ORIGINAL ARTICLE

AUDITORSHIP IN NURSING RECORDS AT AN INTENSIVE CARE UNIT

AUDITORIA EM REGISTROS DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

AUDITORÍA EN REGISTROS DE ENFERMERÍA EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

Francislene de Fátima Cordeiro¹, Ana Maria Dyniewicz², Luísa Canestraro Kalinowski³

ABSTRACT

Objectives: to analyze nursing reports at the Intensive Care Unit (ICU) of a private hospital and identify nursing report features at the ICU. **Method:** descriptive study held between October/2009 and January/2010, applying a data-collection instrument to 100 nursing reports in patients' records of an adult ICU of a private hospital in the municipality of Curitiba, Paraná State/Brazil. The criteria for record inclusion in the study were adult patients of both sexes, regardless the pathology and/or complications and health insurance plans, longer than three-day admission in the ICU. This research followed the procedures recommended by Resolution nº 196/96, and was approved by the Research Ethics Committee from Universidade Tuiuti do Paraná (Opinion 000124/2009). **Results:** among the results, it can be pointed out: missing patients' identification tags; reports presenting blanks, scratches or correction fluid erasures; missing signing; incorrect checking and incomplete records from Systematization of Nursing Care. **Conclusion:** as nursing reports mean safety to patients and institutions and reflect the quality of care delivery, it was perceived the need to steady improvement in this recording process. **Descriptors:** nursing audit; quality of health care; nursing.

RESUMO

Objetivos: analisar as anotações de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva - UTI de um hospital privado e identificar as características dos registros de enfermagem na UTI. **Método:** estudo descritivo realizado de outubro de 2009 a janeiro de 2010, aplicando um instrumento de coleta de dados a 100 anotações de enfermagem em prontuários de pacientes de uma UTI geral adulto de um hospital privado do município de Curitiba-PR. Os critérios de inclusão de prontuários no estudo foram: pacientes adultos, de ambos os sexos, independente da patologia e/ou complicações e plano de saúde, com mais de três dias de internação na UTI. Esta pesquisa seguiu os procedimentos recomendados pela Resolução nº 196/96 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos da Universidade Tuiuti do Paraná, sob o número 000124/2009. **Resultados:** dentre os resultados destacam-se: falta de etiquetas de identificação de pacientes; anotações com espaços em branco, rasuras e utilização de corretor ortográfico; falta de assinatura; checagem incorreta e registros da Sistematização da Assistência de Enfermagem incompletos. **Conclusão:** como as anotações de enfermagem representam segurança ao paciente e à instituição e refletem a qualidade da assistência prestada, percebeu-se a necessidade de melhoria contínua desse processo de registros. **Descritores:** auditoria de enfermagem; qualidade da assistência à saúde; enfermagem.

RESUMEN

Objetivos: analizar los apuntes de enfermería en Unidad de Terapia Intensiva - UTI de un hospital particular e identificar las características de los registros de enfermería en UTI. **Método:** estudio descriptivo hecho de octubre de 2009 a enero de 2010, con instrumento de 100 apuntes de enfermería en prontuarios de pacientes de una UTI general para adultos de un hospital de Curitiba-PR. Los criterios de inclusión de registros solicitaban que fuesen pacientes adultos de ambos sexos, independientemente de la patología y/o complicaciones y el plan de la salud, con más de tres días en la UTI. Este estudio dio seguimiento a los procedimientos recomendados por la Resolución 196/96 y aprobado por la Ética en la Investigación Humana de la Universidad Tuiuti con el número 000124/2009. **Resultados:** entre los resultados, se destacan: ausencia de etiquetas de identificación de pacientes; apuntes con espacios en blanco, tachones y utilización de corrector ortográfico; falta de firma; chequeo incorrecto y registros de la Sistematización da Asistencia de Enfermería incompletos. **Conclusión:** como los apuntes de enfermería representan seguridad para el paciente y para la institución y reflejan la cualidad de la asistencia prestada, se ha percibido la necesidad de mejoría continua de ese proceso de registros. **Descriptores:** auditoria de enfermería; calidad de la atención de salud; enfermería.

¹Enfermeira. Especialista em Auditoria e Gestão em Saúde. Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: francislene_cordeiro@yahoo.com.br; ²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Pós-Graduação em Auditoria e Gestão em Saúde, Universidade Tuiuti do Paraná. Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: anadyni@yahoo.com.br; ³Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Universidade Federal do Paraná. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: luisa@ufpr.br

INTRODUÇÃO

Desde os primórdios a enfermagem assume várias funções e uma de suas atribuições nas instituições de saúde é a realização de registros, sendo que a qualidade das informações das ações assistenciais está intimamente ligada à qualidade da assistência prestada ao paciente e à produtividade do trabalho.¹

Os registros possibilitam a comunicação entre profissionais, incluindo informações necessárias para diversas áreas; favorecem o ensino, a pesquisa, a realização de auditorias, a verificação de aspectos legais e a garantia da assistência ao paciente, além de representarem valor financeiro para a instituição.

O prontuário é um instrumento com várias funções e nele estão contidas as informações escritas que refletem o atendimento e tratamento prestado durante a internação, sendo que a evolução, as reações e preocupações do paciente devem ser escritas utilizando-se termos que expliquem os fatos de maneira clara.¹ Nesse sentido, a auditoria se torna uma forma de analisar profundamente e imparcialmente o conteúdo do prontuário, a fim de controlar a qualidade do trabalho da equipe de enfermagem e melhorar a qualidade do serviço prestado.¹⁻²

A auditoria de enfermagem pode ser compreendida como a análise das atividades realizadas pela equipe, através do prontuário em geral, mas, principalmente, das anotações.² Essas anotações de enfermagem, realizadas pela equipe no prontuário do paciente, devem conter todos os aspectos do tratamento, bem como as alterações referidas pelo paciente e/ou familiar, caracterizando, portanto, as ações realizadas com esse paciente.³

Atualmente, registros adequados e freqüentes no prontuário consistem no mais importante instrumento de avaliação da qualidade de sua atuação e representam 50% das informações inerentes ao cuidado do cliente.³

Entretanto, estudos mostram que muitos problemas são encontrados nos registros de enfermagem, tais como: ilegibilidade, erros de ortografia, utilização de terminologia incorreta, ausência de carimbo ou nome ilegível do profissional, não checagem das prescrições de enfermagem, entre outros.¹ E quando existem inconformidades nos registros há o retorno de contas hospitalares de planos de saúde para serem reconferidas e corrigidas, principalmente pelo enfermeiro

designado para essa função, ou seja, enfermeiro auditor.

Assim, torna-se importante o desenvolvimento de estudos que avaliem os registros de enfermagem, pois ao identificar as imperfeições pode-se buscar o aprimoramento do trabalho e dos documentos elaborados. Ademais, o uso da auditoria na avaliação de prontuários possibilita o reconhecimento dos problemas e também de intervenções, a fim de eliminar ou reduzir as falhas desses registros.⁴

Neste sentido, aparece a questão dos custos na área da saúde, que exige dos enfermeiros análise de suas funções administrativas e um trabalho proativo, a fim de se obter melhor resultado econômico nas instituições de saúde, uma vez que o volume de perdas em medicamentos e materiais, por falta de registro, é crescente.⁵

OBJETIVOS

- Analisar as anotações de enfermagem em Unidade da Terapia Intensiva (UTI) de um hospital privado.
- Identificar as características dos registros de enfermagem na UTI.

MÉTODO

O estudo foi realizado em uma UTI Geral Adulto de um hospital privado do município de Curitiba-PR. A unidade possui 24 leitos, sendo que destes, quatro leitos são destinados a pacientes do serviço de Neurologia e 20 leitos a pacientes clínicos e cirúrgicos. O tempo de permanência desses pacientes é variável, podendo ser de dois dias a três meses. A equipe de enfermagem é constituída de nove enfermeiros e 45 técnicos de enfermagem.

Desenvolveu-se estudo descritivo, que tem como propósito observar, descrever, explorar, classificar e interpretar aspectos de fatos ou fenômenos, buscando-se frequência, característica, relação e associação entre variáveis.⁶

Foi utilizado um instrumento de coleta de dados baseado em relatório de pesquisa publicado,⁷ com algumas adaptações relevantes para a instituição pesquisada. Esse instrumento foi aplicado a 100 anotações de enfermagem em prontuários de forma aleatória, na UTI Geral Adulto, entre 28 de outubro de 2009 a 21 de janeiro de 2010.

Os prontuários selecionados eram de pacientes adultos, de ambos os sexos, independente da patologia e/ou complicações e plano de saúde, com mais de três dias de internação na UTI. O preenchimento do

instrumento foi realizado a partir da leitura das últimas anotações referentes a um turno de 24 horas. Os dados das 100 anotações de enfermagem foram categorizados em: Aspectos legais das anotações, Checagem e anotação, Compreensão da escrita e Presença da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos e Animais da Universidade Tuiuti do Paraná, sob o número 000124/2009.

RESULTADOS

Na primeira categoria, Aspectos legais das anotações, foi constatado que 15% das anotações não possuíam a identificação do paciente ou apenas continham o primeiro nome; 100% das anotações foram realizadas por turno e não por horário e, em geral, as anotações foram legíveis.

Uma questão que chamou a atenção foi a presença de rasuras em 95% das anotações, relacionadas principalmente ao balanço hídrico, pois muitos números foram subscritos sobre outros, o que pode gerar dificuldade de leitura dos valores, interferindo na conduta terapêutica do paciente. A utilização de corretor ortográfico ou de papel branco colado foi encontrada em 19% do total das anotações de enfermagem.

Os dados ainda revelaram que 79% dos registros tinham a presença de espaços em branco durante uma anotação, na continuação desta e entre o final dos registros e o carimbo.

A assinatura e o carimbo dos profissionais de enfermagem foram as questões com maior relevância, sendo que 51% dos registros apresentavam-se com assinatura. Identificou-se que em 76% dos registros foi utilizado o carimbo, o que auxilia na forma mais completa de identificação, destacando que este não tem validade legal se não houver assinatura.

Na segunda categoria de análise Checagem e anotação, observou-se que 87% dos registros não foram checados corretamente, sendo que esse índice pode influenciar tanto na qualidade da assistência prestada como no custo que pode ser gerado ao hospital. Houve ausência de volume dos diluentes, medicamentos checados e circulados simultaneamente e checagem errada (traço ao lado da medicação e/ou procedimento).

Outras questões encontradas foram: 45% dos horários não foram checados e nem circulados e 42% dos horários circulados não foram justificados. Houve grande deficiência

na realização adequada das prescrições de enfermagem, com horários apazados de forma incompleta e itens circulados sem justificativa. Tudo isso gera dúvidas se as ações foram realmente realizadas ao paciente. Foi constatado ainda que em 14% das anotações houve falta de checagem de curativo e em 64% não foram registradas as características da ferida.

Com relação à qualidade dos registros, ocorreram anotações com a utilização dos termos cliente ou paciente, palavras que devem ser evitadas, pois a folha de anotação é individualizada. Observou-se também que em quase todas as evoluções não havia registros de orientações a familiares, e o formulário de transferência interna, necessário durante a internação na Unidade, não foi encontrado em diversos prontuários.

Outros dados encontrados foram: ausência do preenchimento da escala de dor, de anotações qualitativas (localização, tipo, intensidade), medidas para alívio e posterior reavaliação da efetividade de tais medidas.

Ainda nesta categoria foi verificado que em 84% das anotações não havia registros do aspecto da eliminação vesical e em 61% faltava registro completo da quantidade, aspecto e número de evacuações no período de 24 horas.

Na terceira categoria Compreensão da escrita, 93% das anotações não se apresentavam de forma cefalocaudal, o que pode dificultar a leitura, além de haver dados repetitivos e, na maioria das vezes, ausência de dados.

Na quarta categoria Presença da SAE verificou-se que foram realizadas 100% das prescrições, 99% de exame físico e 98% de histórico e evolução dos pacientes, mas a grande questão foi a qualidade desses registros.

Houve prescrição com escrita fora da linha, o que dificulta a checagem pelos técnicos. Com relação ao impresso de histórico e exame físico foi constatado que 35% estavam incompletos. Houve ausência dos registros de dados vitais, ausência do registro da ausculta cardíaca e pulmonar e da descrição da pele.

DISCUSSÃO

A partir dos resultados da primeira categoria, Aspectos legais das anotações, percebe-se que presença de identificação nas anotações de enfermagem é de extrema importância, pois significa cuidados certos para pacientes certos; sua ausência pode expor o paciente a riscos, não garantindo assim a qualidade e a real assistência

prestada. É fundamental, também, verificar se o cabeçalho do impresso está preenchido com dados de identificação do cliente; caso não esteja, deve-se sempre preenchê-lo ou completá-lo.⁸

Ao contrário dos dados encontrados, a literatura demonstra que toda a anotação deve ser feita logo após a verificação da ocorrência do fato ou do cuidado prestado, pois isso evita o esquecimento de acontecimentos e detalhes importantes para o planejamento de cuidados do paciente, além de ser um indicativo de que o paciente está sendo assistido de forma permanente.⁸⁻⁹

Com relação à letra, como o prontuário do paciente é um registro legal e a maioria das informações é escrita à mão, a legibilidade é de extrema importância.¹⁰

Foram identificadas rasuras nas anotações que em processo judicial, o juiz poderá emitir seu parecer conforme a fé de seu julgamento. Deve-se então evitar a rasura, usando a palavra “digo” entre vírgulas ou fazendo um risco com uma única linha e escrever a palavra “erro”.^{8,11}

Diante da questão de uso de corretor ortográfico, nenhum profissional está eximido de erros na escrita, porém, as correções para tal erro devem ser de acordo com a legislação, evitando o uso de corretores, borrachas ou linhas cruzadas.¹⁰

Outro aspecto verificado neste estudo foi a presença de espaços em branco nas anotações de enfermagem. De acordo com a literatura não se deve deixar tais espaços quando forem realizadas anotações, pois qualquer pessoa pode acrescentar dados incorretos. Se há sobra de espaço, preencher com traço contínuo a lacuna.^{8,10}

Em pesquisa sobre registros de enfermagem realizada em UTI os problemas de rasuras, uso de corretor ortográfico e espaços em branco também foram identificados e os autores destacam que muitos profissionais não reconhecem os riscos destas falhas e de que o prontuário é um documento legal.¹²

Em relação à assinatura e carimbo dos profissionais, segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)¹³ ao final de cada anotação deve haver carimbo, assinatura e número do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) do profissional que a realizou.

Em um estudo verificou-se que a identificação, no final do registro de enfermagem foi, na maioria dos prontuários, incorreta ou ausente, e com isso há a dificuldade de localização do profissional que realizou o registro, caso seja necessário.¹⁴ Como os registros dão respaldo e são formas

de defesa legal, destaca-se a importância da identificação correta do profissional, com o uso adequado do carimbo e assinatura, confirmando a prestação de cuidados.¹⁵

Na segunda categoria de análise, Checagem e anotação, salienta-se que a checagem correta é a comprovação de que o procedimento foi executado e também serve para o recebimento financeiro dos plano de saúde, pois a realização de registros claros e objetivos garante que o hospital receba do convênio o valor gasto.¹⁶

A ausência de checagem e anotação do curativo, como observada neste estudo, reflete-se em deficiência da avaliação da eficiência, efetividade e resultado dos cuidados de enfermagem e reflete-se, também, nos custos, já que na UTI, devido à complexidade e tempo de permanência dos pacientes, é maior a chance de desenvolvimento de úlcera por pressão e contaminação de cirurgias limpas. É importante checar uma prescrição, mas também avaliar o cuidado prestado.⁸

Também foram identificadas falhas nas anotações de enfermagem com relação a avaliação da dor, e de acordo com a literatura, o enfermeiro e equipe devem sempre identificar a queixa algica e selecionar medidas para o seu controle.¹⁷ Além disso, estudos evidenciam que doente hospitalizado com dor não aliviada pode avaliar negativamente todos os demais serviços durante sua internação.¹⁸

A partir dos resultados ficou evidente que a descrição da qualidade das eliminações é pouco anotada e, em virtude disso, há uma quebra do planejamento e continuidade do cuidado. Um registro completo das eliminações vesicais e intestinais permite uma garantia de suprimento das necessidades nutricionais adequadas para o paciente; manutenção da integridade da pele, evitando dermatites, e garantia do equilíbrio hídrico e da função renal, permitindo a continuidade da assistência.⁸

Com tais dados levantados percebe-se que os registros realizados com qualidade apresentam todas as informações sobre o indivíduo de forma correta, completa e de acordo com a legislação. Uma anotação bem feita espelha a qualidade e a eficiência do atendimento prestado ao cliente.¹⁰⁻¹¹

Na terceira categoria, Compreensão da escrita, destaca-se a importância de uma anotação de forma cefalocaudal, pois há maior facilidade de leitura e de encontrar mais precisamente os dados desejados para o planejamento dos cuidados.

A quarta categoria, Presença da SAE, refere-se à presença de anotações do enfermeiro, em impresso próprio desenvolvido pela instituição pesquisada. A qualidade desses registros inclui o histórico, exame físico, prescrição e evolução de enfermagem. Convém destacar que a realização da SAE é de responsabilidade exclusiva do enfermeiro e é uma forma de tornar a enfermagem mais científica, promovendo o cuidado com qualidade, continuidade e humanização.

Na pesquisa, constatou-se que em relação ao histórico e exame físico, 35% dos registros estavam incompletos. Estudo semelhante mostrou deficiência na qualidade de registros de exame físico, configurando assim um desafio para o enfermeiro, pois a escassez de dados ou registros incompletos dificultam o cuidado sistematizado e individualizado, deixando aquém as reais necessidades a serem atendidas no paciente.¹⁹

A partir dos dados relacionados a essa categoria percebeu-se que o instrumento de registros que o enfermeiro dispõe pode demonstrar seus conhecimentos científicos, técnicos e humanos no cuidado ao paciente, além de caracterizar sua prática profissional.²⁰

Algumas estratégias que poderiam ser utilizadas a fim de melhorar a qualidade desses registros englobam: a conscientização dos próprios enfermeiros sobre a importância da SAE; a qualificação e capacitação dos profissionais; a realização de reuniões para discussão de dificuldades e determinação de objetivos comuns; e a elaboração de protocolos de cuidados computadorizados, para facilitar a elaboração da prescrição de enfermagem informatizada; adequação dos impressos de enfermagem para facilitar o registro.^{14,20}

Diante dos resultados encontrados nesta pesquisa, salienta-se a importância dos registros, conforme a Resolução do COFEN-191/96, para os quais são necessários alguns parâmetros: verificar cabeçalho do impresso; registrar em horário e não em turno; o termo paciente ou cliente não deve ser utilizado, tendo em vista que a folha de anotação é individual; realizar a anotação no início do plantão; a letra de quem realiza a anotação deve ser legível para que possa ser entendida por quem a leia; deve seguir uma sequência cefalocaudal; quando tiver erros utilizar os termos “digo”, “correção” e nunca corretores ortográficos; utilizar apenas siglas padronizadas e no final de cada anotação deve haver carimbo, assinatura e número do COREN do profissional que a realizou.¹³

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu analisar a qualidade dos registros de enfermagem, identificando as deficiências e os aspectos em que deve haver melhoria, para posterior socialização dos dados, previsto por ocasião da Semana de Enfermagem na instituição pesquisada.

Observou-se que, embora se tenha muitas informações sobre registros de enfermagem quanto à responsabilidade ética e legal e cobrança da auditoria da instituição, identifica-se a necessidade de maior participação dos auditores na área da educação continuada na unidade, para disseminação do conhecimento e formulação de estratégias educativas junto com os gestores.

Também verificou-se a necessidade do estabelecimento pela Instituição de um padrão de anotações dos técnicos e auxiliares de enfermagem. Propõe-se, ainda, estudo futuro sobre o número de glosas de contas médicas por falta de anotações corretas, bem como estudar o re-trabalho de enfermeiros auditores para correção de prontuários antes da auditoria dos planos de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Setz V G, D'Innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. *Acta paul enferm.* 2009; 22(3): 313-317.
2. Riolino N A, Kliukas G B V. Relato de Experiência de Enfermagem no campo de Auditoria de Prontuário: uma ação inovadora. *Nursing.* 2003; 65(6): 35-38.
3. Santos S R, Paula A F A, Lima J P. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. *Rev latinoam enferm.* 2003; 11(1): 80-87.
4. Venturini, D A, Marcon S S. Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola. *Rev bras enferm.* 2008; 61(5): 570-75.
5. Galvão C R. Estudo do papel da auditoria de enfermagem para redução dos desperdícios em materiais e medicamentos. *Mundo saúde.* 2002; 26(2): 275-82.
6. Dyniewicz A M. Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes. 2ª ed. São Paulo: Difusão; 2009.
7. Luz A, Dyniewicz A M. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria [trabalho de conclusão de curso]. Curitiba (PR): Faculdade Evangélica do Paraná; 2006.

8. Murta G F, Garcia J N R. Procedimentos básicos de enfermagem no cuidar. 1ª ed. São Paulo: Difusão; 2006.
9. Vituri D W, Matsuda L M. Os registros de enfermagem como indicadores da qualidade do cuidado: um estudo documental, descritivo-exploratório e retrospectivo. Online braz j nurs (online) [periódico na internet]. 2008 [acesso em 2011 Mar 22]; 7(1). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br//index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1241/295>.
10. Conselho Regional de Enfermagem. COREN - São Paulo. Anotações de Enfermagem[homepage na internet; acesso em 2010 Out 10]. Disponível em: http://www.sobecc.org.br/programacao/coren/anotacoes_enfermagem.pdf.
11. Rodrigues AB, Silva MR, Oliveira PP, Chagas SSM. O guia da enfermagem: fundamentos para assistência. São Paulo: látria; 2008.
12. Matsuda L M, Silva D M P P, Évora Y D M, Coimbra J A H C. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? Rev eletrônica enferm[periódico na internet]. 2006[acesso em 2011 Mar 22];8(3):415-21. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm.
13. Conselho Federal de Enfermagem. COFEN[homepage na internet;acesso em 2010 out 10]. Disponível em: <http://portalcofen.gov.br/Site/2007/default.asp>.
14. Draganov P, Reichert M. 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 2010 Out 10];1(1):36-45. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/10>.
15. Cosentino S F, Lunardi Filho W D. Anotações/registros de enfermagem: uma prática educativa em busca de uma outra ação. Texto & contexto enferm. 2000; 9(2): 147-57.
16. Ito E E, Senes A M, Santos M A M, Gazzzi O, Martins S A S. Manual de anotação de Enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2004.
17. Pedroso R A, Celich K L S. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. Texto & contexto enferm. 2006;15(2): 270-276.
18. Jamison R N, Ross M J, Hoopman P, Griffin F, Levy J, Daly M, et al. Assessment of postoperative pain management: pain

satisfaction and perceived helpfulness. Clin J Pain. 1997; 13(3): 229-236.

19. Costa S P, Paz A A, Souza E N. Avaliação dos registros de enfermagem quanto ao exame físico. Rev gaúch enferm. 2010; 31(1): 62-69.

20. Pivotto F, Lunardi Filho W D, Lunardi V L. Prescrição de enfermagem: dos motivos da não realização às possíveis estratégias de implementação. Cogitare enferm. 2004; 9(2): 32-42.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2010/11/03
Last received: 2011/06/14
Accepted: 2011/06/14
Publishing: 2011/07/01

Address for correspondence

Ana Maria Dyniewicz
Rua Padre Anchieta, 1965, Ap. 1.201 –
Bigorrião
CEP: 80730-000 – Curitiba (PR), Brasil