

Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação

Analysis of the implementation of Nursing Assistance Systematization in a rehabilitation unit

Análisis de la implementación de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería en una unidad de rehabilitación

Rinaldo de Souza Neves¹, Helena Eri Shimizu¹

¹Universidade de Brasília. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Brasília, DF

Submissão: 17/09/2008

Aprovação: 06/01/2010

RESUMO

O estudo tem como objetivo analisar a execução das etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Utilizou-se abordagem quantitativa, exploratória e retrospectiva. Realizou-se análise retrospectiva de 25 prontuários que continham 25 formulários de históricos, 12 de diagnósticos, 100 de prescrição e 100 de evolução de enfermagem. Os resultados demonstraram dificuldades dos enfermeiros para operacionalização da SAE, pois, embora todas as etapas da SAE: histórico, diagnóstico, prescrição, evolução e anotação de enfermagem sejam realizadas, verificou-se que ocorre o preenchimento, com maior frequência, da prescrição e histórico, e com menor frequência da evolução e diagnóstico de enfermagem. Em suma, constata-se que a implementação da SAE ocorre de forma ainda bastante fragmentada, o que indica a necessidade de reorganização dessa metodologia de assistência, sobretudo por meio do investimento na educação permanente dos enfermeiros, para melhorar a qualidade do cuidado ao cliente.

Descritores: Avaliação em enfermagem; Processos de enfermagem; Assistência ao paciente; Enfermagem em reabilitação.

ABSTRACT

This study seeks to analyze the execution of the Infirmery Attendance Systematization Nursing stages through an exploratory, qualitative and retrospective approach. The retrospective analysis took place using 25 medic reports containing 25 historical reports, 12 diagnosis reports, 100 prescriptions and 100 nursing evolution reports. The results demonstrated the many difficulties the nurses faced to make Nursing Assistance Systematization operational. Although all Nursing Assistance Systematization stages were accomplished – historical, diagnosis, prescription, evolution and nursing – it was verified a larger frequency in filling prescription and historical related forms and a lesser one related with evolution and diagnosis related forms. In short, Nursing Assistance Systematization procedures still are fragmented, showing the need to reorganize this attendance methodology attendance, and, above all, to invest in continuous nursing training to improve the customer care services quality.

Key words: Nursing assessment; Nursing process; Patient care; Rehabilitation nursing.

RESUMEN

Este trabajo tiene por propósito analizar la ejecución de las fases de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería. Para tal se hizo un abordaje cuantitativo, exploratorio y retrospectivo. En el análisis retrospectivo se utilizó 25 prontuarios que contenían 25 formularios de históricos, 12 de diagnósticos, 100 de prescripción y 100 de la evolución de la atención del enfermero. Los resultados demostraron las dificultades de los enfermeros para dejar operativo el SAE, mismo con el cumplimiento de todas sus etapas: histórico, diagnóstico, prescripción, evolución y registro. También se pudo verificar que los formularios de prescripción y histórico son los que se llenan con mayor frecuencia y los formularios de evolución y diagnóstico con menor frecuencia. En síntesis, se verificó que la implementación de la SAE ocurre de manera bastante fragmentaria, que indica la necesidad de una reorganización de la actividad, en particular, de una mayor inversión en el entrenamiento continuado de los enfermeros para mejorar la calidad del servicio ofrecido al cliente.

Descritores: Evaluación en enfermería; Procesos de enfermería; Atención al paciente; Enfermería en rehabilitación.

AUTOR CORRESPONDENTE

Rinaldo de Souza Neves. Condomínio Jardim Europa II – Módulo Q – casa 08. Grande Colorado. CEP Sobradinho, DF.
E-mail: rinaldodesouza@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia de organização, planejamento e execução de ações sistematizadas, que são realizadas pela equipe durante o período em que o cliente se encontra sob a assistência de enfermagem. Este artigo tem como objeto de pesquisa a análise da implementação da SAE em uma unidade de internação hospitalar.

Essa metodologia foi introduzida, inicialmente nas décadas de 1920 e 30, nos cursos de Enfermagem, particularmente no ensino dos estudos de caso e no planejamento de cuidados individualizados⁽¹⁻²⁾. Posteriormente, a SAE passa a ser utilizada como instrumento de planejamento e execução de sua prática, sendo denominada de Plano de Cuidados. Paralelamente havia a preocupação em introduzir os princípios científicos na prática de Enfermagem. Assim, a SAE passou a ser utilizada como um método científico para organizar os cuidados.

No Brasil, a SAE começou a ser implantada com maior ênfase em alguns Serviços de Enfermagem nas décadas de 1970 e 80⁽³⁻⁵⁾. Nessa época, a Teoria de Necessidades Humanas Básicas (NHB), de Wanda de Aguiar Horta, influenciou a aplicação do Processo de Enfermagem nas instituições de saúde e no ensino de Enfermagem. Essa Teoria foi adotada para a implementação das etapas da SAE no cenário em estudo, tendo em vista que esse modelo tem sido adotado pela maioria dos enfermeiros e amplamente utilizado nas pesquisas de SAE e nas realidades brasileiras.

SAE é a organização do trabalho, segundo as fases do seu fluxo. Implica na definição da natureza e do tipo do trabalho a ser realizado, desde a base teórico-filosófica, o tipo de profissional requerido, técnicas, procedimentos, métodos, objetivos e recursos materiais para a produção do cuidado. É um instrumento do processo de trabalho que deve ser incorporado ao ensino e ao trabalho da Enfermagem através do planejamento, da organização e execução do cuidado e do próprio gerenciamento da assistência de Enfermagem⁽⁶⁾.

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem⁽⁷⁾ considera que a SAE é uma atividade privativa do enfermeiro e que utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade.

A aplicação da SAE nas instituições de saúde apresenta os seguintes aspectos positivos: segurança no planejamento, execução e avaliação das condutas de enfermagem, a individualização da assistência, visibilidade e autonomia para o enfermeiro⁽⁸⁾.

Alguns requisitos são necessários para a implementação da SAE e estão relacionados com aspectos que envolvem o ensino em Enfermagem, a estrutura das organizações do trabalho de Enfermagem e elementos que encerram crença, valores, conhecimento, habilidade e prática do enfermeiro. Outras condições prévias são: Política Institucional, Liderança, Educação Continuada, Recursos Humanos, Comunicação, Instrumentos e Processo de Mudança⁽²⁻⁹⁻¹⁰⁾.

As dificuldades para implementação da SAE estão relacionadas ao quantitativo de recursos humanos existentes nas instituições de saúde para executar todas as atividades requeridas por essa

metodologia, que exige tempo para registro e análise dos dados^(2,5-8). A SAE não tem sido operacionalizada de forma correta, pois não há registro das informações coletadas (exame físico e histórico), conduta esta que compromete a elaboração da prescrição de enfermagem⁽¹¹⁾.

Poucos são os estudos que analisam em maior profundidade a implementação da SAE, bem como dos métodos que possam mensurar os aspectos quanti-qualitativos que interferem nas práticas e no planejamento da SAE com a equipe. São comuns na literatura os estudos de casos ou relatos de experiências nos quais as etapas da SAE são aplicadas nas diversas situações clínicas da assistência de enfermagem, principalmente na área hospitalar⁽¹²⁾.

Deste modo, os resultados deste estudo podem contribuir para a ampliação e compreensão de um modelo de sistematização implantado em uma realidade brasileira, para que se possa refletir e buscar a transformação dessa prática por meio do desenvolvimento de um modelo que possibilite o crescimento profissional da Enfermagem.

Este artigo tem como objetivo analisar a execução das etapas da SAE pela equipe de enfermagem, a fim de identificar as principais facilidades e dificuldades na utilização dos instrumentos padronizados para a realização das etapas do histórico, diagnóstico, prescrição, evolução e anotação de enfermagem.

MÉTODOS

Para este estudo foi escolhida a Unidade de Reabilitação (UR) de um hospital público da Secretaria de Estado de Saúde (SES) do Distrito Federal (DF). Trata-se de um hospital de nível quaternário especializado no atendimento de clientes neurológicos e hemofílicos. A UR conta com nove enfermarias e 36 leitos ativos para internação prolongada de clientes em processo de reabilitação.

Nessa unidade estão implantadas as cinco etapas da SAE, que são: histórico de enfermagem baseado nas NHB de Horta, diagnóstico de enfermagem segundo a Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA), prescrição de enfermagem por grau de dependência do cliente, evolução de enfermagem padronizada por NHB e anotação de enfermagem.

Tratou-se de um estudo com abordagem inter-relacional, desenvolvimental e retrospectivo.

Foi realizada análise retrospectiva dos prontuários após a alta ou óbito do cliente. Para tanto, inicialmente realizou-se um levantamento do número de internações dos anos de 2006 e 2007, para definição do quantitativo de prontuários que seriam analisados.

Foi definida como método mais adequado a amostragem seqüencial e estabeleceu-se que 20% do total de 103 prontuários seriam suficientes. Assim sendo, a amostra para análise foi composta por 25 prontuários, que atenderam os seguintes critérios de inclusão: prontuários de clientes do ano de 2006 e até março de 2007 com internação de pelo menos um mês, contendo os formulários: histórico, diagnóstico, prescrição, anotação e evolução de enfermagem. Foram excluídos os prontuários de clientes internados em período menor que um mês e readmitidos no ano de 2006 e até março de 2007.

Para a coleta de dados utilizou-se um instrumento denominado "Análise da SAE na UR" para auditoria de cuidados que foi adaptado⁽¹³⁾ para este estudo e aplicado inicialmente em três

prontuários para teste-piloto e refinamento do seu conteúdo. A coleta de dados nos prontuários da amostra foi realizada durante o período de cinco meses (abril a setembro) no ano de 2007.

Assim, para avaliação de cada etapa da SAE na UR foi utilizado um instrumento composto por um total de 68 itens, assim distribuídos: 18 para a etapa I - Histórico de Enfermagem; 17 para a etapa II - Diagnóstico de Enfermagem; oito para a etapa III - Prescrição de Enfermagem; oito para a etapa IV - Evolução de Enfermagem Padronizada; 17 para a etapa V - Anotação de Enfermagem. Para a análise de todas as etapas e itens da SAE foram padronizados os seguintes escores de avaliação: (0) - para o não preenchimento, (1) - para o preenchimento incompleto e (2) - para o preenchimento completo.

No histórico de enfermagem foi analisada a existência de dados de identificação do cliente, as NHB segundo o modelo conceitual de Horta com os respectivos dados de avaliação semiológica do cliente, assinatura e carimbo do enfermeiro. No diagnóstico de enfermagem foi avaliada a presença das necessidades alteradas, características definidoras e fatores de risco, diagnósticos de enfermagem da NANDA, início e fim do diagnóstico de enfermagem. Na etapa da prescrição de enfermagem observaram-se os dados do cabeçalho, utilização da prescrição de acordo com o grau de dependência do cliente, realização e revisão semanal da prescrição, presença e ausência de rasuras, cuidados referentes à prescrição médica, assinatura e carimbo do enfermeiro. Para a evolução de enfermagem padronizada foi analisada a presença de dados do cabeçalho, das NHB segundo o modelo conceitual de Horta, assinatura e registro profissional. Com relação às anotações de enfermagem avaliaram-se os registros dos auxiliares de enfermagem quanto aos horários e checagem dos cuidados prescritos pelos enfermeiros.

Para a análise dos instrumentos coletados nos prontuários optou-se por adotar a tabulação dos dados em planilha Excel Office 2003 e apresentação de sua distribuição percentual. A seguir foram elaboradas as médias de escores para análise de cada um dos itens dos instrumentos da SAE, a fim de estabelecer uma ordenação desses itens aos resultados obtidos.

Para as etapas do histórico e diagnóstico de enfermagem foram analisados 25 formulários de históricos e 12 de diagnósticos. Para as etapas da prescrição e evolução de enfermagem foram analisados 100 formulários de prescrição e 100 de evolução. A porcentagem média final foi calculada considerando o somatório dos escores de avaliação dos 68 itens das etapas I, II, III e IV da SAE.

O projeto de pesquisa em questão foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) da SES/DF em seis de março de 2006, de acordo com o Parecer nº. 029/2006. Para a coleta dos dados nos prontuários da UR foi apresentado o parecer e explicitados os objetivos deste estudo aos responsáveis pelos setores de internação e alta da instituição.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Tabela 1 foi possível identificar o preenchimento mais frequente das seguintes necessidades: nutrição / hidratação, higiene / cuidado corporal, integridade física, sono / repouso e integridade cutâneo-mucosa. Esses resultados apontam que os enfermeiros dão

maior ênfase aos cuidados voltados para o atendimento das necessidades biológicas.

Nesse sentido, outros autores⁽¹⁴⁾ encontraram resultados semelhantes em seus estudos, identificando uma ênfase nos aspectos biológicos e médicos do paciente.

Como apontado anteriormente, o histórico de enfermagem deve permitir a coleta de informações específicas e relevantes em relação ao cliente, e de maneira holística, assegurando que as esferas biológicas, sociais, psicológicas e espirituais do ser humano sejam consideradas, conforme a teoria de enfermagem utilizada⁽¹⁵⁾.

No entanto, neste estudo verificou-se que as necessidades sociais, psicológicas e espirituais são pouco valorizadas pelos enfermeiros, uma vez que os dados das necessidades de lazer / recreação, percepção / aprendizagem / orientação no tempo e espaço, religião / filosofia de vida e comunicação apresentaram-se ausentes e incompletos nos históricos.

Ainda com relação ao histórico de enfermagem, os seguintes itens e necessidades apresentavam-se incompletos: identificação do cliente, assinatura / carimbo do enfermeiro, eliminação, oxigenação e regulação térmica.

Cabe ressaltar que clientes neurológicos⁽¹⁶⁾ apresentam alterações nas eliminações intestinais e urinárias, respiratórias e termorregulação. Os diagnósticos de enfermagem mais frequentes nessas alterações foram: constipação, incontinência intestinal, incontinência urinária total, termorregulação ineficaz e hipertermia. Isso permite afirmar que a não valorização desses dados pelo enfermeiro impossibilita a identificação dessas necessidades nessa clientela.

Percebe-se também que o enfermeiro tem utilizado o histórico de enfermagem de forma parcial, priorizando a coleta e registro de dados de algumas NHB. Isso contribui, de certa forma, para a fragmentação dos cuidados prestados e descaracteriza a individualização da assistência ao cliente.

Um estudo⁽²⁾ também confirma que o histórico de enfermagem não é completamente preenchido, os registros dão ênfase ao aspecto biológico, particularmente aqueles relacionados com a sobrevivência do cliente. Outro problema identificado está relacionado com a não utilização desses dados e a coleta desnecessária dessas informações.

Em suma, conclui-se que as falhas na aplicação do histórico de enfermagem não têm permitido o alcance de sua finalidade em conhecer os hábitos individuais do cliente e em sua totalidade de forma que facilite sua adaptação à unidade e ao tratamento nos aspectos bio-psico-sócio-espirituais, de forma que possa individualizar a assistência de enfermagem.

O instrumento diagnóstico de enfermagem possibilita a identificação das NHB alteradas do cliente que se encontra internado com algum desequilíbrio no processo saúde-doença.

O diagnóstico de enfermagem é o resultado do exame físico-emocional do cliente, no qual o enfermeiro detecta sinais ou sintomas que são indicadores de desvio de saúde a riscos a que o cliente é submetido. Permite fixar as observações, apontar a direção da ação, identificar necessidades, problemas, preocupações ou respostas humanas, a partir da análise dos dados coletados, para extrair conclusões importantes para os cuidados. Descreve os problemas de saúde atuais ou potenciais que os enfermeiros podem tratar, com modos terapêuticos específicos⁽⁶⁾.

Tabela 1. Análise da execução da Etapa I - Histórico de Enfermagem da Unidade de Reabilitação (UR), Brasília, Abril/Setembro, 2007.

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM (HE) (N = 25)	SIM %	INCOMPLETO %	NÃO %
Utilização do HE	84	-	16
Identificação do cliente	16	68	16
Necessidade de oxigenação	32	48	20
Necessidade de circulação	36	36	28
Necessidade de regulação térmica	36	48	16
Necessidade de integridade cutâneo-mucosa	48	36	16
Necessidade de percepção, aprendizagem e orientação no tempo e espaço	32	56	12
Necessidade de nutrição e hidratação	80	8	12
Necessidade de eliminação	16	72	12
Necessidade de sono e repouso	60	24	16
Necessidade de exercício e atividade física, locomoção e autocuidado	36	44	20
Necessidade de higiene e cuidado corporal	68	16	16
Necessidade de integridade física	60	16	24
Necessidade de comunicação	32	56	12
Necessidade de lazer e recreação	16	4	80
Necessidade de religião e filosofia de vida	48	24	28
Observações de enfermagem	32	4	64
Assinatura e carimbo do enfermeiro	44	44	12

Tabela 2. Análise da execução da Etapa II - Diagnóstico de Enfermagem da Unidade de Reabilitação (UR), Brasília, Abril/Setembro, 2007.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (DE) (N = 25)	SIM %	INCOMPLETO %	NÃO %
Realização do DE	48	-	52
Cabeçalho	36	4	60
Alteração da oxigenação	-	8	92
Alteração da circulação	-	8	92
Alteração da regulação térmica	-	12	88
Alteração da integridade cutâneo-mucosa	-	-	76
Alteração da percepção, aprendizagem e orientação	-	24	84
Alteração da nutrição e hidratação	-	16	84
Alteração da eliminação	-	20	80
Alteração do sono e repouso	-	20	80
Alteração do exercício, locomoção e autocuidado	-	16	84
Alteração da higiene e cuidado corporal	-	36	64
Alteração da integridade física	-	12	88
Alteração da sexualidade	-	28	72
Alteração da comunicação	-	20	80
Alteração da comunicação	-	8	92
Alteração do lazer e recreação	-	16	84
Alteração da auto-estima	-	8	92
Assinatura e carimbo	12	20	68

Ressalta-se que o diagnóstico de enfermagem é valioso para o planejamento da assistência de enfermagem, no entanto, constatou-se o preenchimento parcial de diagnósticos relativos às alterações do exercício / locomoção / autocuidado, integridade física,

integridade cutâneo-mucosa, nutrição / hidratação e eliminação.

Nessa etapa, verificou-se novamente maior valorização dos enfermeiros no registro de diagnósticos relacionados com as alterações biológicas (fisiológicas), como apontado anteriormente.

Estudos⁽¹⁷⁾ também constatarem que os enfermeiros identificam mais diagnósticos ligados à área fisiológica do que os da área psicossocial. Esse fato está relacionado à resistência do enfermeiro em rotular ou documentar diagnósticos nessas áreas, e também dificuldades de entendimento da terminologia da NANDA.

As etapas do processo diagnóstico são: coleta de dados, análise e revisão dos dados para identificar informações relevantes; síntese dos dados em diagnósticos; comparação dos diagnósticos; e, por fim, combinação dos diagnósticos com os fatores causais e com os sinais e sintomas⁽¹⁸⁾.

Na Tabela 2 percebeu-se a ausência do preenchimento completo do diagnóstico de enfermagem pelos enfermeiros. Embora o formulário de diagnóstico de enfermagem esteja organizado em uma seqüência que possibilite a elaboração do raciocínio diagnóstico, observou-se que as etapas desse processo (análise e síntese) não são utilizadas pelos enfermeiros, uma vez que deveriam partir inicialmente do preenchimento das alterações das NHB e sinais e sintomas (características definidoras), até a confirmação dos diagnósticos de enfermagem no instrumento.

O diagnóstico de enfermagem é uma das etapas mais complexas, causando muitas divergências na sua realização. Muitos enfermeiros deixam de fazer essa etapa e com isso passam a fragmentar os cuidados e os problemas do paciente, deixando de vê-los como um todo, prescrevendo cuidados que não tem relação com os problemas encontrados, deixando de ser possível a conclusão do levantamento de dados⁽¹⁹⁾.

Torna-se importante que os enfermeiros utilizem o instrumento de diagnóstico de enfermagem para identificar as alterações dos clientes, possibilitando a realização da próxima etapa da SAE, ou seja, a prescrição da assistência de enfermagem, que deve estar baseada na identificação dos problemas prioritários dos indivíduos.

A prescrição de enfermagem se caracteriza pelo planejamento de cuidados e intervenções que serão prestadas pela equipe de enfermagem aos clientes da UR. Assim, deve estar subsidiada pelas etapas do histórico e diagnóstico de enfermagem.

Percebeu-se na Tabela 3 que a maioria dos prontuários continha esse instrumento, sendo essa etapa realizada semanalmente pelos enfermeiros, porém, não seguindo uma revisão e avaliação sistemática do cliente em relação aos cuidados prescritos durante a semana, pois a maioria das prescrições apresentava-se sem alterações ou novas intervenções. Nesse sentido, percebe-se uma contradição na execução dessa etapa, pois os resultados demonstraram que 99% das prescrições de enfermagem foram realizadas, no entanto, 79% dessas não apresentavam uma revisão sistematizada pelo enfermeiro.

Essa deficiência na reavaliação do cliente e da prescrição de enfermagem contribuiu para a mecanização dessa etapa da metodologia, como também para a descaracterização do processo, enquanto uma ferramenta dinâmica e interativa.

Outros estudos⁽²⁾ também constataram que a elaboração da prescrição de enfermagem pelo enfermeiro não estava vinculada a uma avaliação anterior do cliente, sendo essa etapa caracterizada pelo cumprimento de uma rotina.

Considerou-se também a supervalorização do enfermeiro para a realização da prescrição de enfermagem, uma vez que foi constatada a presença de um percentual elevado de prescrições nos prontuários. Observou-se a ausência de cuidados de

enfermagem na prescrição médica, contribuindo para maior autonomia do enfermeiro na SAE ao cliente, o que indica também valorização da prescrição de enfermagem na instituição.

As prescrições de enfermagem são ações realizadas e documentadas pelo enfermeiro, visando o monitoramento do estado de saúde, a fim de minimizar os riscos, resolver ou controlar um diagnóstico de enfermagem, auxiliar nas atividades de vida diária e promover a saúde. O enfermeiro, ao colocar em prática as prescrições de enfermagem, deverá estar constantemente investigando e reinvestigando tanto as respostas do cliente quanto seu próprio desempenho, pois o ser humano é imprevisível e precisa ser monitorado cuidadosamente⁽²⁰⁾.

Um estudo⁽²¹⁾ também avaliou a qualidade na elaboração da prescrição de enfermagem em uma unidade de cuidados intermediários neonatais e encontrou problemas referentes à atuação e conhecimento do enfermeiro no desenvolvimento desta atividade específica.

A evolução de enfermagem é o registro realizado após a avaliação do estado geral do paciente, com o objetivo de nortear o planejamento da assistência a ser prestada e informar o resultado das condutas de enfermagem implementadas⁽²²⁾.

Na Tabela 4 pode-se verificar que 72% dos formulários de evolução padronizada foram preenchidos. Constatou-se ainda que os enfermeiros valorizam e observam mais freqüentemente as alterações da percepção / orientação / atenção, estado geral, nutrição, intercorrências / condutas, queixas do cliente, regulação térmica / oxigenação / circulação, exame físico do abdômen, atividade física / percepção sensorial, hidratação / restrição hídrica e genitália.

Os resultados da evolução de enfermagem padronizada também revelam maior preocupação dos enfermeiros com relação à avaliação dos dados relativos às necessidades biológicas, valorizando o registro dos dados de forma geral, sem aprofundar na avaliação individualizada e detalhada do cliente, desconsiderando outras dimensões do cuidado.

Embora se perceba o preenchimento da maioria dos itens da evolução de enfermagem na UR, é importante considerar que esses dados devem facilitar a identificação e solução de problemas ou diagnósticos, além de possibilitar a avaliação da assistência de enfermagem que está sendo prestada ao cliente.

Os dados identificados como incompletos no formulário de evolução de enfermagem padronizada, foram: assinatura, registro profissional, eliminação intestinal e manobras para reeducação. Os dados não preenchidos foram: sexualidade, auto-imagem, auto-estima, lazer, recreação, religião, terapêutica, participação, aprendizagem e exercício.

Esse resultado demonstra pouca preocupação dos enfermeiros com relação à coleta e análise de dados voltados para as necessidades psicossociais dos clientes da UR, uma vez que as evoluções de enfermagem identificadas nos prontuários não continham esses dados preenchidos. Esse resultado pode estar relacionado com as dificuldades de avaliação das condições subjetivas do cliente durante a execução da evolução de enfermagem.

A finalidade da anotação de enfermagem é, essencialmente, fornecer informações a respeito da assistência prestada, de modo a assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde e garantir a continuidade das informações nas 24 horas, o que é

Tabela 3. Análise da execução da Etapa III - Prescrição de Enfermagem da Unidade de Reabilitação (UR), Brasília, Abril/Setembro, 2007.

PREScrição DE ENFERMAGEM (PE) (N = 100)	SIM %	INCOMPLETO %	NÃO %
Prescrição com cabeçalho*	80	20	-
Prescrição de acordo com o grau de dependência*	52	4	44
Prescrição realizada semanalmente	99	-	1
Prescrição revisada semanalmente	21	-	79
Prescrição alterada e com novas intervenções	44	-	56
Prescrição com cuidados referentes à prescrição médica	16	-	84
Presença de rasuras	29	-	71
Prescrição com assinatura e carimbo do enfermeiro	64	24	12

* N = 25

Tabela 4. Análise da execução da Etapa IV - Evolução de Enfermagem Padronizada da Unidade de Reabilitação (UR), Brasília, Abril/Setembro, 2007.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (EE) (N = 100)	SIM %	INCOMPLETO %	NÃO %
Data, horário, assinatura e carimbo do enfermeiro	21	61	18
Realização da evolução padronizada	72	-	28
Cabeçalho	56	12	32
Queixas do cliente	60	-	40
Estado geral do cliente	68	-	32
Percepção, orientação e atenção	72	-	28
Hidratação e restrição hídrica	56	16	28
Integridade cutâneo-mucosa, lesões e protocolo de feridas	40	28	32
Regulação térmica, oxigenação, circulação	60	8	32
Nutrição	68	-	32
Abdômen	60	4	36
Eliminação vesical, perda urinária, medicação e frequência	28	36	36
Eliminação intestinal e manobras para reeducação	24	44	32
Genitália	56	-	44
Atividade física e percepção sensorial	60	8	32
Sexualidade, auto-imagem e auto-estima	28	-	72
Terapêutica, participação, aprendizagem e exercício	40	12	48
Lazer, recreação e religião	-	48	52
Assinatura e registro profissional	28	40	32
Intercorrências e condutas de enfermagem	64	-	36

Tabela 5. Análise da execução da Etapa V - Anotações de Enfermagem da Unidade de Reabilitação (UR), Brasília, Abril/Setembro, 2007.

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (AE) (N = 100)	SIM %	INCOMPLETO %	NÃO %
Sinais vitais	-	3	97
Banho de aspersão	22	53	25
Higiene oral	-	49	51
Refeições	1	60	39
Eliminações intestinais	1	68	31
Eliminações urinárias	1	41	58
Mudança de decúbito	1	47	52
Supervisionar mobilização no leito	1	16	83

indispensável para a compreensão do paciente de modo global⁽²³⁾.

Na Tabela 5 mostrou-se que as anotações não foram realizadas ou apresentaram-se incompletas. Esse resultado permite inferir que a maioria dos cuidados (sinais vitais, mobilização no leito, eliminações intestinais e urinárias e refeições) prescritos pelos enfermeiros aos clientes não foram registrados pelos auxiliares de enfermagem. As anotações são importantes para fornecerem subsídios e dados para o planejamento, reavaliação e revisão da assistência.

Desta forma, é possível afirmar que a ausência das anotações no formulário de prescrição de enfermagem não permite a avaliação da assistência implementada e nem o acompanhamento da evolução, bem como o alcance de resultados para o restabelecimento da saúde do cliente.

Outros estudos⁽²⁴⁾ também demonstram que as atividades de cuidados de higiene, reações à medicação, alimentação, eliminação, modificações no estado geral e outros de rotina, não vêm sendo objeto de anotação sistemática e adequada em prontuário pelos profissionais de enfermagem.

Vale ressaltar que se identificou também o registro de prescrições e anotações relacionadas apenas com os cuidados biológicos, principalmente aqueles direcionados para as ações e intervenções com o corpo físico, de forma padronizada, rotineira e não individualizada. Esses dados demonstram a fragmentação do cuidado ao cliente, uma vez que outras esferas do cuidado não são consideradas na implementação da prescrição e da anotação de enfermagem.

A ausência de checagem dos cuidados no formulário de prescrição de enfermagem pode estar relacionada com a rotina do trabalho que já é executado diariamente pelo auxiliar de enfermagem, independente da prescrição, e também com a falta de correspondência entre as necessidades dos clientes e as ações prescritas pelos enfermeiros.

A não realização dos cuidados prescritos pelos enfermeiros ou a ausência das anotações na prescrição podem ter implicação jurídico-legal com relação ao fornecimento de cuidados de enfermagem aos clientes, assim como desqualificam o padrão de qualidade da assistência prestada e interferem na dinâmica das outras etapas da SAE.

A anotação de enfermagem realizada de maneira adequada e correta retrata, além do respaldo legal, também a qualidade da assistência de enfermagem prestada ao cliente, sendo imprescindível para a implantação efetiva da SAE nas Instituições de Saúde, uma vez que os registros são de fundamental importância para o enfermeiro no planejamento da assistência, na evolução e na avaliação dos cuidados prestados ao cliente⁽²⁵⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente é necessário destacar que uma das limitações do

estudo é a análise da implementação da SAE apenas por meio de registros, visto que se trata de um processo dinâmico que envolve complexas ações.

Os resultados do estudo demonstram que, apesar da existência dos diversos formulários que tem como finalidade facilitar a implementação da SAE, constatou-se dificuldade dos enfermeiros para sua operacionalização, pois embora todas as etapas da SAE: histórico, diagnóstico, prescrição, evolução e anotação de enfermagem sejam realizadas, verificou-se que ocorre o preenchimento, com maior frequência, da prescrição, seguido do histórico, e com menor frequência da evolução e diagnóstico de enfermagem.

Com relação ao formulário histórico de enfermagem, observaram-se registros das necessidades, alterações relativas às condições biológicas e fisiológicas, o que demonstra a necessidade de ampliar o olhar para outras necessidades, sobretudo das psicossócio-espirituais do cliente.

Da execução da prescrição de enfermagem, percebeu-se a consideração ao grau de dependência do cliente, porém são escassas as revisões sistemáticas dos cuidados prescritos a fim de avaliar os seus resultados. Nesse sentido, depreende-se que existe o risco dessa atividade tornar-se mecanizada, ou seja, que não envolva a reflexão das ações desenvolvidas pelos enfermeiros.

Constatou-se grande dificuldade dos enfermeiros em trabalharem com a etapa do diagnóstico de enfermagem, sobretudo porque ela requer análise e reflexão mais aprofundada das necessidades do cliente. Há que se investir no treinamento contínuo dos enfermeiros para a identificação dos diagnósticos dos clientes baseados na utilização da NANDA e no modelo conceitual de NHB de Horta.

Com relação à evolução de enfermagem padronizada, conclui-se que esse formulário facilita os registros da evolução do cliente por alterações de NHB. No entanto, evidencia-se a necessidade dos enfermeiros estarem mais atentos aos problemas psicossociais dos clientes.

Na análise das anotações de enfermagem é possível depreender que, embora o cuidado esteja sendo prescrito pelos enfermeiros, ocorre a desvalorização por parte dos auxiliares de enfermagem com relação à implementação desses cuidados aos clientes, uma vez que os resultados demonstraram ausência dos seus registros. Nota-se, também, a falta de envolvimento e participação dos auxiliares de enfermagem no processo de desenvolvimento da SAE. Assim, há que se pensar em uma estratégia de mudança para melhorar as anotações de enfermagem, uma vez que a execução do cuidado quase sempre é realizada por esse profissional.

Em suma, verifica-se que a implementação da SAE ocorre de forma ainda bastante fragmentada, o que indica a necessidade de reorganização dessa metodologia, por meio da análise dos instrumentos utilizados, e sobretudo por meio do investimento na educação permanente dos enfermeiros, para a qualificação da assistência ao cliente.

REFERÊNCIAS

1. Henderson V. On nursing care plane and their history. *Nursing Outlook* 1973; 21(6):378-9.
2. Rossi LA. O processo de enfermagem em uma unidade de queimados: da ideologia da rotina à utopia do cuidado individualizado [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1997.
3. Maria VLR, Dias AMC, Shiotsu CH, Farias FAC.

- Sistematização da assistência de enfermagem no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia: relato de experiência. *Rev Esc Enferm USP* 1987; 21(esp):77-87.
4. Campedelli MC, Benko MA, Castilho V, Castellanos BEP, Gaidzinski RR, Kumura M. Processo de enfermagem na prática. 2ª ed. São Paulo: Ática; 2000.
 5. Silva JVA. Sistematização da assistência de enfermagem: as representações sociais dos enfermeiros de uma instituição Hospitalar. In: Anais do Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem; 2004, Belo Horizonte (MG), Brasil. Belo Horizonte: ABEn; 2004.
 6. Leopardi MT. Teoria e método em assistência de enfermagem. 2ª ed. Florianópolis: Soldasoft; 2006.
 7. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 272, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas instituições brasileiras. Rio de Janeiro: COFEN; 2002. Disponível em: <http://www.bve.org.br/portal/materis.asp?ArticleID=1256&SectionID=194&SubSectionID=194&SectionParentID=189>
 8. Lima AFC. Significados que as enfermeiras assistenciais de um hospital universitário atribuem ao processo de implementação do diagnóstico de enfermagem como etapa do sistema de assistência de enfermagem [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.
 9. Maria VLR. Os caminhos do diagnóstico de enfermagem na prática de um hospital especializado. In: Guedes MVC, Araújo TL, organizadores. O uso do diagnóstico na prática de enfermagem. Brasília: ABEn; 1997. p. 77-85.
 10. Friedlander MR. Prescrição diária de enfermagem: condições para a sua implantação como atividade de rotina da enfermeira. *Rev Esc Enferm USP* 1973; 7(2):177-86.
 11. Nonino EAPM. Avaliação da qualidade dos procedimentos de enfermagem – banho e curativo – segundo o grau de dependência assistencial dos pacientes internados em um hospital universitário [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.
 12. Mendes MA. Colocar seqüências no cuidar faz a diferença [dissertação]. Belo Horizonte: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2001.
 13. Cianciarullo TI. Teoria e prática em auditoria de cuidados. São Paulo: Ícone; 1997.
 14. Silva AGI. Ensinando e cuidando com o processo diagnóstico em enfermagem. Belém: Smith Produções Gráficas; 2001.
 15. Tannure MC, Gonçalves AMP. Sistematização da Assistência de Enfermagem – Guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
 16. Neves RS, Jesus CAC. Diagnósticos de enfermagem em pacientes lesados medulares. São Paulo: Difusão; 2007.
 17. O'Connell B. Diagnostic reliability: a study of the process. *Nursing Diagnosis* 1995; 6 (3):99-114.
 18. Doenges ME, Townsend MC, Moorhouse MF. Nursing care plans: guidelines for planning patient care. In: *Nursing process, nursing diagnoses and care plan construction*. Philadelphia: F. A. Davis; 1989. p. 4-8.
 19. Foschiera F, Viera CS. O diagnóstico de enfermagem no contexto das ações de enfermagem: percepção dos enfermeiros docentes e assistenciais. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2004; 6(2):189-98, 2004. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br>
 20. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção de cuidado colaborativo. 5ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
 21. Sentone ADD. Análise dos indicadores da qualidade na elaboração da prescrição de enfermagem em uma unidade de internação de um Hospital Universitário Público [dissertação]. Belo Horizonte: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2001.
 22. Baptista CMC, Coan TCM, Telles SCR, Santos NC. Evolução de enfermagem. In: Cianciarullo T. I. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001.
 23. Gonçalves VLM. Anotação de enfermagem. In: Cianciarullo TI. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001.
 24. Oguisso T. Os aspectos legais da anotação de enfermagem no prontuário do paciente [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Ana Néri, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1975.
 25. Ito EE, Senes AM, Santos MAM, Gazzzi O, Martins SAS. Manual de anotação de enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2004.