Capítulo 17

Registros de Enfermagem e Segurança do Paciente: Desafios para a Qualidade e a Continuidade do Cuidado

Nursing Records and Patient Safety: Challenges for Quality and Continuity of Care

Silvana Maria Vilela do Nascimento
Fabricio da Silva
Silvana Nair Melloni da Cruz
Regina Maria de Sousa
Miriane Costa da Silva
Cintia Antonio do Nascimento
Angela Maria dos Santos Evangelista
Cristiane Aparecida Guerra Felipe
Eulalia Gomes de Sousa Neta
Andréia Regina Pereira da Silva

Resumo: Os registros de enfermagem são parte essencial da documentação clínica e da gestão do cuidado, pois organizam informações sobre condições do paciente, decisões, intervenções e respostas assistenciais. Sua relevância para a segurança ultrapassa a função de comprovação legal: registros claros, oportunos, completos e rastreáveis favorecem a continuidade do cuidado, a comunicação entre profissionais, a identificação precoce de riscos e a aprendizagem organizacional. Este estudo tem como objetivo refletir sobre a relação entre registros de enfermagem e segurança do paciente, considerando dimensões clínicas, ético-legais, organizacionais e tecnológicas. Trata-se de reflexão teórica, elaborada a partir de análise narrativa de referenciais nacionais e internacionais sobre processo de enfermagem, prontuário, segurança do paciente e transformação digital. A reflexão está organizada em eixos: fundamentos e finalidades dos registros; documentação como barreira de segurança; fragilidades e fatores contribuintes; desafios do prontuário eletrônico; responsabilidade profissional e proteção de dados; e estratégias institucionais para qualificar a prática. Conclui-se que registros devem ser tratados como componente estratégico do cuidado seguro, incorporado aos processos de trabalho e à governança clínica, e não como tarefa burocrática posterior à assistência.

Palavras-chave: comunicação em saúde; prontuário eletrônico; qualidade da assistência; registros de enfermagem; segurança do paciente.

Abstract: Nursing records are an essential component of clinical documentation and care management, as they organize information about patients' conditions, clinical decisions, interventions, and responses to care. Their relevance to patient safety extends beyond their legal evidentiary function: clear, timely, complete, and traceable records promote continuity of care, communication among healthcare professionals, early identification of risks, and organizational learning. This article aims to reflect on the relationship between nursing records and patient safety, considering clinical, ethical-legal, organizational, and technological

DOI: 10.47573/aya.6228.3.56.17

dimensions. This is a theoretical reflection article based on a narrative analysis of national and international references on the nursing process, health records, patient safety, and digital transformation. The discussion is organized around the following themes: the foundations and purposes of nursing records; documentation as a safety barrier; weaknesses and contributing factors; challenges associated with electronic health records; professional accountability and data protection; and institutional strategies to improve documentation practices. It is concluded that nursing records should be regarded as a strategic component of safe care, integrated into work processes and clinical governance rather than treated as a bureaucratic task performed after care delivery.

Keywords: health communication; electronic health records; quality of care; nursing records; patient safety.

INTRODUÇÃO

Os registros de enfermagem acompanham a prática profissional em diferentes cenários de atenção, sendo uma forma estruturada de tornar visível o cuidado realizado, as necessidades identificadas, as decisões tomadas e as respostas observadas. Em serviços marcados por alta complexidade, múltiplas transições e atuação interdisciplinar, a documentação integra o próprio processo assistencial. A informação registrada orienta condutas subsequentes, permite reconhecer mudanças clínicas, apoia a coordenação do trabalho e oferece elementos para avaliar a qualidade e a segurança da assistência.

A segurança do paciente é compreendida como a redução do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde a um mínimo aceitável. O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria nº 529/2013, propôs a articulação de ações para qualificar o cuidado, fortalecer a gestão de riscos, disseminar conhecimento e envolver profissionais, usuários e instituições (Brasil, 2013). Em escala internacional, o Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021–2030 reforça que danos evitáveis exigem respostas sistêmicas, integração de informações e estratégias de aprendizagem nos serviços (WHO, 2021).

Nesse contexto, os registros de enfermagem, quando elaborados de modo preciso, oportuno e compreensível, podem funcionar como barreira contra falhas de comunicação e descontinuidade. Quando são ausentes, tardios, ambíguos, contraditórios ou copiados sem avaliação crítica, podem ocultar alterações clínicas, produzir interpretações equivocadas e comprometer a rastreabilidade das decisões. A existência de um prontuário, por si só, não assegura segurança; é a qualidade do conteúdo e sua utilização no processo de trabalho que produzem valor clínico (Wahyuni *et al.,* 2024).

A documentação da assistência também se relaciona com deveres éticos, legais e técnicos. A Resolução Cofen nº 736/2024 dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem (PE) e determina que sua documentação ocorra formalmente no prontuário, físico ou eletrônico, com atribuições específicas para enfermeiros e demais integrantes da equipe. A Resolução Cofen nº 754/2024

normatiza o uso do prontuário eletrônico e de plataformas digitais no âmbito da Enfermagem, reafirmando a responsabilidade de registrar informações necessárias à continuidade e à qualidade assistencial (Cofen, 2024a; Cofen, 2024b).

Apesar de sua centralidade, a documentação cotidiana enfrenta obstáculos: sobrecarga de trabalho, interrupções, insuficiência de pessoal, sistemas pouco intuitivos, duplicidade de campos, falta de padronização, formação desigual e percepção de que registrar é uma obrigação administrativa. Esses fatores precisam ser discutidos sem reduzir o problema a falhas individuais. A qualidade dos registros emerge da interação entre competência profissional, condições organizacionais, desenho tecnológico, liderança e cultura institucional.

Destarte, objetivou-se refletir sobre a relação entre registros de enfermagem e segurança do paciente, considerando suas funções clínicas e comunicacionais, os riscos associados à documentação inadequada e as possibilidades de qualificação da prática.

PERCURSO REFLEXIVO

Trata-se de um estudo de reflexão teórica, construído por meio de análise narrativa de documentos normativos e referenciais técnicos relacionados à documentação de enfermagem, à segurança do paciente, à ética profissional e à saúde digital.

A análise foi organizada em seis eixos interdependentes: fundamentos e finalidades dos registros; documentação e continuidade do cuidado; registros como barreira de segurança; fragilidades e fatores organizacionais; prontuário eletrônico, interoperabilidade e proteção de dados; e estratégias de melhoria.

REGISTROS DE ENFERMAGEM: FUNDAMENTOS E FINALIDADES

Documentar é Tornar o Cuidado Comunicável

Registrar significa transformar observações, julgamentos clínicos, intervenções e respostas do paciente em informação acessível à equipe autorizada. O registro não reproduz integralmente a complexidade do encontro entre profissional e paciente, mas seleciona e organiza elementos relevantes para orientar o cuidado. Essa seleção exige discernimento clínico: nem toda informação tem a mesma relevância, e a síntese precisa preservar os dados que sustentam decisões, evidenciam riscos e permitem compreender a evolução da condição de saúde (Nool *et al.,* 2023).

Uma anotação de qualidade responde, de forma proporcional ao contexto, a perguntas fundamentais: o que foi observado; quando ocorreu; qual necessidade ou risco foi identificado; que ação foi realizada; como o paciente respondeu;

quais orientações foram oferecidas; quem foi comunicado; e quais providências permanecem pendentes. Essa lógica evita registros genéricos que apenas afirmam que o paciente “permanece sob cuidados”, sem explicitar a avaliação que fundamenta essa conclusão (Forde-Johnston; Butcher; Aveyard, 2023).

A documentação deve ser clara, objetiva, cronológica, legível e identificada pelo autor, sem expressões vagas, julgamentos depreciativos ou abreviações que possam gerar interpretações diferentes. A objetividade não significa desumanização ou eliminação do contexto: significa descrever fatos e respostas observáveis com precisão, distinguindo-os de inferências e opiniões. Quando a interpretação clínica for necessária, deve estar sustentada por dados e articulada ao PE.

Relação com o PE

A documentação é indissociável do PE, entendido como método que organiza o cuidado e favorece decisões fundamentadas. A Resolução Cofen nº 736/2024 estabelece a implementação desse processo nos contextos em que ocorre o cuidado de enfermagem e define responsabilidades de documentação. Ao enfermeiro compete registrar as etapas do processo, enquanto os demais membros da equipe participam por meio de anotações, checagem das prescrições e outros registros próprios, conforme suas atribuições e supervisão (Cofen, 2024a).

Essa organização requer coerência entre avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução. Se a avaliação identifica risco de queda, por exemplo, o planejamento deve contemplar medidas compatíveis com o risco, a implementação precisa ser documentada e a evolução deve permitir avaliar a resposta e a necessidade de revisão. A ausência de conexão entre essas etapas reduz o potencial do registro como ferramenta clínica e dificulta avaliar se as ações foram adequadas (Schøllhammer; Jørgensen; Jensen, 2023).

Registros estruturados também favorecem a individualização do cuidado. Modelos padronizados podem reduzir omissões, mas não devem substituir a avaliação singular. Campos pré-preenchidos, frases automáticas e opções fechadas precisam ser utilizados criticamente, porque podem manter informações desatualizadas ou sugerir que determinada avaliação foi realizada quando isso não ocorreu. A padronização é útil quando organiza a informação sem apagar a condição real do paciente.

Funções Clínicas, Gerenciais, Éticas e Legais

A primeira função dos registros é clínica: fornecer subsídios para decisões e continuidade do cuidado. A segunda é comunicacional: permitir que profissionais de diferentes turnos e áreas compreendam a situação atual, os riscos, as intervenções e os planos. A terceira é gerencial: apoiar auditoria, avaliação de indicadores, dimensionamento de recursos, identificação de necessidades formativas e análise de processos. A quarta é ética e legal: demonstrar o cuidado efetivamente prestado, resguardar direitos e permitir apuração responsável quando houver dúvidas ou incidentes (Wahyuni *et al.,* 2024).

Essas funções não devem ser tratadas como concorrentes. A documentação elaborada apenas para defesa jurídica pode tornar-se extensa e pouco útil clinicamente; por outro lado, anotações informais e insuficientes podem dificultar a continuidade e deixar sem evidência decisões importantes. O melhor registro é aquele que serve ao cuidado, à comunicação e à prestação de contas, respeitando o sigilo e a finalidade de uso.

O prontuário deve ser compreendido como conjunto longitudinal de informações do paciente, sob guarda institucional e sujeito a regras de acesso e confidencialidade. A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) classifica dados referentes à saúde como dados pessoais sensíveis e exige tratamento compatível com bases legais, finalidade, necessidade, segurança e direitos dos titulares (Brasil, 2018). Portanto, qualidade documental também envolve proteger a informação contra acesso, divulgação, alteração ou perda indevidos.

REGISTROS E SEGURANÇA DO PACIENTE: UMA RELAÇÃO ESTRUTURAL

Continuidade do Cuidado e Transições Assistenciais

A continuidade assistencial depende de informações que acompanhem o paciente entre turnos, unidades, serviços e níveis de atenção. Na passagem de plantão, na transferência para exames, na alta ou no encaminhamento para outro ponto da rede, a equipe precisa reconhecer rapidamente a condição clínica, as intervenções realizadas, os riscos ativos e as tarefas pendentes. Registros incompletos aumentam a dependência da memória individual e da comunicação informal, que podem falhar diante de interrupções, ruído, fadiga e pressão temporal (Nool *et al.,* 2023).

O registro escrito não substitui a comunicação verbal estruturada em situações críticas, mas oferece suporte e rastreabilidade. A combinação entre documentação atualizada e passagem de plantão organizada permite confirmar informações, esclarecer discrepâncias e explicitar prioridades. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda fortalecer sistemas de informação integrados e procedimentos padronizados de transição para apoiar a segurança ao longo do percurso assistencial (WHO, 2021).

Uma passagem segura precisa diferenciar o que já foi realizado, o que está em curso e o que precisa ser feito. A expressão “exame solicitado” não equivale a “exame realizado”; “medicação preparada” não equivale a “medicação administrada”; “orientação planejada” não demonstra que a orientação foi efetivamente fornecida. A precisão verbal e documental é essencial para evitar pressupostos equivocados e atrasos.

Reconhecimento Precoce de Deterioração Clínica

Alterações de sinais vitais, nível de consciência, dor, padrão respiratório, perfusão, diurese ou comportamento podem anteceder eventos graves. Quando esses achados são registrados com horário, tendência e contexto, a equipe pode reconhecer padrões e avaliar a resposta às intervenções. Anotações sem valores, sem horário ou sem comparação com avaliações anteriores reduzem a capacidade de perceber deterioração.

Além de registrar o dado, é necessário documentar a resposta profissional: avaliação realizada, medidas adotadas, comunicação ao enfermeiro ou à equipe médica, orientação recebida, reavaliação e desfecho imediato. A anotação “médico ciente” é insuficiente quando não permite identificar quem foi comunicado, em que momento, qual informação foi transmitida e qual conduta foi definida, especialmente quando o risco exige resposta rápida.

A documentação também deve registrar a recusa de procedimento ou tratamento, quando ocorrer, com descrição respeitosa da situação, informações oferecidas, compreensão manifestada pelo paciente e profissionais comunicados, conforme o contexto. A finalidade não é transferir responsabilidade ao paciente, mas preservar autonomia e assegurar que a equipe disponha de elementos para planejar alternativas seguras (Forde-Johnston; Butcher; Aveyard, 2023).

Medicamentos, Procedimentos e Checagem

A administração de medicamentos é uma atividade particularmente sensível à qualidade documental. A checagem deve refletir a administração efetivamente realizada, com identificação do profissional e registro das intercorrências pertinentes. Marcar como administrada uma dose não oferecida, registrar em horário diferente sem explicação ou manter checagem automática compromete a rastreabilidade e pode favorecer duplicidade, omissão ou decisões clínicas baseadas em informação incorreta.

O Parecer Cofen nº 14/2024 discute a obrigatoriedade da checagem das prescrições médicas e de enfermagem em prontuários de internação, destacando a relação entre documentação, segurança, auditoria e comprovação da assistência. A checagem não deve ser entendida como gesto mecânico: ela representa confirmação documental de uma ação que precisa ter sido realizada conforme prescrição e condições clínicas (Cofen, 2024).

Em procedimentos, curativos, dispositivos invasivos, coleta de amostras e administração de hemocomponentes, os registros devem contemplar os elementos relevantes para segurança e continuidade, segundo protocolos institucionais e atribuições profissionais. Isso inclui avaliação prévia quando indicada, identificação do procedimento, condições observadas, resposta do paciente, intercorrências e providências adotadas. O nível de detalhe deve ser suficiente para permitir compreender o que aconteceu sem recorrer a suposições.

Prevenção de Incidentes e Aprendizagem

Os registros podem contribuir para identificar circunstâncias associadas a quedas, lesões por pressão, infecções relacionadas à assistência, falhas de identificação, erros de medicação e outros incidentes. Contudo, essa contribuição depende de documentação que registre tanto o cuidado rotineiro quanto as alterações, as barreiras acionadas e a resposta após o evento. Uma narrativa exclusivamente defensiva ou fragmentada dificulta reconstruir o processo e aprender com o ocorrido.

É importante distinguir prontuário clínico e sistema de notificação de incidentes. O prontuário deve registrar informações necessárias ao cuidado individual, enquanto a notificação institucional permite analisar eventos, quase falhas e fatores sistêmicos para prevenção. Os instrumentos têm finalidades complementares, mas não idênticas. A notificação não substitui a documentação clínica, e o registro clínico não elimina a necessidade de notificar conforme os fluxos do serviço (Ziani *et al.,* 2022).

Uma cultura de segurança madura utiliza informações para compreender como as condições de trabalho, os equipamentos, os fluxos, as decisões e as barreiras interagiram. A documentação pode apoiar essa análise, mas não deve ser convertida automaticamente em mecanismo de punição. Se profissionais temem represálias por relatar dificuldades ou incidentes, podem ocorrer omissões e registros defensivos, reduzindo a capacidade de aprender (Schøllhammer; Jørgensen; Jensen, 2023).

FRAGILIDADES DOS REGISTROS E FATORES CONTRIBUINTES

Omissões, Atrasos, Ambiguidade e Inconsistência

Entre as fragilidades mais relevantes estão a ausência de registro de cuidados realizados, a anotação tardia sem indicação apropriada, o uso de expressões genéricas, a falta de horário, a ausência de identificação profissional, a inconsistência entre diferentes partes do prontuário e a cópia de conteúdo que não corresponde à condição atual. Cada uma dessas situações compromete dimensões distintas da segurança: a omissão reduz visibilidade; o atraso prejudica a cronologia; a ambiguidade favorece interpretações divergentes; e a inconsistência dificulta determinar qual informação é válida.

Registros incompletos podem decorrer de conhecimento insuficiente sobre o que documentar, mas também de condições concretas: excesso de pacientes, múltiplas demandas simultâneas, interrupções, indisponibilidade de equipamentos, lentidão do sistema, duplicidade de campos e ausência de tempo protegido. A análise de qualidade deve considerar essas causas e evitar conclusões precipitadas sobre negligência individual (Ziani *et al.,* 2022).

A documentação retrospectiva requer cuidado especial. Quando for necessário registrar uma informação após o momento do cuidado, deve-se seguir a política institucional e as funcionalidades do sistema, identificando o momento real da anotação e evitando alterar ou simular horários. Corrigir um registro deve preservar a trilha de auditoria e permitir compreender o que foi corrigido, por quem e por qual motivo, conforme as regras aplicáveis.

Sobrecarga, Interrupções e Organização do Trabalho

A relação entre carga de trabalho e qualidade documental precisa ser examinada como questão de segurança organizacional. Quando o profissional precisa alternar continuamente entre assistência direta, demandas administrativas, atendimento a familiares, telefone, alarmes e registros eletrônicos, aumenta a possibilidade de esquecimento e fragmentação da atenção. A expectativa de que toda a documentação seja concluída ao final do turno pode resultar em acúmulo, atraso e perda de detalhes relevantes.

Isso não significa que a pressão assistencial justifique qualquer omissão, mas que intervenções efetivas precisam atuar sobre as condições que tornam o registro difícil. Dimensionamento compatível, distribuição clara de responsabilidades, disponibilidade de terminais, suporte técnico e revisão dos fluxos podem ser tão importantes quanto treinamentos. A cobrança por registros perfeitos sem adequação dos recursos tende a produzir conformidade aparente, e não melhoria sustentável.

As lideranças de enfermagem têm papel relevante ao estabelecer prioridades, monitorar a qualidade, identificar gargalos e promover pactos de equipe. Auditorias devem procurar padrões e causas, distinguindo falhas isoladas de problemas recorrentes de sistema. A devolutiva precisa ser específica, educativa e acompanhada de oportunidades para corrigir processos (Oliveira *et al.,* 2026).

Formação Profissional e Raciocínio Clínico

A qualidade dos registros começa na formação inicial e se desenvolve na prática supervisionada. Estudantes e profissionais recém-admitidos precisam compreender que documentar não é apenas preencher campos, mas explicitar o raciocínio que orienta o cuidado. A aprendizagem deve integrar exemplos clínicos, discussão de prontuários fictícios, análise de situações de risco, exercícios de síntese e devolutivas sobre clareza, pertinência e coerência.

A educação permanente é especialmente importante quando ocorrem mudanças normativas, implantação de sistemas eletrônicos, revisão de protocolos ou identificação de padrões de não conformidade. Em vez de oferecer capacitações isoladas e genéricas, os serviços podem utilizar problemas reais desidentificados, indicadores de auditoria e dúvidas trazidas pela equipe como disparadores de aprendizagem no próprio trabalho (Ziani *et al.,* 2022).

É necessário também ensinar limites éticos: não registrar ações não realizadas, não compartilhar credenciais, não copiar conteúdo sem verificar sua atualidade, não incluir juízos discriminatórios e não divulgar dados por canais não

autorizados. O profissional precisa reconhecer que a integridade do registro protege o paciente, a equipe e a instituição, ao mesmo tempo em que sustenta a confiança na documentação clínica.

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO: POSSIBILIDADES E NOVOS RISCOS

Benefícios Potenciais da Documentação Digital

Prontuários eletrônicos podem ampliar legibilidade, disponibilidade e rastreabilidade; facilitar acesso a informações longitudinais; apoiar alertas, listas de verificação e cálculos; reduzir duplicidades; e permitir análises de qualidade. Quando adequadamente implementados, podem integrar dados de diferentes profissionais e setores, favorecendo decisões oportunas e coordenação do cuidado. A Resolução Cofen nº 754/2024 reconhece a relevância dos sistemas informatizados e estabelece requisitos relacionados à documentação e à proteção das informações no âmbito da Enfermagem (Cofen, 2024b).

Os benefícios, no entanto, não decorrem automaticamente da digitalização. Um formulário eletrônico mal desenhado pode reproduzir problemas do papel e acrescentar novas barreiras, como excesso de cliques, campos obrigatórios irrelevantes, navegação complexa e alertas em excesso. Se a tecnologia exige que o profissional se afaste repetidamente do paciente para registrar dados em locais inadequados, pode afetar tanto a experiência assistencial quanto a completude da documentação.

A avaliação do prontuário eletrônico deve considerar a experiência de quem registra e de quem consulta, a integração com fluxos clínicos, a estabilidade do sistema, a disponibilidade de suporte e a compatibilidade com as tarefas de enfermagem. A participação dos usuários na concepção, teste e revisão dos sistemas contribui para evitar que decisões de tecnologia sejam tomadas sem compreender a realidade do cuidado.

Copiar, Automatizar e Alertar: Uso Crítico da Tecnologia

Funcionalidades de copiar e colar, modelos padronizados e preenchimento automático podem reduzir tempo, mas também disseminar dados desatualizados, inconsistências e informações irrelevantes. A repetição de avaliações idênticas ao longo de dias, mesmo quando a condição clínica mudou, cria um registro aparentemente completo que não representa a realidade. A automação deve apoiar, e não substituir, a avaliação profissional.

Alertas eletrônicos podem ajudar a prevenir omissões e reconhecer riscos, porém seu excesso favorece fadiga de alertas e normalização de avisos. O desenho de alertas deve priorizar gravidade, relevância clínica e possibilidade de ação. O mesmo princípio vale para campos obrigatórios: exigir informações essenciais é

justificável, mas exigir dados sem utilidade clara pode estimular preenchimento mecânico e reduzir a qualidade global (Oliveira *et al.,* 2026).

Quando ferramentas de inteligência artificial ou sistemas de apoio à documentação forem utilizados, devem existir critérios de validação, supervisão humana, transparência sobre limitações e proteção dos dados. O conteúdo sugerido automaticamente precisa ser conferido pelo profissional responsável, que não deve autenticar uma avaliação que não realizou. A responsabilidade pela veracidade do registro não pode ser transferida ao software.

Interoperabilidade e Continuidade Informacional

A fragmentação entre sistemas, setores e serviços dificulta a construção de uma visão coerente da trajetória do paciente. Informações registradas em plataformas que não se comunicam podem exigir repetição de perguntas, transcrição manual e reconciliação de dados, aumentando o risco de erro. A interoperabilidade deve ser compreendida não apenas como conexão técnica, mas como capacidade de trocar informação relevante de maneira segura, compreensível e útil.

A padronização de conceitos, terminologias e formatos pode facilitar a interpretação e o uso secundário de dados para gestão e pesquisa, respeitando as regras de governança. Contudo, a padronização precisa preservar contexto e particularidades clínicas. A informação estruturada favorece análise automatizada, enquanto o texto narrativo pode registrar nuances; sistemas de qualidade combinam essas formas de modo coerente.

Na transição entre serviços, a documentação deve priorizar dados necessários ao próximo ponto de cuidado: condição atual, alergias, medicamentos em uso, dispositivos, riscos identificados, intervenções relevantes, pendências e plano de seguimento, conforme a situação. O excesso de informação irrelevante pode ocultar dados críticos, por isso a qualidade depende também de síntese e organização (Oliveira *et al.,* 2026).

RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, SIGILO E PROTEÇÃO DE DADOS

Os registros de enfermagem são produzidos em um contexto de confiança. Pacientes compartilham informações íntimas porque esperam que sejam utilizadas para seu cuidado e protegidas contra exposição indevida. A confidencialidade não é um requisito periférico: constitui parte da segurança e da dignidade. A LGPD exige que o tratamento de dados pessoais observe princípios como finalidade, adequação, necessidade, segurança, prevenção e responsabilização (Brasil, 2018).

Na prática, isso implica acessar apenas informações necessárias às atribuições profissionais, manter credenciais individuais, bloquear telas quando apropriado, evitar fotografias ou mensagens em canais não autorizados e não discutir casos identificáveis em espaços públicos. A utilização de dispositivos pessoais, aplicativos

de mensagens e armazenamento externo deve seguir políticas institucionais e normas vigentes. A conveniência não pode justificar a exposição de dados clínicos.

A Resolução Cofen nº 754/2024 trata de prontuário eletrônico e plataformas digitais e reafirma a necessidade de salvaguardas para acesso e armazenamento. A segurança depende de medidas técnicas e organizacionais: controle de acesso por perfil, autenticação adequada, cópias de segurança, trilhas de auditoria, atualização de sistemas, gestão de incidentes e capacitação dos usuários. A instituição deve definir responsabilidades e oferecer infraestrutura compatível, em vez de atribuir toda a proteção de dados à prudência individual (Cofen, 2024b).

Do ponto de vista ético e legal, o registro deve refletir a assistência realmente prestada e ser produzido com veracidade. Não se deve apagar, adulterar, retroagir ou fabricar informação para adequar o prontuário a uma expectativa administrativa. Quando houver erro de documentação, a correção deve seguir procedimento formal, preservando a informação original e a rastreabilidade. A transparência responsável é mais segura do que a tentativa de ocultar uma falha.

É importante diferenciar documentação insuficiente, erro não intencional e falsificação deliberada. Cada situação demanda análise proporcional, apuração justa e medidas adequadas. A cultura justa reconhece que profissionais podem cometer erros em sistemas complexos, mas não elimina a responsabilidade por condutas intencionais ou temerárias. Essa distinção protege a aprendizagem e preserva a confiança no prontuário.

ESTRATÉGIAS INSTITUCIONAIS PARA QUALIFICAR OS REGISTROS

Padronização Orientada à Prática Clínica

Os serviços podem estabelecer padrões mínimos para registros de avaliação, intervenções, checagens, intercorrências, comunicação de risco e transições assistenciais. Esses padrões devem explicitar o conteúdo essencial sem impor narrativas extensas e repetitivas. A construção precisa envolver enfermeiros, técnicos, auxiliares, profissionais de tecnologia da informação, qualidade, segurança do paciente e, quando pertinente, representantes dos usuários.

Modelos e listas de verificação devem ser testados em cenários reais antes da adoção ampla. É importante avaliar se facilitam a documentação, se evitam omissões e se produzem campos redundantes. A revisão periódica deve considerar incidentes, auditorias, mudanças normativas e feedback da equipe. O protocolo não deve ser tratado como documento estático, mas como instrumento de trabalho sujeito à melhoria.

Uma estratégia útil consiste em definir critérios explícitos de qualidade documental: identificação correta do paciente; registro temporal; autoria; clareza; pertinência; coerência com o PE; documentação de ações e respostas; comunicação

de alterações; e proteção de dados. Esses critérios precisam ser compreendidos e aplicados de maneira contextualizada, evitando que a auditoria se limite a contar campos preenchidos.

Auditoria com Devolutiva Educativa

A auditoria de registros deve ser orientada por perguntas relevantes: a informação permite compreender a condição do paciente? A intervenção está documentada? A resposta foi avaliada? As mudanças clínicas foram comunicadas? Há coerência entre prescrição, execução e evolução? Os riscos foram acompanhados? A auditoria deve examinar não apenas a presença formal de anotações, mas também sua utilidade para o cuidado.

Indicadores podem incluir proporção de registros com identificação e horário adequados, completude de avaliações de risco, concordância entre prescrição e checagem, documentação de reavaliação após intervenção e qualidade dos registros em transferências. A escolha dos indicadores deve considerar viabilidade, confiabilidade e possibilidade de gerar ação. Indicadores sem plano de melhoria tendem a se tornar números de controle sem impacto clínico (Ziani *et al.,* 2022).

A devolutiva deve ser tempestiva, específica e respeitosa. Discussões coletivas com exemplos desidentificados ajudam a reconhecer padrões sem expor indivíduos. Quando um problema é recorrente, a equipe deve investigar se o campo é difícil de localizar, se o sistema apresenta falhas, se o tempo é insuficiente ou se a orientação institucional é ambígua. O objetivo é reduzir riscos e melhorar processos.

IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO, A FORMAÇÃO E A PESQUISA

Para a gestão dos serviços, a reflexão central é que documentação de qualidade exige governança. Isso inclui atribuir responsabilidades, estabelecer padrões, revisar fluxos, monitorar indicadores e assegurar recursos. A análise deve considerar tanto a dimensão técnica do registro quanto a experiência do paciente e as condições em que a equipe trabalha. A pergunta não pode ser apenas “por que o profissional não registrou?”, mas também “o que no processo tornou o registro difícil, tardio ou pouco útil?”.

Na formação em enfermagem, os registros precisam ocupar lugar explícito no ensino clínico, na simulação e nos estágios. Avaliar o estudante apenas pela realização técnica do procedimento, sem avaliar como documenta a avaliação e a resposta do paciente, transmite a ideia de que a escrita é secundária. O ensino deve integrar ação e documentação, destacando a diferença entre registrar o que foi planejado, o que foi executado e o que foi efetivamente observado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os registros de enfermagem são parte constitutiva da assistência segura. Eles organizam a memória clínica do cuidado, permitem acompanhar mudanças, apoiam decisões e tornam comunicáveis as ações realizadas. Sua qualidade influencia a continuidade entre profissionais e serviços, a rastreabilidade das intervenções, a prevenção de incidentes e a possibilidade de aprender com falhas e quase falhas. Por isso, não devem ser reduzidos a uma exigência burocrática ou a um mecanismo de defesa profissional.

A reflexão evidenciou que registros claros, completos, oportunos, coerentes e identificados dependem da articulação entre competência clínica, padrões institucionais, condições de trabalho, desenho dos sistemas e cultura de segurança. O foco exclusivo na responsabilização individual tende a ocultar fatores organizacionais e a produzir conformidade superficial. Em contrapartida, uma abordagem sistêmica não elimina a responsabilidade profissional: estabelece condições para que ela seja exercida com competência, transparência e apoio.

No ambiente digital, os benefícios de disponibilidade e rastreabilidade convivem com riscos de cópia automática, excesso de alertas, duplicidade, falhas de acesso e exposição de dados. A tecnologia precisa ser desenhada e avaliada com participação dos profissionais, critérios de usabilidade, segurança da informação e supervisão humana. A integridade do prontuário deve ser preservada inclusive diante de correções e indisponibilidades.

Como implicação prática, recomenda-se que os serviços desenvolvam padrões de documentação vinculados ao PE, auditorias educativas, educação permanente baseada em problemas reais, indicadores úteis, fluxos de comunicação e políticas robustas de proteção de dados. Essas ações devem ser acompanhadas de recursos materiais, suporte tecnológico e liderança comprometida com a aprendizagem.

Conclui-se que documentar é cuidar e comunicar. A qualidade do registro não se mede apenas pela quantidade de texto ou pelo preenchimento de campos, mas por sua capacidade de representar com fidelidade a assistência, orientar decisões e reduzir incertezas. Fortalecer os registros de enfermagem significa fortalecer a segurança do paciente, a responsabilidade profissional e a qualidade dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018.** Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 15 ago. 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 20 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.** Institui o

Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 20 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 20 out. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução Cofen nº 736, de 17 de janeiro de 2024.** Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília, DF: Cofen, 2024a. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/. Acesso em: 20 out. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução Cofen nº 754, de 16 de maio de 2024.** Normatiza o uso do prontuário eletrônico e plataformas digitais no âmbito da Enfermagem: digitalização, utilização de sistemas informatizados para guarda e armazenamento nesta tecnologia. Brasília, DF: Cofen, 2024b. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-754-de-16-de-maio-de-2024/. Acesso em: 20 out. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Parecer nº 14/2024/COFEN/CAMTEC/CTLNENF.** Assunto: checagem obrigatória nas prescrições médicas e de enfermagem no prontuário de internação hospitalar. Brasília, DF: Cofen, 2025. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/parecer-no-14-2024-cofen-camtec-ctlnenf/. Acesso em: 20 out. 2026.

FORDE-JOHNSTON, C.; BUTCHER, D.; AVEYARD, H. An integrative review exploring the impact of Electronic Health Records (EHR) on the quality of nurse–patient interactions and communication. **Journal of Advanced Nursing**, v. 79, n. 1, p. 48–67, 2023. DOI: https://doi.org/10.1111/jan.15484

NOOL, I.; TUPITS, M.; PARM, L.; HÕRRAK, E.; OJASOO, M. The quality of nursing documentation and standardized nursing diagnoses in the children's hospital electronic nursing records. **International Journal of Nursing Knowledge,** v. 34, n. 1, p. 4–12, 2023. DOI: https://doi.org/10.1111/2047-3095.12363

OLIVEIRA, F. B. M.; *et al.* **A importância dos registros de enfermagem na qualidade da assistência: uma revisão integrativa.** Periódicos Brasil. Pesquisa Científica, Macapá, v. 5, n. 1, p. 2353–2362, 2026. DOI: https://doi.org/10.36557/2674-9432.2026v5n1p2353-2362

SCHØLLHAMMER, H.; JØRGENSEN, T. M.; JENSEN, H. I. **Documenting care together with patients: the experiences of nurses and patients.** BMC Nursing, v. 22, art. 143, 2023. DOI: https://doi.org/10.1186/s12912-023-01309-6

WAHYUNI, E. D.; NURSALAM, N.; DEWI, Y. S.; ARIFIN, H.; BENJAMIN, L. S. Electronic nursing documentation for patient safety, quality of nursing care, and documentation: a systematic review. **Journal of the Pakistan Medical Association**, v. 74, n. 9, p. 1669–1677, 2024. DOI: https://doi.org/10.47391/JPMA.9996

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care.** Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705. Acesso em: 20 out. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient safety.** Geneva: World Health Organization, 2023. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety. Acesso em: 20 out. 2026.

ZIANI, J. S.; MUNIZ, A. G.; DA FONSECA AGUIRRE, T.; KLEINERT HALBERSTADT, B. M.; DE LIMA ESCOBAL, A. P.; ALENDE PRATES, L. Planejamento estratégico situacional como ferramenta para qualificação dos registros de enfermagem: relato de experiência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [S. l.], v. 12, 2022. DOI: 10.19175/recom.v12i0.4622.