

Avaliação da assistência de enfermagem utilizando indicadores gerados por um software*

Ana Paula Souza Lima¹
Tânia Couto Machado Chianca²
Meire Chucre Tannure³

Objetivo: analisar a eficácia do Processo de Enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva, utilizando indicadores gerados por um software. Método: estudo transversal, cujos dados foram coletados durante quatro meses. Enfermeiros e acadêmicos realizaram, diariamente, cadastro e anamnese (na admissão), exame físico, diagnósticos de enfermagem, planejamento/prescrição de enfermagem e avaliação da assistência de 17 pacientes, utilizando um software. Calculou-se os indicadores incidência e prevalência de diagnósticos de enfermagem, taxa de efetividade diagnóstica de risco e taxa de efetividade na prevenção de complicações. Resultados: o Risco de desequilíbrio na temperatura corporal foi o diagnóstico mais incidente (23,53%) e o menos incidente foi o Risco de constipação (0%). O Risco de integridade da pele prejudicada foi prevalente em 100% dos pacientes, enquanto o Risco de confusão aguda foi o menos prevalente (11,76%). Risco de constipação e Risco de integridade da pele prejudicada obtiveram taxa de efetividade diagnóstica de risco de 100%. A taxa de efetividade na prevenção de confusão aguda e de queda foi de 100%. Conclusão: analisou-se a eficácia do Processo de Enfermagem utilizando indicadores, pois retratam como o enfermeiro tem identificado os problemas e riscos do paciente, e planejado a assistência de forma sistematizada.

Descritores: Processos de Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Validação de Programas de Computador.

* Artigo extraído da dissertação de mestrado "Avaliação da assistência de enfermagem através de indicadores gerados por um software", apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. Apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), Brasil, processo nº APQ-01785-11.

¹ MSc, Enfermeira, Hospital da Polícia Militar, Belo Horizonte, MG, Brasil.

² PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

³ PhD, Professor Adjunto, Escola de Enfermagem, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Correspondência:

Tânia Couto Machado Chianca
Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem
Av. Professor Alfredo Balena, 190
Bairro: Santa Efigênia
CEP: 30130-100, Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: taniachianca@gmail.com

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

Nas últimas décadas, a busca pela qualidade do cuidado prestado aos pacientes vem ganhando destaque no cenário mundial e a enfermagem, assim como as demais profissões, depara-se com a necessidade de aprimoramento do processo de trabalho⁽¹⁾.

A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é apontada como uma metodologia capaz de melhorar a qualidade da assistência de enfermagem, oferecendo respaldo científico, segurança e direcionamento para o desempenho das atividades realizadas pela equipe de Enfermagem⁽²⁻³⁾. Uma das ferramentas que devem ser utilizadas para implantação da SAE é o Processo de Enfermagem (PE), um método científico do qual o enfermeiro dispõe, para aplicação de seus conhecimentos técnico-científicos e humanos, na assistência aos pacientes⁽⁴⁾. Sua aplicação efetiva conduz à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, estímulo à construção de conhecimentos teóricos e científicos com base na melhor prática clínica, auxílio na elaboração de protocolos, fundamentação do ensino e raciocínio clínico, gerenciamento de custos e planejamento de alocação de recursos para a qualificação dos serviços de enfermagem⁽⁵⁻⁶⁾.

O aumento do volume de dados, decorrente do registro das etapas do PE, favoreceu o desenvolvimento e a expansão de sistemas computadorizados, possibilitando que as ações de enfermagem fossem direcionadas, com base em dados organizados e disponibilizados aos profissionais por meio de sistemas de informação de enfermagem⁽⁷⁾.

O Sistema de Informação com o Processo de Enfermagem em Terapia Intensiva (SIPETi) consiste em um software fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, especialmente projetado para Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de adultos, que contém dados essenciais ao registro da investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem, além de resultados e indicadores do cuidado que foi prestado. O SIPETi foi aplicado em uma UTI, de forma experimental, estabelecendo sua aplicabilidade. Todavia, ainda não havia obtido dados suficientes para gerar todos os indicadores da assistência de enfermagem prestada, propostos em seu módulo de avaliação.

Diante da necessidade de instrumentalizar o enfermeiro, na busca pela qualidade da assistência de enfermagem, através de indicadores que contemplem o PE, faz-se necessário que os enfermeiros tenham

dados essenciais de enfermagem, padronizados e informatizados, para avaliação da efetividade do atendimento e demonstração das contribuições que fazem para os resultados alcançados pelo paciente.

Além disso, também é necessário que estudos de elos sejam realizados entre Diagnósticos de Enfermagem (DEs), intervenções implementadas e resultados obtidos, evidenciando a contribuição e relevância do processo de enfermagem para a qualidade da sistematização da assistência⁽⁸⁾.

Sendo assim, uma vez que o SIPETi foi desenvolvido para gerar indicadores capazes de estabelecer essa relação, mas que para serem gerados precisam que o sistema seja utilizado para este fim, torna-se necessário a validação do módulo de avaliação do sistema, do qual esses dados podem ser obtidos.

O objetivo geral deste estudo foi analisar a eficácia do PE, utilizando indicadores gerados por um software, em uma UTI de adultos de Belo Horizonte. Os objetivos específicos incluem identificação de incidência e prevalência dos diagnósticos de enfermagem, em um grupo de pacientes internados em uma UTI de Belo Horizonte; e identificar a taxa de efetividade diagnóstica de risco e a taxa de efetividade na prevenção de complicações nos pacientes incluídos no estudo.

Método

Trata-se de um estudo transversal, realizado em uma UTI de adultos de Belo Horizonte, Minas Gerais, com pacientes internados nos dois primeiros leitos da UTI, durante quatro meses de 2013 (28/06/2013 a 26/10/2013). A escolha da UTI deve-se ao fato desta já ter a assistência de enfermagem sistematizada através das etapas do processo de enfermagem, desde 2008. Estas etapas são executadas com todos os pacientes da UTI, diariamente, e para isso os enfermeiros utilizam planilhas criadas por eles mesmos em sistema computadorizado. A utilização do software com alimentação diária ocorreu em parte dos pacientes, durante sua implantação, para teste. A escolha por esses leitos ocorreu porque são separados dos demais na estrutura física da UTI e pela necessidade de delimitação num número que permitisse a coleta de dados pelos profissionais voluntários e pesquisadores, especialmente treinados para coleta de dados, utilizando o sistema informatizado.

Caso um paciente participante do estudo fosse transferido para um leito não determinado neste estudo, seu acompanhamento na UTI continuaria sendo realizado até alta, transferência de unidade ou óbito. O paciente

foi excluído quando, eventualmente, foi admitido em um dos dois leitos selecionados para a coleta dos dados e recebeu alta, transferência de unidade ou evoluiu ao óbito antes da primeira coleta de dados com o software.

Para capacitação dos enfermeiros e acadêmicos de enfermagem que alimentaram o SIPETi foram realizados treinamentos individuais e coletivos, abordando conteúdos teórico-práticos, por uma das pesquisadoras. Assim, estabeleceu-se a concordância entre enfermeiros e acadêmicos na execução das etapas do PE e na sua documentação no sistema informatizado, através do teste de concordância de Batista. Três enfermeiros e três acadêmicos foram considerados aptos a realizarem a coleta de dados, por terem obtido índice de concordância acima de 80%⁽⁹⁾.

Os enfermeiros e acadêmicos devidamente capacitados revezaram-se para, diariamente, a realização de cadastro e anamnese (na admissão), exame físico, Diagnósticos de Enfermagem (DE), planejamento/prescrição de enfermagem e avaliação da assistência nos pacientes admitidos nos primeiros dois leitos da UTI, até que estes recebessem alta, fossem transferidos ou evoluíssem a óbito. Através dessas informações contidas no SIPETi, extraiu-se os dados necessários ao cálculo de indicadores de enfermagem.

Para realização do cálculo dos indicadores foram selecionados os DEs Risco de constipação, Risco de confusão aguda, Risco de desequilíbrio na temperatura corporal, Risco de integridade da pele prejudicada e Risco de queda, e as ações prescritas durante todo período de internação dos pacientes, considerando o período estudado. A seleção por estes diagnósticos ocorreu porque estudos mostram que estão entre os mais frequentes em pacientes críticos internados em UTIs⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Além disso, queda e úlcera por pressão têm sido mencionadas como um dos principais eventos a serem prevenidos, para segurança dos pacientes⁽¹²⁾, e também foram utilizados como um dos indicadores de qualidade da assistência de enfermagem, usados para compor o banco de dados do SIPETi.

Foram selecionados os seguintes indicadores propostos pela Ordem dos Enfermeiros de Portugal⁽¹³⁾, pertencentes ao conjunto de dados essenciais de enfermagem:

Incidência:

$$\frac{\text{Número de novos casos de um determinado diagnóstico em um dado período}}{\text{População existente no mesmo período}} \times 100$$

Considerou-se novo caso, de um determinado diagnóstico, quando identificado após a primeira avaliação do paciente, ou seja, após admissão. Entende-se que, quando o paciente é admitido com determinado diagnóstico, não se configura um novo caso, mesmo que o diagnóstico seja resolvido e, posteriormente, identificado novamente.

Prevalência:

$$\frac{\text{Número de casos de um determinado diagnóstico em um dado período}}{\text{População existente no mesmo período}} \times 100$$

Neste estudo, considerou-se caso de um determinado diagnóstico quando identificado em algum momento da internação do paciente.

Taxa de efetividade diagnóstica de risco:

$$\frac{\text{Número de casos que desenvolveram um determinado problema real com risco prévio documentado em um dado período}}{\text{Número de casos que desenvolveram o problema real no mesmo período}} \times 100$$

O número de casos de pacientes que desenvolveram o problema real foi identificado a partir dos diagnósticos de enfermagem reais ou eventos adversos, conforme descrito na Figura 1. Considerou-se um caso com risco prévio documentado aquele em que o diagnóstico de risco foi identificado no dia anterior à ocorrência do problema real.

Taxa de efetividade na prevenção de complicações:

$$\frac{\text{Número de casos com risco de um determinado problema, que não os desenvolveram, e tiveram pelo menos uma intervenção documentada em um dado período}}{\text{Número de casos com risco documentado no mesmo período}} \times 100$$

No SIPETi, as ações de enfermagem são prescritas para um determinado diagnóstico, permitindo o cálculo da taxa de efetividade na prevenção de complicações.

Os dados referentes aos cálculos dos indicadores foram gerados pelo SIPETi. Porcentagens foram estabelecidas e os resultados destes cálculos apresentam-se em tabelas.

Risco documentado no módulo de diagnósticos de enfermagem	Problema real	Módulo do SIPETi* para identificação do registro do problema real
Risco de constipação	- "constipação" - "constipação percebida"	- Diagnósticos de enfermagem
Risco de confusão aguda	- "confusão aguda"	- Diagnósticos de enfermagem
Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	- "Hipotermia" - "Hipertermia" - "Termorregulação ineficaz"	- Diagnósticos de enfermagem
Risco de integridade da pele prejudicada	- "Integridade da pele prejudicada" e/ou "Integridade tissular prejudicada" (identificado após admissão) - Ocorrência de lesão cutânea desenvolvida na UTI†	- Diagnósticos de enfermagem - Exame físico
Risco de quedas	- Ocorrência de queda	- Exame físico – SIPETi

Fonte: dados do estudo

*Sistema Informatizado com o Processo de Enfermagem em Terapia Intensiva

†Unidade de Terapia Intensiva

Figura 1 – Diagnósticos de risco e os respectivos problemas reais identificados nos pacientes no estudo

Resultados

Durante o período de coleta de dados foram internados nos leitos da UTI 142 pacientes. Dezessete (12%) pacientes foram internados nos leitos determinados para o estudo, e todos constituíram a amostra do estudo. Entre eles, dez eram do sexo masculino, representando um percentual de 59%. A faixa etária variou entre 26 e 91 anos, sendo a média de idade de 68 anos e a mediana de 76 anos. Todos os pacientes internaram-se por meio de convênio. O tempo de internação variou entre três e 42 dias, com média de 13 dias e mediana de nove dias.

Verificou-se que os DEs Risco de desequilíbrio na temperatura corporal e Risco de integridade da pele prejudicada foram os mais incidentes, com valores de 23,53% e 11,76%, respectivamente. Em seguida, encontram-se os DEs Risco de confusão aguda e Risco de quedas, que tiveram incidência de 5,88%. O DE Risco de constipação teve incidência de 0%.

Em relação à prevalência, verificou-se que o DE Risco de integridade da pele prejudicada foi prevalente em 17 (100%) pacientes, seguido dos DEs Risco de desequilíbrio na temperatura corporal e Risco de quedas, ambos prevalentes em 15 (88,23%) pacientes. O DE Risco de constipação foi prevalente em 13 (76,47%)

pacientes. O DE menos prevalente foi o Risco de confusão aguda, em apenas dois (11,76%) pacientes.

Verificou-se que os DEs Risco de constipação e Risco de integridade da pele prejudicada obtiveram taxa máxima de efetividade diagnóstica de risco, ou seja, para todos os pacientes que desenvolveram constipação ou lesão cutânea, foram previamente diagnosticados Risco de constipação e o Risco de integridade da pele prejudicada, respectivamente.

Para o DE Risco de desequilíbrio na temperatura corporal, a taxa de efetividade diagnóstica de risco foi de 85,7%, enquanto foi de 0% para o DE Risco de confusão aguda. Em relação à taxa de efetividade diagnóstica de Risco de queda, não foi possível determinar o valor, já que o evento queda não ocorreu.

Os dados relacionados ao cálculo da taxa de efetividade diagnóstica de risco dos diagnósticos deste estudo podem ser verificados na Tabela 1.

Verificou-se que a taxa de efetividade na prevenção de complicações, como confusão aguda e queda, foi de 100%. Este mesmo indicador para os DEs Risco de constipação, Risco de desequilíbrio na temperatura corporal e Risco de integridade da pele prejudicada foi de 76,9%, 73,4% e 70,6%, respectivamente. Os dados utilizados para o cálculo da taxa de efetividade na prevenção de complicações para os diagnósticos selecionados do estudo estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 1 – Taxa de efetividade diagnóstica de risco dos diagnósticos deste estudo. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2013

Diagnóstico de enfermagem	Nº casos que desenvolveram o problema real	Nº casos que desenvolveram o problema real com risco prévio documentado	Taxa de efetividade diagnóstica de risco (%)
Risco de confusão aguda	03	0	0
Risco de constipação	03	03	100
Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	06	07	85,7
Risco de integridade da pele prejudicada	10	10	100
Risco de quedas	0	0	-

Tabela 2 – Taxa de efetividade na prevenção de complicações dos diagnósticos deste estudo. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2013

Diagnóstico de enfermagem	Nº casos com risco de complicação	Nº casos com risco de complicação não desenvolvida e com ação prescrita	Taxa de efetividade na prevenção de complicações (%)
Risco de confusão aguda	02	02	100
Risco de constipação	13	10	76,9
Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	15	11	73,4
Risco de integridade da pele prejudicada	17	12	70,6
Risco de quedas	15	15	100

Discussão

O DE Risco de constipação não foi identificado durante a internação de nenhum paciente, porém obteve elevada prevalência. Isto demonstra que todos os pacientes que tiveram o DE Risco de constipação identificado, o tiveram na admissão. Este achado deve-se ao fato deste DE ter fatores de risco comumente encontrados em pacientes admitidos na UTI, como atividade física insuficiente, uso de sedativos e opioides, drogas vasopressoras, entre outros⁽¹⁴⁾. Outro estudo também identificou este DE na maioria dos pacientes internados em UTI de adultos⁽¹⁵⁾.

O DE Risco de quedas teve baixa incidência, pois foi identificado em apenas um paciente durante a internação. Em contrapartida, a prevalência deste DE foi elevada. Isto significa que o DE Risco de queda foi identificado na maioria dos pacientes, na admissão. Este achado deve-se ao fato dos fatores de risco deste DE serem comuns nos pacientes admitidos na UTI do estudo, como idade acima de 65 anos, presença de doença aguda, e mobilidade física prejudicada.

O DE Risco de confusão aguda teve incidência e prevalência baixas. Estes índices podem estar associados ao fato de alguns dos fatores relacionados à confusão aguda serem a idade acima de 60 anos e demência, sendo esta última muitas vezes confundida com a própria confusão aguda, levando ao erro, por omissão do DE. Como as possibilidades diagnósticas no SIPETi são decorrentes de um mapeamento às evidências inseridas no módulo de exame físico, tanto idade avançada quanto demência, não encontram-se mapeadas ao módulo de DE, pois ficam documentadas nos módulos de cadastro e anamnese. O fato do SIPETi ainda não permitir o acréscimo de algum diagnóstico de enfermagem que não esteja mapeado às alterações constantes no exame físico, pode justificar a baixa incidência e prevalência deste DE.

Os DEs Risco de desequilíbrio na temperatura corporal e Risco de integridade da pele prejudicada

foram identificados em quatro pacientes após admissão, configurando incidência de 23,53%. Ambos apresentaram elevada prevalência, pois foram formulados para 15 (88,23%) e 17 (100%) pacientes, respectivamente. Este contraste entre baixa incidência e elevada prevalência para ambos DE pode ser justificado pelo fato do paciente admitido em UTI comumente apresentar fatores de risco para estes DE. O DE Risco de desequilíbrio na temperatura corporal apresenta fatores de risco como extremos de idade, inatividade, sedação, taxa metabólica alterada, medicamentos que causam vasoconstrição e vasodilatação, dentre outros, comuns em pacientes criticamente enfermos⁽¹⁴⁾. Um estudo mostrou que fatores de risco, como imobilidade e fatores mecânicos, estão entre os mais encontrados para o DE Risco de integridade da pele prejudicada em pacientes internados em UTI⁽¹⁶⁾. A elevada prevalência do DE Risco de integridade da pele prejudicada corrobora com os dados encontrados em outro estudo onde este DE foi formulado para 100% das mulheres internadas em uma UTI⁽¹⁷⁾.

Verificou-se que três pacientes foram identificados com o DE Confusão aguda, porém nenhum deles apresentava o Risco documentado no dia anterior, explicando a taxa de efetividade diagnóstica de risco de 0%. Este achado pode ter a mesma justificativa relatada para a baixa incidência e prevalência deste DE, ou seja, omissão do DE por falha no processo de investigação e diagnóstico e/ou pelo fato do DE não aparecer como possibilidade diagnóstica, por ter alguns de seus fatores de risco contemplados no cadastro e na anamnese, ambos módulos não mapeados aos DEs.

Três pacientes foram diagnosticados com Constipação intestinal (nenhum com Constipação percebida), mas todos tiveram o DE Risco de constipação identificado no dia anterior à identificação do problema, traduzindo uma taxa de efetividade diagnóstica de risco de 100%. Este achado, aliado à elevada prevalência deste DE no estudo, reflete a atenção que o enfermeiro tem dado ao problema da constipação. A ocorrência de

muitos fatores de risco para este diagnóstico, dentre eles farmacológicos, funcionais, fisiológicos, mecânicos e psicológicos, aliada a uma característica comum do paciente internado em UTI, a restrição ao leito e consequente redução da atividade física, pode justificar a facilidade do enfermeiro na identificação do paciente de risco. Outro dado que contribui para tal assertiva é o fato deste DE ter apresentado incidência de 0%, ou seja, não foi identificado durante a internação dos pacientes, mas na admissão da maioria deles.

Seis pacientes foram identificados com os DEs Hipotermia ou Hipertermia, sendo que um deles apresentou estes dois DEs durante a internação, ou seja, sete casos, e nenhum deles foi identificado com o DE Termorregulação ineficaz. Como em apenas um caso o paciente diagnosticado com hipertermia não apresentava o DE Risco de desequilíbrio na temperatura corporal documentado, a taxa de efetividade diagnóstica de risco deste foi de 85,7%.

Durante a internação, cinco pacientes foram identificados com o DE Integridade da pele prejudicada e nenhum paciente apresentou o DE Integridade tissular prejudicada. Dentre esses foram notificadas 17 lesões desenvolvidas durante a internação na UTI. Definiu-se para fins do estudo que, seria considerado o número de casos que desenvolveu um determinado problema real (lesão cutânea), o número de lesões desenvolvidas na UTI associado ao DE Integridade da pele prejudicada ou Integridade tissular prejudicada. Isso acontece pelo fato de um paciente ser identificado ao mesmo tempo com o DE Integridade da pele (ou tissular) prejudicada e Risco de integridade da pele prejudicada. Assim, se o problema real for desenvolvido, ou seja, uma lesão cutânea, esta não poderá ser identificada apenas pela identificação do título diagnóstico. Por isso a importância em descrever no exame físico quando uma lesão cutânea é desenvolvida na UTI, para ser caracterizada como evento adverso, ou seja, um problema real.

Além disso, como em alguns dias foram notificadas mais de uma lesão por paciente, e o indicador taxa de efetividade diagnóstica de risco pretende verificar a efetividade em diagnosticar o risco antes que o problema se desenvolva, considerou-se um caso quando o paciente foi notificado com mais de uma lesão desenvolvida em um mesmo dia. Sendo assim, o número de casos considerados para o denominador deste indicador foi dez. Para todos estes casos, o DE Risco de integridade da pele prejudicada foi identificado no dia anterior ao desenvolvimento da lesão, refletindo uma taxa de efetividade diagnóstica de risco de 100%. Vale

ressaltar que, o DE Integridade da pele prejudicada foi identificado para os pacientes com lesões cutâneas, sem considerar a ruptura de pele secundária à introdução de dispositivos invasivos, como acesso venoso por exemplo.

Em relação à taxa de efetividade diagnóstica de risco de queda, não foi possível determiná-la, já que não houve ocorrência de queda entre os pacientes do estudo. No entanto, vale ressaltar que este DE foi um dos mais prevalentes, com 88,23%. Um estudo também mostrou baixa ocorrência de queda na UTI, correspondendo a 0,05%⁽¹⁸⁾. Além da preocupação com as complicações que este evento adverso pode trazer, a queda é menos comum em unidades de terapia intensiva, onde o paciente comumente encontra-se restrito ao leito, pela necessidade de monitorização contínua e nem sempre tendo condições de deambular ou transferir-se para uma poltrona durante determinado tempo. Outra possível explicação para a ocorrência de nenhuma queda deve-se ao fato das ações de enfermagem “manter grades da cama elevadas” e “identificar deficits cognitivos ou físicos do(a) paciente (sonolência, déficit visual, agitação psicomotora, confusão mental, imobilidade ou limitação da mobilidade física e parestesias) que podem aumentar o potencial para quedas” estarem entre as mais prevalentes neste estudo.

Observou-se taxa máxima na prevenção de complicações relacionadas aos DEs Risco de confusão aguda e Risco de queda, ou seja, todos os pacientes diagnosticados com estes riscos tiveram uma ação documentada para tal e não desenvolveram o problema real, neste caso a confusão aguda e a queda, respectivamente. Esse achado confirma uma das vantagens de utilização do software na prescrição de ações específicas para cada diagnóstico de enfermagem. O diagnóstico de enfermagem e as intervenções, quando interligados, facilitam a assistência de enfermagem individualizada⁽¹⁹⁾.

A taxa de efetividade na prevenção de complicações para o Risco de constipação foi de 76,9%. Entre os 13 pacientes identificados com este DE, três desenvolveram constipação e dez não. Embora todos tenham tido ação documentada para evitar a constipação, sabe-se que a constipação pode ter vários fatores de risco relacionados, que dificultam o cuidado direto da enfermagem, como idade avançada, manipulação restrita secundária à instabilidade hemodinâmica, dieta suspensa, história de constipação crônica, entre outros.

Em relação ao DE Risco de desequilíbrio na temperatura corporal, verificou-se que foi formulado para 15 pacientes e, destes, 11 não desenvolveram

Hipotermia, Hipertermia ou Termorregulação, culminando em uma taxa de efetividade na prevenção de complicações de 73,4%. Para todos eles houve uma ação documentada, a fim de prevenir as complicações, inclusive o monitoramento da temperatura corporal a cada duas horas, prescrito para todos os pacientes deste estudo.

A taxa de efetividade na prevenção de complicações foi de 70,6% para o DE Risco de integridade da pele prejudicada. Dos 17 pacientes (100%) identificados com este risco, 12 não desenvolveram integridade da pele prejudicada ou integridade tissular prejudicada durante a internação. Foram notificadas 17 lesões cutâneas desenvolvidas em cinco pacientes. Destas, 13 eram úlceras por pressão, sendo que nove foram desenvolvidas em um único paciente, cujo risco de desenvolver úlcera por pressão, segundo a escala de Braden, era moderado no dia em que foram notificadas três úlceras por pressão e elevado nas demais.

Conclusão

Os dados coletados neste estudo permitiram a análise da eficácia do PE, utilizando indicadores gerados por um software em uma UTI, pois retratam como o enfermeiro tem identificado os problemas e riscos do paciente, e planejado a assistência de forma sistematizada.

Destaca-se o indicador taxa de efetividade diagnóstica de risco, que permitiu detectar o quanto está sendo eficaz a identificação do risco do desenvolvimento de determinado problema em um paciente. Este indicador reforça a importância de uma abordagem de enfermagem holística do paciente, especialmente na anamnese e exame físico, com vistas à identificação de fatores de risco do paciente e, conseqüentemente, estabelecimento de ações preventivas.

Através do indicador taxa de efetividade na prevenção de complicações foi possível identificar a efetividade das ações preventivas prescritas para os pacientes. Vale ressaltar que, as ações devem ser baseadas em evidências, com recomendações fortes na literatura, fortalecendo, assim, o cuidado de enfermagem com embasamento científico.

No entanto, faz-se necessário que mais estudos com amostras maiores e outros DEs sejam realizados, possibilitando uma avaliação mais abrangente da eficácia do PE.

Diante da inegável necessidade de instrumentalização do enfermeiro e do estabelecimento de estratégias para

mensuração e melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, é importante a existência de dados essenciais de enfermagem, padronizados e informatizados, para avaliação da efetividade do atendimento e demonstração das contribuições que o cuidado de enfermagem traz para os resultados alcançados pelos pacientes. Neste sentido, é essencial a determinação de indicadores que contemplem o PE.

Não é possível inferir qual determinada intervenção de enfermagem foi decisiva para evitar o desenvolvimento do problema, embora certamente tenha contribuído. Faz-se necessário o desenvolvimento de mais estudos voltados à eficácia de determinadas ações, para prevenção da ocorrência de complicações em pacientes internados em UTIs e para tanto, é necessário que os enfermeiros formulem prescrições de enfermagem para cada diagnóstico identificado nos pacientes sob seus cuidados.

Referências

1. Vituri D, Matsuda LM. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):429-37.
2. Marques LVP, Carvalho DV. Sistematização da assistência de enfermagem em cento de tratamento intensivo: percepção das enfermeiras. *Rev Min Enferm*. 2005;9(3):199-205.
3. Carraro TE, Kletemberg DF, Gonçalves LM. O ensino da metodologia da assistência de enfermagem no Paraná. *Rev Bras Enferm*. 2003;56(5):499-501.
4. Sperandio DJ, Évora YDM. Nursing care planning: proposal for a software prototype. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2005;13(6):937-43.
5. Seganfredo DH, Almeida MA. Nursing outcomes content validation according to Nursing Outcomes Classification (NOC) for clinical, surgical and critical patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(1):34-41.
6. Lucena AF, Gutiérrez MGR, Echer IC, Barros ALBL. Nursing Interventions in the Clinical Practice of an Intensive Care Unit. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(5):873-80.
7. Silveira DT, Marin HF. Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem: construindo um modelo em saúde ocupacional. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(2):218-27.
8. Nóbrega RV, Nóbrega MML, Silva KL. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para crianças na Clínica Pediátrica de um hospital escola. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(3):501-10.

9. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(7):3061-8.
10. Araújo TM, Araújo MFM, Caetano JA, Galvão MTG, Damasceno MMC. Nursing diagnoses for patients at risk of developing pressure ulcer. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(4):671-6.
11. Oliveira MF, Freitas MC. Frequent nursing diagnoses and interventions for women under critical care. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(3):343-8.
12. RDC n. 36 de 25 de julho de 2013 (BR). Dispões sobre as ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União [Internet]*. 26 jul 2013. [acesso em: 13 abr 2014]. Disponível em: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/U_RS-MS-ANVISA-RDC-36_250713.pdf
13. Ordem dos Enfermeiros de Portugal. Sistemas de informação de Enfermagem (SIE): resumo mínimo de dados e Core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde. Documentos oficiais - 2007. [acesso em: 13 abr 2013]. Disponível em: <http://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2012/03/RMDE.pdf>
14. Guerra TLS, Guerra TLS, Marshall NG. Incidência, fatores de risco e prognóstico de pacientes críticos portadores de constipação intestinal. *Com Ciências Saúde*. 2013;22(4):57-66.
15. Rocha LA, Maia TF, Silva LF. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos a cirurgia cardíaca. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(3):321-6.
16. Lucena AF, Barros ALBL. Nursing diagnoses in a brazilian intensive care unit. *Int Nurs Terminol Classif*. 2006;17(3):139-46.
17. Oliveira MF, Freitas MC. Diagnósticos e intervenções de enfermagem frequentes em mulheres internadas em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(3):343-8.
18. Nascimento CCP, Toffoletto MC, Gonçalves LA, Freitas WG, Padilha KG. Indicators of healthcare results: analysis of adverse events during hospital stays. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008;16(4):746-51.
19. Sakano LM, Yoshitome AY. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(4):495-8.

Recebido: 15.5.2014

Aceito: 24.11.2014

Errata

Na página 1, **Onde se lia:**

“Avaliação da assistência de enfermagem utilizando indicadores gerados por um software¹

Ana Paula Souza Lima²

Tânia Couto Machado Chianca³

Meire Chucre Tannure⁴

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado “Avaliação da assistência de enfermagem através de indicadores gerados por um software”, apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

² MSc, Enfermeira, Hospital da Polícia Militar, Belo Horizonte, MG, Brasil.

³ PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

⁴ PhD, Professor Adjunto, Escola de Enfermagem, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.”

Leia-se:

“Avaliação da assistência de enfermagem através de indicadores gerados por um software*”

Ana Paula Souza Lima¹

Tânia Couto Machado Chianca²

Meire Chucre Tannure³

* Artigo extraído da dissertação de mestrado “Avaliação da assistência de enfermagem através de indicadores gerados por um software”, apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. Apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), Brasil, processo nº APQ-01785-11.

¹ MSc, Enfermeira, Hospital da Polícia Militar, Belo Horizonte, MG, Brasil.

² PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

³ PhD, Professor Adjunto, Escola de Enfermagem, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.”

Rev. Latino-Am. Enfermagem

2019;27:e3244

Copyright © 2019 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.