

Introdução

A documentação é uma prática essencial na enfermagem, com importância clínica e legal e constitui-se em importante ferramenta de comunicação entre os profissionais de saúde. Os enfermeiros são responsáveis por manter registros precisos e completos, de forma a garantir continuidade, segurança e qualidade dos cuidados realizados⁽¹⁾.

A Prescrição de Enfermagem (PE), parte dessa documentação, é um instrumento de direcionamento das ações da equipe na promoção do cuidado ao paciente⁽²⁾. Para que o enfermeiro possa elaborar a PE e identificar as intervenções necessárias no processo de cuidar, é necessário o levantamento das necessidades cuidativas dos pacientes, objetivando assistência individualizada e de qualidade⁽³⁾. O Instrumento de Classificação de Pacientes (ICP) tem sido utilizado para esse propósito, ou seja, identificar a demanda de atenção dos pacientes em relação à enfermagem. Dessa forma, representa uma das ferramentas que possibilita ao enfermeiro o planejamento, implementação e avaliação do processo de cuidar⁽³⁻⁴⁾.

Dificuldades têm sido relatadas com respeito à implementação do processo de enfermagem no ambiente de prática, tais como a utilização de forma incompleta ou incorreta em relação ao que é ensinado nas escolas de enfermagem⁽⁵⁾, fundamentação deficiente dos profissionais sobre o tema⁽⁶⁾ e excesso de atividades do enfermeiro, como o gerenciamento da assistência, pessoas, recursos materiais e físicos⁽⁷⁾. A sobrecarga de trabalho limita o tempo que o enfermeiro despende com seus pacientes, podendo interferir em um processo avaliativo mais eficiente.

Em alguns hospitais, as prescrições vêm sendo realizadas eletronicamente. Embora essa forma de registro represente um grande avanço na assistência de enfermagem pela sua padronização⁽⁸⁾ e economia de tempo⁽⁹⁾, o seu uso tem gerado algumas preocupações. Uma delas refere-se ao recurso de copiar e colar com a possibilidade de incluir dados não válidos sobre a situação do paciente, podendo afetar o pensamento crítico, tomada de decisão e a qualidade do cuidado⁽⁹⁾.

O cuidado não planejado provavelmente será um cuidado não realizado. O cuidado perdido é definido como a assistência de enfermagem que o paciente exigia e que é omitido (em parte ou no todo) ou atrasado. Estudos têm identificado áreas de cuidados negligenciadas pela equipe de enfermagem⁽¹⁰⁻¹¹⁾ e identificado as razões de sua ocorrência⁽¹¹⁾.

A forma pela qual as prescrições vêm sendo distribuídas entre os turnos de trabalho e a proporção de prescrição/enfermeiro, adotada em algumas instituições

de saúde, têm trazido algumas inquietações. Assim, torna-se fundamental identificar falhas no seu processo de elaboração e também propor estratégias para obter assistência eficaz que atenda as necessidades do paciente⁽¹²⁾. Neste estudo objetivou-se responder às seguintes questões: *as prescrições de enfermagem estão sendo realizadas em concordância com as necessidades dos pacientes? As prescrições realizadas no momento da alta hospitalar apresentam maior concordância com as necessidades de cuidados em relação às realizadas no momento da admissão? Há variáveis relacionadas ao paciente, profissionais e da unidade que influenciam a concordância dessas prescrições?*

Objetivos

Analisar a concordância entre as prescrições de enfermagem registradas nos prontuários e as necessidades de cuidados dos pacientes.

Investigar a correlação entre o perfil profissional dos enfermeiros, variáveis relacionadas ao paciente e a concordância das prescrições.

Método

Trata-se de estudo documental, de caráter descritivo, com abordagem quantitativa. O cenário foi um hospital de ensino privado, de capacidade extra, localizado no interior do Estado de São Paulo. A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2013 a janeiro de 2014, em unidades de clínica médica, cirúrgica e especializada, destinadas ao atendimento de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). A escolha dessas unidades ocorreu devido à totalidade das prescrições serem realizadas, rotineiramente, uma vez ao dia, geralmente no período noturno, por apenas um enfermeiro.

Na instituição campo de estudo, a equipe de enfermagem presta cuidados por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), registrada em base de dados eletrônicos, considerando as etapas de coleta de dados, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem. Para tanto, fundamenta-se em modelo conceitual de atendimento às necessidades humanas básicas e utiliza a taxonomia da NANDA Internacional (NANDA I)⁽¹³⁾.

Em razão da inexistência de informações disponíveis em estudos anteriores sobre a temática que fornecessem subsídios para o cálculo estatístico do número de sujeitos, definiu-se a análise de dez prescrições por enfermeiro prescritor. Levantamento preliminar identificou que 19 enfermeiros alocados nas unidades investigadas prescreviam os cuidados de

enfermagem aos pacientes, diariamente. Dessa forma, a amostra foi composta por 190 pacientes escolhidos aleatoriamente (sorteio a partir de uma listagem de pacientes internados), dentro do período de coleta de dados, totalizando 380 prescrições (190x2).

As PEs foram investigadas, respectivamente, no dia da internação e da alta, a partir da hipótese de que a maior proximidade e interação do enfermeiro com o paciente, ao longo do período de internação, proporcionaria avaliação mais efetiva das necessidades de cuidados e, conseqüentemente, um planejamento assistencial mais bem ajustado. Os dados demográficos e clínicos dos pacientes foram levantados no prontuário eletrônico.

O estudo ocorreu em três momentos, mostrados a seguir.

1. *Avaliação das necessidades cuidativas dos pacientes*: foi utilizada a nova versão validada para pacientes adultos e pediátricos^(3,14) do Instrumento de Classificação de Pacientes, constituído por nove áreas de cuidados. Através do escore total, o paciente pode ser classificado em quatro categorias de cuidados: mínimos (9-12 pontos), intermediários (13-18 pontos), semi-intensivos (19-24 pontos) e intensivos (25-36 pontos). A avaliação das propriedades psicométricas do instrumento revelou capacidade preditiva de 99,6%⁽¹⁴⁾, evidenciando que mensura com precisão as necessidades de cuidados. O ICP foi aplicado por três enfermeiros clínicos, lotados em cada uma das unidades investigadas no momento da internação e na alta hospitalar. Após orientação sobre o uso, avaliou-se se os enfermeiros compreendiam a escala da mesma forma. Realizou-se uma aplicação-teste do instrumento e obteve-se concordância de 98%.

2. *Análise das prescrições de enfermagem e sua concordância com as necessidades identificadas*: as prescrições eletrônicas foram lidas e transcritas em planilha contendo os itens: cuidado a ser prestado, frequência das atividades e observações por uma das pesquisadoras. Foram listadas as áreas de cuidado do instrumento, excluindo-se Planejamento e Coordenação do Processo de Cuidar, por se tratar da forma como a sistematização da assistência é realizada, da participação multiprofissional e dos recursos envolvidos – o que não se constitui objetivo deste estudo.

Posteriormente, utilizando-se o método de mapeamento cruzado⁽¹⁵⁾, foi realizada a correspondência entre os itens das prescrições com as oito áreas do ICP, considerando-se termos exatamente iguais, sinônimos, similares ou relacionados. Esse procedimento foi conduzido, de forma independente, por dois pesquisadores (mestrando e doutor em enfermagem). Em caso de discordância, um terceiro pesquisador seria

consultado, o que não se mostrou necessário, pois se obteve 100% de concordância.

3. *Delineamento do perfil dos profissionais enfermeiros que elaboraram as prescrições e caracterização das unidades estudadas*: por meio da aplicação de questionário semiestruturado, contendo informações sobre dados demográficos (idade e sexo), profissionais (tempo de experiência e qualificação) e características da unidade (número de colaboradores e de prescrições por enfermeiro).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição campo de estudo (Parecer nº216.781/2013) e todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após orientação sobre a pesquisa e seus objetivos.

Os dados coletados foram investigados por meio do Programa GraphPad Prism 5 (GraphPad Software Inc., San Diego, CA, EUA) e realizadas as seguintes análises:

- estatística descritiva, para organizar os conjuntos de dados apresentados como frequências, médias e desvio-padrão;
- coeficiente de Pearson para verificar a correlação entre os perfis do profissional, do paciente e das necessidades de cuidados com a variável concordância das prescrições, considerando-se os seguintes valores: $\geq 0,60$ (correlação forte); $0,3 \leq$ e $< 0,6$ (correlação moderada); $< 0,3$ (correlação fraca)⁽¹⁶⁾;
- o teste t não pareado foi utilizado para comparação entre os cuidados inclusos nas prescrições de enfermagem e os cuidados que o paciente necessitava, identificados pelo ICP. O nível de significância foi estabelecido em 0,05.

Resultados

O estudo foi composto por 380 prescrições de enfermagem (admissão e alta) referentes a 190 pacientes. Esses eram, em sua maioria, do sexo feminino 110 (58%) e apresentavam idade média de 45 anos (Desvio- Padrão: dp=22) anos, com variação entre 1 e 93 anos. Estavam internados nas especialidades de Clínica Médica 63 (33,1%), Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) 11 (5,8%), Pediatria 16 (8,4%), Cárdio/hematologia 19 (10%), Ginecologia e obstetrícia (GO) 19 (10%), Neurologia e ortopedia 23 (12,1%), Cirurgia geral 26 (13,8%) e Transplante 13 (6,8%).

A classificação das necessidades de cuidado dos pacientes, tanto no momento da admissão como no da alta, evidenciou predomínio de cuidados mínimos (45,3% e 49%) e intermediários (31,6% e 30,2%). A média de permanência foi de 15,7 (dp=12) dias, com variação de 1 a 130 dias.

Os enfermeiros prescritores

Dos 19 enfermeiros que compuseram o estudo, 11 eram mulheres e oito homens, apresentando idade média de 32 anos (dp=7; variação entre 24 e 49 anos); tempo médio de atuação profissional de sete (dp=4; variação 3-15) anos e tempo de atuação na unidade variando de sete meses a quatro anos. Em relação à qualificação profissional, quatro eram apenas graduados em enfermagem, três concluíram o curso de aprimoramento/aperfeiçoamento, dez concluíram curso de especialização *lato sensu* (sendo as especialidades mais frequentes: Urgência e Emergência, Pediátrica e Neonatal, e Gerenciamento em Enfermagem) e dois o mestrado em enfermagem.

Os enfermeiros relataram que realizavam, diariamente, as prescrições de enfermagem, em média, para 35 pacientes, podendo esse número variar de 10 (unidade de Cuidados Paliativos) a 73 (Emergência), também relataram que eram responsáveis, em média, por sete colaboradores por plantão.

As prescrições de enfermagem

O número médio de necessidades de cuidados identificadas por paciente oscilou entre 5,6 (DIP e GO) e 6,7 na admissão; e de 5,0 (clínicas médicas) a 8,9 (Neuro/ortopedia) na alta (Tabela 1).

Tabela 1 - Número médio e frequência absoluta de Dias de Internação (DI) e Necessidades de Cuidados (NC), segundo unidade de internação (N=380). São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2014

Unidades	DI (%)	NC (%)
Admissão		
Emergência	-	5,8 (9,3)
Clínicas médicas	-	5,9 (9,5)
DIP*	-	5,6 (9,0)
C.Paliativos†	-	6,7 (10,8)
Cárdio/hematologia	-	6,7 (10,8)
Pediatria	-	6,2 (10,0)
GO‡	-	5,6 (9,0)
Neuro/ortopedia	-	6,7 (10,8)
Clínicas cirúrgicas	-	6,2 (10,0)
Transplante	-	6,7 (10,8)
Alta		
Emergência	3,3 (1,9)	5,7 (9,5)
Clínicas médicas	18,7 (11,0)	5,0 (8,5)
DIP*	40,7 (23,9)	5,2 (8,7)
C.Paliativos†	17,0 (10,0)	6,3 (10,5)
Cárdio/hematologia	27,4 (16,1)	6,0 (10,0)
Pediatria	11,1 (6,6)	5,7 (9,5)

Tabela 1 - *continuação*

Unidades	DI (%)	NC (%)
GO‡	3,4 (2,0)	5,4 (9,0)
Neuro/ortopedia	17,6 (10,3)	8,9 (14,9)
Clínicas cirúrgicas	4,7 (2,8)	5,6 (9,4)
Transplante	26,0 (15,4)	6,0 (10,0)

*DIP: Doenças Infecciosas e Parasitárias; †C.Paliativos: Cuidados Paliativos; ‡GO: Ginecologia e Obstetria

O número médio de PE variou de 10,9 (5,4) na admissão na GO a 19,7 (8,2) no momento da alta na Neuro/ortopedia. Já a média de itens compatíveis oscilou entre 6,9 (3,8) na admissão na GO a 17,0 (8,1) na alta na Neuro/ortopedia. Em média, foram encontrados na admissão 10,7(4,0) itens compatíveis e, no momento da alta, 11,6 (5,3) (Tabela 2).

Tabela 2 - Comparação entre o número médio de prescrições de enfermagem e itens compatíveis dos cuidados dos pacientes por unidade. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2014

Unidades	PE* M(dp)	IC† M(dp)
Admissão		
Emergência	14,3 (3,5)	9,2 (3,1)‡
Clínicas médicas	13,2 (3,0)	7,5 (2,6)‡
DIP§	13,3 (4,9)	8,3 (4,7)¶
C.Paliativos¶	14,1 (3,0)	9,6 (3,1)‡
Cárdio/hematologia	16,6 (4,7)	11,0 (3,6)‡
Pediatria	16,2 (4,2)	12,4 (4,2)‡
GO**	10,9 (5,4)	6,9 (3,8)¶
Neuro/ortopedia	19,5 (7,0)	16,2 (6,8)††
Clínicas cirúrgicas	14,7 (3,9)	11,7 (3,6)¶
Transplante	17,3 (4,7)	14,3 (4,8)††
Total	15,0 (4,4)	10,7 (4,0)‡
Alta		
Emergência	15,5 (4,5)	10,1 (4,4)‡
Clínicas médicas	16,0 (6,4)	11,1 (6,8)¶
DIP§	13,9 (5,2)	8,9 (5,4)††
C.Paliativos¶	14,9 (4,4)	10,4 (4,5)‡
Cárdio/hematologia	18,5 (6,6)	13,0 (6,3)¶
Pediatria	17,0 (5,2)	13,2 (5,1)¶
GO**	10,5 (5,1)	6,7 (3,6)‡
Neuro/ortopedia	19,7 (8,2)	17,0 (8,1)††
Clínicas cirúrgicas	14,7 (4,0)	11,9 (3,8)¶
Transplante	17,2 (5,2)	14,2 (5,2)††
Total	15,8 (5,5)	11,6 (5,3)‡

*PE: Prescrição de Enfermagem; †IC: Itens Compatíveis; ‡p<0,01; §DIP: Doenças Infecciosas e Parasitárias; ¶p<0,05; ¶C.Paliativos: Cuidados Paliativos; **GO: Ginecologia e Obstetria; ††NS (Não Significante)

(continua...)

A correlação entre a concordância da prescrição de enfermagem e o perfil demográfico dos pacientes, tempo de internação e o escore do ICP está mostrada na Tabela 3. Encontraram-se valores entre 0,02 e 0,88 (PE e escore ICP).

Tabela 3 - Concordância entre prescrição de enfermagem, dados demográficos dos pacientes, tempo de internação e escore médio do ICP, por unidade de internação. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2014

Unidades	Sexo	Idade	TI*	Escore ICP†
Emergência	0,15	0,10	0,29	0,19
Clínicas médicas	0,11	0,18	0,29	-0,16
DIP‡	0,46	0,38	0,45	0,08
C.Paliativos§	0,22	0,16	0,19	0,23
Cárdio/hematologia	0,19	-0,39	0,02	-0,17
Pediatria	0,58	-0,16	0,24	0,62

(continua...)

Tabela 3 - *continuação*

Unidades	Sexo	Idade	TI*	Escore ICP†
GO	0,00	0,71	0,46	0,88
Neuro/ortopedia	0,13	0,43	0,03	0,34
Clínicas cirúrgicas	0,23	-0,05	0,23	-0,22
Transplante	0,26	-0,07	0,19	0,02
Total	0,23	0,13	0,24	0,18

*TI: Tempo de Internação; †ICP: Instrumento de Classificação de Pacientes; ‡DIP: Doenças Infecciosas e Parasitárias; §C.Paliativos: Cuidados Paliativos; ||GO: Ginecologia e Obstetrícia

A correlação entre a concordância da prescrição de enfermagem, o perfil profissional, número de colaboradores e número de PE/enfermeiro indicou valores variando de -0,02 (idade e tempo de atuação profissional) a -0,53 (tempo de atuação profissional na unidade de internação e prescrições de enfermagem por enfermeiro) (Tabela 4).

Tabela 4 - Correlação entre a concordância da prescrição de enfermagem e variáveis dos enfermeiros prescritores, por unidade de internação. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2014

Unidades	Sexo	Idade	TAP*	TAP/UI†	NC‡	PE/Enf§
Emergência	0,38	0,27	-0,38	-0,53	-0,51	-0,53
Clínicas médicas	0,13	-0,03	0,02	0,01	0,04	0,16
DIP	0,23	0,36	0,38	0,21	-0,19	-0,23
C.Paliativos¶	0,00	0,02	0,09	0,00	-0,18	-0,17
Cárdio/hematologia	0,00	-0,04	-0,07	-0,08	-0,09	-0,08
Pediatria	0,00	0,09	0,09	0,09	0,00	0,09
GO**	0,00	0,09	0,07	0,18	0,02	0,07
Neuro/ortopedia	-0,07	0,29	0,29	0,29	0,10	0,27
Clínicas cirúrgicas	0,00	0,22	-0,14	-0,14	-0,26	-0,22
Transplante	0,00	0,36	0,41	-0,43	0,41	-0,02
Total	0,06	0,16	0,07	-0,04	-0,06	-0,06

*TAP: Tempo de Atuação Profissional; †TAP/UI: Tempo de Atuação Profissional na Unidade de Internação; ‡NC: Número de Colaboradores; §PE/Enf: Prescrições de Enfermagem por Enfermeiro; ||DIP: Doenças Infecciosas e Parasitárias; ¶C.Paliativos: Cuidados Paliativos; **GO: Ginecologia e Obstetrícia

Considerando-se o total de 3.120 itens prescritos, observou-se que 2.340 (75%) atendiam as necessidades de cuidados mapeadas. Foram identificadas 621 necessidades de cuidados no momento da admissão e 598 no momento da alta hospitalar. Quando comparadas com os itens prescritos, constatou-se que 35% dessas (admissão) e 32,3% (alta) não tiveram prescrições relacionadas.

As áreas de cuidados como investigação e monitoramento, locomoção e atividade e terapêutica demandaram atenção de enfermagem e foram frequentemente atendidas nas PEs. Contudo, as áreas

de cuidado corporal e eliminações e suporte emocional, embora demandassem atenção, receberam menor número de prescrição na admissão e alta. Alguns cuidados que já faziam parte das rotinas das unidades foram prescritos, como higienização das mãos e manter pulseira de identificação em membro superior esquerdo. A correlação entre a concordância das PEs e as áreas de cuidados do ICP encontram-se apresentadas na Tabela 5. Tanto na admissão como no momento da alta hospitalar, as áreas mais associadas foram investigação/monitoramento (0,45 e 0,49) e terapêutica (0,42 e 0,47).

Tabela 5 - Correlação entre as áreas de cuidados do ICP e a concordância da prescrição de enfermagem. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2014

Unidades	A1*	A2†	A3‡	A4§	A5	A6¶	A7**	A8††
Admissão								
Emergência	0,65	-0,03	0,18	0,12	0,29	0,18	-0,14	-0,23
Clínicas médicas	0,38	0,02	0,04	0,07	0,34	0,33	-0,22	-0,02
DIP‡‡	0,72	-0,07	0,09	0,01	0,19	0,94	0,27	0,04
C.Paliativos§§	0,29	-0,17	0,07	-0,07	0,53	0,35	0,12	0,00
Cárdio/hematologia	0,53	0,09	0,11	-0,03	0,72	0,21	0,00	0,09
Pediatria	0,72	0,13	-0,02	0,00	0,41	0,16	-0,02	0,00
GO	0,26	-0,14	0,00	0,00	0,43	0,54	-0,04	0,03
Neuro/ortopedia	0,09	0,01	0,00	0,00	0,17	0,46	0,00	0,13
Clínica cirúrgicas	0,36	-0,38	0,03	0,04	0,18	0,53	-0,23	0,21
Transplante	0,53	-0,02	0,14	0,08	0,23	0,52	-0,26	-0,06
Total	0,45	-0,05	0,06	0,02	0,34	0,42	-0,05	0,01
Alta								
Emergência	0,46	-0,02	0,23	0,10	0,34	0,22	-0,14	-0,23
Clínicas médicas	0,52	0,07	0,00	0,09	0,71	0,31	-0,17	-0,03
DIP‡‡	0,81	-0,03	0,13	-0,03	0,52	0,97	0,24	0,01
C.Paliativos§§	0,73	-0,16	0,09	-0,04	0,53	0,44	0,19	0,00
Cárdio/hematologia	0,53	0,17	0,16	0,01	0,41	0,36	0,03	0,07
Pediatria	0,62	0,21	0,00	0,00	0,24	0,20	0,01	0,00
GO	0,46	-0,17	0,04	0,02	0,45	0,51	-0,02	0,11
Neuro/ortopedia	0,34	0,06	0,00	0,00	0,17	0,42	0,00	0,18
Clínicas cirúrgicas	0,23	-0,38	0,05	0,02	0,23	0,66	-0,20	0,21
Transplante	0,19	0,07	0,24	0,09	0,34	0,62	-0,33	-0,05
Total	0,49	-0,01	0,09	0,02	0,40	0,47	-0,03	0,02

A1*: Investigação/Monitoramento; A2†: Cuidado Corporal/Eliminações; A3‡: Cuidados com Pele/Mucosas; A4§: Nutrição/Hidratação; A5||: Locomoção/Atividade; A6¶: Terapêutica; A7**: Suporte Emocional; A8††: Educação à Saúde; ‡‡DIP: Doenças Infecciosas e Parasitárias; §§C.Paliativos: Cuidados Paliativos; |||GO: Ginecologia e Obstetrícia

Discussão

O cuidado centrado no paciente, ou seja, aquele realizado de forma individualizada, garantindo a participação na tomada de decisão a respeito do processo saúde/doença, tem sido considerado de vital importância na prática de enfermagem⁽¹⁷⁾.

Para propiciar um olhar focado nas necessidades cuidativas, encontra-se regulamentado pelo Conselho Brasileiro de Enfermagem⁽¹⁸⁾, desde 2009, a Sistematização da Assistência de Enfermagem nas instituições de saúde. Seu instrumento metodológico, o Processo de Enfermagem, em suas várias etapas, orienta o cuidado e a documentação da prática profissional⁽¹⁹⁾.

A operacionalização desse método de organização assistencial, contudo, tem se constituído em grande desafio como demonstram os achados desta investigação. Verificou-se que apenas 75% dos itens da PE estavam compatíveis com as necessidades cuidativas

dos pacientes, sinalizando que os enfermeiros não estão prescrevendo, em sua totalidade, de acordo com a demanda de atenção ao paciente. Também, que 35% das necessidades identificadas no momento da admissão e 32,3% na alta hospitalar não tiveram prescrições relacionadas.

Esses achados remetem à reflexão de como vem ocorrendo a prática da prescrição nas instituições hospitalares. Sem dúvida, sua incorporação na rotina profissional trouxe grande avanço para proporcionar assistência de enfermagem individualizada, segura, com qualidade e voltada para resultados⁽²⁰⁾. Entretanto, há necessidade de investigação do contexto assistencial e processo de trabalho em que essa assistência ocorre, para indispensáveis ajustes.

Dificuldades têm sido apontadas^(5,7,9) para a implementação do processo de enfermagem e, conseqüentemente, realização da prescrição. Algumas delas podem ter influenciado os resultados deste estudo.

Muitas instituições hospitalares brasileiras vêm utilizando a documentação eletrônica do cuidado. Quando realizada de forma adequada, ela favorece o direcionamento do trabalho, possibilitando a revisão frequente do plano de cuidados e modificações que se fazem necessárias⁽²¹⁾. Percebeu-se, contudo, na instituição investigada, cópia das prescrições do dia anterior, necessidades de cuidados parcialmente contempladas e não atualizadas e, também, prescrições desfocadas abordando rotinas institucionais.

A disponibilidade das ferramentas copiar e colar pelo sistema favorece a reprodutibilidade da prescrição. Dessa forma, o enfermeiro, muitas vezes, não faz uso do raciocínio clínico para reavaliar as necessidades assistenciais dos pacientes. Essa omissão influencia a tomada de decisão e pode interferir na qualidade do cuidado⁽⁹⁾. A relevância de informações precisas sobre o estado de saúde do paciente, na documentação eletrônica de enfermagem, tem sido ressaltada⁽²²⁾, e seu uso inapropriado relatado por pesquisadores^(9,23).

Outro fator pode estar interferindo na concordância da PE com a necessidade de cuidado do paciente - a carga de trabalho. Observou-se que os enfermeiros do plantão noturno geralmente são os responsáveis por sua elaboração. Nesse turno de trabalho, assumem todos os pacientes da unidade (média de 35), além de acompanharem as atividades de seus colaboradores e realizarem as admissões dos pacientes, o que requer alta demanda de tempo. A sobrecarga de trabalho diminui o tempo que o enfermeiro tem disponível para estabelecer o vínculo com o paciente e determinar as necessidades que precisam de intervenções⁽²⁴⁾. A limitação do tempo disponível para elaboração da PE, de forma adequada, também foi encontrada em outro ambiente de prática⁽²⁵⁾.

Pela análise do conteúdo das prescrições de enfermagem, evidenciou-se que os enfermeiros prescrevem maior número de cuidados relativos aos controles de sinais vitais, manutenção de vias aéreas e cumprimento de escalas de mensuração, além de cuidados com locomoção e terapêutica do paciente. Porém, os cuidados corporais, como a higiene bucal, por exemplo, e cuidados com eliminações mostraram-se os mais negligenciados.

A ocorrência dos chamados cuidados perdidos tem sido relatada em estudos⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Nove elementos de cuidados básicos foram relacionados como regularmente omitidos, tais como: deambulação, mudança de decúbito, alimentação, educação do paciente, preparo para a alta, apoio emocional, higiene, documentação de ingestão/eliminação e vigilância⁽¹⁰⁾. Os fatores identificados como preditores dessa omissão incluem tipo de plantão, quantitativo e alocação de pessoal, comunicação entre a equipe multiprofissional, intensidade da carga de

trabalho e a satisfação dos enfermeiros com seu trabalho atual⁽¹¹⁾.

Acreditava-se que quanto mais dias de acompanhamento o enfermeiro tivesse, junto ao paciente, mais ele poderia identificar as necessidades. No entanto, não se percebeu diferença significativa na concordância com as necessidades no momento da admissão e alta hospitalar, embora ela ocorresse em média no 17º dia de internação. Isso reforça a necessidade de se repensar o modelo de organização da assistência da instituição.

Além da atenção dispensada aos fatores ligados ao ambiente e à forma como o trabalho é realizado, a utilização de estratégias avaliativas pode contribuir para o planejamento assistencial mais efetivo, minimizando a perda do cuidado. Recomenda-se a adoção de instrumentos para tal fim, de forma a nortear a habilidade de pensamento crítico no reconhecimento da demanda de atenção do paciente em relação à enfermagem^(14,26). Recentemente constatou-se que avaliações conduzidas, mediante o uso de escala, possibilitam identificação de maior número de áreas de cuidados⁽²⁷⁾.

Ainda não foi possível definir se as necessidades de cuidados de enfermagem, não satisfeitas, podem ser consideradas um indicador para a qualidade da assistência de enfermagem em hospitais, e qual o melhor método para que o plano de cuidados e a prescrição de enfermagem atendam todas as necessidades do paciente⁽²⁸⁾.

Apesar dos resultados deste estudo terem mostrado correlação fraca entre o número de PE/enfermeiro e a concordância, acredita-se ser inviável que um enfermeiro prescreva cuidados para um número tão elevado de pacientes. Não foi encontrada na literatura a proporção de prescrição recomendada por enfermeiro para embasar maiores discussões. A sinalização de que os enfermeiros não estão prescrevendo, em sua totalidade, de acordo com a demanda de atenção do paciente, contudo, mostra que essa forma de organização do trabalho pode não estar sendo eficaz e requer olhar mais atento do gestor.

O aspecto limitante desta investigação constituiu-se em sua realização circunscrita a uma instituição hospitalar e à não inclusão de todas as suas unidades de internação. Dessa forma, sua replicação torna-se necessária para verificar a forma de elaboração de prescrições em outros ambientes de prática.

Conclusão

Esta investigação revelou que as prescrições de enfermagem não estão sendo realizadas em sua totalidade, em consonância com as necessidades

dos pacientes. Também, que tanto o momento em que a prescrição é realizada quanto as características profissionais e das unidades não interferem em sua concordância. Para possibilitar prescrições mais efetivas, recomenda-se acompanhamento e análise do contexto assistencial e processo de trabalho e, também, o uso de estratégias avaliativas das necessidades de cuidados dos pacientes.

Referências

1. Sousa PAF, Sasso GTM, Barra DCC. Contributions of the electronic health records to the safety of intensive care unit patients: an integrative review. *Text Context Nurs*. [Internet]. 2012 [Acesso 19 mai 2015]; 21(4):971-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/en_30.pdf
2. Santos WN. Systematization of nursing care: the historical context, the process and obstacles to deployment. *J Manag Prim Health Care*. [Internet]. 2014 [Acesso 22 mai 2015]; 5(2):153-8. Disponível em: <http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/download/197/144>
3. Perroca MG. Development and Content Validity of the New Version of a Patient Classification Instrument. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2011 [Acesso 15 out 2014]; 19(1):58-66. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_09.pdf
4. Malloch K. Patient Classifications System: state of the science. *Nurse Leader*. [Internet]. 2013 [Acesso 22 mai 2015]; 11(6):35-7. Disponível em: [http://www.nurseleader.com/article/S1541-4612\(13\)00238-3/fulltext](http://www.nurseleader.com/article/S1541-4612(13)00238-3/fulltext)
5. Medeiros AL, Santos SR, Cabral RWL. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamentada. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2012 [Acesso 14 nov 2014]; 33(3):174-81. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000300023
6. Silva EGC, Oliveira VC, Neves GBC, Guimarães TMR. Nurses' knowledge about Nursing Care Systematization: from theory to practice. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2011 [Acesso 23 out 2014]; 45(6):1380-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600015
7. Sentone ADD, Évora YDM, Haddad MCL, Borsato FG. Avaliação da qualidade das prescrições de enfermagem em um hospital Universitário. *Cienc Cuidado Saúde*. [Internet]. 2011 [Acesso 23 out 2014]; 10(3):467-73. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/11472/pdf_131
8. Blair W, Smith B. Nursing documentation: frameworks and barriers. *Contemp Nurse*. [Internet]. 2012 [Acesso 14 nov 2014]; 41(2):160-8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22800381>
9. Kelley TF, Brandon DH, Docherty SL. Electronic Nursing Documentation as a Strategy to Improve Quality of Patient Care. *J Nurs Scholarsh*. [Internet]. 2011 [Acesso 10 out 2014]; 43(2):154-62. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21605319>
10. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. Missed Nursing Care, Staffing, and Patient Falls. *J Nurs Care Qual*. [Internet] 2012 [Acesso 9 set 2014]; 27:6-12. Disponível em: http://journals.lww.com/jncqjournal/Abstract/2012/01000/Missed_Nursing_Care,_Staffingand_Patient_Falls.2.aspx
11. Blackman I, Henderson J, Willis E, Hamilton P, Toffoli L, Verral C, et al. Factors influencing why nursing care is missed. *J Clin Nurs*. [Internet] 2014 [Acesso 20 mai 2015]; 24:47-56. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25265893>
12. Beach J, Oates J. Maintaining best practice in record-keeping and documentation. *Nurs Stand*. [Internet] 2014 [Acesso 20 mai 2015]; 28(36):45-50. Disponível em: <http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/ns2014.05.28.36.45.e8835>
13. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017/ [NANDA Internacional]. Porto Alegre: Artmed, 2015.
14. Perroca MG. The new version of a patient classification instrument: assessment of psychometric properties. *J Adv Nurs*. [Internet]. 2013 [Acesso 10 out 2014]; 69(8):1862-1868. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23157307>
15. Sousa RS, Santo FHE, Santana RF, Lopes MVO. Nursing diagnoses identified in onco-hematologic patients: a cross-mapping study. *Esc Anna Nery*. [Internet]. 2015 [Acesso 22 mai 2015]; 19(1):54-65; Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/en_1414-8145-ean-19-01-0054.pdf
16. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2011.
17. Pelzang R. Time to learn: understanding patient-centered care. *Br J Nurs*. [Internet]. 2010 [Acesso 26 nov 2015]; 19(4):912-7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20647984>
18. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução Cofen nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília-DF. [Internet]. 2009

- [Acesso 26 nov 2015]; Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
19. Huitzi-Egilegor JX, Elorza-Puyadena MI, Urkia-Etxabe JM, Esnaola-Herrero MA, Asurabarrena-Iraola C. Retrospective study of the implementation of the nursing process in a health area. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2013 [Acesso 26 nov 2015]; 21(5):1049-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/0104-1169-rlae-21-05-1049.pdf>
20. Barbosa TP, Oliveira GAA, Lopes MNA, Poletti NAA, Beccaria LM. Care practices for patient safety in an intensive care unit. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2014 [Acesso 6 ago 2015]; 27(3): 243-248. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/en_1982-0194-ape-027-003-0243.pdf
21. Bonfim D, Laus AM, Fugulin FMT, Gaidzinski RR. Comparison of nursing interventions performed and the records in a computerized system for primary health care. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2013 [Acesso 2 out 2015]; 26(4): 401-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n4/en_v26n4a16.pdf
22. Backes DS, Zamberlan C, Freitas HB, Colomé J, Souza MT, Costenaro RS. Del cuidado previsible al cuidado complejo de enfermería. *Enferm Glob*. [Internet]. 2014 [Acesso 12 set 2015]; 13(36): 275-81. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/178931/165771>
23. Ribeiro JC, Ruoff AB, Baptista CLBM. Computerization of Nursing Care System: advances in care management. *J Health Info*. [Internet]. 2014 [Acesso 26 nov 2015]; 6(3):75-80. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/296/199>
24. Silva EA, Machado MAA, Ribeiro KR, Shimoda E. Percepção da enfermagem quanto à implementação do processo de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva adulta do noroeste fluminense. *Rev Cient Inter*. [Internet]. 2014 [Acesso 22 mai 2015]; 2(1):63-77. Disponível em: <http://revista.srvroot.com/linkscienceplace/index.php/linkscienceplace/article/view/25/20>.
25. Franco MTG, Akemi EN, D´Inocento M. Evaluation of the nursing records in the medical records of patients hospitalized in an internal medicine unit. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2012 [Acesso 2 out 2015]; 25(2): 163-70. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/en_a02v25n2.pdf
26. Sola FC, José GM, Judith MM, Peredo GMH, Gabriel GM, PonceML. Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación inicial de enfermeira. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2012 [Acesso 6 ago 2015]; 46(6): 1415-22. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/en_19.pdf
27. Perroca MG, Jericó MC, Paschoal JVL. Identification of care needs of patients with and without the use of a classification instrument. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2014 [Acesso 20 dez 2014]; 48(4):625-31. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n4/pt_0080-6234-reeusp-48-04-625.pdf
28. Lucero RJ, Lake ET, Aiken LH. Nursing care quality and adverse events in US Hospitals. *J Clin Nurs*. [Internet]. 2010 [Acesso 11 out 2014]; 19(15-16):2185-95. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20659198>

Recebido: 22.1.2015

Aceito: 16.12.2015

Correspondência:
 Marília Silveira Faeda
 Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
 Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416
 Vila São Pedro
 CEP: 15.090-000, São José do Rio Preto, SP, Brasil
 E-mail: mafaeda@yahoo.com.br

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.