

IMPORTÂNCIA DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE AUDITORIA

IMPORTANCE OF NURSING ANNOTATIONS IN THE AUDIT PROCESS

Beatriz Maria da Silva Trindade¹

Adriane Lopes²

¹ Graduada em enfermagem pela Faculdade Anhanguera de Santa Bárbara d'Oeste. E-mail: biatrin@yahoo.com.br

² Enfermeira mestre em administração, educação e novas tecnologias, docente do departamento de enfermagem das FIJ. E-mail: drinurse@hotmail.com;

RESUMO

A auditoria em Enfermagem ocorre na avaliação de forma sistêmica da qualidade do serviço prestado ao paciente, através das anotações de Enfermagem no prontuário ou nas condições do mesmo. Esse trabalho tem como objetivo verificar a relevância das anotações de enfermagem no andamento da auditoria, considerando o impacto causado pela inconsistência de anotações no prontuário de enfermagem. Para que esse trabalho fosse desenvolvido, foi realizada pesquisa bibliográfica a artigos científicos através dos bancos de dados informatizados, Google acadêmico, Scielo, Lilacs, Medline e consulta em outras bibliografias que abordam o assunto. Com base nos trabalhos investigados foi confirmada a importância das anotações de enfermagem no processo de auditoria. Os profissionais de Enfermagem precisam ter percepção das anotações consideradas ruins devido ao importante papel que estas representam frente à necessidade do fornecimento de provas diante de diligências legais, questões orçamentais ou investigações científicas.

Palavras-chave: Anotações de enfermagem. Glosas. Auditoria.

ABSTRACT

The nursing audit takes place in the systemic evaluation of the quality of the service provided to the patient, through the nursing notes in the medical record or in the conditions of the same. This study aims to verify the relevance of nursing notes in the audit process, considering the impact caused by the inconsistency of annotations in the nursing record. For development of this work, was carried out a bibliographical research through the computerized databases, Google academic, Scielo, Lilacs, Medline and consultation in bibliographies that approach the subject. It was confirmed the importance of nursing notes based on the analytical work, since a magnitude of quality and annotations was analyzed, as well as an insufficiency of its statement, pointing out that annotations considered to be bad, need for a greater perception of nursing professionals in relation to the important role that such annotations imply, given the need to provide evidence before legal proceedings, billing, collection or scientific investigations.

Keywords: Nursing annotations. Glosas. Audit.

1 INTRODUÇÃO

A auditoria em enfermagem ocorre na avaliação sistêmica da qualidade do serviço prestado ao paciente, através das anotações de enfermagem no prontuário ou nas condições do mesmo. Existem alguns tipos de auditoria mais utilizadas, sendo elas: auditoria de cuidados, que avalia a qualidade da assistência em enfermagem, através do prontuário, e a auditoria de custos, que confere e controla o faturamento enviado aos planos de saúde no que diz respeito às visitas de rotina, serviços, procedimentos realizados, cruzando as informações enviadas com aquelas encontradas nos prontuários. Dessa forma, por meio das auditorias podem ser indicadas ações preventivas ou de correção. Este é um processo educativo, uma vez que não procura os responsáveis, mas questiona os resultados divergentes. No entanto, tal auditoria visa controlar custos, pagamentos justos e qualidade do atendimento com base numa conduta ética (FERREIRA et al., 2009).

Ainda de acordo com os mesmos autores, as anotações de enfermagem se referem aos registros do paciente em todo o tempo dentro do ambiente hospitalar, nelas são encontradas referências sobre sua saúde geral e dados administrativos. Dessa forma, promove a informação dos cuidados prestados ao paciente e à equipe multidisciplinar. Seu uso é rotineiro em casos de auditoria, evitando cortes hospitalares. Esse modelo de anotação deve ser valorizado, independente da filosofia e das teorias de enfermagem que fundamentam o processo de enfermagem na instituição, uma vez que é o meio mais fácil para avaliação dos cuidados oferecidos ao paciente, utilizando indicadores de qualidade, seja para mensurar o processo ou os resultados finais da assistência de enfermagem.

Entretanto, existem diversos problemas de recusas de contas médicas por operadoras de saúde, através dos convênios, uma vez que exigem que as contas estejam preenchidas de forma correta, com registros objetivos e claros no prontuário, seja na evolução médica ou mesmo nas anotações de enfermagem. Esses relatórios devem conter todos os procedimentos e condutas realizadas para que o pagamento seja efetuado. Logo, é função do enfermeiro auditor avaliar esses cortes, sejam eles por falta de anotações ou mesmo justificativa de medicamentos administrados e materiais utilizados, afinal, as falhas nos registros de enfermagem têm gerado perdas econômicas para as instituições. Essas falhas são observadas no prontuário ou conta médica, que nada mais é que o conjunto de documentos escritos, relacionados a determinado fato ou pessoa. Tal documento é de imenso valor e deve conter anotações dos mais variados

membros da equipe multidisciplinar, sendo um comprovante das ações tomadas durante o atendimento e internação do paciente (LUZ; MARTINS; DYNEWICZ, 2007).

Ainda segundo os mesmos autores, no que tange a equipe de enfermagem, a lei prevê que é dever dos profissionais manter anotações perfeitas, além de organizar documentos referentes ao paciente no que lhes é relativo. A Lei 7.498, de 25 de junho de 1986 em seu Art. 14, aponta o compromisso de toda a equipe de enfermagem diante da necessidade de anotar todas as atividades da assistência de enfermagem no prontuário do paciente.

Este trabalho foi elaborado baseado em revisão bibliográfica. Ao delimitar o tema da pesquisa, foi realizado um estudo exploratório a fim de verificar a importância das anotações de enfermagem no processo de auditoria. A pesquisa foi realizada através dos bancos de dados informatizados, Google acadêmico, Scielo, Lilacs, Medline e consulta em bibliografias que abordam o assunto.

Perante essa situação, justifica-se a realização desse trabalho em virtude do alto índice de inconsistência de informações ou anotações incorretas no prontuário do paciente, devido a esses fatores, isso acaba causando um grande impacto na realização da auditoria.

Dessa forma, esse trabalho tem como objetivo verificar a relevância das anotações de enfermagem no andamento da auditoria, considerando o impacto causado pela inconsistência de anotações no prontuário de enfermagem.

2 DESENVOLVIMENTO

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (2016) a Enfermagem é uma profissão que depende muito de informações oportunas e precisas na execução das intervenções que compreendem o cuidar. Sendo assim, os registros de enfermagem são de extrema importância e quando redigidos de forma que façam jus à realidade, favorecem a comunicação entre a equipe de saúde, além de servir para mais finalidades, como: pesquisas, auditorias, ensino, planejamento, processos jurídicos, fins estatísticos, dentre outros.

No ambiente do hospital, são encontradas diversas maneiras de comunicação, seja por observação, ou mesmo pela linguagem escrita ou falada, tais maneiras favorecem os cuidados com os pacientes. Dessa forma, a comunicação deve ser eficaz entre a equipe, de maneira que as necessidades do paciente sejam avaliadas, compreendidas e atendidas (PEDROSA; SOUZA; MONTEIRO, 2011).

Conforme o Conselho Regional de Enfermagem (COREN) (2009), os registros realizados pela equipe de enfermagem tem como principal finalidade fornecer informações acerca da assistência prestada, confirmando a comunicação entre os membros da equipe de saúde e certificando a continuidade das informações durante todo o dia, essa condição é determinante para a compreensão do paciente de maneira integral. Os registros encontrados nos prontuário do paciente configuram um documento legal de defesa dos profissionais, portanto, devem estar completos de autenticidade e de significado legal. Os mesmos refletem todo o empenho e força de trabalho da equipe, recompensando suas atribuições.

O registro do histórico clínico do paciente, em forma de prontuário, seja ele impresso ou eletrônico configuram uma memória valiosa para o profissional da saúde, além de um documento que embasa as decisões clínicas e qualidade do serviço prestado. Os registros colaboram para garantir a continuidade e longevidade do cuidado, ajudando na comunicação e tomada de decisões em equipe e criando um arquivo de dados-base das pessoas e famílias em seguimento, oferecendo dados para possíveis investigações científicas ou provas para diligências legais. Os registros anotados no prontuário são também utilizados para faturamento e cobrança, para fins de auditorias internas e externas, para levantamento de estatísticas acerca de procedimentos realizados, bem como para análise institucional. Grande parte dos pagamentos de medicamentos, materiais, serviços e procedimentos são pautados nas anotações do prontuário (BRAGAS, 2015).

Dessa forma, os registros encontrados no prontuário do paciente podem ser tomados como um documento legal de defesa dos profissionais, conferindo autenticidade e significado legal. Eles indicam toda a força de trabalho e empenho dos profissionais, valorizando, portanto, a segurança do paciente diante das ações da equipe (COFEN, 2016).

Os registros de enfermagem oferecem dados que auxiliam o enfermeiro para determinar um plano de cuidados; suporte para análise dos cuidados oferecidos, respostas do paciente segundo o esperado e desenvolvimento da Evolução de Enfermagem. Dessa forma, o prontuário é de fundamental importância para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), pois é onde encontram-se dados seguros a fim de continuar os cuidados com o paciente. Auxilia, ainda, na identificação do estado e das condições do paciente, ajudando na observação de novos problemas e avaliando cuidados prescritos, e por último, ajudando a comparar as respostas do paciente com os cuidados realizados (COREN-SP, 2009).

Dessa forma, Borsato et al (2011) afirma que as anotações de enfermagem tem como finalidade o registro de informações sobre a assistência oferecida, confirmando a comunicação entre os membros da equipe de saúde e promovendo a continuidade do processo de trabalho, garantindo a segurança do paciente e embasamento legal e ético.

2.1 Procedimentos de enfermagem – O que anotar

Os autores Pedrosa; Souza; Monteiro (2015) explicam que com relação ao prontuário do paciente, devem conter de maneira geral a evolução da enfermagem. Alguns pontos são primordiais para a realização correta dos registros. O prontuário deve ser objetivo, sem valores, opiniões ou julgamentos pessoais; devem constar informações fornecidas pela família e pelo paciente; as generalizações devem ser evitadas, inclusive termos incertos, pois podem ter diversas observações; os dados devem ser descritos de forma completa, com informações claras e concisas, ou seja, faz-se uma linha sobre o item incorreto, assinalando o termo errôneo e efetivando o registro. O uso de corretores, linhas cruzadas ou borrachas não são aceitos; a escrita deve ocorrer segundo as normas gramaticais e somente são aceitas abreviações aprovadas no local de trabalho específico.

Ainda com relação ao conteúdo do prontuário do paciente, o COREN-SP (2009) p.11-12, descreve algumas regras que são relevantes e fundamentais para a elaboração das anotações de enfermagem, sendo elas:

- Devem ser legíveis, completas, claras, concisas, objetivas, pontuais e cronológicas;
- Devem ser precedidas de data e hora, conter assinatura e identificação do profissional ao final de cada registro;
- Não conter rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços;
- Conter observações efetuadas, cuidados prestados, sejam eles os já padronizados, de rotina e específicos;
- Devem, ainda, constar das respostas do paciente frente aos cuidados prescritos pelo enfermeiro, intercorrências, sinais e sintomas observados;
- Devem ser registradas após o cuidado prestado, orientação fornecida ou informação obtida;
- Devem priorizar a descrição de características, como tamanho mensurado (cm, mm, etc.), quantidade (ml, l, etc.), coloração e forma;
- Não conter termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco, etc.);
- Conter apenas abreviaturas previstas em literatura;

- Devem ser referentes aos dados simples, que não requeiram maior aprofundamento científico. Não é correto, por exemplo, o técnico ou auxiliar de enfermagem anotar dados referentes ao exame físico do paciente, como abdome distendido, timpânico; pupilas isocóricas, etc., visto que, para a obtenção destes dados, é necessário ter realizado o exame físico prévio, que constitui ação privativa do enfermeiro.
- Todos os cuidados prestados – incluem as prescrições de enfermagem e médicas cumpridas, além dos cuidados de rotina, medidas de segurança adotadas, encaminhamentos ou transferências de setor, entre outros;
- Sinais e sintomas – incluem os identificados através da simples observação e os referidos pelo paciente. Importante destacar que os sinais vitais mensurados devem ser registrados pontualmente, ou seja, os valores exatos aferidos, e não normotenso, normocárdico, etc;
- Intercorrências – incluem os fatos ocorridos com o paciente e medidas adotadas; e
- Respostas dos pacientes às ações realizadas.

De acordo com Bragas (2015), todos os registros de enfermagem são tidos como base para pautar ações realizadas como prova de que o paciente foi tratado de forma adequada. É extremamente importante que todos os cuidados realizados sejam anotados, conferindo procedimentos realizados, salientando as razões pelas quais determinados cuidados não foram realizados, favorecendo a continuidade do cuidado. É preciso que ocorra uma supervisão dos registros pelo enfermeiro, uma vez que deve estar ciente de todos os procedimentos realizados pela enfermagem ao paciente durante o período em que ficou internado. As melhorias no processo levam em consideração o monitoramento dos registros permanentemente, colaborando para a gestão em saúde.

2.2 Anotações de enfermagem e glosas

De acordo com Silva et al (2017), um dos principais instrumentos de apoio durante a análise das contas do hospital são as anotações de enfermagem, pois devem registrar as condições do paciente, bem como sua atividade, transmitindo informações a respeito do mesmo, criando uma base de integração e continuidade do plano total de cuidados, apontando que todas as prescrições médicas foram cumpridas no que diz respeito à medicação e tratamento do paciente.

É importante ressaltar que as anotações de enfermagem não incluem toda a prática assistencial, mas por intermédio das informações anotadas são apontadas as ações de cuidado,

ajudando na avaliação dos procedimentos assistenciais através da auditoria. Ainda assim, quando as anotações estão ilegíveis, rasuradas ou até mesmo faltando itens, quando o faturamento das contas hospitalares for realizado, essa má qualidade das anotações tem grande influência no orçamento das instituições no processo de auditoria. Quando esse fato ocorre, causa um impacto nas contas hospitalares, que se denominam glosas, que nada mais é do que os cancelamentos ou recusas, totais ou parciais no orçamento, verba ou conta, uma vez que são apontados como indevidos ou ilegais, ou seja, itens não aptos ao pagamento, avaliados pelo auditor do plano de saúde (CARVALHO; ROSSI, 2011).

Para que ocorra uma boa comunicação entre os profissionais de saúde, o registro clínico no prontuário é primordial, uma vez que é o mais importante meio de transmissão de informações acerca do paciente entre os membros da equipe multiprofissional. Essa é uma indispensável ferramenta para avaliar a qualidade dos serviços prestados, prevenindo glosas hospitalares, ou seja, o cancelamento total ou parcial do orçamento. No prontuário devem ser encontradas as intervenções realizadas, a situação do paciente e os resultados obtidos (PEDROSA; SOUZA; MONTEIRO, 2011).

Informações não encontradas nas anotações do prontuário são frequentes quando existe problemas de compreensão da letra, por conta disso, foi encontrado um aumento no número de cortes hospitalares, acometendo a instituição com um valor considerável (SILVA et al., 2017).

Diante da vasta legislação acerca do registro das atividades de enfermagem, as anotações são importantes em todas as áreas da assistência de enfermagem. Uma vez que quando a instituição quer reaver suas perdas referentes a itens cortados, elabora recursos pautados nas justificativas dos profissionais envolvidos no cuidado, através de suas anotações. Quando não encontradas, essas justificativas pela quantidade de materiais utilizados pode resultar em glosas, acarretando inúmeras despesas para as instituições. Pesquisas apontam que as anotações de enfermagem exercem importante influência para um grande índice de recuperação de itens cortados (BARRETO; LIMA E XAVIER, 2016).

A glosa nada mais é que o cancelamento total ou parcial do orçamento apresentado pela instituição após a prestação dos seus serviços, quando considerado pela fonte pagadora como indevido, é aplicada quando alguma situação causa imprecisão no que diz respeito às regras e práticas seguidas pela instituição auditada. Um significativo número de glosas hospitalares pode ocorrer devido à ausência de anotações, sobretudo nas ações da equipe médica e de enfermagem. No entanto, se tivessem ações sistematizadas pela equipe, tais anotações poderiam ser melhores desenhadas por meio de protocolos assistenciais, que colaborariam no cálculo de

ações, sendo um instrumento para a auditoria de contas hospitalares, evitando glosas (SILVA et al., 2017).

No que tange o tipo de cancelamentos, podem ser: decorrentes de falhas operacionais no ato da cobrança; administrativas, glosas técnicas, causadas pela equipe de enfermagem; ou ainda, médica, por conta da ausência de justificativas ou embasamentos de determinado procedimento, bem como a ausência de anotações de enfermagem e assistências prestadas ao paciente (PRADO; ASSIS, 2011).

2.3 Principais falhas nos registros de enfermagem e a importância das anotações adequadas no processo de auditoria

As anotações de enfermagem têm sido estudadas pelas auditorias dos serviços de saúde, por conta de a equipe de enfermagem oferecer assistência 24 horas por dia, ou seja, o trabalho é intenso junto ao cliente, permitindo a realização de inúmeros cuidados e procedimentos que acarretam custos e apontam o atendimento prestado. Dessa forma, é extremamente importante que a anotação de enfermagem seja direta, clara e real aos fatos, demonstrando de forma efetiva a qualidade do cuidado oferecido ao cliente. As falhas mais encontradas nos registros de enfermagem são divididas em três importantes aspectos: de ordem técnica, de checagem das prescrições e legais, as consequências dessas falhas podem ser as glosas (PRADO; ASSIS, 2011).

De acordo com estudo realizado por Barreto; Lima e Xavier (2016) as mais importantes falhas apontadas nos registros de enfermagem são ausência de identificação e carimbo do profissional que executou a tarefa; ausência de itens importantes ao preenchimento, como o horário de execução, erros ortográficos e letras ilegíveis; anotações e evoluções de enfermagem imprecisas em seu conteúdo; uso de terminologia incoerente; siglas não padronizadas e sem referências em algum local do registro; uso de corretivos e rasuras.

Já no estudo desenvolvido por Claudino et al (2013) são apontados diversos erros nos prontuários de enfermagem acerca dos aspectos éticos e legais, dentre outros, a saber: anotações por turno e não por horário, registros incompletos, ausência de datas, rasuras, ausência ou identificação incorreta do profissional, ausência de checagem de procedimentos e medicamentos considerados responsáveis pelo maior índice de glosas no que tange os registros de enfermagem identificados através de auditorias nos registros de enfermagem.

Na pesquisa realizada por Prado e Assis (2015), as falhas encontradas foram: Letra ilegível – rasuras – incorreções - horário da anotação - identificação do profissional; Checagem de medicamentos, discriminação de materiais e anotação dos procedimentos e Não implantação da SAE.

Ainda segundo os mesmos autores, o registro da data e horário em ordem cronológica dos atendimentos realizados é de extrema importância para a continuidade do cuidado, bem como acompanhamento do quadro patológico do paciente. Durante a auditoria, a não existência desse tipo de anotações pode significar a não realização de um procedimento, prejudicando financeiramente a instituição onde houve a assistência ao paciente, fazendo com que não receba pelos cuidados oferecidos. Dessa forma, a carência de informações sobre horário de início e término, da oxigenoterapia, por exemplo, é um dos fatores que acabaram em cortes nas instituições investigadas.

É importante salientar que os registros devem conter o maior número de informações possíveis acerca das condições de saúde do paciente, incluindo aspectos ligados aos procedimentos e também as queixas, necessidades e evolução dos pacientes, uma vez que os registros enfatizam os cuidados desenvolvidos pela equipe de enfermagem. Deixar de relatar algum procedimento demonstra ausência de compromisso de responsabilidade e de comprometimento com o trabalho da enfermagem (MORAIS; GONÇALVES; AMARAL, 2017).

Entretanto, na enfermagem a auditoria busca identificar informações nos registros, ou seja, anotações para o controle de custos, para mensurar a qualidade do atendimento, bem como pagamento justo da conta hospitalar, além de apontar a transparência da negociação, com base numa conduta ética. Sendo assim, um dos elementos de maior importância nesse processo é o prontuário do paciente, pois é uma ferramenta legal que avalia a qualidade dos serviços, fornecendo informações vitais para processos judiciais ou planos de saúde. Por ser um documento que registra os cuidados profissionais realizados nos serviços públicos e privados, a ausência de anotações de enfermagem pode acabar em cortes hospitalares (PRADO; ASSIS, 2011).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, desenvolvido com a finalidade de analisar a importância das anotações de enfermagem dentro do processo de auditoria, através de revisão bibliográfica, trouxe como

conclusão que deficiências nos registros e anotações de enfermagem geram impactos de ordem financeira, no planejamento e aprimoramento de ações da equipe e na comprovação de procedimentos e tratamentos realizados.

Um dos instrumentos de maior importância na auditoria em enfermagem são os prontuários, onde são apontadas a qualidade do atendimento oferecido, além da produtividade. Baseado nesses dados será sempre possível determinar as práticas de cuidado, executando ações de melhoria nos resultados operacionais e de assistência, pois causam ações assistenciais individualizadas acerca do paciente. Além do mais, as anotações de enfermagem formam um documento legal seja para o paciente ou para a equipe de enfermagem. Auxiliam na auditoria de enfermagem para o trabalho, para o ensino, assim como para as pesquisas em enfermagem. Esses registros são desenvolvidos por todos os membros da equipe de enfermagem e dizem respeito aos procedimentos realizados no paciente bem como suas condições, assim como todas as intercorrências.

Os defeitos nos registros de enfermagem podem causar consequências econômicas para a instituição, assim como gerar dúvidas no que diz respeito à assistência prestada. As informações devem ser objetivas e claras, de maneira que qualquer pessoa que ler compreenda a informação registrada.

Quando ocorre de o profissional deixar de anotar alguma informação, podem ser omitidas situações importantes para a evolução clínica do paciente. É preciso que as anotações sejam sequenciais e com o horário correspondente ao procedimento feito junto ao paciente. Os profissionais podem auxiliar para que não ocorram cortes, analisando as prescrições de enfermagem antes de serem anexadas ao prontuário, dessa forma, é possível identificar possíveis falhas, como a não checagem de procedimentos ou não justificativa dos mesmos.

Apesar de importante, as anotações de enfermagem muitas vezes não vem compostas por todas as informações necessárias no suporte à instituição e/ou a enfermagem, quando ocorre algo semelhante ao descaso com a formalização escrita dos procedimentos, a proteção dos direitos dos profissionais de enfermagem é reduzida, seja de forma administrativa ou judicial. Além do mais, anotações infundadas, subjetivas ou ilegíveis geralmente culminam na prática de cortes nos itens do faturamento das contas hospitalares, afetando de maneira direta o orçamento das instituições. Em contrapartida, as anotações realizadas com rigor, que obedecem as normas são fontes extremamente importantes para os processos de estorno de tais glosas.

REFERÊNCIAS

BARRETO, Jacyara Almeida; LIMA, Gilberto Gonçalves de; XAVIER, Camila Fernanda. Inconsistências das anotações de enfermagem no processo de auditoria. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v.1, n.6, p.2081-2093, jan/abr. 2016.

BORSATO, Fabiane Gorni et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em um Hospital Universitário. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.24, n.4, p.527-533, 2011.

BRAGAS, Luciane Zambarda Todendi. **A importância da qualidade dos registros de enfermagem para gestão em saúde:** estudo em hospital na região noroeste do RS. Trabalho de conclusão de curso como requisito parcial ao Curso de Especialização de Gestão em Saúde. Escola de Administração/UFRGS. Porto Alegre – RS (2015), 34f.

CARVALHO, Alessandra V.O.; ROSSI, Vanessa Cristina. **Anotações de enfermagem no processo de auditoria.** Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Auditoria em Saúde, do Centro Universitário Filadélfia - UniFil, como requisito para obtenção do título de Especialista. Londrina – PR (2011), 31f.

CLAUDINO, HellenGomes e et al. Auditoria em registros de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.397-402, jul/set, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Guia de recomendações:** Para registros de enfermagem no Prontuário do Paciente e Outros Documentos de Enfermagem. 2016. Disponível em <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf> Acesso em 30/01/2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). **Anotações de Enfermagem.** 2009. Disponível em <http://www.portaldaenfermagem.com.br/downloads/manual-anotacoes-de-enfermagem-coren-sp.pdf> Acesso em 30/01/2018.

FERREIRA, Tânia S et al. Auditoria de enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. **Aquichán**, Bogotá, v.9, n.1, p.38-49, Jan. 2009.

LUZ, Alessandra da; MARTINS, Andreia Pereira, DYNEWICZ, Ana Maria. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. **Rev. Eletr. Enf.** v.9, n.2, p.344-61, 2007.

MORAIS, Erika Rodrigues; GONÇALVES, Gabriela Lima; AMARAL, Mônica Santos. Importância das anotações de enfermagem na auditoria: uma revisão bibliográfica. **Revista Científica FacMais**, v.9, n.2, p.78-93, julho. 2017.

PEDROSA, Karilena Karlla de Amorim; SOUZA, Marília Fernandes Gonzaga de; MONTEIRO, Akemi Iwata. O enfermeiro e o registro de enfermagem em um hospital público de ensino. **Rev Rene**, Fortaleza, v.12, n.3, p.568-573, jul/set 2011.

PRADO, Patrícia Rezende do; ASSIS, Walédyra Araújo Lopes de Melo e. A importância das anotações de enfermagem nas glosas hospitalares. **Cuidarte Enfermagem**. Catanduva-SP, v.5, n.1, p.62-68, janeiro/junho 2011

SILVA, Joana Angélica Santos Veloso et al. Glosas Hospitalares e o Uso de Protocolos Assistenciais: Revisão Integrativa da Literatura. **Rev. Adm. Saúde**, v.17, n.66, Jan/Mar. 2017.