University (UNIVÁS), Pouso Alegre, MG, Brasil.

were not checked and in 54 (54%) of the notes the letter was not legible.  
**Conclusion:** In this study the authors concluded that the quality of the ratings of nursing care are limited and inadequate.

**Keywords:** Quality of Health Care. Quality Assurance, Health Care. Nursing. Bandages.

## INTRODUÇÃO

A auditoria é definida como avaliação sistemática e formal de uma atividade por alguém não envolvido diretamente na sua execução, para determinar se a atividade do profissional responsável está sendo realizada de acordo com seus objetivos. Pode-se destacar a auditoria, também, como uma atividade formal, executada por pessoal que não tenha responsabilidade direta na execução do serviço em avaliação e que fornece subsídios para a verificação da qualidade da organização<sup>1</sup>.

A auditoria é o instrumento de controle da qualidade do trabalho da equipe de enfermagem, sendo utilizada com o objetivo de melhorar a qualidade do serviço prestado<sup>2</sup>. Assim, podem-se avaliar os cuidados de enfermagem por meio de registros, os quais refletem a qualidade da assistência de enfermagem<sup>3</sup>.

É definida, também, como exame oficial de registros de enfermagem com os objetivos de verificar, após a alta do paciente, a qualidade do atendimento com objetivo de melhorar a assistência de enfermagem<sup>4,5</sup>.

A anotação é uma das formas mais importantes de comunicação da enfermagem, levando-se em conta que tem por finalidades: estabelecer uma efetiva comunicação entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais envolvidos no cuidado ao ser humano; servir de base para a elaboração do plano assistencial ao paciente; constituir fonte de subsídios para a avaliação da assistência prestada; servir para acompanhar a evolução do paciente; constituir documento legal, tanto para o paciente quanto para a equipe de enfermagem referente à assistência prestada; contribuir para a auditoria de enfermagem e colaborar para o ensino e pesquisa em enfermagem<sup>6</sup>.

Em estudos realizados por Setz & D'Innocenzo<sup>4</sup>, os autores avaliaram a qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de pacientes por meio de auditoria. Os autores concluíram que o estudo possibilitou apontar vários desvios, que foram analisados junto com a Diretoria de Enfermagem e com os Grupos de Melhoria de Processos da Diretoria de Enfermagem do hospital em estudo, propiciando propostas de novas metas e estratégias para melhoria na qualidade da assistência

de enfermagem, bem como do registro da mesma. Assim sendo, este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade dos registros dos curativos realizados pelos profissionais de enfermagem em prontuários<sup>6</sup>.

## MÉTODO

Estudo descritivo, com análise documental retrospectiva. Foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva adulto do Hospital das Clínicas Samuel Libânio, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde "Dr. José Antônio Garcia Coutinho".

A coleta de dados foi realizada por meio da avaliação do impresso da Sistematização da Assistência de Enfermagem, que é composta de: Anotação e Evolução de enfermagem, bem como a Prescrição de enfermagem aos pacientes, contidas nos prontuários durante os meses de maio a agosto de 2012.

Foi elaborado um instrumento para avaliação das anotações dos prontuários, o qual contém três itens - Registros relacionados à ferida: tipo de tecido, tipo de exsudato, localização da lesão, tipo de cobertura utilizada no curativo, mensuração da ferida, tipo de lesão, aspecto da margem da lesão, aspecto do centro da lesão. Registros relacionados à anotação: identificação do paciente, clareza da anotação, carimbo do profissional, assinatura do profissional, letra legível do profissional, horário em que foi realizado o curativo, erros gramaticais da linguagem, terminologia técnica errada ou incorreta e presença de abreviatura. Com relação à qualidade da prescrição de enfermagem: carimbo do profissional, checagem, clareza da prescrição, assinatura do profissional, letra legível do profissional, presença de abreviatura.

Os critérios de inclusão foram que todas as anotações de enfermagem estivessem registradas nos impressos da Sistematização da Assistência de Enfermagem (Anotação, Evolução e Prescrição de Enfermagem), que constavam nos prontuários disponíveis no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), nos meses de maio a dezembro 2012. Foi feita análise dos dados relativos aos diagnósticos de enfermagem e da prescrição de enferma-

gem.

**RESULTADOS****Tabela 1 – Classificação tipo de ferida, conforme a anotação de enfermagem.**

<b>Tipo de ferida</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Feridas traumáticas		
Úlceras por pressão	15	15
Feridas diabéticas	51	40
	04	04
Deiscência de ferida operatória	30	30
	100	100
Total		

**Tabela 2 – Anotação de enfermagem de acordo com localização anatômica do tipo de feridas.**

<b>Tipo de ferida</b>	<b>Localização anatômica</b>															
	<b>Sacra</b>		<b>Calcânio</b>		<b>trocante</b>		<b>Abdome</b>		<b>Tórax</b>		<b>Membro inferior</b>		<b>Membro superior</b>		<b>Total</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Feridas traumáticas	-	-	-	-	-	-	15	11,36	10	7,60	5	3,80	3	2,30	33	25,06
Úlceras por pressão	42	31,80	10	7,60	13	9,85	-	-	-	-	-	-	-	-	65	49,25
Feridas diabéticas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	3,00			04	3,00
Deiscência de ferida operatória	-	-	-	-	-	-	18	13,60	12	10,00	-	-	-	-	30	23,60

**Tabela 3 - Itens registrados na anotação de enfermagem relacionados à avaliação das características da ferida.**

<b>Registros relacionados à anotação</b>	<b>Sim</b>		<b>Não</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Identificação do paciente	92	92	8	8	100	100,0
Clareza da anotação	41	41	59	59	100	100,0
Carimbo do profissional	94	94	6	6	100	100,0
Assinatura do profissional	100	100	0	0	100	100,0
Letra legível do profissional	62	62	48	48	100	100,0
Horário em que foi realizado o curativo	46	46	54	54	100	100,0
Sem erros gramaticais da linguagem	35	35	65	65	100	100,0
Terminologia técnica certa ou correta	20	20	80	80	100	100,0
Presença de abreviatura	0	0	100	100	100	100,0

A Tabela 1 mostra que 51 (51%) das anotações foram das úlceras por pressão e 30 (30%) das anotações deiscência de ferida operatória.

A Tabela 2 mostra que, conforme as anotações de enfermagem, 65 (49,25%) dos pacientes tinham úlcera por pressão e 33 (25,06%) tinham feridas traumáticas, caracterizando que os pacientes apresentaram mais de uma lesão.

Na Tabela 3, podemos verificar que não houve registros quanto ao tipo de tecido em 65 (65%) dos prontuários; quanto ao tipo de exsudato em 85 (85%); e quanto à avaliação da ferida em 100 (100%); sobre o aspecto da margem e centro da lesão em 80 (80%), respectivamente; e não

anotaram se o paciente queixou-se de dor em 98 (98%) dos casos.

Verificamos, na Tabela 4, que 100 (100%) das anotações estavam com abreviatura, 59 (59%) das anotações não apresentavam clareza e 65 (65%) apresentavam-se sem erros gramaticais da linguagem e 80 (80%) não apresentavam terminologias técnicas certas ou corretas.

A Tabela 5 permite visualizar que 75 (75%) das prescrições de enfermagem não estavam checadas, e em 54 (54%) das anotações a letra não estava legível.

**Tabela 4 - Itens registrados na anotação de enfermagem relacionados à anotação da ferida.**

Registros relacionados à ferida	Completo		Incompleto		Não registrou		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tipo de tecido	20	20	15	15	65	65	100	100,0
Tipo de exsudato	10	10	5	5	85	85	100	100,0
Localização da lesão	95	95	0	0	5	5	100	100,0
Tipo de cobertura	45	45	5	5	50	50	100	100,0
Mensuração da ferida	0	0	0	0	100	100	100	100,0
Tipo de lesão	99	99	0	0	1	1	100	100,0
Avaliação da dor	2	2	0	0	98	98		
Aspecto da margem da lesão	20	20	0	0	80	80	100	100,0
Aspecto do centro da lesão	20	20	0	0	80	80	100	100,0

**Tabela 5 - Itens registrados na anotação de enfermagem relacionados à qualidade da prescrição de enfermagem.**

Relacionado à qualidade da prescrição de enfermagem	Sim		Não		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Carimbo do profissional	95	95	5	5	100	100,0
Checagem	25	25	75	75	100	100,0
Clareza da prescrição	54	54	46	46	100	100,0
Assinatura do profissional	98	98	2	2	100	100,0
Letra legível do profissional	46	46	54	54	100	100,0
Presença de abreviatura	2	2	98	98	100	100,0

## DISCUSSÃO

O cuidado de ferida faz parte das atribuições da enfermeira, sendo que a abrangência desta atuação vem crescendo progressivamente nos últimos anos, devido ao maior conhecimento referente ao processo de cicatrização dos tecidos e o desenvolvimento científico e tecnológico do cuidado de enfermagem prestado a pacientes que apresentam lesões de pele<sup>7</sup>. Este conhecimento é necessário para o profissional avaliar a ferida e, conseqüentemente, realizar a indicação da cobertura ideal para cicatrização da lesão.

Ao avaliar as feridas, o enfermeiro precisa tomar decisões fundamentais e, para isso, deve ter pleno conhecimento da anatomia da pele, dos princípios de fisiologia, da reparação tissular e fatores que nele interferem. Esses profissionais devem conhecer os tipos de ferida e as diversas formas de tratamento existentes, sendo capazes de desenvolver habilidade de observar a perda tecidual, os aspectos clínicos da lesão, sua localização e dimensão, presença de exsudato, tipo de tecido, características da pele que circundam a ferida, dor e sinais de infecção<sup>8,9</sup>.

Muitas vezes, durante avaliação da ferida crônica, o profissional percebe se a quantidade de necrose e exsudato aumentaram, ou se a lesão está preparada para receber enxerto de pele ou retalho. Este profissional deve solicitar avaliação e dialogar com o cirurgião plástico sobre a possibilidade de um debridamento cirúrgico, realização do enxerto de pele e do retalho.

Estudo no qual os autores relatam a atuação da Cirurgia Plástica no tratamento das feridas complexas em hospital terciário, concluiu que o cirurgião plástico demonstrou ter importante atuação no tratamento das feridas complexas por adotar o tratamento cirúrgico mais precoce, colaborando para a efetiva resolução dos casos<sup>10,11</sup>.

Os cuidados gerais de enfermagem, bem como os dispensados com o tratamento de feridas devem ser registrados sistematicamente para garantir assistência de enfermagem qualificada. Para isso, é imprescindível a formulação de diagnóstico de enfermagem, prescrição, evolução, planejamento, implementação de ações e sua avaliação. Dentro desse contexto, o registro das avaliações e das intervenções de enfermagem deve ser realizado de modo claro e preciso para que os dados não sejam omitidos e, assim, não prejudiquem a assistência ao cliente<sup>9</sup>.

Por estar presente 24 horas na assistência ao paciente, a enfermagem fica responsável pela constante avaliação da evolução das feridas. Infelizmente, notamos que isto nem sempre significa

atendimento adequado, pois verificamos que, na maioria das unidades hospitalares do serviço público, há falta de profissionais de enfermagem (auxiliares e enfermeiros), a equipe tem que prestar assistência à quantidade além do estipulado pelo Coren, conforme o dimensionamento de enfermagem. O profissional enfermeiro, considerado o mais qualificado para avaliar as feridas, devido à sobrecarga de serviço, acaba delegando para os auxiliares tal atribuição que, por sua vez, devido também à sobrecarga, avaliam mal a ferida e, conseqüentemente, não utilizam o produto adequado para a finalidade. Outro agravante na maioria do serviço público é a falta de uma equipe de curativo, pois já está provada a eficiência na melhora e diminuição do tempo de internação dos pacientes quando recebem tratamento pela equipe.

Há também o não comprometimento do profissional médico, ou por outras razões, que não acompanha o paciente adequadamente na anamnese sistemática, e quando toma providência em relação a solicitar avaliação do cirurgião plástico, as feridas já estão em grau avançado, o que compromete o tratamento adequado e até a recuperação por completo do paciente. Junto a tudo isto, faltam outros profissionais como fisioterapeuta e nutricionistas na equipe. Já as instituições privadas têm recursos humanos suficientes para promover tratamento adequado das feridas. Para resolver tal situação, principalmente nas instituições públicas, é necessária a formação de equipes de curativos exclusivas e tão somente para este fim. Estas equipes devem ter auxiliares, enfermeiros, cirurgiões plásticos, nutricionistas e fisioterapeutas.

Neste estudo relacionado à avaliação das características da ferida, em 65(65%) das anotações avaliadas não constava o tipo de tecido; em 85 (85%) faltava o tipo de exsudato, em 100 (100%), não havia anotação sobre mensuração da ferida e em 80 (80%) não foram anotados os aspectos da margem e centro da lesão. Em 98 (98%) não foi registrado se o paciente queixou-se de dor.

Avaliar uma ferida é descrever a sua característica clínica, especificando a sua localização, seu tamanho, característica da pele, quantidade de exsudato, odor, tipo de tecido presente na lesão, e dor. Estes dados devem ser registrados, pois são fatores que interferem na cicatrização da lesão<sup>12</sup>.

O registro sistemático da avaliação e do tipo de cobertura utilizado no tratamento de ferida constitui elemento fundamental para garantir assistência de enfermagem qualificada. A documentação, das intervenções, deve ser clara e precisa para que os dados não sejam omitidos e não pre-

judiquem a assistência. O registro da avaliação e evolução das feridas deve ser realizado com critério e em instrumentos que facilitem as anotações das características e dos fatores que retardam o processo de cicatrização da ferida, assim sendo, é necessário que os profissionais falem a mesma linguagem<sup>9</sup>. Por isso, entendemos que a realização e implantação de protocolos, para prevenção e tratamento de ferida, são essenciais, assim como a formação de uma equipe interdisciplinar (cirurgião plástico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta).

Silva & Dias<sup>13</sup>, em seu estudo, concluíram que os profissionais de enfermagem não estão conscientizados sobre a importância da escrita reflexiva, sendo o registro do cuidado realizado de forma mecânica, com a utilização de frases repetitivas, chavões e termos vagos, impossibilitando a documentação do cuidado de forma completa.

O registro da avaliação, evolução e cobertura, utilizada na realização do curativo, possibilita a continuidade do cuidado e a realização de estatísticas dos diversos atendimentos, serve, também, como fonte de consulta e documentos legais os quais favorecem a melhoria da qualidade da assistência<sup>9</sup>.

No que se refere à qualidade da anotação de enfermagem, observamos, neste estudo, que 75 (75%) das prescrições de enfermagem não estavam checadas e em 54 (54%) das anotações, a letra não estava legível.

O registro de enfermagem é um dos meios de demonstrar o trabalho executado pela equipe de enfermagem e um indicador de qualidade da assistência relevante. O preenchimento incorreto e, sobretudo, a falta de periodicidade, continuidade são fatores que impossibilitam, de forma irreversível, qualquer tipo de avaliação, certificação, criação de indicadores e até mesmo sindicâncias periciais que possam, inclusive, amparar juridicamente o profissional e a instituição<sup>14</sup>.

As anotações de enfermagem são o principal meio de comprovar a prestação de cuidados e a qualidade da assistência. O presente estudo investigou as anotações realizadas por enfermeiros e auxiliares de enfermagem em um hospital-escola. Cumpridas as exigências éticas, analisaram-se 71 anotações efetuadas nas primeiras 72 horas de internação do cliente na UTI e no setor para onde ele, posteriormente, foi transferido. O conteúdo das anotações foi agrupado em 15 itens. Os resultados mostraram que o número de anotações não corresponde ao estabelecido na instituição. Observou-se que as duas categorias efetuaram registros que, em sua maioria, contemplam os mesmos itens e enfocam, sobremaneira, a dimensão biológica. Informações sobre o nível de consciência e resultados de exame/avaliação, importantes

para o tipo de cliente, como os que aqui foram estudados, apareceram poucas vezes. A dimensão psicossocioespiritual foi contemplada apenas uma vez. Conclui-se que as anotações/registros de enfermagem, apesar de serem amplamente discutidos, carecem de melhorias<sup>15</sup>.

Foi realizado um estudo sobre como avaliar, por meio da auditoria, a qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários. Na análise qualitativa dos prontuários, 26,7% foram considerados ruins; 64,6% regulares e 8,7% bons. Observa-se um comprometimento da segurança e da perspectiva de cuidado do paciente, além da dificuldade para mensurar os resultados assistenciais advindos da prática da equipe de enfermagem<sup>16</sup>.

Em um estudo onde avaliaram 134 prontuários, por meio da auditoria, os resultados revelaram que apenas os registros referentes às prescrições de enfermagem de pós-operatório, observação de sinais e sintomas e anotações de pós-operatório puderam ser considerados completos. As anotações referentes ao aspecto e à evolução das lesões cutâneas e relativos às anotações de alta estavam incompletas em 73,9% e 97%, respectivamente, dos registros analisados. Estes resultados apontam a necessidade de educação, monitoramento e avaliação contínua dos registros de enfermagem com vistas à melhoria dos mesmos e da assistência prestada<sup>17</sup>.

Outro estudo evidenciou que os autores observaram que os registros de enfermagem foram preenchidos de forma completa na maioria dos itens: histórico de enfermagem (99,9%); evolução multidisciplinar (80,0%) e avaliação de risco (99,6%). Quanto à conformidade do preenchimento, destacaram-se: 88,4% de prescrições de enfermagem classificadas como conformes; diagnóstico e evolução de enfermagem 58,7% e 64,6% como não conformes, respectivamente. Quanto à identificação do enfermeiro: 98,3% estavam completas no histórico de enfermagem, em 87,9% na evolução e 75,4% no diagnóstico e prescrição de enfermagem<sup>18</sup>.

Em outro estudo, os autores constataram que o registro de enfermagem foi, na maioria dos prontuários, incorreta ou ausente. Os dados de identificação do paciente eram incorretos na maior parte dos prontuários. Ocorreram registros efetuados a lápis, registros sujeitos a alterações, portanto, com valor legal e assistencial questionável, os dados analisados eram incompletos, errados ou ausentes na metade dos registros avaliados<sup>19</sup>.

O registro no prontuário do paciente, da assistência a ele prestada, abrange diversos aspectos e respalda ética e legalmente o profissional responsável pelo cuidado, assim como o

paciente. Quando esse registro é escasso e inadequado compromete a assistência prestada, assim como a imagem da instituição e a equipe de enfermagem. Há um comprometimento da segurança e da perspectiva de cuidado do paciente, além da dificuldade para mensurar os resultados assistenciais advindos da prática do enfermeiro.

A padronização dos registros das anotações de enfermagem é necessária, visto que existem falhas no que se refere a adequações gramaticais da linguagem formal, exatidão, brevidade, legibilidade, identificação e terminologia técnica<sup>16</sup>.

Este estudo teve como limitações a não comparação e verificação do impacto das anotações incompleta *versus* anotação adequada, no período de internação no tratamento e evolução da lesão.

## CONCLUSÃO

Por meio deste estudo, é possível concluir que a qualidade das anotações de enfermagem, referentes aos portadores de lesão na pele é limitada e inadequada, uma vez que informações sobre o estado clínico do cliente se fazem necessárias para a continuidade e avaliação do cuidado-assistência prestada.

**Rodrigo Galvão Bueno Gardona**  
**Av-Francisco de Paula Quintanilha Ribeiro,**  
**280/134, Bl 01 -**  
**CEP-04330-020. São Paulo, SP, Brasil.**

## REFERÊNCIAS

1. Faraco MM, Albuquerque GL. Auditoria do método de assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2004;57(4):421-24.
2. Pinto KA, de Melo CM. Nurses' practice in health audit. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(3):671-8.
3. Costa MS, Forte BP, Alves MD, Viana JF, Oriá MO. Nursing audit as a professional marketing strategy. *Rev Bras Enferm.* 2004;57(4):497-9.
4. Setz VG, D'Innocenzo M. Evaluation of the quality of nursing documentation through the review of patient medical records. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(3):313-7.
5. Phaneuf MC. A nursing audit method. *Nurs Outlook.* 1964;12:42-5.
6. Pereira LL, Takahashi RT. Auditoria em enfermagem. In: Kurcgant P, coord. *Administração em enfermagem.* São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária; 1991. p.215-22.
7. Tayar G, Peterlini MAS, Pedreira MLG. Proposta de um algoritmo para seleção de coberturas, segundo o tipo de lesão aberta em crianças. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(3):284-90.
8. Borges EL, Chianca TCM. Tratamento e cicatrização de ferida: Parte 1. *Nursing.* 2000;3(21):24-9.
9. Bajay HM, Pedrosa MMO, Lourenço MTN, Cortez SL, Paula MAB. Registro de avaliação e evolução de feridas: subsídios para reflexão e mudanças. *Rev Estima.* 2003;1(2):20-9.
10. Coltro PS, Ferreira MC, Batista BP, Nakamoto HA, Milcheski DA, Tuma Júnior P. Role of plastic surgery on the treatment complex wounds. *Rev Col Bras Cir.* 2011;38(6):381-6.
11. erreira MC, Tuma P Jr, Carvalho VF, Kamaoto F. Complex wounds. *Clinics (Sao Paulo).* 2006;61(6):571-8.
12. Santos VLCCG, Azevedo MAJ, Silva TS, Carvalho VMJ, Carvalho VF. Adaptação transcultural do Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) para a língua portuguesa. *Rev Latinoam Enferm.* 2005;13(3):305-13.
13. Silva MJP, Dias DC. O registro da prática da enfermagem: da realidade do cuidado rotineiro à utopia do cuidado individualizado. *Nursing (São Paulo).* 1999;2(11):21-6.
14. Araújo MV, Simões C, Silva CL. Auditoria em enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 1998;31(4):466-77.
15. Matsuda LM, Carvalho ARS, Évora YDM. Anotações /registros de enfermagem em um hospital-escola. *Ciênc Cuid Saúde.* 2007;6(Supl.2):337-46.
16. Sets VG, D'Innocenzo M. Evaluation of the quality of nursing documentation through the review of patient medical records. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(3):313-7.
17. Venturini DA, Marcon SS. Nursing reports in a surgical unit at a school hospital. *Rev Bras Enferm.* 2008;61(5):570-7.
18. Franco MTG, Akemi EN, D'Inocento M. Evaluation of the nursing records in the medical records of patients hospitalized in an internal medicine unit. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(2):163-70.
19. Draganov PB, Reichert MCF. Avaliação do padrão dos registros de Enfermagem. *Rev Enferm UFPE on line.* 2007;1(1):36-45.