



ORIGINAL ARTICLE

NURSING NOTES OF AN UNIT OF A HOSPITALIZATION
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO
APUNTES DE ENFERMERÍA DE UNA UNIDAD DE INTERNACIÓN

Teresa Celia de Mattos Moraes dos Santos¹, Ana Lucia De Faria², Indira Bastos Ferreira³, Maria do Socorro Feitosa⁴, Pamela Priscila de Albuquerque⁵, Tais Cristina de Mesquita⁶, Marcelo dos Santos Feitosa⁷

ABSTRACT

Objective: To identify mistakes in the nursing notes made by the nursing staff. **Method:** descriptive, documentary, investigative and quantitative, carried out in an inpatient unit of a hospital in the Vale do Paraíba Paulista, in 109 records, a total of 436 nursing records, in the day and night shifts, in a period of thirty days. A form was used to collect data after approval of the research project by the Research Ethics Committee at the University of Taubaté, under No 031/09. The data were quantified by the program Microsoft Excel 2003, analyzed, presented in tables and then discussed based on the researched literature. **Results:** notes held by the nursing staff showed satisfactory completion, except for those items, which were absent: nursing prescription, in 39.91% of the notes, checking the prescription of nursing, 92.66% and, evolution of nursing in 65.14%. **Conclusion:** it was conclude that the selected theme is incorporated into orientation programs and training of nursing staff, as well as encouraging new research related to nursing notes to consequently improve the SAE in order to value the work process. **Descriptors:** nursing records, standards for nursing notes, nursing staff.

RESUMO

Objetivo: identificar os erros de anotações de enfermagem cometidos pela equipe de enfermagem. **Método:** pesquisa descritiva, documental, investigatória e quantitativa, realizada em uma unidade de internação de um hospital do Vale do Paraíba Paulista, em 109 prontuários, totalizando 436 registros de enfermagem, dos plantões diurnos e noturnos, em um período de trinta dias. Foi utilizado um formulário para a coleta de dados após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté, sob o nº 031/09. Os dados foram quantificados pelo Programa Microsoft Excel 2003, analisados, apresentados em forma de tabelas e, posteriormente, foram discutidos com base na literatura pesquisada. **Resultados:** as anotações realizadas pela equipe de enfermagem apresentaram preenchimento satisfatório, exceto estes itens, que foram ausentes: prescrição de enfermagem, em 39,91% das anotações; checagem da prescrição de enfermagem, em 92,66%; e, evolução de enfermagem, em 65,14%. **Conclusão:** conclui-se que a temática abordada seja incorporada nos programas de orientação e treinamento da equipe de enfermagem, bem como o incentivo a novas pesquisas referentes às anotações de enfermagem para consequentemente aprimorar a SAE, visando à valorização do processo de trabalho. **Descritores:** registros de enfermagem; normas para anotações de enfermagem; equipe de enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: identificar los errores de apuntes de enfermería cometidos por el equipo de enfermería. **Método:** investigación descriptiva, documental, investigativo y cuantitativo, realizado en una unidad de internación de un hospital del Vale del Paraíba Paulista, en 109 prontuários, totalizando 436 registros de enfermería, dos plantones diurnos y noturnos, en un período de treinta días. Fue utilizado un formulario para la recogida de datos tras aprobación del proyecto de investigación por el Comité de Ética en Pesquisa de la Universidad de Taubaté, bajo el nº 031/09. Los datos fueron cuantificados por el Programa Microsoft Excel 2003, analizados, presentados en forma de tablas y, posteriormente, fueron discutidos con base en la literatura investigada. **Resultados:** los apuntes realizados por el equipo de enfermería presentaron rellenamiento satisfactorio, exceto estos tópicos, que fueron ausentes: prescripción de enfermería, en 39,91% de los apuntes; verificación de la prescripción de enfermería, en 92,66%; y, evolución de enfermería, en 65,14%. **Conclusión:** se concluye que la temática abordada sea incorporada en los programas de orientación y entrenamiento del equipo de enfermería, bien como el incentivo a nuevas investigaciones referentes a los apuntes de enfermería para consecuentemente aprimorar la SAE, visando a la valorización del proceso de trabajo. **Descritores:** registros de enfermería; normas para apuntes de enfermería; equipo de enfermería.

¹Enfermeira. Mestre, Professora Assistente III do Departamento de Enfermagem da Universidade de Taubaté. Taubaté (SP), Brasil. E-mail: teresacelia@terra.com.br; ²Enfermeira, Mestre, Professora Assistente III do Departamento de Enfermagem da Universidade de Taubaté (SP), Brasil. E-mail: anadinda2002@yahoo.com.br; ^{3,4,5,6,7}Acadêmicos de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade de Taubaté (SP), Brasil. Taubaté (SP), Brasil. E-mails: indiralagoinha@hotmail.com; helpenf2009@hotmail.com; papool@ig.com.br; taismesquita@terra.com.br; marcelofeitosa.santos@gmail.com

INTRODUÇÃO

O registro de informações teve início por volta de 3000 a.C., com o surgimento da escrita. A finalidade do registro era analisar dados e avaliar resultados, ou para fins administrativos e legais. Florence Nightingale adotou uma prática com base em conhecimentos científicos para planejar as ações, gerenciar o cuidado, registrar tudo que foi planejado e executado, avaliar e gerar conhecimento para o processo de enfermagem. Assim, gradativamente, a enfermagem vem deixando para trás a prática de atividade caritativa, intuitiva e empírica.¹

O prontuário do paciente é o acervo documental padronizado, organizado e conciso no qual estão registrados os cuidados prestados ao paciente por todos os profissionais envolvidos na assistência. É um documento legal de defesa dos profissionais, devendo estar imbuído de autenticidade e de informações desde a internação do paciente. Cabe salientar que não é sinônimo de sistematização, e sim de cumprimento de uma tarefa importante para a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE).²⁻⁴

As anotações efetuadas pela equipe de enfermagem consistem no mais importante instrumento de avaliação da qualidade da atuação da enfermagem. Observa-se que 50% das informações referentes ao cuidado do cliente são fornecidos pela equipe de enfermagem. Assim, fica clara a necessidade de registros corretos e frequentes no prontuário do cliente.⁵ Além de ser considerado ferramenta importante para a auditoria de cuidados e de custos, o prontuário é fundamental para o esclarecimento das ações realizadas quando a prática de glosar itens do faturamento das contas hospitalares se for necessária.⁶

A anotação de enfermagem deve conter subsídios que permitam a continuidade do planejamento dos cuidados de enfermagem e o planejamento assistencial da equipe multiprofissional, atestando a qualidade da assistência prestada ao paciente durante o tratamento ambulatorial e hospitalar ou na situação de emergência.⁷

O Decreto nº 2 - 50.387, de 28 de março de 1961, que regulamenta a Lei nº 604/1955, do exercício profissional da enfermagem, dispõe, no Art. 14, inciso c: “são deveres de toda a

equipe de enfermagem: manter anotação perfeita nas papeletas clínicas de tudo que se relaciona com o paciente e com a enfermagem”.⁸

Observa-se, no entanto, que na prática a assistência de enfermagem prestada ao paciente não é devidamente registrada pela equipe de enfermagem, o que vem a diminuir a qualidade das informações. Isso se dá devido ao despreparo dos profissionais de enfermagem. Portanto, conhecer os aspectos legais para dimensionar a importância do registro correto das atividades é fundamental.

OBJETIVO

- Identificar os erros de anotações de enfermagem cometidos pela equipe de enfermagem.

MÉTODO

Pesquisa descritiva, documental, investigatória, com abordagem quantitativa e foi realizada em uma unidade de internação de um hospital do vale do Paraíba paulista, por meio da identificação de erros encontrados nos registros das anotações de enfermagem, dos plantões diurnos e noturnos, em 109 prontuários de pacientes internados durante o mês da coleta, que teve início no dia 05 de maio de 2009.

Foi utilizado um formulário com perguntas abertas e fechadas, elaborado a partir do estudo exploratório, para análise das anotações realizadas pela equipe de enfermagem. Os dados foram quantificados pelo Programa Microsoft Excel 2003, analisados, apresentados em forma de tabelas e, posteriormente, foram discutidos com base na literatura pesquisada.

A coleta de dados aconteceu após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté, sob o nº 031/09, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 109 prontuários. Cabe salientar que foram analisados todos os plantões: diurno e noturno, par e ímpar.

Após a análise dos registros das anotações de enfermagem por prontuários pesquisados - plantão ímpar e par, foi possível observar os resultados, que compõem a Tabela 1.

Tabela 1. Registros das anotações de enfermagem por prontuários pesquisados - plantão ímpar e par. Taubaté (SP), 2009.

Variáveis	Sim	Não
	%	%
Contém assinatura	85,77	14,23
Contém carimbo	89,67	10,33
Possui letra legível	77,75	22,25
Possui evolução de enfermagem	34,86	65,14
Possui prescrição de enfermagem	60,09	39,91
Prescrição de enfermagem checada	07,34	92,66

Na Tabela 1, observa-se que em 85,77%, 89,67% e 77,755 dos prontuários há assinatura, carimbo e letra legível, respectivamente. Quanto aos itens evolução e prescrição de enfermagem, registros realizados exclusivamente pelos enfermeiros, apuraram-se 34,86% e 60,09%, respectivamente, o que indica que são baixos os níveis de preenchimento. Um estudo realizado sobre os registros de enfermagem, instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI adulto), da Unidade Médica e da Cirúrgica de um hospital-escola de médio porte do interior paranaense, mostrou que somente 10 (19,6%) enfermeiros anotaram ou utilizaram carimbo contendo o nome completo, a categoria e o número de registro no Conselho Regional de Enfermagem, e 11 (21,5%) colocaram somente a rubrica ou apelido. Quanto aos auxiliares, dos 73 registros analisados, 47 (64,4%) anotaram somente o primeiro nome, e 23 (31,5%), somente a rubrica. Ainda nesse mesmo estudo, observou-se a frequência de anotações por turno de trabalho, e, nesse item, 72% dos enfermeiros e 68,5% dos auxiliares realizaram somente um registro. Considera-se que esses dados podem comprometer a qualidade do

cuidado, visto que os registros não são efetuados no momento ou logo após a realização dos procedimentos ou observação das intercorrências.⁹ Ressalta-se que o índice de preenchimento de prescrição é bem superior ao da evolução; esses itens se contradizem, pois a evolução é um item importante para a realização da prescrição de enfermagem.

Considerando o item “prescrição de enfermagem checada”, nota-se a ausência desse dado em 92,66% das anotações analisadas em ambos os plantões. Em uma pesquisa realizada em três unidades de internação de saúde, referente a anotações de enfermagem, em uma auditoria receberam 21 glosas parciais das 36 contas hospitalares analisadas, visto que não apresentavam a prescrição checada. O ato de checar as prescrições faz supor que o medicamento ou um determinado procedimento foi realizado, porém a checagem tem que ser feita de maneira correta: um traço na diagonal sobre o horário, na cor vermelha, no turno diurno, e na cor azul, no turno noturno. Quando não realizados, devem ser justificados e circulados os horários, tal como estabelecem as normas da instituição pesquisada.¹⁰⁻¹¹

Tabela 2. Registros das anotações de enfermagem por plantão diurno e noturno. Taubaté (SP), 2009.

Variáveis	Diurno		Noturno	
	Sim	Não	Sim	Não
	%	%	%	%
Contém assinatura	86,69	13,31	84,86	15,14
Contém carimbo	90,82	9,18	88,53	11,47
Possui letra legível	80,73	19,27	74,77	25,23
Possui evolução de enfermagem	62,38	37,62	7,33	92,67
Possui prescrição de enfermagem	61,92	38,08	58,25	41,75
Prescrição de enfermagem checada	6,42	93,58	8,25	91,75
Prescrição de enfermagem quando circulada tem justificativa	0,45	—	—	—
Possui rasura	10,09	89,91	14,67	85,33
Após a assinatura a lacuna esta preenchida	5,04	94,96	20,18	79,82
Apresenta linguagem clara, concisa e objetiva	77,06	22,94	70,18	29,82
O horário antecede a anotação de enfermagem	87,61	12,39	82,11	17,89

De acordo com a Tabela 2, no que se refere à existência de dados que identificam o profissional que efetuou o registro, foi observado que, em 90,82% dos plantões diurnos e em 88,53% dos noturnos, as anotações de enfermagem continham carimbo, constando categoria, número do registro e o nome completo, e não houve diferenças relevantes entre esses plantões. Esses resultados vêm ao encontro do que preconiza o Conselho Regional

de Enfermagem - Resolução COFEN n.º 191/96, que torna obrigatório a todos os profissionais de Enfermagem o uso do seu número de inscrição, entre outras situações.¹²

No que tange à legibilidade, observa-se que a percentagem analisada foi: o plantão diurno apresenta 80,73%, e o plantão noturno, 74,77%. Em um trabalho de auditoria, realizado entre agosto e novembro de 2005, em três unidades de internação privada de um hospital

universitário de Curitiba-PR, no qual foram analisadas as características das anotações de enfermagem em 144 prontuários, observou-se que, de um modo geral, os problemas mais comuns foram: anotações por turno, e não por horário; rasuras nas escritas; letra ilegível; não utilização de toda a extensão do impresso para realizar a anotação; falta de identificação correta do profissional ao final de cada anotação, principalmente carimbo e assinatura; falta de checagem ou checagem incorreta e anotação incompleta de todos os parâmetros dos sinais vitais.¹³

Em outro estudo, realizado em uma unidade cirúrgica do hospital universitário regional de Maringá-PR, foram avaliadas as anotações de enfermagem referentes à alta dos pacientes, e observou-se que 11,9% estavam incompletos.¹⁴

No que se refere ao item prescrição de enfermagem, que é uma atividade específica do enfermeiro, somente 61,92%, nos plantões diurnos, e 58,25%, nos plantões noturnos, realizam prescrição de enfermagem. Ao prescrever diariamente os cuidados de enfermagem, o enfermeiro conhecerá profundamente os problemas dos clientes, as soluções mais apropriadas e efetivas, os fatores predisponentes e desencadeantes de tais problemas.¹⁵

Em relação ao item evolução de enfermagem, nota-se que no período noturno está ausente em 92,67% das anotações, e o plantão diurno apresentou 62,38% presentes, melhores resultados, se comparados aos registrados no plantão noturno. Acredita-se que esse problema possa estar relacionado à ausência do profissional enfermeiro no período noturno e nos finais de semana, à sobrecarga de responsabilidade atribuída a uma única enfermeira responsável pelo setor, bem como ao elevado número de cirurgias de emergência/urgência, prejudicando assim a SAE. Cabe ao enfermeiro registrar os problemas novos identificados nas 24 horas subsequentes.²

Visto que tais itens são essenciais na SAE e na qualidade do cuidado prestado, recomenda-se que os enfermeiros aprimorem seus conhecimentos teórico-práticos, cobrem da equipe aspectos éticos e legais das anotações e orientem para que sejam feitas corretamente.¹⁶

Com relação ao item prescrição de enfermagem circulada com justificativa, foi encontrado somente em uma (0,45%) anotação do plantão diurno. Tal resultado difere do encontrado em estudo realizado na Clínica Médica de seis hospitais gerais de ensino e universitários, públicos e privados e de grande porte no Município do Estado de São Paulo, no ano de 2000, sobre análise da qualidade dos

registros de enfermagem no prontuário. Nesse estudo, encontraram-se, no geral, horários de medicamentos circulados, indicando que não foram ministrados, porém não havia registro da justificativa. O fato de não se checar o horário levanta dúvidas quanto à realização do procedimento.^{4,17}

Considera-se que há uma incoerência entre os itens “possui prescrição de enfermagem” e “prescrição de enfermagem checada”, pois, apesar da prescrição de enfermagem ter apresentado o mínimo de anotações realizadas, não há justificativa para os poucos registros em relação à checagem executada pelos auxiliares e técnicos de enfermagem. Isso interfere na avaliação da qualidade da assistência, bem como no planejamento dos cuidados.

Tendo em vista o item rasura, identificou-se a frequência como forma de correção de erros contidos na redação. As anotações de enfermagem são documentos legais, e não devem, em hipótese nenhuma, apresentar rasuras; se houver erro, deve-se usar “digo”, entre vírgulas, seguido da informação correta.¹²

Um dado importante encontrado foi que 94,96% das anotações analisadas não apresentavam, após seu término, a assinatura e, em seguida, o preenchimento da lacuna com o traço. De acordo com a resolução do COFEN-191/96, o correto é que, ao final de cada anotação, seja colocada assinatura e carimbo com o número do COREN, do profissional que a realizou e, após, a anulação do espaço em branco com um traço. Tal conduta é necessária em todas as anotações, pois evita que esse espaço seja utilizado de forma irregular, comprometendo as informações descritas anteriormente, bem como o profissional que as realizou.¹²

Quanto à linguagem clara, concisa e objetiva, verifica-se que em 77,06% dos registros do período diurno e 70,18% do período noturno as anotações foram realizadas de acordo com a decisão do COREN-SP/DIR/001/2000: descrição da situação do paciente de forma clara, específica e completa, contendo sinais e sintomas relativos e incluindo descrição de características. No entanto, não se pode descartar a necessidade de os enfermeiros das unidades de internação realizarem revisão periodicamente nas anotações realizadas pela equipe, com o propósito de orientar, esclarecer e reforçar o conhecimento dos técnicos e auxiliares de enfermagem, especialmente sobre aspectos que são relevantes para favorecer a qualidade da assistência de enfermagem, visando ao crescimento da equipe em geral.¹⁸ Nesse item, leva-se em consideração a destreza e a aptidão individual, que estão associadas ao

grau de desenvolvimento intelectual de cada pessoa e inter-relacionadas com as condições do meio sociocultural. Esses dados servem para direcionar os pontos a serem trabalhados, em cada plantão, pelo enfermeiro responsável.¹⁰

No que se refere ao horário dos registros, nota-se que 87,61% dos auxiliares do plantão diurno e 82,11% do plantão noturno colocam o

horário antes de realizar o registro no prontuário do cliente. Esse fato pode facilitar a apuração ou investigação de ações judiciais e auditorias. As anotações devem ser iniciadas com os horários (hora e minutos) da realização de cada procedimento, de forma a evitar ambiguidade.¹⁹

Demonstra-se o uso de termos inadequados ou falta de itens importantes, na Tabela 3.

Tabela 3. Frequência dos Termos inadequados ou falta de itens importantes em 436 anotações. Taubaté (SP), 2009.

Falhas encontradas	Nº de anotações	%
Sem intercorrências, sem anormalidades, sem queixas	69	15,82
Faltam dados na admissão	08	1,83
Uso do carimbo uma vez ao final do plantão	05	0,91
Falta descrição do nível de consciência	19	4,35
Falta quantidade/aceitação da dieta	15	3,44
Falta descrição das características das eliminações	15	3,44
Deixa linhas em branco entre as anotações	01	0,22
Uso constante do termo “paciente”.	05	1,14
Só um horário de anotação	10	2,29

A Tabela 3 relata que os termos “sem intercorrências, sem anormalidades, sem queixas” foram identificados em 69 (15,82%) das anotações. Não foi encontrado na literatura pesquisada trabalho que abordasse esse aspecto de forma detalhada. Contudo, registros desse tipo são subjetivos e dependentes da percepção de cada indivíduo, e podem levar a prejuízos ao cliente e à equipe de enfermagem.⁹

O registro do carimbo no final do plantão foi encontrado em cinco anotações, ou seja, em 0,91%. Acredita-se que tal uso foi feito pelo mesmo funcionário, que não está sendo devidamente supervisionado e orientado pelo profissional enfermeiro responsável. Ressalta-se que uma das normas do COFEN é que, ao final de cada anotação, haja carimbo, assinatura e número do COREN do profissional que a realizou.¹²

Nesta pesquisa, a descrição do nível de consciência esteve ausente em 19 (4,35%) das anotações de enfermagem. Em um estudo qualitativo sobre comunicação escrita, em uma instituição privada do Município do Rio de Janeiro-RJ, no ano de 2005, uma das entrevistadas refere que: “Primeiramente deve ser enfatizado na anotação de enfermagem o estado de consciência do paciente, para que depois se verifique o seu grau de dependência, os sinais vitais, as funções fisiológicas, a coloração e a integridade do paciente”.²⁰ Considera-se que, na presente pesquisa, os prontuários da unidade pesquisada são de acesso a toda a equipe multiprofissional envolvida com o paciente, inclusive acadêmicos de enfermagem, que recebem orientações de seus educadores para anotar somente o que está alterado no paciente, já que para dados normais não há cuidados a serem prescritos.

A descrição sobre a aceitação da dieta não foi registrada em 15 (3,44%) das anotações; no entanto, quando realizadas especificando quantidade da aceitação, tais anotações poderiam contribuir com a prescrição do médico e da nutricionista.¹⁷

No item “falta descrição das características das eliminações”, verificou-se que essa informação não estava presente em 15 (3,44%) das anotações. Observa-se que o estudo em questão apresenta melhores resultados em relação a outro, realizado em Ribeirão Preto-SP, sobre avaliação das anotações de enfermagem, em que, no final, constatou que o item supracitado não fazia parte de 16,5% das anotações realizadas por auxiliares de enfermagem. As anotações de enfermagem precisam ser revistas e reordenadas, principalmente quanto a informações importantes relacionadas à condição do paciente, com vistas a uma melhor documentação das ações e intervenções realizadas pela equipe de enfermagem de acordo com as necessidades do paciente, pois as anotações constituem o reflexo da assistência de enfermagem.¹⁰

Com relação à existência de espaços em branco entre uma anotação e outra, foi encontrado uma ocorrência de 0,22%, em uma anotação de enfermagem. Esses itens são abordados constantemente no ambiente escolar, porém muitos profissionais desconsideram os riscos e a importância deles, e muitas vezes insistem em deixar grandes espaços ou lacunas em branco.⁹

Verifica-se em 5 (1,14%) das anotações o uso constante do termo “paciente”, sendo que não deve ser empregados os termos paciente ou cliente nas anotações, pois se trata de um

documento individual e pertencente ao paciente.¹² As anotações realizadas devem se referir exclusivamente a ele, como padronizado pela própria instituição. Comparando-se esses dados com os de uma pesquisa realizada em um hospital universitário de Curitiba-PR, sobre características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria, verificou-se maior incidência desses termos no turno da noite. Tal fato talvez ocorra por ser um grupo de funcionários antigos da instituição, que têm por hábito usar o termo paciente.¹¹

Os dados contidos nas anotações de enfermagem irão subsidiar o enfermeiro no desenvolvimento do plano de cuidados, prescrição e evolução de enfermagem.²

Assim, a anotação tem papel fundamental na elaboração da SAE e contribui para identificação das alterações do estado e condições do paciente, facilitando a detecção de problemas novos, a avaliação dos cuidados prescritos e, por fim, a comparação entre as respostas do paciente e os cuidados prestados.²¹

CONCLUSÃO

De modo geral, os resultados demonstram que, apesar de alguns itens das anotações de enfermagem terem apresentado preenchimento satisfatório, destaca-se que o que se refere a “prescrição de enfermagem, checagem da prescrição e evolução de enfermagem” apresentou deficiência em grande parte dos registros analisados. Essas informações são importantes para a realização da SAE e na avaliação da qualidade da assistência prestada.

Acredita-se que o aprimoramento da equipe de enfermagem depende da valorização e do empenho desses profissionais em reconhecer que as anotações de enfermagem, quando realizada adequadamente, facilita o trabalho e direciona a assistência prestada ao cliente.

Sugere-se que a temática abordada seja incorporada nos programas de orientação e treinamento da equipe de enfermagem, bem como o incentivo a novas pesquisas referentes as anotações de enfermagem para consequentemente aprimorar a SAE, visando à valorização do processo de trabalho.

Considera-se, contudo, que a efetividade de um registro com qualidade é um desafio a ser conquistado e que está diretamente relacionado com a formação teórica e individual dos profissionais de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Possari JF. Prontuário do paciente e os registros de enfermagem. São Paulo: látria; 2005.
2. Draganov PB, Reichert MCF. Avaliação do padrão dos registros de enfermagem em um hospital privado na cidade de São Paulo. Rev enferm UFPE on line [periódico na internet]. 2007 [acesso em 2009 ago 16];1(1):36-45. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/10/pdf_165.
3. Coren-SP. Conselho Regional de Enfermagem [homepage na Internet]. Anotações de enfermagem: aspectos éticos e legais. 2008 [acesso 2009 maio 20]. Disponível em: <http://materialenfermagem.blogspot.com>.
4. Fuly PSC; Leite JLL; Lima SBS. Correntes de pensamentos nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. Rev bras enferm [periódico na internet]. 2008 nov/dez [acesso em 2009 ago 16];61(6):883-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a15v61n6.pdf>.
5. Santos SR, Paula AFA, Lima JP. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. Rev latinoam enferm [periódico na internet]. 2003 jan/fev [acesso em 2009 set 16];11(1):80-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16563.pdf>.
6. Rodrigues AV, Perroca GM, Jericó CM. Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. Arq cienc saúde [periódico na internet]. 2004 out/dez [acesso 2009 maio 15];11(4):210-4. Disponível em: www.cienciasdasaude.famerp.br/macs.
7. Buzatti CV, Chianca TC. Auditoria em enfermagem: erros e custos envolvidos nas anotações. Nursing (São Paulo) [periódico na internet]. 2005 nov [acesso 2009 maio 15]; 8(90):518-22. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=522500&indexSearch=ID>.
8. Coren-SP - Conselho Regional de Enfermagem [homepage na Internet]. Sistematização. 2000 [acesso 2008 set 15]. Disponível em: <http://www.joaopossari.hpg.ig.com.br/sae.htm>.
9. Matsuda LM, Silva DMP, Evora YDM, Coimbra JAH. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? Rev eletrônica enferm [periódico na internet]. 2006 [acesso em 2009 set 20];8(3):415-21. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm.
10. Ochoa-Vigo K, Pace AE, Rossi LA, Hayashida M. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de

enfermagem. Rev Esc Enferm USP [periódico na internet]. 2001 [acesso em 2009 ago 16];35(4):390-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n4/v35n4a11.pdf>.

11. Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. Auditoria. Curitiba (PR): Gerência de Enfermagem/Educação Continuada; 2005.

12. Ministério da Saúde (BR) [homepage na Internet]. Resolução do COFEN-191/96 [acesso 2009 jun 20]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7038§ionID=34>.

13. Luz A, Martins AP, Dyniewicz AM. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. Rev eletrônica enferm [periódico na internet]. 2007 [acesso em 2009 ago 17];9(2):344-61. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a05.htm>.

14. Venturini DA, Marcon SS. Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola. Rev bras enferm [periódico na internet]. 2008 set/out [acesso em 2009 ago 15];61(5):570-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a07v61n5.pdf>.

15. Friedlander MR. O processo de enfermagem ontem, hoje e amanhã. Rev Esc Enferm USP. 1981; 15(2):129-134.

16. Ito EE, Senes AM, Santos MAM, Gazzi O, Martins SAS. Manual de anotações de enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2005.

17. D'Innocenzo M, Adami NP. Análise da qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de pacientes de hospitais de ensino e universitários. Acta paul enferm [periódico na internet]. 2004 out/dez [acesso em 2009 ago 18];17(4):383-91. Disponível em: http://www.unifesp.br/denf/acta/2004/17_4/pdf/art3.pdf.

18. Teixeira MB, Prates JG, Almeida JG. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem. HC Enferm Rev Enferm. 1998; 2(3): 8-10.

19. Mazza VA, Westphalen MEA, Klettemberg DF, Sopper CR. Instrumentalização para registrar em enfermagem. In: Carraro TE, Westphalen MEA (Org). Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB; 2001.

20. Caixeiro SMO, Dargam B, Thompson GN. Comunicação escrita: Importância aos profissionais de enfermagem nas salas de pré-parto. Rev enferm UERJ [periódico na internet]. 2008 abr/jun [acesso 2009 abr 28];16(2):218-23. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a13.pdf>.

21. Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícones; 2001.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2011/01/21
Last received: 2011/09/26
Accepted: 2011/09/28
Publishing: 2011/10/01

Address for correspondence

Teresa Celia de Mattos Moraes dos Santos
Av. Antonio Vieira da Maia, 320
CEP: 12071190 – Taubaté (SP), Brazil