

**Universidade Federal de Minas Gerais  
Escola de Enfermagem**

**Ana Paula Souza Lima**

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ATRAVÉS DE INDICADORES  
GERADOS POR UM SOFTWARE**

**Belo Horizonte**

**2014**

**Ana Paula Souza Lima**

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ATRAVÉS DE INDICADORES  
GERADOS POR UM SOFTWARE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr.<sup>a</sup> Tânia Couto Machado Chianca

**Belo Horizonte**

**2014**

L732a Lima, Ana Paula Souza.  
Avaliação da assistência de enfermagem a partir de indicadores gerados por um software [manuscrito]. / Ana Paula Souza Lima. - - Belo Horizonte: 2014.  
105f.: il.  
Orientadora: Tânia Couto Machado Chianca.  
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Processos de Enfermagem. 2. Unidades de Terapia Intensiva. 3. Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde. 4. Validação de Programas de Computador. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Chianca, Tânia Couto Machado. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WY 100



**Universidade Federal de Minas Gerais  
Escola de Enfermagem  
Programa de Pós Graduação**

Dissertação intitulada: “Avaliação da assistência de enfermagem através de indicadores gerados por um software”, de autoria da mestrande Ana Paula Souza Lima, aprovada pela banca examinadora, constituída pelas seguintes professoras:

---

Profª Drª Tânia Couto Machado Chianca

---

Profª Drª Meire Chucre Tannure Martins

---

Profª Drª Emília Campos de Carvalho

Belo Horizonte, fevereiro de 2014

Av. Professor Alfredo Balena, 190 – Belo Horizonte, MG – 30130-100 – Brasil

Tel: (31) 3409-9836 – Fax: (31) 3409-9836

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais, **Sônia e Aloisio**,  
por todos os ensinamentos e amor incondicional.

Aos meus irmãos, **Ana Luiza, Gustavo e Samuel**,  
pela amizade e parceria de sempre.

Ao meu marido **Rodrigo**,  
pela cumplicidade e presença fiel ao longo desta conquista.

À **Ana Laura**,  
presente de Deus que chegou no meio deste percurso  
para ser mais uma inspiração.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por me abençoar e me conduzir em todos os momentos.

A Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Tânia Couto Machado Chianca, por acreditar em mim e ter contribuído imensamente para o meu crescimento acadêmico.

A Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Meire Chucre Tannure Martins, pela atenção e generosidade ímpar dispensadas neste percurso.

Aos analistas Luiz e Natal, pela dedicação e paciência para comigo, muitas vezes dispensadas fora de hora.

Ao Medimig, por permitir a realização deste trabalho, e a toda sua equipe pela acolhida durante a coleta de dados.

Aos anjos Natália, Joyce, Fabrícia, Raissa, Laís, Ludmila, Mariana e Priscila, pela disponibilidade e dedicação neste estudo. Sem vocês, a caminhada teria sido muito difícil.

Aos professores e colegas do mestrado que contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho.

LIMA, A. P. S. **Avaliação da assistência de enfermagem através de indicadores gerados por um software.** 2014. 105f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

## RESUMO

Na prática assistencial, percebe-se a necessidade de se instrumentalizar o enfermeiro a fim de que ele possa avaliar a qualidade da assistência de enfermagem por meio de indicadores obtidos a partir da implementação do processo de enfermagem. É necessário que os enfermeiros tenham dados essenciais de enfermagem padronizados e informatizados para avaliar a efetividade do atendimento e demonstrar o quanto os cuidados de enfermagem contribuem para os resultados alcançados pelo paciente. Este estudo teve por objetivo analisar a eficácia do processo de enfermagem através de indicadores gerados por um software em uma Unidade de Terapia Intensiva. Para cálculo dos indicadores incidência, prevalência, taxa de efetividade diagnóstica de risco e taxa de efetividade na prevenção de complicações, utilizou-se os diagnósticos risco de confusão aguda, risco de constipação, risco de desequilíbrio na temperatura corporal, risco de integridade da pele prejudicada e risco de quedas. Trata-se de um estudo de coorte prospectivo, com amostra de 17 pacientes internados no período de 28 de junho a 26 de outubro de 2013. Foram identificados 93 títulos diagnósticos e 175 diferentes prescrições de enfermagem. Diariamente, foram formulados, em média, 21 diagnósticos e 87 ações de enfermagem por paciente. Entre os diagnósticos, cinco foram formulados para 100% dos pacientes, e 24 para mais de 50%. Os 93 títulos diagnósticos encontram-se em 12 (dos 13) domínios da NANDA-I. Das 87 prescrições de enfermagem, cinco foram prescritas para 100% dos pacientes. Os diagnósticos de risco de desequilíbrio na temperatura corporal e risco de integridade da pele prejudicada foram os mais incidentes. O diagnóstico risco de integridade da pele prejudicada foi prevalente em 100% dos pacientes. Os diagnósticos risco de constipação e risco de integridade da pele prejudicada obtiveram taxa de efetividade

diagnóstica de risco de 100%. Por sua vez, tal taxa foi de 0% para o diagnóstico risco de confusão aguda. A taxa de efetividade na prevenção de complicações para risco de confusão aguda e risco de quedas foi de 100%; enquanto para o risco de constipação, risco de desequilíbrio na temperatura corporal e risco de integridade da pele prejudicada, foi respectivamente de 76,9%, 73,4% e 70,6%. Sugere-se que mais estudos com amostras maiores e com os demais diagnósticos de enfermagem estabelecidos na NANDA Internacional sejam realizados para possibilitar uma avaliação mais abrangente da eficácia da utilização do processo de enfermagem em diferentes populações de pacientes.

**Palavras-chave:** Processos de Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Validação de Programa de Computador.



LIMA, A. P. S. **Evaluation of nursing assistance through indicators generated by a software.** 2014. 105f. Thesis (Master Degree in Nursing) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

## SUMMARY

In practice assistance, there is a need to equip nurses to check the quality of nursing care through indicators obtained from the implementation of the nursing process. It's necessary that nurses have essential nursing data standardized and computerized to assess the effectiveness of care and to demonstrate how much the nursing care contributes to the results achieved by the patient. This study aimed to analyze the effectiveness of the nursing process through indicators generated by software in an intensive care unit. To calculate the indicators incidence, prevalence, rate of risk diagnostic effectiveness and rate of effectiveness in preventing complications, we used the nursing diagnoses risk for acute confusion, risk for constipation, risk for imbalanced body temperature, risk for impaired skin integrity and risk for falls. This is a prospective cohort study with a sample of 17 patients hospitalized in the period 28 June to 26 October 2013. There were formulated 93 nursing diagnoses and 175 nursing actions. Daily, there was formulated a mean of 21 diagnoses and 87 nursing actions per patient. Between the diagnoses, five were formulated to 100% of patients, and 24 to more than 50%. The 93 different title diagnoses are in 12 (of 13) NANDA-I domains. Between 87 nursing actions, five were prescribed to 100% of patients. The diagnoses risk for imbalanced body temperature and risk for impaired skin integrity were the most incidents. The diagnosis risk for impaired skin integrity was prevalent in 100% of patients. The diagnoses risk for constipation and risk for impaired skin integrity had a rate of risk diagnostic effectiveness of 100%. This indicator was 0% to the risk for acute confusion. The rate of effectiveness in preventing complications to the risk for acute confusion and risk for falls was 100%, while to the risk for constipation, risk for

imbalanced body temperature and risk for impaired skin integrity, this indicator was 76,9%; 73,4% e 70,6%, respectively. It is suggested that further studies with larger samples and with other diagnoses based on International NANDA should be conducted to enable a more comprehensive assessment of effectiveness of the nursing process in different patient populations.

**Key words:** Nursing Process, Intensive Care Units, Quality Indicators, Software Validation.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APACHE II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation)  
CDME – Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem  
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem  
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
DE – Diagnóstico de Enfermagem  
FC – Frequência Cardíaca  
FiO<sub>2</sub> – Fração Inspiratória de Oxigênio  
FR – Frequência Respiratória  
MG \_ Minas Gerais  
NANDA-I – NANDA Internacional  
NIC - Nursing Interventions Classification  
NHB – Necessidades Humanas Básicas  
OEP – Ordem dos Enfermeiros de Portugal  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde  
PA – Pressão Arterial  
PAD – Pressão Arterial Diastólica  
PAS – Pressão Arterial Sistólica  
PE – Processo de Enfermagem  
PVC – Pressão Venosa Central  
SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem  
SIPETi – Sistema Informatizado com o Processo de Enfermagem em Terapia Intensiva  
SNE – Sonda Nasoentérica  
SVD – Sonda Vesical de Demora  
Tax – Temperatura Axilar  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TOT – Tubo Orotraqueal  
TQT - Traqueostomia  
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 – Diagnósticos de risco e os respectivos problemas reais identificados nos pacientes no estudo .....	36
GRÁFICO 1 - Distribuição percentual dos pacientes por faixa etária. Belo Horizonte/MG, 2013 .....	40
QUADRO 2 – Classificação dos diagnósticos de enfermagem formulados para os pacientes segundo os domínios e classes da NANDA-I (2012). Belo Horizonte/MG. 2013 .....	47
QUADRO 3 – Prescrições de enfermagem mapeadas para o diagnóstico Risco de confusão aguda. Belo Horizonte/MG, 2013 .....	59
QUADRO 4 – Prescrições de enfermagem mapeadas para o diagnóstico Risco de constipação. Belo Horizonte/MG, 2013 .....	60
QUADRO 5 – Prescrições de enfermagem mapeadas para o diagnóstico Risco de desequilíbrio na temperatura corporal. Belo Horizonte/MG, 2013 .....	60
QUADRO 6 – Prescrições de enfermagem mapeadas para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada. Belo Horizonte/MG, 2013 .....	61
QUADRO 7 – Prescrições de enfermagem mapeadas para o diagnóstico Risco de quedas. Belo Horizonte/MG, 2013.....	62

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Caracterização dos pacientes internados na UTI. Belo Horizonte/MG. 2013 .....	40
TABELA 2 – Caracterização clínica dos pacientes internados na UTI conforme escala de Katz, Braden e APACHE II . Belo Horizonte/MG. 2013 .....	42
TABELA 3 – Ocorrência de diagnósticos de enfermagem identificados por paciente internado na UTI. Belo Horizonte/MG. 2013.....	44
TABELA 4 – Prescrições de enfermagem constantes no mapeamento do SIPETi prescritas para os pacientes internados na UTI. Belo Horizonte/MG. 2013 .....	52
TABELA 5 – Incidência e prevalência dos diagnósticos de risco do estudo. Belo Horizonte/MG. 2013 .....	63
TABELA 6 – Taxa de efetividade diagnóstica de risco dos diagnósticos deste estudo. Belo Horizonte/MG. 2013 .....	64
TABELA 7 – Taxa de efetividade na prevenção de complicações dos diagnósticos deste estudo. Belo Horizonte/MG. 2013.....	65

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	13
2 OBJETIVOS .....	17
2.1 Objetivo geral .....	17
2.2 Objetivos específicos.....	17
3 REVISÃO DE LITERATURA .....	18
3.1 Qualidade da assistência à saúde .....	18
3.2 Processo de enfermagem e indicadores assistenciais .....	20
3.3 Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem .....	23
3.4 Sistema Informatizado com o Processo de Enfermagem em Terapia Intensiva.....	27
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	30
4.1 Tipo de estudo .....	30
4.2 Local de estudo .....	30
4.3 População e amostra.....	31
4.4 Coleta de dados .....	32
4.4.1 Capacitação dos pesquisadores.....	32
4.4.2 Alimentação do SIPETi.....	34
4.5 Tratamento e análise dos dados .....	34
4.6 Aspectos éticos .....	38
5 RESULTADOS .....	39
5.1 Caracterização dos pacientes .....	39
5.2 Perfil de diagnóstico de enfermagem .....	44
5.3 Ações de enfermagem prescritas .....	52
5.4 Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem gerados no SIPETi .....	62
6 DISCUSSÃO .....	66
7 CONCLUSÃO .....	799
REFERÊNCIAS .....	822
APÊNDICE A.....	944
APÊNDICE B.....	966

## 1 INTRODUÇÃO

O atual cenário mundial é marcado por diversas transformações como a globalização da economia, o custo crescente dos serviços, o contínuo progresso da ciência e da tecnologia, a rapidez da comunicação, os avanços da informática, a produção e a difusão do conhecimento técnico-científico, dentre outros. E, no que se refere ao atendimento médico hospitalar, também é possível identificar uma preocupação ascendente com a qualidade da assistência, uma vez que parece pouco provável o fato de alguém atuar sobre a vida de seu semelhante sem manifestar a intenção de fazê-lo com a melhor qualidade possível (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Assim, a busca pela qualidade assistencial nos diversos níveis de atenção dos serviços de saúde vem sendo cada vez mais discutida e compartilhada entre profissionais de saúde. Considera-se que ela tem deixado de ser uma atitude isolada para tornar-se hoje um imperativo técnico. Isso se deve ao fato de os usuários dos estabelecimentos de saúde terem se tornado, nas últimas décadas, mais conscientes de seus direitos, requerendo, assim, maior comprometimento dessas instituições (NAGEH, 2006; TANNURE; PINHEIRO, 2011). Além disso, com os crescentes custos da assistência em saúde e o aumento da complexidade da atenção, acontece um impulso objetivo para expansão de trabalhos e pesquisas de avaliação da qualidade e dos custos dos serviços de saúde (REIS et al., 1990).

Nas últimas décadas, buscou-se identificar os efeitos individuais e coletivos nos resultados apresentados pelos pacientes atendidos nos serviços de saúde (BEHRENBECK et al., 2005). Nesse contexto, a enfermagem, assim como as demais profissões, se depara com a necessidade de aprimorar seu processo de trabalho em busca da qualidade do cuidado prestado (VITURI; MATSUDA, 2009).

A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é apontada como uma metodologia capaz de melhorar a qualidade da assistência de enfermagem, pois oferece respaldo científico, segurança e direcionamento para o desempenho das atividades realizadas pela equipe de Enfermagem (MARQUES; CARVALHO, 2005; CARRARO; KLETEMBERG; GONÇALVES, 2003). Uma das

ferramentas que devem ser utilizadas para implantar a SAE é o Processo de Enfermagem (PE). Trata-se de um método científico de que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência aos pacientes (SPERANDIO, EVORA, 2005).

Cabe ressaltar que, para sistematizar a assistência de enfermagem utilizando o PE, é necessário um marco conceitual que fundamente a organização e os resultados que o serviço almeja alcançar. Neste sentido, as teorias direcionam as ações dos enfermeiros de modo que eles se responsabilizem pelo cuidado prestado aos pacientes com fundamentação científica, e não mais de maneira empírica (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

A Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) preconiza que a assistência de enfermagem deve ser sistematizada implantando-se o PE (COFEN, 2009). Este, por sua vez, se operacionaliza em cinco etapas: investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

Para Salgado (2010), quando a enfermagem passa a diagnosticar os fenômenos observados em sua prática e, conseqüentemente, a prescrever ações para melhorar ou solucionar os problemas identificados, ela está se respaldando no conhecimento científico e registrando as ações pelas quais é legalmente responsável, além de tornar mais visível a sua prática. Outros autores apontam que a aplicação efetiva do PE, em todas as suas etapas, conduz à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, estimula a construção de conhecimentos teóricos e científicos com base na melhor prática clínica, auxilia na elaboração de protocolos, na fundamentação do ensino e raciocínio clínico, no gerenciamento de custos e no planejamento de alocação de recursos para a qualificação dos serviços de enfermagem. (SEGANFREDO; ALMEIDA, 2011; LUCENA et al., 2010).

Cabe ressaltar que o aumento do volume de dados decorrente do registro das etapas do PE, culminou na conseqüente expansão dos sistemas computadorizados nas instituições de saúde. Isso possibilitou que as ações de enfermagem passassem a ser direcionadas com base em dados organizados, disponibilizados aos profissionais por meio de sistemas de informação de enfermagem (SILVEIRA; MARIN, 2006).



Um sistema de informação em enfermagem representa um conjunto de ferramentas que apoiam as ações de enfermagem e deve produzir informações que possibilitem a tomada de decisões sobre as ações a serem implementadas, o acompanhamento ou controle da execução (eficiência e eficácia) das ações propostas, e a avaliação do impacto (efetividade) alcançado sobre a situação de saúde inicial do paciente (CAMARA, 2001). Setz e D`Innocenzo (2009) alertam que pode-se avaliar a assistência de enfermagem através de seus registros, pois estes costumam refletir a qualidade do cuidado.

Nos últimos anos alguns enfermeiros se dedicaram a desenvolver sistemas de informação em enfermagem que pudessem atender às necessidades do registro de enfermagem de forma eficiente e sistematizada (DALRI, 2000; SPERANDIO, EVORA, 2005; TANNURE, 2012). Verifica-se que a prática de enfermagem pode alcançar níveis de excelência através do uso desses sistemas, uma vez que estes se traduzem em ferramentas de apoio para obtenção de dados, bem como para a geração de novas informações e conhecimentos (SANTOS, 2010; PALOMO, 2009).

O Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Sistematizar o Cuidar em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG, registrado no CNPq, também vem desenvolvendo vários estudos na tentativa de contribuir com a construção do conhecimento próprio de enfermagem. Salgado (2010) identificou os diagnósticos e as ações de enfermagem mais frequentes em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e os mapeou à Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), de Wanda de Aguiar Horta. Tannure (2012) desenvolveu um software com as etapas do processo de enfermagem e avaliou sua aplicabilidade em uma UTI.

Este software, denominado Sistema Informatizado com o Processo de Enfermagem em Terapia Intensiva (SIPETi), contém dados essenciais ao registro da investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem, além de resultados e indicadores do cuidado que foi prestado (TANNURE, 2012). Contudo, até o momento, o SIPETi foi aplicado em uma UTI, de forma experimental, de modo a buscar estabelecer sua aplicabilidade, tendo sido plenamente utilizado com 14 pacientes. Ressalta-se, no entanto, que o SIPETi ainda não obteve dados suficientes

para gerar todos os indicadores da assistência de enfermagem prestada, propostos em seu módulo de avaliação.

E, uma vez que na prática assistencial, percebe-se a necessidade de se instrumentalizar o enfermeiro para buscar a 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 avaliar a efetividade do atendimento e para demonstrar as contribuições que fazem para os resultados alcançados pelo paciente, ou seja, o restabelecimento total ou parcial do seu estado de saúde (COENEN; SCHONEMAN, 1995).

Para Chianca et al. (2012), torna-se relevante realizar pesquisas que favoreçam a prática de enfermagem e estabeleçam o valor do cuidado à saúde. É importante que os resultados de enfermagem obtidos na fase de avaliação dos cuidados gerem indicadores da qualidade da assistência, capazes de determinar a eficácia dos cuidados prestados pelos enfermeiros (CHIANCA et al., 2012). Para Carvalho (2010), são estudos de eficácia aqueles que determinam o benefício de determinada tecnologia, como uma intervenção, programados em condições ideais ou experimentais.

Dalri (2000) sugere que pesquisas com diagnósticos de enfermagem incluam estudos de elos com as intervenções de enfermagem e dos resultados obtidos a partir da implementação dessas intervenções. E, 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 validar o módulo de avaliação do sistema, do qual esses dados podem ser obtidos.

Desta forma, justifica-se este estudo pela necessidade de verificar a capacidade de um sistema de informação em enfermagem gerar indicadores de qualidade da assistência do cuidado prestado, que estabeleçam a eficácia das ações de enfermagem prescritas para os respectivos diagnósticos de enfermagem e a efetividade na identificação do paciente de risco. Além disso, este estudo irá contribuir para a validação do módulo de avaliação do SIPETi.

Diante do exposto, surge então o seguinte questionamento: é possível analisar a eficácia do processo de enfermagem através de indicadores gerados por um software para demonstrar a qualidade da assistência de enfermagem em uma UTI?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Analisar a eficácia do processo de enfermagem através de indicadores gerados por um software em uma Unidade de Terapia Intensiva de adultos de Belo Horizonte.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Estabelecer o perfil dos diagnósticos e das ações de enfermagem identificados em um grupo de pacientes internados em uma UTI de Belo Horizonte;
- Identificar a incidência dos diagnósticos de enfermagem nos pacientes incluídos no estudo;
- Identificar a prevalência dos diagnósticos de enfermagem nos pacientes incluídos no estudo;
- Identificar a taxa de efetividade diagnóstica de risco nos pacientes incluídos no estudo;
- Identificar a taxa de efetividade na prevenção de complicações nos pacientes incluídos no estudo.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Qualidade da assistência à saúde

Em 1993, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a qualidade da assistência à saúde em função de um conjunto de elementos que incluem: um alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, um mínimo de riscos, um alto grau de satisfação dos pacientes e um efeito favorável na saúde (RACOVEANU, JOHANSEN, 1995).

O significado de qualidade é resultado do produto de dois fatores, sendo o primeiro a ciência e tecnologia da assistência à saúde, e o segundo, a aplicação desta ciência e tecnologia na prática atual. Esse produto é caracterizado por vários atributos que incluem eficácia, efetividade, eficiência, otimalidade, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Esses atributos, tomados individualmente ou em uma variedade de combinações, constituem a definição de qualidade (DONABEDIAN, 2003).

Para melhor compreensão deste estudo, faz-se necessário destacar e diferenciar os conceitos de eficácia, efetividade e eficiência. Para Donabedian (2003), eficácia é a capacidade da ciência e da tecnologia de assistência à saúde trazer melhorias na saúde quando usadas sob as circunstâncias mais favoráveis; efetividade é o grau em que as melhorias atingíveis na saúde são, de fato, atingidas; e eficiência é a capacidade de diminuir o custo da assistência sem diminuir as melhorias alcançáveis na área da saúde.

O objetivo das instituições de saúde é manter e melhorar a qualidade da assistência, o que não representa garantir a qualidade. Para Donabedian (2003), não se pode assegurar ou garantir a qualidade, apenas aumentar a probabilidade do cuidado ser bom ou melhor. Por este motivo, o termo *garantia* tem sido criticado e sugestões alternativas como *melhoria* ou *melhoria contínua* têm representado melhor a idéia central que nenhum nível de qualidade é completamente satisfatório. Outra alternativa, o termo *gestão de qualidade*, é útil ao sugerir que a qualidade da

assistência à saúde está sujeita à supervisão gerencial. Contudo, apesar de criticado, o termo *garantia de qualidade* ainda encontra-se firmemente estabelecido e amplamente utilizado, e significa tomar todas as ações para estabelecer, proteger, promover e melhorar a qualidade da assistência à saúde.

O movimento pela qualidade nos serviços de saúde é hoje uma necessidade incorporada à gestão dessas áreas a fim de assegurar a assistência livre de riscos ao usuário (D'INNOZENZO; ADAMI; CUNHA, 2006). Para tanto, faz-se necessário determinar como esta qualidade pode ser avaliada.

Nos últimos 40 anos, o autor Avedis Donabedian vem publicando uma série de importantes trabalhos relacionados à avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Para ele, a avaliação qualitativa do cuidado pode se dar em três componentes: estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1966).

Para Donabedian (2003), estrutura refere-se às condições sob as quais o cuidado é prestado. Essas condições envolvem recursos materiais (instalações e equipamentos), recursos humanos (número, variedade e qualificação de profissionais, além de suporte pessoal), e características organizacionais (organização de equipe médica e de enfermagem, treinamento e pesquisa, supervisão e revisão de desempenho, entre outros). A estrutura pode ser o maior determinante de qualidade da assistência, pois pode influenciar o processo e, conseqüentemente, o resultado.

Processo diz respeito às atividades que constituem o cuidado de saúde, incluindo diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e educação do paciente. O processo do cuidado está mais diretamente relacionado aos resultados, se comparado às características da estrutura, uma vez que ele é capaz de identificar variações menores na qualidade. Além disso, a informação sobre o processo é mais facilmente obtida através de registros no prontuário do paciente, questionamentos aos pacientes e observação direta do cuidado (DONABEDIAN, 2003).

Resultado refere-se às mudanças, desejáveis e indesejáveis, nos indivíduos e populações que podem contribuir com o cuidado em saúde. Os resultados podem incluir mudança no status do paciente, mudança de comportamento e no conhecimento adquirido pelo paciente e sua família que pode influenciar o cuidado futuro, satisfação

dos pacientes e sua família com o cuidado recebido e seus resultados (DONABEDIAN, 2003).

Contudo, a combinação dessas abordagens permite obter uma avaliação mais completa da qualidade. Da mesma forma, uma estratégia combinada pode ajudar a identificar as possíveis causas de falha na qualidade, atribuindo-as à estrutura, ao processo, ou a ambos (DONABEDIAN, 2003).

Segundo Donabedian (1978), a avaliação da qualidade tem como objetivo determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, em se autogovernarem, de modo a impedir a exploração ou a incompetência. O objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos.

### **3.2 Processo de enfermagem e indicadores assistenciais**

O PE é um método dinâmico, flexível, organizado, utilizado para o desempenho sistemático da prática profissional de enfermagem e pressupõe uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas para a sua realização, a saber: avaliação do paciente, estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, desenvolvimento de uma estratégia ou plano de cuidados de enfermagem, implementação do cuidado de enfermagem e avaliação do cuidado de enfermagem prestado ao paciente (GARCIA; NÓBREGA, 2009; DURAN; TOLEDO, 2011).

Em cada contato entre o enfermeiro e o paciente, e a cada plano de cuidado, o enfermeiro deve analisar e julgar o que deve ser dito e feito, ou seja, o cuidado precisa ser individualizado (TANNURE; PINHEIRO, 2011). Assim, o PE auxilia os enfermeiros na tomada de decisão, cujo foco reside no alcance de resultados esperados (ALMEIDA et al., 2010).

Para Kunaviktikul et al. (2005), faz-se urgente em todo o mundo a necessidade de dados que evidenciam a associação entre ações de enfermagem e os resultados apresentados pelos pacientes. Essa informação é de suma importância uma vez que a assistência de enfermagem baseada em evidência deve garantir que o paciente

obtenha o melhor resultado possível e, esse resultado, mensurado através de indicadores, possibilita aos gestores e usuários tomar decisões sobre recursos.

A prestação do cuidado de qualidade, a capacidade de comunicação eficaz sobre a assistência ao paciente e a tomada de decisão durante este processo depende da qualidade da informação disponível a todas as profissões e setores. O principal objetivo de um registro eletrônico de saúde é apoiar a comunicação multidisciplinar e a tomada de decisão na assistência ao paciente (HÄYRINEN; SARANTO, 2009).

Para monitorar o desempenho clínico, faz-se necessário o estabelecimento de critérios e padrões, ou seja, ferramentas através das quais a qualidade da assistência possa ser mensurada. Os atributos dos critérios e padrões são as características que podem ser medidas e avaliadas. Contudo, se as fontes de informação são incompletas, inválidas, ou intencionalmente distorcidas, o resultado será um falso desenho da qualidade (DONABEDIAN, 2003).

Para Fontes e Cruz (2007), a documentação do PE pode ser um instrumento útil para a avaliação da qualidade do cuidado através do gerenciamento das informações de enfermagem. Um estudo realizado em Michigan verificou quais cuidados de enfermagem são omitidos, segundo os enfermeiros. A avaliação do paciente foi relatada como falha ou ausente por 44% dos enfermeiros, enquanto as intervenções, planejamentos e cuidados foram omitidos por mais de 70% dos enfermeiros (KALISCH; LANDSTROM; WILLIAMS, 2009).

Para avaliar a qualidade da assistência é necessário traduzir os conceitos e definições gerais, da melhor maneira, a critérios operacionais, parâmetros e indicadores, validados e calibrados por atributos (FRANCO et al., 2010). Para Adami e Maranhão (1995), a avaliação da qualidade significa atribuir valor a um dado parâmetro emitindo um juízo de valor. Trata-se de um processo intencional, técnico e político a fim de exercer a vigilância, ou seja, detectar e corrigir precocemente os desvios encontrados, adotando-se, sempre, uma perspectiva pedagógica e não punitiva. Assim, a incorporação da avaliação da qualidade como prática sistemática nos diversos níveis dos serviços de saúde pode propiciar aos gestores informações requeridas para a definição de estratégias de intervenção (SILVA; FORMIGLI, 1994). Contudo, medir os

resultados da assistência que prestam configura um grande desafio para as equipes de saúde.

Os indicadores são instrumentos que possibilitam definir parâmetros que serão utilizados para realizar comparações e agregar juízo de valor frente ao encontrado e ao ideal estabelecido (LABBADIA, 2011). A Organização Pan-Americana da Saúde (2001) define indicadores como medidas-síntese que contém informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde.

Para Franco et al. (2010) a maneira como os indicadores são organizados e coletados influencia na criação da cultura para a excelência do desempenho. A transparência na divulgação dos resultados e o uso de critérios objetivos para reconhecimento das pessoas impulsionam a motivação de toda a equipe para a busca do sucesso organizacional.

Os esforços, internacionais e nacionais, na busca pelo desenvolvimento de propostas de gestão da qualidade da assistência e na avaliação do desempenho de serviços e sistemas de saúde, têm crescido significativamente. Percebe-se a conscientização de profissionais de saúde e a mobilização de organizações para identificar estratégias e indicadores que consigam alcançar e traduzir a qualidade do cuidado, tanto na área de prevenção quanto de promoção da saúde (MARSHALL, 2004; OVRETVEIT, 2003; VIEIRA; KURCGANT, 2010).

Estudos sugerem como indicadores para avaliação da assistência de enfermagem a taxa de infecção hospitalar relacionado a cateter venoso central e infecção do trato urinário; queda de paciente; extubação acidental; perda de sonda nasoenteral; incidência de úlcera por pressão; taxa de incontinência urinária e vesical; constipação intestinal; perda de peso; satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem, controle da dor; informação educacional recebida (capacidade de autocuidado e ansiedade); conforto e segurança; satisfação da equipe de enfermagem; o número total de enfermeiros/técnicos e auxiliares de enfermagem e horas de enfermagem por paciente/dia; não conformidades relacionadas à administração de medicamentos pela enfermagem; flebite; absenteísmo de enfermagem; índice de



treinamento de profissionais de enfermagem; acidente de trabalho de profissionais de enfermagem; e rotatividade de profissionais de enfermagem, também chamado *turn over* (DENSER, 2003; NAGEH, 2006; MOURA, et al., 2009; KUNAVIKTIKUL et al, 2005; KUNAVIKTIKUL et al., 2001).

Outros estudos apresentaram indicadores de qualidade específicos para o pós-operatório relacionado ao manejo da dor e, dentre os mais cruciais, cita-se: avaliação regular da percepção do paciente em relação à dor, tratamento farmacológico da dor administrado preventivamente, informação ao paciente no pré-operatório sobre o tratamento da dor, ação do enfermeiro até que seja alcançado um nível de dor aceitável pelo paciente, conhecimento específico do enfermeiro na avaliação e tratamento da dor, escuta dos enfermeiros sobre as falas do paciente referente a dor, suporte ao paciente para encontrar posição de conforto, e avaliação da dor do paciente junto à imobilização (IDVALL et al., 2001; IDVALL et al., 1999).

Diante de tantas propostas de indicadores para avaliar a assistência de enfermagem, faz-se necessário estabelecer quais deles podem representar melhor a prática de enfermagem.

### **3.3 Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem**

Uma das primeiras tentativas de padronizar um conjunto de dados essenciais para a prática de enfermagem foi desenvolvido por Werley e Lang (1988), através do Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem - CDME (Nursing Minimum Data Set – NMDS). Este foi o primeiro importante passo dado no esforço de coletar dados comparáveis a fim de contribuir para a comunicação e tomada de decisão em enfermagem, através da acumulação, armazenamento e recuperação das informações de enfermagem. O CDME exige que esses dados sejam gravados, preferencialmente computadorizados em sistemas de informação de enfermagem (WERLEY; LANG, 1988).

O CDME é definido como um conjunto mínimo de elementos de informação com definições e categorias uniformes relativas à dimensão específica do profissional de enfermagem, que atende as necessidades de informação dos múltiplos usuários de dados no sistema de saúde. Nesse conjunto devem ser incluídos os itens de informação que são usados básica e regularmente pela maioria dos enfermeiros na tomada de decisão clínica para a assistência de enfermagem (WERLEY; LANG, 1988).

O objetivo do CDME é estabelecer comparabilidade de dados de enfermagem em diferentes populações, características, áreas geográficas e tempo através de dados de categorias, variáveis ou elementos, e padronizar definições desses dados utilizados na prática clínica de enfermagem, administração, pesquisa e educação. Faz-se necessário a utilização de dados confiáveis, convenientes e comparáveis para descrever o estado de saúde de uma variedade de populações em relação às necessidades do cuidado de enfermagem, para avaliar, diagnosticar, planejar, intervir ou gerenciar, e evoluir a assistência de enfermagem, e para investigar a qualidade e os resultados da assistência de enfermagem, a disponibilidade e custos da pesquisa em enfermagem, bem como a utilização e custo dos serviços de enfermagem (WERLEY, LANG, 1988).

O CDME é composto de 16 elementos, divididos em três categorias: itens demográficos dos clientes ou pacientes (identificação pessoal, data de nascimento, sexo, raça, etnia, residência); itens do cuidado de enfermagem (diagnóstico, intervenção, resultados e intensidade do cuidado de enfermagem); e itens do serviço (número da agência do serviço de saúde, número de registro único de saúde do cliente ou paciente, número de registro único do profissional de enfermagem que prestou o cuidado, data da admissão, data de alta, dados de encaminhamento do paciente ou cliente, dados sobre o tipo de pagamento pelo serviço prestado) (WERLEY et al., 1991; WERLEY; LANG, 1988).

Estudos na Irlanda, Bélgica, Finlândia, Coreia, Tailândia, Estados Unidos da América e Holanda têm mostrado a utilização do CDME para tornar visível a contribuição do cuidado de enfermagem nos resultados apresentados pelos pacientes (MORRIS, 2010; BUTLER et al., 2006; KAAKINEN; TORPPA, 2009; PARK et al., 2006, PARK et al., 2004; GOOSSEN et al., 2003). Outros estudos mostraram o uso de

sistemas de classificação de enfermagem no CDME para comparar a variação da prática de enfermagem em diferentes populações de pacientes e instituições (VAN DEN HEEDE, 2009; VON KROGH; NADEN, 2008; GOOSSEN et al., 2001; COENEN et al., 1999).

Além disso, o CDME tem sido utilizado para adequar os recursos humanos da enfermagem bem como financeiros de acordo com o nível de assistência prestado (VAN DEN HEED, 2008; SERMEUS, 2008; WELTON; HALLORAN; ZONE-SMITH, 2006). A literatura também apresenta estudos que utilizam os dados coletados pelo CDME para validação de diagnósticos de enfermagem (MEHMERT, DELANEY, 1991; RÍOS et al., 1991).

Silveira e Marin (2006) compararam 9 diferentes Conjuntos de Dados de Mínimos de Enfermagem de acordo com a denominação, a proposta, a estrutura, o conteúdo e o país em que desenvolve. Estes conjuntos de dados apresentaram similaridades e diferenças em termos de elementos e suas definições, mas todos incluíram os dados demográficos do paciente ou cliente, os dados sobre o cuidado, o diagnóstico, as intervenções e os resultados de enfermagem, dados dos enfermeiros e da instituição, ou seja, a maioria prevista no CDME. Silveira e Marin (2006) afirmam ser inquestionável o fato de todos apresentarem potencial de tornar visível o processo de trabalho dos enfermeiros.

Desde a proposta inicial do CDME, algumas tentativas de sucesso têm sido apresentadas no Brasil. Estas têm sido relacionadas à implementação e desenvolvimento da prática de enfermagem em setores específicos, como saúde ocupacional e saúde do idoso (SILVEIRA; MARIN, 2006; RIBEIRO, 2006).

No entanto, se os enfermeiros se concentrarem exclusivamente na gestão de dados para a qualidade do serviço, sem considerar o processo de enfermagem, o conjunto de dados mínimos de enfermagem seria ignorado (McCORMICK, 1988). Santos e Nóbrega (2004) relatam que os enfermeiros desejam aplicar a SAE na prática de modo que sua implementação possa produzir resultados passíveis de mensuração, o que irá possibilitar o aprofundamento dos conhecimentos, melhorar a qualidade da assistência e do registro das informações de enfermagem.

A Ordem dos Enfermeiros de Portugal - OEP (2007) propôs a organização dos indicadores através do CDME estruturada em quatro partes. As três primeiras partes correspondem aos indicadores das componentes da avaliação da qualidade proposta por Donabedian (2003): estrutura, processo e resultado. A quarta parte corresponde aos indicadores do tipo epidemiológicos.

Para o componente “estrutura”, foram propostos os seguintes indicadores: horas de cuidados de enfermagem prestados por dia, indicadores do sistema de classificação dos pacientes por níveis de dependência do cuidado de enfermagem, e satisfação dos enfermeiros (OEP, 2007).

Para o componente “processo”, propõe-se a medida da taxa de efetividade diagnóstica do risco. Este indicador consiste na relação entre o número total de casos que desenvolveram um problema ou complicação, com risco previamente documentado, e o universo de casos que desenvolveram esta mesma ocorrência, num certo período de tempo (OEP, 2007).

Para o componente “resultado” são propostos os seguintes indicadores: taxa de efetividade na prevenção de complicações, modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem (reais), taxas de ganhos possíveis/esperados de efetividade, e satisfação dos usuários em relação aos cuidados de enfermagem.

A taxa de efetividade na prevenção de complicações consiste na relação entre o número total de casos com risco documentado de um determinado problema ou complicação – que acabaram por não desenvolver a complicação e tiveram, pelo menos, uma intervenção de enfermagem implementada – e o universo dos casos que tiveram previamente documentado o risco deste mesmo problema ou complicação, num determinado período de tempo.

As modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem (reais) consiste na relação entre o número total de casos que resolveram um determinado diagnóstico de enfermagem, com intervenções de enfermagem implementadas, e o universo dos que apresentaram este diagnóstico, num certo período de tempo.

O indicador taxa de ganhos possíveis/esperados de efetividade configura uma natureza ou tipologia distintas das anteriores, e resulta da comparação entre aquilo que é esperado conseguir-se, em função do julgamento profissional acerca do estado,

potencial e recursos do paciente, família ou grupo, e aquilo que é efetivamente conseguido. Portanto, este indicador consiste na relação entre o número total de casos em que o resultado esperado de um determinado diagnóstico de enfermagem, com intervenções de enfermagem implementadas, foi realmente conseguido, e o universo dos que apresentaram este diagnóstico, num certo período de tempo (OEP, 2007).

Dentre os indicadores epidemiológicos, propõe-se o cálculo de incidência e prevalência de diagnósticos de enfermagem, além de taxas de frequências relativas. A taxa de incidência consiste na relação entre o número total de novos casos de um determinado diagnóstico de enfermagem estabelecido em um determinado período de tempo e a população nesse período. Já a prevalência consiste na relação entre o número total de casos de ocorrência de um determinado diagnóstico de enfermagem durante um determinado período de tempo e a população nesse período. A taxa de frequência relativa consiste na relação entre o número de casos de ocorrência de um determinado diagnóstico de enfermagem e o total de casos ocorridos num determinado período de tempo.

### **3.4 Sistema Informatizado com o Processo de Enfermagem em Terapia Intensiva**

O SIPETi consiste em um software especialmente projetado para uma UTI de adultos, e contém as etapas do PE, fundamentado na Teoria das NHB (TANNURE, 2012). Nesta teoria, o foco da enfermagem é levar o ser humano ao seu estado de equilíbrio pelo atendimento de suas necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais (LEOPARDI, 2006).

Este software é fruto do trabalho conjunto de duas enfermeiras pesquisadoras e dois analistas de sistema. É composto por três sessões: gestão de dados, processo de enfermagem e configurações. Na gestão de dados, há o módulo de cadastro de profissionais de saúde e cadastro de pacientes. Na sessão processo de enfermagem, há os módulos de histórico de enfermagem (anamnese e exame físico/NHB), de diagnósticos de enfermagem, de planejamento/prescrição de enfermagem e de

avaliação da assistência. E na sessão de configurações, caso seja de acesso permitido ao usuário, é possível ser direcionado ao módulo banco de dados e alteração de senha (TANNURE, 2012).

Com vistas a implementação de ações seguras para os pacientes e conferir maior visibilidade para os cuidados de enfermagem, a padronização da linguagem de problemas e tratamentos de enfermagem tem sido desenvolvida para esclarecer e comunicar algumas regras essenciais na implementação do cuidado (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008). No SIPETi, a classificação de diagnósticos de enfermagem selecionada para alimentar o banco de dados foi a da NANDA-International (NANDA-I), por ser o sistema de classificação mais usado no mundo e por já ser utilizado na UTI do estudo (DOENGES; MOORHOUSE; MURR, 2009, TANNURE, 2012).

No módulo de diagnósticos de enfermagem do SIPETi há inseridos 199 títulos diagnósticos mapeados a dados constantes no módulo de exame físico/NHB. Para realizar o mapeamento, Tannure (2012) considerou as definições de cada diagnóstico presente na NANDA-I, as definições dos termos usados para alimentar o banco de dados do módulo de exame físico e as definições das NHB.

No módulo de planejamento/prescrições de enfermagem do SIPETi há inseridas 364 ações de enfermagem que foram extraídas da *Nursing Interventions Classification* (NIC) e de cuidados de enfermagem já prescritos pelos enfermeiros da UTI que foram mapeados no estudo de Salgado (2010) às ações da NIC. Para cada diagnóstico, existe mapeada uma lista de possíveis ações de enfermagem que são selecionadas de acordo com o julgamento do enfermeiro. Como em alguns casos, uma mesma ação pode ser prescrita para mais de um diagnóstico de enfermagem, o sistema informa tal fato ao enfermeiro (a ação já aparece como selecionada) para evitar que uma ação seja replicada no relatório de prescrição (TANNURE, 2012).

Em busca de favorecer a obtenção de indicadores que pudessem ser usados para auxiliar na avaliação da assistência prestada aos pacientes, as escalas de Katz, Braden, Therapeutic Intervention Scoring System (TISS 28) e Acute Physiology And Chronic Health Evaluation (APACHE II) foram inseridas no banco de dados do SIPETi (TANNURE, 2012). A escala de Katz permite a avaliação da independência dos pacientes para realização das atividades da vida diária (AVDs); a escala de Braden

possibilita determinar o risco de os pacientes desenvolverem úlcera por pressão; o TISS 28 permite a avaliação da gravidade das doenças e a quantificação da carga de trabalho de enfermagem necessária ao atendimento dos pacientes, e o APACHE II é um índice que permite a avaliação da gravidade e prognóstico de pacientes admitidos em UTI. Os dados destas escalas permitem uma caracterização clínica dos pacientes do estudo.

No estudo de Tannure (2012), este software mostrou-se adequado, acurado, inteligível, eficiente e permitiu a interação dos dados, a apreensibilidade e a operacionalidade. Assim, ele auxiliou os enfermeiros na execução prática do processo de enfermagem em suas diferentes etapas, bem como na identificação de necessidades biopsicossociais e espirituais apresentadas pelos pacientes. Também mostrou-se vantajoso por permitir uma maior compreensão sobre a interrelação existente entre as etapas do PE, por dispor de avisos e lembretes que minimizam o registro de dados inválidos, por ser mais fácil aprender o conceito, a aplicação e executar suas ações e controlar o seu preenchimento do que entender os conceitos implícitos, a aplicabilidade e executar os registros e controle de forma manual; por ser mais fácil obter dados para avaliar o serviço a partir do seu uso; por possuir subsídios de ajuda que podem ser acessados em caso de dúvidas e dispor de recursos mais adequados à aplicação do PE na prática profissional.

Também foi descrito o fato do SIPETi conter dados mais detalhados sobre o exame físico/necessidades apresentadas pelos pacientes; possuir recursos que auxiliam os profissionais a evitar erros e uniformizar conceitos; permitir a obtenção de indicadores de saúde e facilitar a compreensão da inter-relação existente entre as etapas do PE (TANNURE, 2012).

## **4 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo que, segundo Hochman et al. (2005), é aquele em que o pesquisador segue os indivíduos durante determinado período de tempo para verificar a incidência de uma situação clínica.

### **4.2 Local de estudo**

Para a realização deste estudo foram coletados os dados de pacientes de uma UTI de adultos localizada em Belo Horizonte, MG.

A UTI encontra-se situada no quarto andar de um hospital e maternidade de Belo Horizonte e foi fundada em 2002 por uma empresa privada com fins lucrativos.

Trata-se de uma UTI para pacientes adultos, com capacidade para 12 leitos destinados a atendimentos particulares e por convênio. Aproximadamente 65% dos pacientes admitidos na unidade são idosos com os mais variados problemas clínicos. Não são permitidos atendimentos a pacientes com diagnóstico de síndrome coronariana aguda que necessitem de angioplastia de emergência, e pacientes neurológicos, que necessitem tomografia ou arteriografia de urgência, uma vez que o hospital não possui unidades que realizam esses serviços.

Na UTI há sete enfermeiros, todos com um contrato de trabalho de 120 horas mensais. A carga horária do enfermeiro coordenador é de seis horas diárias. Há dois enfermeiros diaristas que também cumprem seis horas diárias, trabalhando um no turno da manhã e outro no turno da tarde. Quatro enfermeiros trabalham no período noturno, cumprindo uma escala mensal com plantões fixos por dia da semana. No serviço há 28 técnicos de enfermagem, escalonados, cumprindo jornada de trabalho 12 por 36 horas,



divididos em quatro plantões com sete funcionários que prestam assistência aos pacientes em cada turno de trabalho. Há também dois técnicos de enfermagem que cumprem a escala de 12 por 36 horas, no período diurno, e que trabalham com os recursos materiais da unidade.

Atendendo às Resoluções do COFEN nº358/2009 e 429/2012, e procurando oferecer uma assistência de melhor qualidade aos seus pacientes, a SAE começou a ser implantada nesta UTI em agosto de 2006, mas foi a partir de agosto de 2008 que todas as fases do PE passaram a ser desenvolvidas e registradas nos prontuários dos pacientes. A primeira e quinta fase do processo de enfermagem (investigação e avaliação) são registradas em impressos no formato *check list*. A segunda, terceira e quarta fases (diagnóstico, planejamento e prescrição) são registradas por meio eletrônico em planilhas criadas pelos próprios enfermeiros.

Durante um período compreendido entre 2010 e 2011, o SIPETi foi aprimorado e teve sua aplicabilidade testada nesta UTI, motivo pelo qual foi escolhida como local para a condução do presente estudo.

### **4.3 População e amostra**

No período do estudo, foram admitidos 142 pacientes na UTI. Determinou-se que o estudo fosse realizado com os pacientes internados nos dois primeiros leitos da UTI no período de quatro meses de 2013 (28/06/2013 a 26/10/2013), totalizando 17 pacientes (12%), que constituíram a amostra do estudo. A delimitação por estes leitos se deu porque eles são separados na estrutura física da UTI dos demais. Além disso, fez-se necessário delimitar um número que permitisse a coleta de dados pelos profissionais voluntários, pesquisadores especialmente treinados para a coleta de dados utilizando o sistema informatizado.

Em caso de transferência de um paciente participante do estudo para outro leito que não fosse um dos determinados neste estudo, o paciente continuou sendo acompanhado até a alta, transferência de unidade ou óbito. O paciente que

eventualmente foi admitido em um destes dois boxes selecionados para a coleta dos dados e recebeu alta, transferência de unidade ou evoluiu a óbito antes da primeira coleta de dados pelo software, foi excluído do estudo.

## **4.4 Coleta de dados**

### **4.4.1 Capacitação dos pesquisadores**

A fim de capacitar os enfermeiros e acadêmicos de enfermagem que alimentaram o software, foram realizados treinamentos individuais e coletivos abordando conteúdos teórico-práticos por uma das pesquisadoras. Os enfermeiros e acadêmicos que participaram da pesquisa fazem parte do Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Sistematizar o Cuidar em Saúde e Enfermagem. Os acadêmicos encontravam-se, pelo menos, no quinto período do curso de graduação em enfermagem, já haviam completado o elenco de disciplinas que contemplam conteúdos de semiologia e semiotécnica, fisiologia e processo de enfermagem e já haviam adquirido habilidades necessárias à coleta de dados para a participação no estudo.

A partir do treinamento realizado, estabeleceu-se a concordância entre os enfermeiros e acadêmicos na execução das etapas do PE e na sua documentação no sistema informatizado. Para Batista (1977), a concordância entre observadores tem sido considerada uma medida de fidedignidade. Os enfermeiros e acadêmicos foram considerados treinados e prontos para iniciar a coleta de dados, no estudo, quando seus registros foram julgados como confiáveis, isto é, fidedignos. Para Batista e Matos (1984), diz-se que uma observação é fidedigna quando, diante do mesmo evento, efetua-se o mesmo registro.

Para o cálculo da concordância, foram levadas em consideração três decisões. A primeira delas foi a delimitação da unidade de contagem (BATISTA, 1977), que neste

estudo foram os títulos diagnósticos e prescrições de enfermagem, já que é através deles que foram calculados os indicadores de qualidade da assistência de enfermagem. Para as prescrições de enfermagem, foram consideradas para fins de concordância, as ações prescritas sem a periodicidade para execução delas, uma vez que esta pode variar em virtude das experiências dos observadores, rotinas da instituição e considerando que há ausência de consenso científico para algumas delas.

A segunda decisão referiu-se ao período de tempo em que o registro de um comportamento por dois observadores seja contabilizado como sendo concordância (BATISTA, 1977). A coleta de dados foi realizada por dois profissionais (um deles era aquele considerado expert para fins de comparação no teste de concordância) no mesmo paciente, na mesma data e dentro de um período máximo de uma hora de intervalo, sem que os observadores se encontrassem, a fim de garantir a independência no registro dos observadores. A definição pelo período máximo de uma hora para a coleta de dados de ambos profissionais ocorreu pela necessidade de garantir a taxa do comportamento, ou seja, que as informações do paciente se alterassem o mínimo possível no espaço de tempo compreendido entre a coleta de dados dos profissionais e, conseqüentemente, pudesse interferir o mínimo possível na concordância entre eles.

A terceira decisão referiu-se à forma de se obter um índice numérico de concordância que, no presente estudo, utilizou a porcentagem de concordância estabelecida pela seguinte fórmula (BATISTA, 1977):

$$\frac{\text{n}^{\circ} \text{ de concordâncias}}{\text{n}^{\circ} \text{ concordâncias} + \text{n}^{\circ} \text{ discordâncias}} \times 100$$

Para indicar que os observadores estavam treinados e aptos a iniciar a coleta de dados, foi considerado como índice aceitável de concordância aqueles acima de 80% (BATISTA, 1977). Três enfermeiros e três acadêmicos obtiveram índice de concordância acima de 80%.

#### **4.4.2 Alimentação do SIPETi**

Foi realizado um teste piloto com pacientes admitidos nos leitos elencados para o estudo, com o objetivo de verificar fragilidades durante a coleta e permitir a familiarização dos profissionais com o SIPETi e a instituição. Este estudo piloto foi conduzido durante um mês, anteriormente à coleta de dados do estudo.

No período de 28/06/2013 a 26/10/2013, os enfermeiros e acadêmicos devidamente capacitados se revezaram para, diariamente, realizar cadastro e anamnese (quando 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, foi possível extrair os dados necessários ao cálculo de indicadores de enfermagem, além da caracterização dos pacientes.

Para a NANDA-I (2012), muitos profissionais preocupam-se basicamente com os diagnósticos de enfermagem sem considerar a estrutura taxonômica em si. No entanto, familiarizar-se com a forma como o diagnóstico é estruturado é útil ao profissional que busca encontrar informações com rapidez. Assim, os diagnósticos de enfermagem identificados foram descritos conforme os domínios e classes a que pertencem na Taxonomia NANDA-I.

#### **4.5 Tratamento e análise dos dados**

A descrição do perfil dos pacientes que compuseram a amostra deste estudo foi realizada utilizando frequências absolutas e percentuais. Os dados contidos no módulo de cadastro de pacientes foram pautados no estudo de Tannure et al. (2008) que validou instrumentos de coleta de dados de enfermagem para UTIs de adultos, com fundamentação na teoria das NHB, de Wanda de Aguiar Horta, que considera as

necessidades psicobiológicas, psicoespirituais e psicossociais do ser humano. Assim, a população foi caracterizada quanto ao sexo, idade, raça, escolaridade, tempo de internação, motivo da internação (por sistema orgânico acometido) e procedência.

Para caracterização clínica dos pacientes do estudo, também foram calculadas frequências absolutas e percentuais, utilizando os dados coletados na escala de Katz, Braden, TISS 28 e APACHE II.

Os dados relativos aos diagnósticos de enfermagem identificados também foram apresentados em frequências absolutas e percentuais, bem como as ações prescritas para os diagnósticos de enfermagem.

Para realizar o cálculo dos indicadores foram selecionados os DE 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 o período de internação dos pacientes, considerando o período estudado. A seleção por estes diagnósticos se deu porque estudos mostram que eles estão entre os mais frequentes em pacientes críticos internados em unidades de terapia intensiva (SALGADO; CHIANCA, 2011; ARAÚJO et al., 2011; OLIVEIRA; FREITAS, 2009; PASINI et al., 1996). Além disso, a queda e a úlcera por pressão têm sido mencionadas como um dos principais eventos a serem prevenidos para promover a segurança dos pacientes (BRASIL, 2013) e, foram também utilizados como um dos indicadores de qualidade da assistência de enfermagem, usados para alimentar o banco de dados do SIPETi.

Os diagnósticos de enfermagem de risco descrevem as respostas humanas a condições de saúde que podem desenvolver-se em indivíduos, famílias ou comunidades e estão apoiados em fatores de risco que contribuem para o aumento da vulnerabilidade (NANDA-I, 2012). Além disso, a seleção destes diagnósticos se justifica pela possibilidade de identificar os respectivos problemas reais nos pacientes através de diagnósticos de enfermagem ou das notificações de eventos adversos no módulo de exame físico do SIPETi (no caso de queda e lesão cutânea).

O problema real / diagnóstico de enfermagem real, definido para cada diagnóstico de enfermagem de risco identificado nos pacientes do estudo está descrito no QUADRO 1.

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

<b>Risco documentado no módulo de Diagnósticos de enfermagem</b>	<b>Problema real</b>	<b>Módulo no SIPETi para identificação do registro do problema real</b>
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

Fonte: dados do estudo

Foram calculados os seguintes indicadores para cada diagnóstico de risco:

• Incidência:

número de novos casos de um determinado diagnóstico em um dado período

\_\_\_\_\_ x 100

população existente no mesmo período

Neste estudo, considerou-se caso novo de um determinado diagnóstico quando este foi identificado após a primeira avaliação do paciente, ou seja, após a admissão.

- 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 este foi 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 ou eventos adversos, levando-se em consideração que a coleta de dados ocorreu a cada 24 horas. Considerou-se um caso com risco prévio documentado aquele caso em que o diagnóstico de risco foi identificado no dia anterior à ocorrência do problema real.

- Taxa de efetividade na prevenção de complicações:

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

Faz-se necessário ressaltar que no SIPETi as ações de enfermagem são prescritas para um determinado diagnóstico, o que permite calcular a 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 estão apresentados em quadros e tabelas.

#### **4.6 Aspectos éticos**

Em atenção às determinações das Diretrizes e Normas Regulamentadoras envolvendo Seres Humanos estabelecidas pela Resolução 196/1996 e Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996; BRASIL, 2012), esta pesquisa foi submetida à análise e aprovação da diretoria da instituição local do estudo e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE nº 11772613.5.0000.5149).

Os pacientes que preencheram os critérios de inclusão deste estudo, ou o respectivo responsável legal pela internação em caso de incapacidade do paciente de compreender a informação, foram recrutados por meio de convite feito pelos enfermeiros e acadêmicos. Foram explicados os objetivos do estudo e o caráter voluntário de participação. Os pacientes ou responsáveis legais pela internação que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A).



## **5 RESULTADOS**

Os resultados deste estudo incluem a caracterização dos pacientes cujos dados foram coletados, os diagnósticos e as prescrições de enfermagem formulados para os pacientes, e os indicadores de qualidade.

Primeiramente apresenta-se a caracterização dos pacientes que compuseram a população deste estudo (dados demográficos e clínicos). A seguir são descritos os diagnósticos e as prescrições de enfermagem que foram propostos para esses pacientes e que constavam no sistema informatizado.

Para os DE risco de constipação, risco de confusão aguda, risco de desequilíbrio na temperatura corporal, risco de integridade da pele prejudicada e risco de quedas, foram apresentados os indicadores de incidência, prevalência, taxa de efetividade diagnóstica de risco e taxa de efetividade na prevenção de complicações.

### **5.1 Caracterização dos pacientes**

Durante o período de coleta de dados, foram internados nos leitos da UTI, reservados para a realização deste estudo, 17 pacientes. Todos eles, ou seus respectivos representantes legais aceitaram participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Entre os 17 pacientes que fizeram parte da amostra do estudo, dez eram do sexo masculino, representando um percentual de 59%. A faixa etária variou entre 26 e 91 anos, sendo a média de idade 68 anos e a mediana 76 anos. A distribuição percentual da amostra por faixa etária pode ser visualizada no GRÁFICO 1.

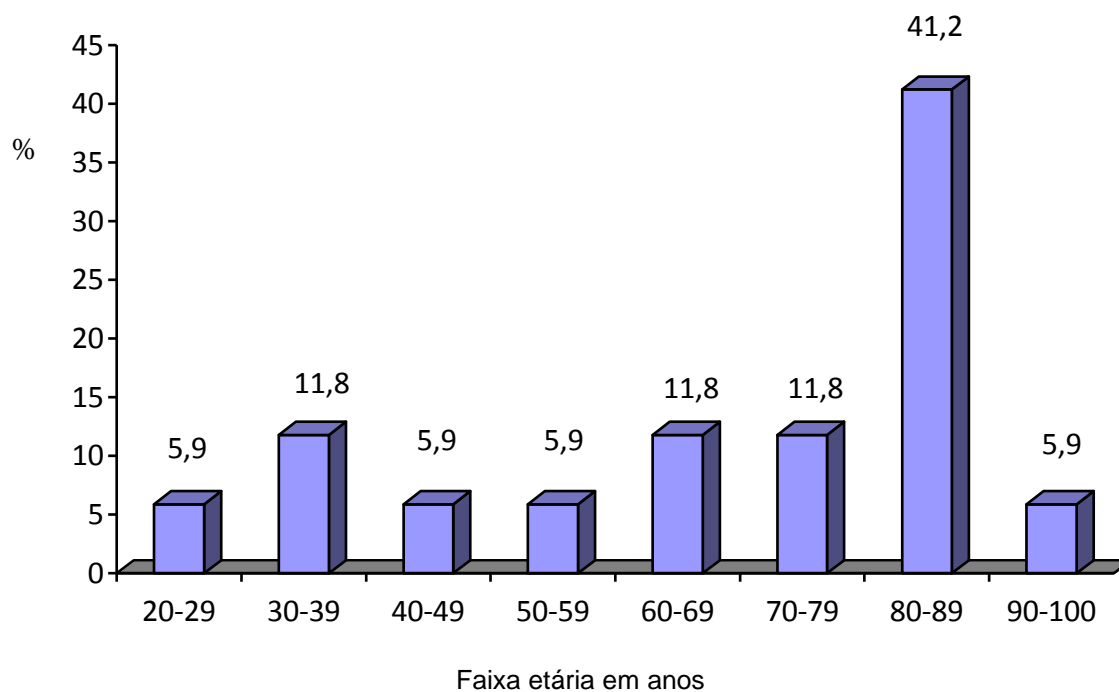


Gráfico 1 - Distribuição percentual dos pacientes por faixa etária. Belo Horizonte/MG, 2013. Fonte: SIPETi

Todos os pacientes internaram-se na UTI por meio de convênio. O tempo de internação variou entre três e 42 dias, sendo a média de 13 dias e a mediana de nove dias.

Os dados relacionados à raça, escolaridade, causa da internação classificada por sistema orgânico, procedência e desfecho podem ser verificados na TABELA 1 com as respectivas frequências absolutas e percentuais.

Tabela 1 – Caracterização dos pacientes internados na UTI. Belo Horizonte/MG. 2013.(continua)

Características	N	%
<b>Raça</b>		
Branca	11	65
Parda	5	29
Negra	1	6

Tabela 1 – Caracterização dos pacientes internados na UTI. Belo Horizonte/MG. 2013.  
(conclusão)

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Escolaridade</b>		
1° grau completo	6	35
2° grau completo	4	24
3° grau completo	2	12
Ignorado	5	29
<b>Sistema orgânico como causa da internação</b>		
Respiratório	7	41
Cardiovascular	6	35
Gastrintestinal	2	12
Metabólico/Renal	2	12
<b>Procedência</b>		
Outro hospital	10	59
Pronto socorro	4	23
Casa	1	6
Unidade de internação	1	6
Bloco cirúrgico	1	6
<b>Desfecho</b>		
Alta	12	71
Óbito	4	23
Transferência	1	6

Fonte: SIPETi

No que se refere à caracterização clínica, segundo a escala de Katz, oito (47%) pacientes eram independentes para as atividades de vida diária na admissão e nove (52%) foram classificados como dependentes em cinco ou seis atividades de vida diária. De acordo com a escala de Braden, dez (58%) pacientes tinham risco mínimo ou

moderado para desenvolver úlcera por pressão na admissão e nove (52%) tinham risco moderado ou elevado no último dia de internação.

Conforme o TISS 28, 14 pacientes (82%) foram considerados, na maioria dos dias de internação, fisiologicamente estáveis, requerendo observação profilática e três pacientes (18%) considerados fisiologicamente estáveis porém requerendo cuidados intensivos de enfermagem e monitorização contínua. Segundo o escore do APACHE, sete (41%) pacientes admitidos tinham 85% de risco de morte. No entanto, em cinco (29%) pacientes houve falta de dados para cálculo deste escore.

Os dados relacionados à escala de Katz e Braden na admissão e alta, e escore do APACHE II com as respectivas frequências absolutas e percentuais podem ser verificados na TABELA 2.

Tabela 2 – Caracterização clínica dos pacientes internados na UTI conforme escala de Katz, Braden e APACHE II . Belo Horizonte/MG. 2013. (continua)

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Escala de Katz na admissão</b>		
Dependente em 0 função	8	47
Dependente em 1 função	1	6
Dependente em 2 funções	2	12
Dependente em 3 funções	0	0
Dependente em 4 funções	1	6
Dependente em 5 funções	1	6
Dependente em 6 funções	3	17
Ignorado	1	6
<b>Escala de Katz no último dia de internação</b>		
Dependente em 0 função	2	12
Dependente em 1 função	0	0
Dependente em 2 funções	0	0
Dependente em 3 funções	2	12

Tabela 2 – Caracterização clínica dos pacientes internados na UTI conforme escala de Katz, Braden e APACHE II . Belo Horizonte/MG. 2013. (continuação)

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Escala de Katz no último dia de internação</b>		
Dependente em 4 funções	0	0
Dependente em 5 funções	6	35
Dependente em 6 funções	3	17
Ignorado	4	24
<b>Escala de Braden na admissão</b>		
Sem risco	4	24
Risco mínimo	5	29
Risco moderado	5	29
Risco elevado	3	17
<b>Escala de Braden no último dia de internação</b>		
Sem risco	4	24
Risco mínimo	4	24
Risco moderado	3	17
Risco elevado	6	35
<b>APACHE II</b>		
0-4 pontos (4% risco de morte)	0	0
5-9 pontos (8% risco de morte)	0	0
10-14 pontos (15% risco de morte)	1	6
15-19 pontos (25% risco de morte)	2	12
20-24 pontos (40% risco de morte)	1	6
25-29 pontos (55% risco de morte)	1	6

Tabela 2 – Caracterização clínica dos pacientes internados na UTI conforme escala de Katz, Braden e APACHE II . Belo Horizonte/MG. 2013. (conclusão)

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>APACHE II</b>		
30-34 pontos (73% risco de morte)	0	0
35-100 pontos (85% risco de morte)	7	41
Ignorado	5	29

Fonte: SIPETi

## 5.2 Perfil de diagnóstico de enfermagem

Para os 17 pacientes que compuseram a amostra, foram identificados 93 diferentes títulos diagnósticos, com uma a média diária de 21 diagnósticos/dia.

A TABELA 3 mostra a ocorrência dos diagnósticos de enfermagem identificados por paciente, independente da frequência em que eles apareceram durante o período de internação, com as respectivas frequências absolutas e percentuais.

Tabela 3 – Ocorrência de diagnósticos de enfermagem identificados por paciente internado na UTI. Belo Horizonte/MG. 2013. (continua)

<b>Diagnósticos de enfermagem</b>	<b>n° de pacientes</b>	<b>%</b>
Risco de infecção	17	100,0
Risco de lesão	17	100,0
Déficit no autocuidado para vestir-se	17	100,0
Risco de integridade da pele prejudicada	17	100,0
Risco de trauma vascular	17	100,0
Déficit no autocuidado para banho	16	94,1
Déficit no autocuidado para higiene íntima	16	94,1
Risco de quedas	15	88,2
Mobilidade no leito prejudicada	15	88,2
Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	15	88,2
Ventilação espontânea prejudicada	14	82,4
Risco de glicemia instável	13	76,5
Risco de constipação	13	76,5
Troca de gases prejudicada	13	76,5
Risco de aspiração	12	70,6

Tabela 3 – Ocorrência de diagnósticos de enfermagem identificados por paciente internado na UTI. Belo Horizonte/MG. 2013. (continuação)

<b>Diagnósticos de enfermagem</b>	<b>n° de pacientes</b>	<b>%</b>
Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional	12	70,6
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	11	64,7
Atividade de recreação deficiente	11	64,7
Padrão respiratório ineficaz	11	64,7
Déficit no autocuidado para alimentação	10	58,8
Risco de síndrome do desuso	10	58,8
Ansiedade	10	58,8
Comunicação verbal prejudicada	9	52,9
Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	9	52,9
Integridade da pele prejudicada	8	47,1
Motilidade gastrointestinal disfuncional	7	41,2
Eliminação urinária prejudicada	7	41,2
Risco de sangramento	6	35,3
Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	6	35,3
Confusão aguda	6	35,3
Risco de disfunção neurovascular periférica	6	35,3
Proteção ineficaz	6	35,3
Disposição para comunicação aumentada	5	29,4
Diarréia	5	29,4
Insônia	5	29,4
Dor aguda	5	29,4
Perfusão tissular renal ineficaz	4	23,5
Integridade tissular prejudicada	4	23,5
Processos de pensamento perturbados	4	23,5
Risco de perfusão tissular gastrointestinal ineficaz	4	23,5
Mucosa oral prejudicada	4	23,5
Débito cardíaco diminuído	4	23,5
Volume de líquidos deficiente	4	23,5
Hipotermia	4	23,5
Hipertermia	3	17,6
Risco de síndrome de estresse por mudança	3	17,6
Volume de líquidos excessivo	3	17,6
Desesperança	3	17,6
Perfusão tissular periférica ineficaz	3	17,6
Baixa autoestima situacional	3	17,6
Intolerância à atividade	3	17,6
Constipação	3	17,6
Medo	3	17,6
Mobilidade física prejudicada	3	17,6
Resposta disfuncional ao desmame ventilatório	2	11,8

Tabela 3 – Ocorrência de diagnósticos de enfermagem identificados por paciente internado na UTI. Belo Horizonte/MG. 2013. (conclusão)

<b>Diagnósticos de enfermagem</b>	<b>n° de pacientes</b>	<b>%</b>
Risco de solidão	2	11,8
Risco de perfusão renal ineficaz	2	11,8
Memória prejudicada	2	11,8
Insuficiência na capacidade do adulto para melhorar	2	11,8
Controle eficaz do regime terapêutico	2	11,8
Risco de confusão aguda	2	11,8
Disposição para enfrentamento aumentado	2	11,8
Disposição para processos familiares melhorados	2	11,8
Perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz	2	11,8
Perfusão tissular cerebral ineficaz	2	11,8
Religiosidade prejudicada	2	11,8
Resiliência individual prejudicada	2	11,8
Retenção urinária	2	11,8
Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída	2	11,8
Síndrome do estresse por mudança	2	11,8
Risco de baixa autoestima situacional	1	5,9
Sobrecarga de estresse	1	5,9
Confusão crônica	1	5,9
Incontinência urinária de esforço	1	5,9
Risco de sentimento de impotência	1	5,9
Incontinência intestinal	1	5,9
Incontinência urinária reflexa	1	5,9
Perfusão gastrintestinal ineficaz	1	5,9
Risco de volume de líquidos deficiente	1	5,9
Dentição prejudicada	1	5,9
Risco de choque	1	5,9
Sentimento de impotência	1	5,9
Disposição para aumento do autocuidado	1	5,9
Enfrentamento ineficaz	1	5,9
Risco de resiliência comprometida	1	5,9
Capacidade de transferência prejudicada	1	5,9
Deambulação prejudicada	1	5,9
Interação social prejudicada	1	5,9
Náusea	1	5,9
Padrão de sono prejudicado	1	5,9
Pesar	1	5,9
Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz	1	5,9
Tristeza crônica	1	5,9

Fonte: SIPETi



Verifica-se que entre os 93 títulos diagnósticos identificados, cinco deles foram formulados para 100% dos pacientes. São eles: risco de infecção, risco de lesão, déficit no autocuidado para vestir-se, risco de integridade da pele prejudicada e risco de trauma vascular. Os diagnósticos déficit no autocuidado para banho e déficit no autocuidado para higiene íntima foram formulados para 16 (94,1%) pacientes. Para 15 (88,2%) pacientes foram formulados os diagnósticos risco de quedas, mobilidade no leito prejudicada e risco de desequilíbrio na temperatura corporal. Vinte e quatro diagnósticos de enfermagem foram identificados para mais de 50% dos pacientes.

Os 93 títulos diagnósticos identificados encontram-se em 12 diferentes domínios da classificação NANDA-I (2012) conforme apresentação no QUADRO 2. Dentre eles, 24 (25,8%) encontram-se no domínio quatro que refere-se à atividade e repouso, 13 (13,9%) no domínio nove que refere-se ao enfrentamento e tolerância ao estresse e 11 (11,8%) no domínio três que refere-se à eliminação e troca. Não foram identificados diagnósticos pertencentes ao domínio oito (sexualidade).

Quatro títulos diagnósticos não mais constantes na NANDA-I (2012) foram identificados para a amostra de pacientes, sendo eles: perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz, perfusão tissular cerebral ineficaz, perfusão gastrointestinal ineficaz e perfusão renal ineficaz.

Quadro 2 – Classificação dos diagnósticos de enfermagem formulados para os pacientes segundo os domínios e classes da NANDA-I (2012). Belo Horizonte/MG. 2013. (continua)

<b>Domínio</b>	<b>Classe</b>	<b>Diagnóstico</b>
Domínio 1 (Promoção da saúde)	Percepção da saúde	Atividade de recreação deficiente
	Controle de saúde	Proteção ineficaz
Domínio 2 (Nutrição)	Ingestão	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais
	Metabolismo	Risco de glicemia instável

Quadro 2 – Classificação dos diagnósticos de enfermagem formulados para os pacientes segundo os domínios e classes da NANDA-I (2012). Belo Horizonte/MG. 2013. (continuação)

<b>Domínio</b>	<b>Classe</b>	<b>Diagnóstico</b>	
Domínio 3 (Eliminação e Troca)	Função urinária	Eliminação urinária prejudicada	
		Incontinência urinária de esforço	
		Incontinência urinária reflexa	
		Retenção urinária	
	Função gastrointestinal	Constipação	
		Risco de constipação	
		Diarréia	
		Incontinência intestinal	
		Motilidade gastrointestinal disfuncional	
	Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional		
	Função respiratória	Troca de gases prejudicada	
	Domínio 4 (Atividade/Repouso)	Sono/ repouso	Insônia
			Padrão de sono prejudicado
Atividade/ exercício		Capacidade de transferência prejudicada	
		Deambulação prejudicada	
		Mobilidade física prejudicada	
		Mobilidade no leito prejudicada	
		Risco de síndrome do desuso	

Quadro 2 – Classificação dos diagnósticos de enfermagem formulados para os pacientes segundo os domínios e classes da NANDA-I (2012). Belo Horizonte/MG. 2013. (continuação)

<b>Domínio</b>	<b>Classe</b>	<b>Diagnóstico</b>	
Domínio 4 (Atividade/Repouso)	Respostas cardiovasculares/ pulmonares	Débito cardíaco diminuído	
		Intolerância à atividade	
		Padrão respiratório ineficaz	
		Risco de perfusão gastrointestinal ineficaz	
		Risco de perfusão renal ineficaz	
		Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída	
		Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz	
		Perfusão tissular periférica ineficaz	
		Resposta disfuncional ao desmame ventilatório	
		Ventilação espontânea prejudicada	
		Risco de sangramento	
		Risco de choque	
		Autocuidado	Déficit no autocuidado para alimentação
	Déficit no autocuidado para banho		
	Déficit no autocuidado para higiene íntima		
	Déficit no autocuidado para vestir-se		
	Disposição para aumento do autocuidado		
	Domínio 5 (Percepção/cognição)	Cognição	Confusão aguda
			Confusão crônica
Memória prejudicada			
Comunicação		Disposição para comunicação aumentada	
		Comunicação verbal prejudicada	

Quadro 2 – Classificação dos diagnósticos de enfermagem formulados para os pacientes segundo os domínios e classes da NANDA-I (2012). Belo Horizonte/MG. 2013. (continuação)

<b>Domínio</b>	<b>Classe</b>	<b>Diagnóstico</b>
Domínio 6 (Autopercepção)	Autoconceito	Desesperança
		Risco de solidão
	Autoestima	Baixa autoestima situacional
		Risco de baixa autoestima situacional
Domínio 7 (Papéis e relacionamentos)	Relações familiares	Disposição para processos familiares melhorados
	Desempenho do papel	Interação social prejudicada
Domínio 9 (Enfrentamento e tolerância ao estresse)	Reações pós trauma	Síndrome do estresse por mudança
		Risco de síndrome do estresse por mudança
	Respostas de enfrentamento	Ansiedade
		Disposição para enfrentamento aumentado
		Sobrecarga de estresse
		Medo
		Pesar
		Risco de resiliência comprometida
		Resiliência individual comprometida
		Tristeza crônica
		Enfrentamento ineficaz
		Sentimento de impotência
Risco de sentimento de impotência		
Domínio 10 (Princípios da vida)	Coerência entre valores/ crenças/ atos	Religiosidade prejudicada

Quadro 2 – Classificação dos diagnósticos de enfermagem formulados para os pacientes segundo os domínios e classes da NANDA-I (2012). Belo Horizonte/MG. 2013. (continuação)

<b>Domínio</b>	<b>Classe</b>	<b>Diagnóstico</b>
Domínio 11 (Segurança e proteção)	Infecção	Risco de infecção
	Lesão física	Risco de aspiração
		Dentição prejudicada
		Desobstrução ineficaz de vias aéreas
		Risco de disfunção neurovascular periférica
		Integridade da pele prejudicada
		Risco de integridade da pele prejudicada
		Integridade tissular prejudicada
		Risco de lesão
		Mucosa oral prejudicada
		Risco de quedas
	Risco de trauma vascular	
	Termorregulação	Hipertermia
		Hipotermia
Risco de desequilíbrio na temperatura corporal		
Domínio 12 (Conforto)	Conforto físico	Dor aguda
		Náusea
Domínio 13 (Crescimento/ desenvolvimento)	Crescimento	Insuficiência na capacidade do adulto para melhorar

Quadro 2 – Classificação dos diagnósticos de enfermagem formulados para os pacientes segundo os domínios e classes da NANDA-I (2012). Belo Horizonte/MG. 2013. (conclusão)

<b>Domínio</b>	<b>Classe</b>	<b>Diagnóstico</b>
Diagnósticos de enfermagem não constantes na Taxonomia da NANDA-I 2012-2014		Controle eficaz do regime terapêutico
		Perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz
		Perfusão gastrintestinal ineficaz
		Perfusão tissular renal ineficaz
		Processos do pensamento perturbados

Fonte: Dados do estudo

### 5.3 Ações de enfermagem prescritas

Durante o período de coleta de dados, foram prescritas 175 diferentes ações de enfermagem, com uma média diária de 87 ações prescritas por paciente.

A TABELA 4 apresenta a ocorrência das prescrições de enfermagem que encontram-se no mapeamento do SIPETi e foram prescritas para os pacientes do estudo com as respectivas frequências absolutas e percentuais nos pacientes. Todas estas prescrições estão apresentadas no APÊNDICE B na forma original em que foram prescritas (incluindo sua periodicidade).

Tabela 4 – Prescrições de enfermagem constantes no mapeamento do SIPETi prescritas para os pacientes internados na UTI. Belo Horizonte/MG. 2013. (continua)

<b>Ações de enfermagem</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1 Aferir e registrar valor dos dados vitais (frequência cardíaca – FC, frequência respiratória – FR, pressão arterial – PA e temperatura axilar - Tax)	17	100,0
2 Trocar os equipos de infusão de soroterapia e medicamentos	17	100,0
3 Manter constantemente os lençóis da cama limpos, secos e livres de ruga. Trocá-los toda vez que estiverem sujos e úmidos.	17	100,0
4 Aplicar hidratante na pele do(a) paciente	17	100,0
5 Verificar a permeabilidade do cateter venoso periférico	17	100,0

Tabela 4 – Prescrições de enfermagem constantes no mapeamento do SIPETi prescritas para os pacientes internados na UTI. Belo Horizonte/MG. 2013. (continuação)

	<b>Ações de enfermagem</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
6	Realizar a higiene íntima do(a) paciente, com água e sabão	16	94,1
7	Realizar uma avaliação abrangente da circulação periférica do(a) paciente (intensidade do pulso, presença de edema nos membros, tempo de enchimento capilar, cor e temperatura e umidades das extremidades)	16	94,1
8	Registrar características do sítio de inserção da sonda vesical de demora - SVD	16	94,1
9	Fazer anotações sobre o estado emocional do(a) paciente	15	88,2
10	Realizar a higiene oral do(a) paciente	15	88,2
11	Elevar e manter a cabeceira do leito da cama elevada	15	88,2
12	Manter grades da cama elevadas	15	88,2
13	Monitorar a cada técnica de higiene íntima, a pele do (a) paciente na área perianal e perineal em busca de irritação local e lesões	15	88,2
14	Vestir roupa no(a) paciente após o banho e trocá-la sempre que estiver com sujidades e úmidas.	15	88,2
15	Colocar e fazer rodízio dos coxins de proteção nas áreas dos calcâneos, cotovelos, região supra espinhal e infra espinhal, região trocantérica, cotovelos e região occipital	15	88,2
16	Realizar troca do cateter venoso periférico	15	88,2
17	Dar banho, no leito, no (a) paciente	14	82,4
18	Realizar ausculta pulmonar	14	82,4
19	Pentear o cabelo do(a) paciente após o banho e sempre que não estiver arrumado.	14	82,4
20	Posicionar o(a) paciente na cama, mantendo o alinhamento de seu corpo	14	82,4
21	Monitorar as condições da pele do(a) paciente	14	82,4
22	Monitorar o ritmo respiratório do(a) paciente, a saturação de oxigênio e a presença de esforço respiratório	14	82,4
23	Identificar déficits cognitivos ou físicos do(a) paciente (sonolência, déficit visual, agitação psicomotora, confusão mental, imobilidade ou limitação da mobilidade física, parestesias) que podem aumentar o potencial para quedas	14	82,4
24	Avaliar resultado da gasometria	13	76,5
25	Monitorar as eliminações intestinais (frequência, consistência, volume e cor)	13	76,5
26	Auscultar abdome do(a) paciente	13	76,5
27	Monitorar queixa de dispnéia e eventos que possam aumentá-la ou piorá-la	13	76,5
28	Monitorar imagem no Raio X de tórax do(a) paciente	13	76,5
29	Registrar quantidade, cor e odor da urina a cada eliminação urinária	12	70,6
30	Monitorar se o (a) paciente relata parestesias	12	70,6
31	Identificar valor da glicemia capilar	12	70,6
32	Trocar fixação do cateter periférico	12	70,6
33	Obter informações sobre atividades de recreação favoritas para o/a paciente, que possam ser realizadas na UTI, e providenciar que sejam realizadas durante o período de internação na unidade	11	64,7
34	Auxiliar na obtenção de recursos necessários à realização de atividades recreativas na UTI por parte do (a) paciente.	11	64,7

Tabela 4 – Prescrições de enfermagem constantes no mapeamento do SIPETi prescritas para os pacientes internados na UTI. Belo Horizonte/MG. 2013. (continuação)

	<b>Ações de enfermagem</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
35	Monitorar o nível de consciência do paciente utilizando a escala de coma de Glasgow	11	64,7
36	Colaborar com a equipe de fisioterapia no desenvolvimento e na execução de exercícios físicos com o/a paciente	11	64,7
37	Realizar mudança de decúbito (lateral/lateral) do/da paciente	11	64,7
38	Explicar todos os procedimentos a serem realizados, inclusive sensações que o/a paciente possa ter durante cada procedimento.	10	58,8
39	Encorajar o(a) paciente a expressar seus sentimentos, quando evidenciar sinais de tristeza, afastamento, relato de medo e raiva	10	58,8
40	Oferecer atividades de lazer para o/a paciente, de acordo com as suas preferências	10	58,8
41	Realizar balanço hídrico e atentar para tendência do balanço ficar negativo	10	58,8
42	Verificar presença de estase gástrica	10	58,8
43	Explicar o/a paciente as razões para a exigência de repouso no leito	10	58,8
44	Zerar a bomba de dieta	10	58,8
45	Desprezar a água condensada no circuito do respirador sempre que presente	10	58,8
46	Manter o alinhamento adequado (reto) do corpo do(a) paciente	10	58,8
47	Realizar mudança de decúbito (lateral/dorsal/lateral) do/da paciente	10	58,8
48	Comunicar-se com o paciente elevando o tom de voz.	9	52,9
49	Realizar uma avaliação abrangente da circulação periférica do(a) paciente (intensidade do pulso, presença de edema nos membros, tempo de enchimento capilar, cor e temperatura e umidades das extremidades)	9	52,9
50	Esvaziar a bolsa coletora da SVD e registrar quantidade, cor e odor da eliminação urinária	9	52,9
51	Auxiliar o (a) paciente a pentear seu cabelo após o banho e sempre que não estiver arrumado.	9	52,9
52	Auxiliar o/a paciente a vestir-se após o banho e a trocar as roupas sempre que estiverem com sujidades ou úmidas.	9	52,9
53	Aspirar tudo orotraqueal - TOT, nasofaringe e orofaringe do (a) paciente (nesta ordem), com técnica asséptica	9	52,9
54	Colocar e manter objetos de uso frequente ao alcance do(a) paciente	9	52,9
55	Trocar fixação da sonda de gastrostomia	9	52,9
56	Manter o sistema fechado da SVD abaixo da altura da bexiga	9	52,9
57	Trocar os equipos de infusão de dieta	9	52,9
58	Orientar e auxiliar o(a) paciente a realizar mudança de decúbito	9	52,9
59	Esclarecer dúvidas do (a) paciente sobre o seu estado de saúde	8	47,1
60	Mostrar-se disponível para escutar os sentimentos do/da paciente	8	47,1
	Auxiliar o/a paciente a realizar sua higiene oral	8	47,1
61	Aumentar a fração inspiratória de oxigênio - FIO2 para 100% durante o procedimento de aspiração traqueal	8	47,1
62	Utilizar constantemente tom de voz tranquilo e suave ao interagir com o/a paciente. Falar devagar.	7	41,2
63	Lavar a sonda nasoenterérica - SNE com água filtrada	7	41,2



Tabela 4 – Prescrições de enfermagem constantes no mapeamento do SIPETi prescritas para os pacientes internados na UTI. Belo Horizonte/MG. 2013. (continuação)

	<b>Ações de enfermagem</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
64	Monitorar os resultados laboratoriais relevantes à retenção de líquidos	7	41,2
65	Manter a pressão do balonete do TOT	7	41,2
66	Checar o posicionamento da sonda entérica	7	41,2
67	Registrar características do sítio de inserção de dispositivos invasivos	7	41,2
68	Realizar a troca do curativo da área de inserção do acesso	7	41,2
69	Clampar a SVD ao transportar e manipular o(a) paciente e quando precisar elevar a bolsa coletora acima do nível da bexiga. Desclampar imediatamente após a manipulação/movimentação.	7	41,2
70	Manter membros inferiores elevado (s)	7	41,2
71	Trocar fixação do TOT e proteger área de contato (face/hélices auriculares/lábios) com gaze	7	41,2
72	Aplicar tegaderme nas áreas de proeminência óssea para prevenir Úlceras por pressão	7	41,2
73	Encorajar constantemente o(a) paciente a identificar seus pontos positivos	6	35,3
74	Comunicar-se com o/a paciente utilizando a escrita, o abecedário, placas informativas, quadro de desenhos, gestos manuais	6	35,3
75	Monitorar e registrar dados sobre o padrão do sono do(a) paciente (horas dormidas e eventos que comprometeram o sono e o conforto)	6	35,3
76	Diminuir a luminosidade no box do paciente, no período noturno.	6	35,3
77	Realizar ausculta cardíaca do (a) paciente e atentar para presença de B3, B4, atrito pericárdico, hipofonese e hiperfonese de bulhas e desdobramento de segunda bulha	6	35,3
78	Realizar balanço hídrico e atentar para tendência do balanço ficar positivo	6	35,3
79	Fixar a SVD na coxa do (a) paciente, não tracionar a sonda e alternar o lado da fixação da sonda	6	35,3
80	Monitorar o(a) paciente buscando sinais de hemorragia (mucosas hipocoradas, hipotensão, eliminação de secreções com aspecto sanguinolento, sangramento oral, otorragia, epistaxe, hematomas na pele)	6	35,3
81	Dar banho de aspersão no (a) paciente	5	29,4
82	Fazer, a cada contato com o(a) paciente, afirmações positivas sobre ele(a)	5	29,4
83	Elogiar diariamente todos os progressos do(a) paciente	5	29,4
84	Colaborar diariamente com os outros profissionais de saúde no planejamento e execução do programa de treinamento muscular para o paciente	5	29,4
85	Aspirar a nasofaringe e orofaringe do (a) paciente (nesta ordem)	5	29,4
86	Aspirar traqueostomia - TQT, nasofaringe e orofaringe do (a) paciente (nesta ordem)	5	29,4
87	Realizar uma avaliação abrangente da dor que inclua localização, intensidade, tipo e os fatores precipitantes sempre que houver relato de dor	5	29,4
88	Observar se há presença de urina na fralda do(a) paciente	5	29,4
89	Realizar a troca do curativo da(s) ferida(s) e descrever comprimento, largura, profundidade, características ao redor da pele, grau de contaminação e quando presentes, características do exsudato, porcentagem do tecido de granulação e do tecido necrosado	5	29,4

Tabela 4 – Prescrições de enfermagem constantes no mapeamento do SIPETi prescritas para os pacientes internados na UTI. Belo Horizonte/MG. 2013. (continuação)

	<b>Ações de enfermagem</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
90	Discutir com a equipe médica a liberação de dieta para o/a paciente	5	29,4
91	Avaliar os resultados do leucograma e hemograma do(a) paciente	5	29,4
92	Manter a pressão do balonete da TQT e checar a insuflação	5	29,4
93	Infundir amina no acesso venoso central	5	29,4
94	Trocar fixação da TQT e proteger área de contato (pescoço) com gaze	5	29,4
95	Encorajar o(a) paciente a aceitar novos desafios sempre que perceber em sua fala uma autoestima baixa	4	23,5
96	Avaliar e registrar dados que possam indicar sinais e sintomas de intolerância aos exercícios realizados com o/a paciente (cefaléia, dor, fraqueza, transpiração e palpitações)	4	23,5
97	Identificar fatores internos ou externos capazes de acentuar ou reduzir a motivação do(a) paciente para comportamentos saudáveis	4	23,5
98	Manter supervisão contínua sobre o paciente durante todo o período de confusão mental.	4	23,5
99	Monitorar o hábito alimentar do(a) paciente e registrar dados sobre aceitação da dieta oferecida	4	23,5
100	Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor após instituição dos cuidados e tratamento medicamentoso, por meio de uma avaliação da dor pelo uso da escala numérica da dor	4	23,5
101	Monitorar e registrar a ocorrência de vômitos	4	23,5
102	Manter paciente com precaução de contato	4	23,5
103	Examinar sítio de inserção da SVD	4	23,5
104	Manter bordas da TQT protegidas do gaze	4	23,5
105	Autorizar rodízio dos membros da família do(a) paciente durante os horários de visitas	3	17,6
106	Monitorar a pressão venosa central PVC	3	17,6
107	Auxiliar o/a paciente a transferir-se da cama para a cadeira e da cadeira para a cama	3	17,6
108	Solicitar o auxílio da família na compreensão da fala do(a) paciente	3	17,6
109	Manter o transdutor de pressão para monitorização de pressão invasiva no eixo flebotático (na altura quarto espaço intercostal na linha axilar média) e calibrá-lo a cada aferição	3	17,6
110	Monitorar sinais de perfusão inadequada da artéria coronária (desnívelamento do segmento ST, inversão de onda T e aparecimento de onda Q) a cada registro do ritmo cardíaco no ECG	3	17,6
111	Elevar a cabeceira da cama durante a alimentação e administração de medicamentos por via oral	3	17,6
112	Lavar a Gastrostomia	3	17,6
113	Auxiliar o(a) paciente a identificar razões de esperança na vida	3	17,6
114	Investigar com o(a) paciente os fatores que aliviam e que pioram a dor, sempre que detectar queixa de dor	3	17,6
115	Colocar colchão piramidal	3	17,6

Tabela 4 – Prescrições de enfermagem constantes no mapeamento do SIPETi prescritas para os pacientes internados na UTI. Belo Horizonte/MG. 2013. (continuação)

	<b>Ações de enfermagem</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
116	Ajudar o(a)paciente a identificar os fatores que aumentam a sua sensação de segurança	3	17,6
117	Monitorar a cada técnica de higiene oral as gengivas, os dentes, o palato mole e o palato duro do(a) paciente quando à hidratação, coloração, presença de resíduos e integridade da mucosa	3	17,6
118	Manter sonda gástrica aberta	3	17,6
119	Manter membros superiores elevados	3	17,6
120	Permitir a entrada do padre/pastor/orientador religioso sempre que solicitado pelo paciente e/ou familiares	2	11,8
121	Colocar cobertor no (a) paciente	2	11,8
122	Remover roupas do paciente	2	11,8
123	Oferecer informações sobre a doença e o tratamento para o(a) paciente	2	11,8
124	Encorajar o(a) paciente a permanecer tendo hábitos de vida saudáveis	2	11,8
125	Parabenizar o/a paciente por seguir corretamente as orientações sobre o regime terapêutico	2	11,8
126	Auxiliar o(a) paciente a estabelecer e revisar metas relacionadas com o objeto de sua esperança	2	11,8
127	Envolver o (a) paciente em seu próprio cuidado	2	11,8
128	Oferecer, diariamente, informações aos membros da família sobre as condições do (a) paciente	2	11,8
129	Observar se o(a) paciente está apresentando expressão facial que demonstre dor	2	11,8
130	Encorajar diariamente o(a) paciente a escrever seus sentimentos, percepções e medos	2	11,8
131	Monitorar resultados de leucograma	2	11,8
132	Observar continuamente a presença de sangramento no curativo	2	11,8
133	Responder as perguntas do(a) paciente de forma honesta	2	11,8
134	Informar o(a) paciente sobre onde ele está e dia da semana, mês e ano	2	11,8
135	Estimular a cada contato, a memória do(a) paciente repetindo o último pensamento que ele(a) expressou	2	11,8
136	Dar um comando simples, de cada vez, para o(a) paciente	2	11,8
137	Orientar o (a) paciente sobre a forma de se posicionar a cada início de processo de transferência ou mudança de posição	2	11,8
138	Avaliar cor da secreção uretral	2	11,8
139	Assegurar-se de que os alarmes do respirador estejam ativados	2	11,8
140	Oferecer ao(à) paciente reforço positivo e informações sobre o progresso de seu desmame ventilatório	2	11,8
141	Monitorar presença de bexigoma por meio de palpação e percussão abdominal (região hipogástrica)	2	11,8
142	Trocar os equipos de infusão de derivados do sangue a cada bolsa infundida	2	11,8
143	Aquecer e manter membros superiores e inferiores aquecido(s) com algodão ortopédico e atadura de crepom	2	11,8
144	Autorizar a permanência de membros da família na UTI em tempo integral	1	5,9

Tabela 4 – Prescrições de enfermagem constantes no mapeamento do SIPETi prescritas para os pacientes internados na UTI. Belo Horizonte/MG. 2013. (continuação)

	<b>Ações de enfermagem</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
145	Autorizar a permanência de membros da família na UTI fora do horário padrão	1	5,9
146	Permitir a entrada de televisão para o/a paciente	1	5,9
147	Manter paciente com pescoço em posição neutra	1	5,9
148	Oferecer informações sobre a doença e o tratamento para o/a paciente, durante a preparação para a alta da UTI	1	5,9
149	Ajudar o/a paciente a identificar as informações que ele tem maior interesse em obter	1	5,9
150	Monitorar a resposta do(a) paciente à medicação antiarrítmica e ficar atento à ocorrência de bradicardia	1	5,9
151	Orientar o/a paciente sobre a importância de relatar imediatamente qualquer desconforto no peito	1	5,9
152	Criar um ambiente agradável durante as refeições, colocando comadre e equipamentos para aspiração, longe do alcance da visão do paciente	1	5,9
153	Oferecer um canudo para a ingestão de líquidos por parte do (a) paciente	1	5,9
154	Orientar o(a) paciente a usar fio dental entre os dentes e escovar os dentes, gengivas e língua	1	5,9
155	Auxiliar o(a) paciente a usar fio dental entre os dentes e escovar os dentes, gengivas e língua	1	5,9
156	Passar o fio dental entre os dentes do (a) paciente e escovar os dentes, gengivas e língua	1	5,9
157	Oferecer momentos de privacidade e silêncio para o(a) paciente realizar as atividades espirituais	1	5,9
158	Autorizar que a família traga para a UTI a Bíblia do(a) paciente e objetivos relacionado com sua espiritualidade	1	5,9
159	Permitir cuidados ao(à) paciente pelos membros da família	1	5,9
160	Oferecer e estimular o uso do marreco	1	5,9
161	Avaliar a compreensão que o(a) paciente tem do processo de doença	1	5,9
162	Oferecer informações reais, para o paciente, sobre aspectos do cuidado de enfermagem	1	5,9
163	Solicitar a avaliação da equipe de fisioterapia para a implantação de exercícios para fortalecimento e treinamento dos músculos levantador do ânus e urogenital	1	5,9
164	Permanecer com o(a) paciente e confirmar que está seguro e protegido durante os períodos de verbalização do medo	1	5,9
165	Orientar a família sobre as vantagens da participação do (a) paciente em programas de treinamento de memória em grupo, no momento da preparação para a alta da UTI	1	5,9
166	Encorajar o consumo de pequenas quantidades de alimentos que sejam tolerados pelo(a) paciente por via oral	1	5,9
167	Registrar dados sobre a frequência, duração e os fatores precipitantes a cada relato de náusea.	1	5,9
168	Manter a cabeceira da cama elevada a 30° e o rosto do paciente lateralizado em caso de vômitos	1	5,9

Tabela 4 – Prescrições de enfermagem constantes no mapeamento do SIPETi prescritas para os pacientes internados na UTI. Belo Horizonte/MG. 2013. (conclusão)

<b>Ações de enfermagem</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
169	Pesquisar presença de sinal de Jobert	1	5,9
170	Avaliar se o(a) paciente consegue distinguir de olhos fechados a diferença entre objetos pontiagudos e robustos e temperatura quente e fria	1	5,9
171	Trocar fixação do dreno de tórax	1	5,9
171	Trocar fixação do dreno de tórax	1	5,9
172	Clampar o dreno de tórax ao transportar e manipular o(a) paciente e quando precisar elevar a bolsa coletora acima do nível da área de inserção do dreno. Desclampar imediatamente após a manipulação/movimentação.	1	5,9
173	Trocar o selo d'água do dreno	1	5,9
174	Auxiliar o/a paciente a identificar pontos fortes e habilidade pessoais que possam ser usados na solução da crise, quando evidenciar sinais de tristeza, afastamento, relato de medo e raiva	1	5,9
175	Enfaixar MMSS para favorecer a regressão do edema	1	5,9

Fonte: SIPETi

Verifica-se que dentre as 175 prescrições de enfermagem, cinco foram prescritas para 100% dos pacientes. São elas: “ aferir e registrar valor dos dados vitais (FC, FR, PA e Tax)”, “trocar os equipos de infusão de soroterapia e medicamentos”, “manter constantemente os lençóis da cama limpos, secos e livres de ruga”, “aplicar hidratante na pele do paciente” e “verificar a permeabilidade do cateter”.

As prescrições de enfermagem mapeadas no SIPETi para os diagnósticos risco de confusão aguda, risco de constipação, risco de desequilíbrio na temperatura corporal, risco de integridade da pele prejudicada e risco de quedas encontram-se nos QUADROS 3, 4, 5, 6 e 7, respectivamente.

Quadro 3 – Prescrições de enfermagem mapeadas para o diagnóstico Risco de confusão aguda. Belo Horizonte/MG, 2013. (continua)

### **Prescrições de enfermagem mapeadas para o diagnóstico**

#### **Risco de confusão aguda**

Monitorar o nível de consciência do paciente utilizando a escala de coma de Glasgow de \_\_\_/\_\_\_ h.

Comunicar ao enfermeiro se valor obtido com a utilização da escala for menor que \_\_\_\_\_ pontos.

Manter grades da cama elevadas.

Quadro 3 – Prescrições de enfermagem mapeadas para o diagnóstico Risco de confusão aguda. Belo Horizonte/MG, 2013. (conclusão)

---

**Prescrições de enfermagem mapeadas para o diagnóstico**

**Risco de confusão aguda**

---

Monitorar o grau de sedação do(a) paciente utilizando a escala de Ramsay de \_\_\_/\_\_\_ h. Comunicar ao enfermeiro se valor obtido com a utilização da escala for de \_\_\_\_\_ pontos.

---

Fonte: SIPETi

Quadro 4 – Prescrições de enfermagem mapeadas para o diagnóstico Risco de constipação. Belo Horizonte/MG, 2013.

---

**Prescrições de enfermagem mapeadas para o diagnóstico Risco de constipação**

---

Monitorar as eliminações intestinais (frequência, consistência, volume e cor) diariamente. Registrar dados a cada episódio de evacuação. Comunicar ao enfermeiro, se paciente não evacuar em \_\_\_\_\_ horas ou apresenta mais que 3 episódios de fezes líquidas em 24 horas.

---

Sugerir à equipe médica a prescrição de enema, hoje. Enfermeiro.

---

Sugerir à equipe médica a prescrição de laxantes hoje. Enfermeiro.

---

Sugerir à equipe médica a prescrição de supositório de glicerina, hoje. Enfermeiro

---

Solicitar à nutricionista dieta rica em fibras para o/a paciente, hoje.

---

Fonte: SIPETi

Quadro 5 – Prescrições de enfermagem mapeadas para o diagnóstico Risco de desequilíbrio na temperatura corporal. Belo Horizonte/MG, 2013. (continua)

---

**Prescrições de enfermagem mapeadas para o diagnóstico**

**Risco de desequilíbrio na temperatura corporal**

---

Aferir e registrar valor dos dados vitais (FC, FR, PA e Tax) de \_\_\_/\_\_\_ h. Comunicar ao enfermeiro se FC menor que \_\_\_\_\_ bpm e maior que \_\_\_\_\_ bpm, se FR menor que \_\_\_\_\_ irpm ou maior que \_\_\_\_\_ irpm, se PAS maior que \_\_\_\_\_ mmHg ou menor que \_\_\_\_\_ mmHg, se PAD maior que \_\_\_\_\_ mmHg e menor que \_\_\_\_\_ mmHg e Tax menor que \_\_\_\_\_ °C ou maior que \_\_\_\_\_ °C.

---

Aferir e registrar valor dos dados vitais (FC, FR, PAM e Tax) de \_\_\_/\_\_\_ h. Comunicar ao enfermeiro se FC menor que \_\_\_\_\_ bpm e maior que \_\_\_\_\_ bpm, se FR maior que \_\_\_\_\_ irpm, se PAM menor que \_\_\_\_\_ mmHg ou maior que \_\_\_\_\_ mmHg e Tax menor que \_\_\_\_\_ °C ou maior que \_\_\_\_\_ °C.

Quadro 5 – Prescrições de enfermagem mapeadas para o diagnóstico Risco de desequilíbrio na temperatura corporal. Belo Horizonte/MG, 2013. (conclusão)

---

**Prescrições de enfermagem mapeadas para o diagnóstico**

**Risco de desequilíbrio na temperatura corporal**

---

Aferir e registrar valor dos dados vitais (FC, FR, PAM e Tax) de \_\_\_/\_\_\_ h. Comunicar ao enfermeiro se FC menor que \_\_\_\_\_ bpm e maior que \_\_\_\_\_ bpm, se FR menor que \_\_\_\_\_ irpm ou maior que \_\_\_\_\_ irpm, se PAM menor que \_\_\_\_\_ mmHg ou maior que \_\_\_\_\_ mmHg e Tax menor que \_\_\_\_\_ °C ou maior que \_\_\_\_\_ °C.

---

Fonte: SIPETi

Quadro 6 – Prescrições de enfermagem mapeadas para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada. Belo Horizonte/MG, 2013. (continua)

---

**Prescrições de enfermagem mapeadas para o diagnóstico**

**Risco de integridade da pele prejudicada**

---

Colocar colchão piramidal, hoje.

---

Colocar e fazer rodízio dos coxins de proteção nas áreas dos calcâneos, cotovelos, região supra espinhal e infra espinhal, região trocantérica, cotovelos e região occipital de \_\_\_/\_\_\_ h.

---

Fixar a SVD na coxa do (a) paciente usando \_\_\_\_\_. Não tracionar a sonda. Alternar o lado da fixação da sonda de \_\_\_/\_\_\_ h. Datar e assinar.

---

Trocar fixação do cateter \_\_\_\_\_, localizado no (a) \_\_\_\_\_ de \_\_\_/\_\_\_ h e antes quando sujo, úmido ou solto. Chamar o enfermeiro para avaliar a área. Limpar o sítio de inserção com \_\_\_\_\_ e ocluir com fita hipoalergênica. Datar, assinar e checar na prescrição.

---

Trocar fixação da sonda \_\_\_\_\_, localizada no(a) \_\_\_\_\_ de \_\_\_/\_\_\_ h e antes quando sujo, úmido ou solto. Chamar o enfermeiro para avaliar a área. Limpar a área com \_\_\_\_\_. Fixar com \_\_\_\_\_. Datar, assinar e checar na prescrição.

---

Manter constantemente os lençóis da cama limpos, secos e livres de ruga. Trocá-los toda vez que estiverem sujos e úmidos.

---

Aplicar \_\_\_\_\_ na pele do(a) paciente de \_\_\_/\_\_\_ h e sempre que a pele estiver ressecada

---

Manter \_\_\_\_\_ elevado (s) a \_\_\_\_\_°.

---

Manter bordas da TQT protegidas com gaze. Trocar a gaze de \_\_\_/\_\_\_ h e sempre que sujas e úmidas.

---

Trocar fixação do TOT de \_\_\_/\_\_\_ h e antes quando sujo, úmido ou solto. Proteger área de contato (face/hélices auriculares/lábios) com \_\_\_\_\_. Assinar e datar a troca da fixação.

---

Orientar e auxiliar o(a) paciente a realizar mudança de decúbito de \_\_\_/\_\_\_ h.

---

Trocar fixação da TQT de \_\_\_/\_\_\_ h. e antes quando suja, úmida ou solta. Proteger área de contato (pescoço) com \_\_\_\_\_. Assinar e datar a troca da fixação.

Quadro 6 – Prescrições de enfermagem mapeadas para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada. Belo Horizonte/MG, 2013. (conclusão)

---

**Prescrições de enfermagem mapeadas para o diagnóstico**

**Risco de integridade da pele prejudicada**

---

Aplicar \_\_\_\_\_ no (a) \_\_\_\_\_ para prevenir Úlceras por pressão. Trocar o curativo de \_\_/\_\_ dias e antes, caso sujo, úmido ou solto. Chamar o Enfermeiro para avaliar a área.

---

Aplicar \_\_\_\_\_ no (a) \_\_\_\_\_ para prevenir Úlceras por pressão. Trocar o curativo de \_\_/\_\_ dias e antes, caso sujo, úmido ou solto. Enfermeiro.

---

Realizar mudança de decúbito (lateral/lateral) do/da paciente de \_\_/\_\_ h.

---

Realizar mudança de decúbito (lateral/dorsal/lateral) do/da paciente de \_\_/\_\_ h.

---

Fonte: SIPETi

Quadro 7 – Prescrições de enfermagem mapeadas para o diagnóstico Risco de quedas. Belo Horizonte/MG, 2013.

---

**Prescrições de enfermagem mapeadas para o diagnóstico Risco de quedas**

---

Identificar déficits cognitivos ou físicos do(a) paciente (sonolência, déficit visual, agitação psicomotora, confusão mental, imobilidade ou limitação da mobilidade física, parestesias) que podem aumentar o potencial para quedas. Se presentes, reforçar monitoramento e comunicar ao enfermeiro.

---

Manter grades da cama elevadas.

---

Fonte: SIPETi

#### **5.4 Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem gerados no SIPETi**

Em relação à incidência e prevalência dos diagnósticos deste estudo, os dados estão apresentados na TABELA 5.

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



Em relação a prevalência, verificou-se que o diagnóstico risco de integridade da pele prejudicada foi prevalente em 100% dos pacientes, seguido dos diagnósticos risco de desequilíbrio na temperatura corporal e risco de quedas, com valor de 88,23%. O diagnóstico risco de constipação foi prevalente em 76,47% dos pacientes. O diagnóstico menos prevalente foi o risco de confusão aguda (11,76%).

Tabela 5 – Incidência e prevalência dos diagnósticos de risco do estudo. Belo Horizonte/MG. 2013.

<b>Diagnóstico de enfermagem (DE)</b>	<b>Nº de casos novos com o DE (após admissão)</b>	<b>Incidência</b>	<b>Nº de casos com o DE</b>	<b>Prevalência</b>
Risco de confusão aguda	01	5,88	02	11,76
Risco de constipação	0	0	13	76,47
Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	04	23,53	15	88,23
Risco de integridade da pele prejudicada	02	11,76	17	100
Risco de quedas	01	5,88	15	88,23

Fonte: Dados do estudo

Para o cálculo dos indicadores taxa de efetividade diagnóstica de risco, taxa de efetividade na prevenção de complicações, incidência e prevalência, considerou-se os diagnósticos de enfermagem identificados para os pacientes do estudo e as ações de enfermagem prescritas para estes.

A taxa de efetividade diagnóstica de risco dos diagnósticos deste estudo pode ser verificada na TABELA 6. Verificou-se que o diagnóstico risco de constipação e risco de integridade da pele prejudicada obteve taxa de efetividade diagnóstica de risco de 100%, ou seja, para todos os pacientes que desenvolveram constipação ou lesão cutânea, havia previamente sido identificado o diagnóstico risco de constipação e risco de integridade da pele prejudicada, respectivamente.

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

Tabela 6 – Taxa de efetividade diagnóstica de risco dos diagnósticos deste estudo. Belo Horizonte/MG. 2013.

<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	<b>Nº casos que desenvolveram o problema real</b>	<b>Nº casos que desenvolveram o problema real com risco prévio documentado</b>	<b>Taxa de efetividade diagnóstica de risco (%)</b>
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	-

Fonte: Dados do estudo

A taxa de efetividade na prevenção de complicações calculada para os diagnósticos selecionados do estudo está apresentada na TABELA 7.

Verifica-se que a taxa de efetividade na prevenção de complicações como confusão aguda e queda foi 100%. Este mesmo indicador para os DE 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.

Tabela 7 – Taxa de efetividade na prevenção de complicações dos diagnósticos deste estudo. Belo Horizonte/MG. 2013.

<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	<b>Nº casos com risco de complicação</b>	<b>Nº casos com risco de complicação não desenvolvida e com ação prescrita</b>	<b>Taxa de efetividade na prevenção de complicações (%)</b>
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

Fonte: Dados do estudo

## 6 DISCUSSÃO

A Organização Mundial de Saúde define como idoso a pessoa com 65 anos de idade ou mais, mas em países em desenvolvimento, como o Brasil, essa definição se aplica a partir dos 60 anos de idade (ALVES et al., 2009). Na amostra estudada, a maioria (70,7%) dos pacientes concentrou-se na faixa etária de pessoas com idade maior ou igual a 60 anos e todos os pacientes que evoluíram a óbito (23,5%) tinham entre 71 e 89 anos de idade. Tal achado corrobora com o estudo de Bezerra (2012) onde o grupo formado pelos idosos foi responsável por 75% das admissões em uma UTI de adultos do Hospital Regional de Guarabira, Paraíba, Brasil, e 85% dos óbitos.

O estudo de Nagappan e Parkin (2003) mostra que a idade média dos pacientes de UTI tem aumentado nos últimos anos e aumentará ainda mais com o envelhecimento da população em geral. Esta tendência mundial alerta para a necessidade de melhorar não apenas o amparo logístico do idoso grave, mas também o gerenciamento econômico e a real efetividade do suporte intensivo desta população (FEIJÓ et al., 2006).

No entanto, a idade não é a única responsável pela menor sobrevida, mas também a capacidade funcional do indivíduo antes da admissão na UTI e a gravidade da doença que motivou a internação (DE ROOIJ, 2005). A escala de Katz é um instrumento de avaliação funcional muito utilizado na literatura gerontológica em nível nacional e internacional (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007). Ela se propõe a medir a autonomia dos indivíduos, considerando os aspectos físicos para a realização de AVDs, desempenhadas através de seis funções básicas e psicossocialmente integradas: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro (continência), transferir-se da cama para a cadeira e vice-versa, ser continente e alimentar-se (FAUSTINO, 2008; DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

Na amostra estudada 8 (47%) pacientes eram independentes para as atividades de vida diária na admissão e 9 (52%) foram classificados como dependentes em 05 ou 06 atividades de vida diária. Os quatro pacientes da população estudada que evoluíram a óbito não tiveram a escala de Katz aplicada, já que esta era realizada no registro de

alta ou transferência, não sendo disponibilizada no registro de óbito por razões óbvias. O estudo de Stein et al. (2009) mostrou que o índice de Katz está entre os principais fatores de risco associados à morte do idoso na UTI. Este dado pode estar associado ao fato do envelhecimento consistir em um fator de risco para mortalidade em longo prazo, além do risco de morte aumentar com o número de comorbidades, baixa função cognitiva e dificuldade em fazer atividades rotineiras.

Com relação à caracterização dos pacientes quanto à sua gravidade e a carga de trabalho de enfermagem requerida para cuidar dos mesmos, prevaleceu entre os pacientes o escore que retrata pacientes fisiologicamente estáveis, requerendo observação profilática, seguido daqueles fisiologicamente estáveis porém requerendo cuidados intensivos de enfermagem e monitorização contínua. Não houve registro de escore que retrata pacientes com indicação compulsória de internação em UTI com assistência médica e de enfermagem contínua e especializada, nem de pacientes graves e instáveis hemodinamicamente. Estudos evidenciam que a aplicação prática deste instrumento apresentou falhas estruturais para medida total da demanda de trabalho, uma vez que as atividades relacionadas ao cuidado indireto do paciente, como tarefas organizacionais, as pausas no trabalho e outras atividades não incluídas nas suas composições (GONÇALVES; PADILHA, 2007; QUEIJO, 2002). A fim de ajustar o índice para avaliar mais fielmente a carga de trabalho na UTI, o TISS 28 sofreu modificações, resultando no Nursing Activities Score (NAS) (MIRANDA, et al., 2003). Assim sendo, foi sugerida a substituição do TISS 28 pelo NAS para aprimoramento do SIPETi.

O escore APACHE II é uma forma de avaliação do índice de gravidade da doença, e tem por objetivo principal a descrição quantitativa do grau de disfunção orgânica de pacientes gravemente enfermos. Esta gravidade é traduzida em valor numérico a partir das alterações clínicas e laboratoriais presentes no indivíduo ou do tipo/número de procedimentos realizados (KNAUS et al., 1981). Para muitos autores, conhecer o perfil dos pacientes admitidos na UTI e determinar seu prognóstico por meio da gravidade da doença é, para o enfermeiro, informação essencial para planejar e organizar a assistência na UTI, no sentido de implementar e aprimorar protocolos de

assistência, visando garantir assistência qualificada (SILVA; SOUSA; PADILHA, 2010; FREITAS, 2010)

Segundo o escore do APACHE II, sete (41%) pacientes admitidos tinham 85% de risco de morte. Os quatro pacientes deste estudo que evoluíram a óbito estavam neste grupo, com pontuação média do APACHE II de 38. Houve falta de dados para cálculo do APACHE II em cinco pacientes. Entre os 12 pacientes com registro suficiente para o cálculo, o escore médio foi de 29,5 pontos, que representa 55% de risco de morte, enquanto a mortalidade observada 23,5%. A omissão dos referidos dados pode ter se dado por desatenção dos pesquisadores que coletaram os dados ou indisponibilidade dos dados no momento da coleta. Para evitar esta falta de dados, foi sugerido que SIPETi emitisse mensagens de alerta para que o dado fosse inserido.

As avaliações de desempenho assistencial através da utilização de indicadores prognósticos permitem confrontar a mortalidade esperada com a observada, propiciando a análise sequencial da unidade ao longo do tempo, a comparação externa com outras unidades semelhantes, a provisão de recursos a serem utilizados com os pacientes, a eficácia dos cuidados intensivos e o auxílio nas decisões terapêuticas e éticas (NOGUEIRA et al., 2007; HIGGINS; STEINGRUB, 2010; HISSA; HISSA; ARAÚJO, 2013).

A prevalência das disfunções respiratórias e cardiovasculares (76%) como justificativa do encaminhamento para a UTI corrobora com os achados nos estudos de Feijó et al. (2006) e Bezerra (2012).

Para os 17 pacientes do estudo, foram elaborados diariamente uma média de 21 diagnósticos e 87 prescrições de enfermagem por paciente. Estes valores se contrapõem a outros estudos que mostraram uma média de diagnósticos encontrados em registros manuais de 6, 9; 8 e 8,5; respectivamente (LUCENA, 2006; PASINI et al., 1996; SALGADO, CHIANCA, 2011). O número elevado pode ser justificado pelo software conter mais campos para serem preenchidos em comparação ao registro manual e, por isso, oferecer mais possibilidades de identificação de diagnósticos e, conseqüentemente, mais ações de enfermagem prescritas.

Durante a coleta de dados, optou-se por identificar todos os possíveis diagnósticos de enfermagem cabíveis ao paciente, uma vez que priorizá-los poderia

levar à divergências entre os pesquisadores. Tal fato também pode justificar o número de 93 títulos diagnósticos diferentes formulados para aquela amostra de pacientes, já que outros estudos conduzidos com pacientes internados em UTI identificaram 63 e 28 títulos diagnósticos diferentes, respectivamente (LUCENA, 2006; SALGADO; CHIANCA, 2011).

Observa-se que os DE risco de infecção, risco de lesão, risco de integridade da pele prejudicada e risco de trauma vascular, formulados para 100% dos pacientes, pertencem ao domínio 11 da NANDA-I, segurança e proteção, que significa “estar livre de perigo, lesão física ou dano ao sistema imunológico; conservação contra perdas e proteção da segurança e da ausência de perigos” (NANDA-I, 2012). Esta evidência reflete a preocupação do enfermeiro com os aspectos preventivos no cuidado aos pacientes.

O diagnóstico risco de infecção refere-se ao risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos (NANDA-I, 2012) e tal como no presente estudo, foi identificado em 100% dos pacientes (SALGADO; CHIANCA, 2011; ROCHA; MAIA; SILVA, 2006; OLIVEIRA; FREITAS, 2009; TRUPPEL et al., 2009). Essa ocorrência pode ser explicada pelo fato do paciente internado em UTI apresentar exposição ambiental a patógenos aumentada, e pela maior vulnerabilidade face ao maior número de procedimentos invasivos aos quais são submetidos. Além disso, o paciente internado em UTI é comumente submetido a administração de antibióticos de amplo espectro, oportunizando a seleção de microrganismos resistentes, o que demanda atenção redobrada da equipe de enfermagem no que se refere às medidas preventivas (PEREIRA et al., 2000).

A NANDA-I (2012) define o risco de lesão como o “risco de lesão, como resultado de condições ambientais interagindo com os recursos adaptativos e defensivos do indivíduo”. O fato de todos os pacientes apresentarem este diagnóstico de enfermagem pode estar relacionado à fixação dos dispositivos invasivos (ex: acesso venoso, tubo orotraqueal, cateter arterial) e aos dispositivos não invasivos (ex: eletrodos de monitorização cardíaca, oximetria de pulso), alguns destes comum a todos os pacientes internados em UTI.

O diagnóstico risco de trauma vascular é definido como o “risco de dano a veia e tecidos ao redor relacionado à presença de cateter e/ou soluções infundidas” (NANDA-I, 2012). Trata-se de uma característica comum a praticamente todos os pacientes internados em UTI a presença de cateter venoso para infusão de diversas drogas, o que pode justificar a presença deste diagnóstico em todos os pacientes do estudo.

O risco de integridade da pele prejudicada refere-se ao “risco de a pele ser alterada de forma adversa” (NANDA-I, 2012). Por ser um problema comum em pacientes internados, este diagnóstico foi identificado com alta prevalência em estudos conduzidos no ambiente hospitalar (SALGADO; CHIANCA, 2011; LUCENA, 2006; VOLPATO; CRUZ, 2007). O fato de todos os pacientes deste estudo apresentarem este diagnóstico de enfermagem pode ser justificado pelos fatores de risco deste DE serem comuns em pacientes internados em UTIs, especialmente os deste estudo, como extremo de idade, elevado escore na escala de Braden, imobilização física, umidade, sensações prejudicadas secundário a uso de medicamentos sedativos, entre outros que podem justificar a facilidade do enfermeiro em identificar o paciente de risco já na admissão. Comprova-se isto pelo fato do diagnóstico mobilidade no leito prejudicada ter sido identificado em 88,2% dos pacientes deste estudo. Portanto, o referido diagnóstico alerta para a necessidade de maior atenção da equipe de enfermagem de forma a estabelecer ações para prevenir a ocorrência de lesões na pele.

Também pela evidência da maioria dos pacientes apresentarem mobilidade prejudicada no leito, justifica-se a elevada ocorrência dos DEs déficit no autocuidado para banho e déficit no autocuidado para higiene íntima, formulados para 94,1% dos pacientes. O diagnóstico déficit no autocuidado para vestir-se foi formulado para 100% dos pacientes. Esses achados corroboram com aqueles encontrados nos estudos de Salgado e Chianca (2011), Lucena (2006) e Rocha, Maia e Silva (2006). Trata-se de problemas identificados que caracterizam necessidades humanas básicas para os pacientes que necessitam de repouso absoluto e demandam assistência direta de enfermagem. No entanto, alguns autores chamam a atenção para o grau de dependência dos pacientes que muitas vezes não é avaliado e, por isso, recebem ajuda maior do que necessitam para serem banhados ou arrumados, enquanto outros não têm o devido auxílio. Assim, maior atenção deve ser dada pelo enfermeiro na



participação do paciente no próprio cuidado, como vestir-se, pentear os cabelos e fazer a higiene íntima (ROCHA; MAIA; SILVA, 2006).

Levando em conta que o cálculo de incidência dos DE considera como caso novo aquele DE identificado durante a internação, e que a prevalência considera os DE identificados na admissão e durante a internação, é possível compreender melhor os achados do presente estudo.

A definição do DE risco de constipação, pela NANDA-I (2012) é o “risco de diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada de eliminação de fezes difícil ou incompleta e/ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas”. Verifica-se que este DE não foi identificado durante a internação de nenhum paciente (incidência 0%) enquanto a prevalência foi de 76,47%. Isso demonstra que todos os pacientes que tiveram o DE risco de constipação identificado, o tiveram na admissão. Este achado se deve ao fato deste DE ter fatores de risco comumente encontrados em pacientes admitidos na UTI, como mudança nos padrões habituais de alimentação, mudança recente de ambiente, atividade física insuficiente. O DE risco de constipação foi identificado em 100% dos pacientes internados em UTI de adultos nos estudos de Salgado (2012) e Rocha, Maia e Silva (2006).

O DE risco de quedas é definido pela NANDA-I (2012) como o “risco de suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico”, e teve baixa incidência (5,88%), pois foi identificado em apenas um paciente durante a internação. Por outro lado, a prevalência deste DE foi de 88,23%. Isso significa que o DE risco de queda foi identificado na maioria dos pacientes (88,23%) e majoritariamente na admissão. Este achado se deve ao fato dos fatores de risco deste DE serem comuns no paciente admitido 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 baixa incidência (5,88%), pois foi identificado em apenas um paciente durante a internação, e baixa prevalência (11,76%). O DE risco de confusão aguda é definido como “risco de distúrbios reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que ocorrem durante um breve período de tempo” (NANDA-I, 2012). As baixas incidência e prevalência deste DE podem estar associadas ao fato de um dos fatores relacionados à confusão aguda tratar-se de idade acima de

60 anos e demência, sendo que esta última muitas vezes é confundida com a própria confusão aguda, levando ao erro por omissão do DE. Além disso, tanto a idade avançada quanto a demência, não encontram-se mapeadas aos DE, pois ficam documentadas nos módulos de cadastro e anamnese. As possibilidades diagnósticas no SIPETi são decorrentes de um mapeamento às evidências inseridas no módulo de exame físico. 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.

O DE risco de desequilíbrio na temperatura corporal e risco de integridade da pele prejudicada foi identificado em quatro pacientes após a 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 paciente admitido em UTI comumente apresentar fatores de risco para estes DE. Este achado corrobora com os dados encontrados nos estudos de Salgado (2012) e Lucena (2006), onde a prevalência do DE risco de integridade da pele prejudicada em pacientes internados em UTI foi 98% e 90%, respectivamente.

O DE risco de desequilíbrio na temperatura corporal é definido pela NANDA-I (2012) como o “risco de não conseguir manter a temperatura corporal dentro dos parâmetros normais”, e apresenta fatores de risco como extremos de idade, inatividade, sedação, taxa metabólica alterada, medicamentos que causam vasoconstrição e vasodilatação, dentre outros, que são comuns em pacientes criticamente enfermos de uma UTI.

É interessante mencionar que vinte e quatro diagnósticos de enfermagem foram identificados para mais de 50% dos pacientes, o que pode refletir um perfil diagnóstico da unidade do estudo. Conhecer o perfil dos pacientes admitidos na UTI é, para o enfermeiro, informação essencial para planejar e organizar a assistência na UTI, no sentido de implementar e aprimorar protocolos de assistência, visando garantir assistência qualificada. (SILVA; SOUSA; PADILHA, 2010, FREITAS, 2010).

Durante a construção do módulo de diagnósticos de enfermagem do SIPETi, Tannure (2012) inseriu alguns títulos diagnósticos não mais constantes na Taxonomia

da NANDA-I, versão 2009-2011, sendo alguns por terem sido identificados em estudos sobre perfil diagnóstico de pacientes internados em UTI de adultos (GONÇALVES, 2004; SALGADO, 2010; SOUZA et al., 2010) e outros foram retirados da NANDA –I (2010), mas constavam em um capítulo a parte aguardando validação para serem novamente incluídos em edições subsequentes da classificação. Neste estudo, os diagnósticos de enfermagem perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz, perfusão tissular cerebral ineficaz, perfusão gastrointestinal ineficaz e perfusão tissular renal ineficaz foram identificados e, por isto, mostram a necessidade de mais estudos que comprovem a necessidade de retorno destes à Taxonomia NANDA-I.

Das 175 diferentes prescrições de enfermagem, cinco foram prescritas para todos os pacientes. Levando em consideração que o software permite estabelecer o elo registrado entre as ações de enfermagem e o diagnóstico para o qual foi prescrita, é possível analisar o raciocínio realizado pelo enfermeiro para resolver ou minimizar um problema.

A primeira delas, “ aferir e registrar valor dos dados vitais (FC, FR, PA e Tax)” de 02/02 horas, está mapeado no SIPETi para 19 títulos diagnósticos, entre eles risco de infecção (formulado para 100% dos pacientes), risco de desequilíbrio na temperatura corporal (88,2%), ventilação espontânea prejudicada (82,4%), troca de gases prejudicada (76,5%) e padrão respiratório ineficaz (64,7%). Os sinais vitais podem oferecer informações relevantes sobre o estado físico e emocional dos pacientes, sendo importante conhecer como estes são controlados e quais as suas relações intrínsecas (PUGGINA; SILVA, 2009).

A ação de “trocar os equipos de infusão de soroterapia e medicamentos a cada 72 horas” também está relacionada ao diagnóstico risco de infecção, formulado para todos os pacientes do estudo. Este dado corrobora com os achados no estudo de Salgado e Chianca (2011) onde a ação de datar os equipos e trocá-los a cada 72 horas foram prescritos para os 44 pacientes da amostra. No estudo de Lucena et al. (2010), as diferentes intervenções de enfermagem/NIC identificadas na UTI estavam em maior número prescritas para o diagnóstico risco de infecção, o que também evidencia a necessidade de cuidados específicos à sua assistência, com ações que controlem os

índices de infecção decorrentes da gama de procedimentos invasivos aos quais estão expostos.

A intervenção “manter constantemente os lençóis da cama limpos, secos e livres de ruga” e “aplicar hidratante na pele do paciente a cada 24 horas” encontram-se mapeadas para os diagnósticos risco de lesão e risco de integridade da pele prejudicada do paciente, identificados em 100% dos pacientes. Ações de enfermagem voltadas para prevenção de lesão cutânea também foram encontradas para a maioria dos pacientes do estudo de Truppel et al.(2009).

A intervenção “verificar a permeabilidade do cateter no início do plantão e sempre que perceber resistência na administração de medicamentos e soroterapia” encontra-se mapeada para o diagnóstico risco de trauma vascular (formulado para 100% dos pacientes). Esta intervenção visa garantir segurança e qualidade na manutenção do acesso venoso para administração de drogas e soluções. A verificação intermitente minimiza a chance de administração do tecido subcutâneo quando o cateter não está posicionado no espaço intravascular.

Ressalta-se que no início da coleta de dados o software não permitiu que o enfermeiro inserisse novas ações na prescrição de enfermagem. Este ajuste se deu durante a coleta de dados e pode contribuir para a revisão do mapeamento das ações de enfermagem do SIPETi.

Com relação ao indicador taxa de efetividade diagnóstica de risco, verificou-se diferentes índices para os DE de risco deste estudo.

Verifica-se que três pacientes foram identificados com o DE confusão aguda, porém nenhum deles apresentava o DE risco de confusão aguda documentado no dia anterior, o que explica a taxa de efetividade diagnóstica de risco de confusão aguda ter sido 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 o DE não aparecer como possibilidade diagnóstica para julgamento do enfermeiro por ter seus fatores de risco contemplados no cadastro e na anamnese, ambos módulos não mapeados aos DE.

Três pacientes foram diagnosticados com constipação (e nenhum com constipação percebida), mas todos eles tiveram o DE risco de constipação identificado

no dia anterior à identificação do problema, o que traduz uma taxa de efetividade diagnóstica de risco de constipação de 100%. Este achado, aliado ao fato deste DE ter sido identificado em 76,5% dos pacientes (um dos mais prevalentes entre os diagnósticos de risco do estudo), reflete a atenção que o enfermeiro tem dado ao problema da constipação. O fato de haver muitos fatores de risco para este diagnóstico, dentre eles farmacológicos, funcionais, fisiológicos, mecânicos e psicológicos, aliado a uma característica comum do paciente internado em UTI que é a restrição ao leito e consequente redução da atividade física, pode justificar a facilidade do enfermeiro em identificar o paciente de risco. Outro dado que contribui para esta assertiva é o fato deste DE ter apresentado incidência de 0%, ou seja, não foi identificado durante a internação dos pacientes, e sim na admissão de 76,5% dos pacientes.

Seis pacientes foram identificados com os DE hipotermia ou hipertermia, sendo que um deles apresentou estes dois DE 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 deste DE 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 se dá pelo fato de um paciente poder ser identificado tanto 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 pela identificação do título diagnóstico. Por isso a importância de 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 como um caso quando o paciente foi notificado com duas lesões desenvolvidas 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, o que reflete 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, não sendo considerada a ruptura de pele secundária a introdução de dispositivos invasivos, como acesso venoso por exemplo.

Com 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%. O estudo de Nascimento et al. (2008) também mostrou baixa ocorrência de queda na UTI, correspondendo a 0,05%. Além da preocupação com as complicações que este evento adverso pode trazer, a queda já 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 tem condições de deambular ou transferir-se para uma poltrona durante determinado tempo. Outra possível explicação para a ocorrência de nenhuma queda se dá pelo fato das ações de enfermagem “manter grades da cama elevadas e “Identificar déficits cognitivos ou físicos do(a) paciente (sonolência, déficit visual, agitação psicomotora, confusão mental, imobilidade ou limitação da mobilidade física, parestesias) que podem aumentar o potencial para quedas” estarem entre as mais prevalentes, pois foram identificadas em 15 (88,23%) e 14 (82,35%) pacientes, respectivamente.

Observou-se que a taxa de efetividade na prevenção de complicações relacionadas aos DE risco de confusão aguda e risco de queda foi 100%. Ou seja, todos os pacientes diagnosticados com estes riscos, tiveram uma ação documentada para tal e não desenvolveram o problema real, ou seja, 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. Alguns estudos evidenciam que as ações de enfermagem não se mostram relacionadas aos diagnósticos de enfermagem formulados, quando documentadas através de registros manuais (SALGADO, 2010; RIBEIRO, 2006). No SIPETi, as ações de enfermagem são prescritas para cada diagnóstico identificado.

A taxa de efetividade na prevenção de complicações para o risco de constipação foi de 76,9%. Dos 13 pacientes identificados com este DE, três desenvolveram constipação e dez não a desenvolveram. 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 a instabilidade hemodinâmica, dieta suspensa, história de constipação crônica, entre outros.

Com relação ao DE risco de desequilíbrio na temperatura corporal, verificou-se que foi formulado para 15 pacientes e, 11 não desenvolveram hipotermia ou hipertemia ou termorregulação ineficaz, 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 100% dos pacientes.

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.

Cabe no entanto ressaltar que não é possível inferir que determinada intervenção de enfermagem foi decisiva para evitar que o problema se desenvolvesse, embora certamente teve sua contribuição para tal. Faz-se necessário que mais estudos sejam desenvolvidos voltados para a eficácia de determinadas ações para prevenir a ocorrência de complicações em pacientes internados na UTI e para tanto é necessário

que os enfermeiros formulem prescrições de enfermagem para cada diagnóstico de enfermagem identificado nos pacientes sob seus cuidados.



## 7 CONCLUSÃO

Face à inegável necessidade de instrumentalização do enfermeiro e do estabelecimento de estratégias para se mensurar e melhorar a qualidade da assistência de enfermagem, é importante a existência de dados essenciais de enfermagem padronizados e informatizados para avaliar a efetividade do atendimento e para demonstrar as contribuições que o cuidado de enfermagem traz para os resultados alcançados pelos pacientes. Neste sentido a determinação de indicadores que contemplem o PE é essencial. Este estudo teve por objetivo analisar a eficácia do processo de enfermagem através de indicadores gerados por um software em uma amostra de pacientes internados em uma UTI de adultos de Belo Horizonte. Para tanto foi importante caracterizar os pacientes internados, estabelecer o perfil dos diagnósticos e das ações de enfermagem identificados naquele grupo, identificar a incidência e a prevalência dos diagnósticos de enfermagem e determinar as taxas de efetividade diagnóstica de risco e de efetividade na prevenção de complicações.

Este estudo permitiu identificar os diagnósticos e as ações de enfermagem mais frequentes nos pacientes internados em uma UTI de adultos de Belo Horizonte, bem como a incidência e prevalência dos diagnósticos risco de confusão aguda, risco de constipação, risco de desequilíbrio na temperatura corporal, risco de integridade da pele prejudicada e risco de quedas.

Foram formulados 93 títulos diagnósticos diferentes para os 17 pacientes incluídos no estudo. Dentre eles, cinco foram formulados para 100% dos pacientes, sendo eles: risco de infecção, risco de lesão, déficit no autocuidado para vestir-se, risco de integridade da pele prejudicada e risco de trauma vascular. Vinte e quatro diagnósticos de enfermagem foram identificados para mais de 50% dos pacientes, o que pode refletir um perfil diagnóstico da unidade do estudo e, conseqüentemente, uma base de dados para planejamento e organização da assistência na UTI.

Os DE perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz, perfusão tissular cerebral ineficaz, perfusão gastrintestinal ineficaz e perfusão tissular renal ineficaz, embora não estejam mais na NANDA-I (2012), foram identificados nos pacientes deste estudo.

Portanto, mais estudos são necessários para comprovar a necessidade de retorno destes à Taxonomia NANDA-I.

Os 93 títulos diagnósticos identificados encontram-se em 12 diferentes domínios da classificação NANDA-I (2012), sendo 24 deles (25,8%) pertencentes ao domínio quatro (atividade e repouso). Não foram identificados diagnósticos pertencentes ao domínio oito (sexualidade).

Foram elaborados, em média, 21 diagnósticos de enfermagem por paciente. Considera-se que o mapeamento entre os achados no exame físico e os DE é decisivo para este achado, mas também cabe ressaltar que as possibilidades diagnósticas apresentadas podem influenciar o raciocínio dos enfermeiros. Isso reforça a importância da primeira etapa do processo de enfermagem (investigação) para determinar o estado de saúde do paciente e direcionar as demais etapas do processo.

Foram prescritas 175 ações de enfermagem diferentes para os 17 pacientes incluídos no estudo, com uma média de 87 ações prescritas diariamente por paciente. Cinco delas foram prescritas para 100% dos pacientes: “ aferir e registrar valor dos dados vitais (FC, FR, PA e Tax)”, “trocar os equipos de infusão de soroterapia e medicamentos”, “manter constantemente os lençóis da cama limpos, secos e livres de ruga”, “aplicar hidratante na pele do paciente” e “verificar a permeabilidade do cateter no início do plantão e sempre que perceber resistência na administração de medicamentos e soroterapia”.

Os DE risco de desequilíbrio na temperatura corporal e risco de integridade da pele prejudicada foram os mais incidentes, com valores respectivos de 23,53% e 11,76%, enquanto o diagnóstico risco de constipação teve incidência de 0%. O DE risco de integridade da pele prejudicada foi prevalente em 100% dos pacientes.

O DE risco de constipação e risco de integridade da pele prejudicada obteve taxa de efetividade diagnóstica de risco de 100%, enquanto este indicador foi de 0% para o DE risco de confusão aguda.

A taxa de efetividade na prevenção de complicações como confusão aguda e queda foi 100%. Este mesmo indicador mostrou taxas para os DE risco de constipação, risco de desequilíbrio na temperatura corporal e risco de integridade da pele prejudicada de 76,9%; 73,4% e 70,6%, respectivamente.

Portanto, considera-se que os objetivos deste estudo foram alcançados, uma vez que os dados coletados permitiram analisar a eficácia do processo de enfermagem através de indicadores gerados por um software em uma UTI.

O indicador taxa de efetividade diagnóstica de risco permitiu identificar o quanto está sendo eficaz a identificação do risco de um paciente desenvolver determinado problema. Este indicador reforça a importância de uma abordagem de enfermagem holística do paciente, especialmente na anamnese e exame físico, com vistas a identificar fatores de risco do paciente e, conseqüentemente, prescrever ações preventivas.

O indicador taxa de efetividade na prevenção de complicações permitiu 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 diagnósticos de enfermagem diferentes, sejam realizados para possibilitar uma avaliação mais abrangente da eficácia do processo de enfermagem.

Ressalta-se que os cálculos foram realizados manualmente para certificar que foram os mesmos resultados gerados no software. Como o módulo de avaliação do SIPETi ainda não havia sido validado, alguns ajustes estão sendo realizados para o cálculo fidedigno dos indicadores, baseado nos achados desta pesquisa.

## REFERÊNCIAS

ADAMI, N. P, MARANHÃO, A. M. S. A. Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. **Acta Paul Enferm.** v.8, n.4, p.47-55. 1995.

ALMEIDA, M. de A. et al. Aplicabilidade dos resultados de enfermagem em pacientes com déficit no autocuidado: banho/higiene. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre. v.31, n.1, p.33-40, mar. 2010.

ALVES C. et al. Avaliação de Índices prognósticos em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva.** v.22, n.1, p.1-8. 2009.

ARAUJO, T. M et al . Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão. **Rev. Bras Enferm.** Brasília, v. 64, n. 4, ago. 2011.

BATISTA, C. G. Concordância e fidedignidade na observação. **Psicologia.** v.3, n.2, 1977.

BATISTA, C. G.; MATOS, M. A. O acordo entre observadores em situação de registro cursivo: definições e medidas. **Psicologia.** v.10, n.3, 1984.

BEHRENBECK J. G et al. Nursing-sensitive outcome reliability testing in a tertiary care setting. **Int. J. Nurs. Terminol. Classif.** v.16, n.1, p.14-20, jan-mar. 2005.

BEZERRA, G. K. Unidade de Terapia Intensiva – perfil das admissões: Hospital Regional de Guarabira, Paraíba, Brasil. **R. Bras. Ci Saúde.** v. 16, n.4, p. 491-496. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 36/13**, de 25 de julho de 2013. Dispões sobre as ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **Resolução nº 196/96**, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **Resolução nº 466/2012**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BUTLER et al. Towards a nursing minimum data set for Ireland: making Irish nursing visible. **J Adv Nurs**. v.55, n.3, p. 364-75. 2006

CAMARA, G. R. Sistemas de informações em saúde do trabalhador. In: Carvalho Neto, A, Salim CA, (organizadores). **Novos desafios em saúde e segurança no trabalho**. Ministério do Trabalho e Emprego. Belo Horizonte (MG): Fundacentro, PUC-Minas, Instituto de Relações de Trabalho; 2001. p.241-58.

CARRARO, T. E; KLETEMBERG, D. F; GONÇALVES, L. M. O ensino da metodologia da assistência de enfermagem no Paraná. **Rev. Bras. Enferm**. v.56, n.5, p.499-501, set-out. 2003.

CARVALHO, E. C. de. Nursing taxonomy and studies of efficacy, efficiency and effectiveness: a challenge. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.18, n.4, Aug. 2010.

CHIANCA, T. C. M. et al. Mapping nursing goals of na intensive care unit to the nursing outcomes classification. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.20, n.5, oct. 2012.

COENEN et al. Describing parish nurse practice using the Nursing Minimum Data Set. **Public Health Nurs**, v.16, n.6, p. 412-6. 1999.

COENEN, A; SCHONEMAN, D. The nursing minimum data set: use in the quality process. **J. Nurs. Care Qual**. v.10, n.1, p.9-15, out. 1995.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 358/2009**, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências. In: Conselho Federal de Enfermagem [legislação na Internet]. Brasília, 2009. [citado 2009 out.15]. Disponível em <<http://www.portalcofen.gov.br>> Acesso em : 28 nov.2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 429/2012**, de 30 de maio de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. In: Conselho Federal de Enfermagem [legislação na Internet]. Brasília, 2012. Disponível em <<http://www.portalcofen.gov.br>> Acesso em : 16 jan.2014.

DALRI, M. C. B. **Assistência de Enfermagem a paciente portador de queimadura utilizando um software**. 2000. 328f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

DENSER, CPAC. Indicadores: instrumento para a prática de enfermagem com qualidade. In: BORK, AMT, MINATEL, VF, organizadoras. **Enfermagem de excelência: da visão a ação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. v. 1, p. 91-100.

DE ROOIJ, S. E; ABU-HANNA, A; LEVI, M; DE JONGE, E. Factors that predict outcome of intensive care treatment in very elderly patients: a review. **Crit Care**, v.9, n.4, p.R307-14. 2005.

D'INNOCENZO, M; ADAMI, N. P; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev. Bras Enferm**, v.59, n.1, p.84-8. 2006.

DOCHETMAN, J. M, BULECHEK, G. M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 4ed. Porto Alegre: Artmed. 2008.

DOENGES, M. E, MOORHOUSE, M. F, MURR, A. C. **Diagnósticos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

DONABEDIAN, A. **Evaluating the Quality of Medical Care**. Milbank Mem. Fund. Q. v.44, p.166, parte 2. 1966.

DONABEDIAN, A. **The Quality of Medical Care**. Science 200, 1978.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford: Oxford University Press. 2003.

DUARTE, Y. A. O; ANDRADE, C. L; LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.41, n.2, p.317-25. 2007.

DURAN, E. C. M; TOLEDO, V. P. Análise da produção do conhecimento em processo de enfermagem: estudo exploratório-descritivo. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Poro Alegre, v. 32, n. 2, p. 234-40, jun. 2011.

FAUSTINO, A. M. **Úlcera por pressão e fatores de risco em pacientes hospitalizados com fratura de quadril e de fêmur**. 2008. 131f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto/USP, São Paulo, 2008.

FEIJO, C. A. R. et al . Morbimortalidade do idoso internado na Unidade de Terapia Intensiva de Hospital Universitário de Fortaleza. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo , v. 18, n. 3, set. 2006.

FONTES, C. M. B; CRUZ, D. A. L. M. Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica. **Revista da Escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 395-402, set. 2007.

FRANCO et al. Percepção dos enfermeiros sobre os resultados dos indicadores de qualidade na melhoria da prática assistencial. **Rev. Bras. Enferm.**, v.63, n.5, p.806-810. 2010.

FREITAS, E. R. F. S. Profile and severity of the patients of intensive care units: prospective application of the APACHE II index. **Rev. Latin-Am. Enfermagem**. v.18, n.3, p. 317-323. 2010.

GARCIA, T. R; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 188-193. 2009.

GONÇALVES, A. M. P. **Perfil diagnóstico de enfermagem admissional de pacientes com síndrome coronariana aguda**. 2004. 119f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Escola de enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

GONÇALVES, L. A; PADILHA, K. G. Fatores associados à carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Esc. Enferm. USP**, v.41, n.4, p.645-52. 2007.

GOOSSEN et al. Validity and reliability of the Nursing Minimum Data Set for the Netherlands (NMDSN). **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v.17, n.1, p. 19-29. 2003.

GOOSSEN et al. Using nursing minimum data set for the Netherlands (NMDSN) to illustrate differences in patient populations and variations in nursing activities. **International Journal of Nursing Studies**, v.38, p. 243-257. 2001.

HAYRINEN, K; SARANTO, K. The use of nursing terminology in electronic documentation. **Stud Health Technol Inform.**, v. 146, p. 342-6. 2009.

HIGGINS, T. L; STEINGRUB, J. S. Organização e gerenciamento da Unidade de Tratamento Intensivo. In: IRWIN, R. S; RIPPE, J. M. **Terapia Intensiva**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 1987-1995.

HISSA, P. N. G; HISSA, M. R. N; ARAÚJO, P. S. R. Análise comparativa entre dois escores na previsão de mortalidade em unidade de terapia intensiva. São Paulo: **Rev. bras. clin. Med**, v. 11, n.1, p. 21-6, jan-mar. 2013.

HOCHMAN, Bernardo et al . Desenhos de pesquisa. **Acta Cir. Bras.**, São Paulo, v. 20, supl. 2. 2005.

HOFFRÉN, P; LEIVONEN, K; MIETTINEN, M. Nursing standardized documentation in Kuopio University Hospital. **Stud Health Technol Inform**, v. 146, p. 776-7. 2009.

IDVALL, E. et al. Quality indicators in postoperative pain management: a validation study. **Scand J Caring Sci**, v. 15, p. 331-338. 2001.

IDVALL et al. A tentative model for developing strategic and clinical nursing quality indicators: postoperative pain management. **International Journal of Nursing Practice**, v. 5, p. 216-226. 1999.



KAAKINEN, P; TORPPA, K. Implementation of a structures nursing documentation in a special care unit. **Stud Health Technol Inform**, n.146, p. 367-9. 2009.

KALISCH, B. J; LANDSTROM, G; WILLIAMS, R. A. Missed nursing care: errors of omission. **Nurs Outlook**, v.57, n. 1, p.3-9. 2009.

KNAUS, W. A; ZIMMERMANN, J. E; WAGNER, D.P; DRAPER, E. A; LAWRENCE, D. E. APACHE – acute physiology and chronic health evaluation: a physiologically based classification system. **Crit Care Med**. v.9, n.8, p.591-7. 1981.

KUNAVIKTIKUL, W. et al. Development of indicators to assess the quality of nursing care in Thailand. **Nursing and Health Sciences**, v.7, p.273-280. 2005.

KUNAVIKTIKUL, W. et al. Development of quality of nursing care in Thailand. **Journal of Advanced Nursing**, v. 36, n. 6, p. 776-784. 2001.

LABBADIA, L. L. et al. Sistema informatizado para gerenciamento de indicadores da assistência de enfermagem do Hospital São Paulo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 4, p. 1013-7. 2011.

LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Sol da Soft, 2006. 396p.

LUCENA, A. F. **Mapeamento dos diagnósticos e intervenções de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva**. 2006. 210f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, São Paulo, 2006.

LUCENA, A. F. et al. Nursing Interventions in the Clinical Practice of an Intensive Care Unit. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.5, out. 2010.

MARQUES, L. V. P; CARVALHO, D. V. Sistematização da assistência de enfermagem em cento de tratamento intensivo: percepção das enfermeiras. **Rev. Min. Enferm.**, v.9, n.3, p.199-205, set-out. 2005.

MARSHALL, Isnard Junior et al. **Gestão da Qualidade**. (Série Gestão Empresarial). 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

McCORMICK, K. A. A unified nursing language system. In: BALL, M. J; HANNAH, K. J; JELGER, U. G; PETERSON, H (eds). **Nursing informatics: where caring and technology meet**. New York: Springer-Verlag, p.168-178. 1998.

MEHMERT, P. A; DELANEY, C. W. Validating impaired physical mobility. **Nursing Diagnosis**, v.2, p. 143-154. 1991.

MIRANDA, D. R. et al. Nursing activities score. **Crit. Care Med.**, v.3, n.2, p.374-82, 2003.

MORRIS, R. et al. The Irish nursing minimum data set for mental health – valid and reliable tool for the collection of standardized nursing data. **Journal of Clinical Nursing**, v.19, p. 359-367. 2010.

MOURA, G. M. S. S; JUCHEM, B. C; FALK, M. L. R; MAGALHÃES, A. M. M; SUZUKI, L. M. Construção e implantação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm**, v.30, n.1, p.136-40. 2009.

NAGAPPAN, R; PARKIN, G. Geriatric critical care. **Crit Care Clin**. v.19, p.253-270. 2003.

NAGEH – **Manual de Indicadores/Programa de Qualidade Hospitalar (CQH)**. São Paulo: APM/CREMESP, 2006. 40p.

NANDA-I. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

NANDA-I. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

NASCIMENTO, C. C. P. et al. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, ago. 2008.

NOGUEIRA, L. S., et al. Nursing Activities Score: Comparação com o índice APACHE II e a Mortalidade em Pacientes Admitidos em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, Brasília, v. 19, n.3, p. 327-330, jul-set. 2007.

OLIVEIRA, M. F; FREITAS, M. C. Diagnósticos e intervenções de enfermagem frequentes em mulheres internadas em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 3, jun. 2009.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **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. Portugal, 2007. Disponível em: [HTTP://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE\\_Indicadores-VFOut2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf). Acesso em 13 mar. 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Indicadores de Salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud. **Boletín Epidemiológico**, v.22, n.4. 2001.

OVRETVEIT, J. **What are the Best strategies for ensuring quality in hospitals?** Copenhagen: WHO's Regional Office for Europe's Health Evidence Network, 2003.

PALOMO, J. S. H. **Avaliação da contribuição do sistema informatizado em enfermagem para o enfermeiro e sua aplicabilidade no ponto de cuidado do paciente**. 2009. 208f. Tese (Doutorado). 208f. São Paulo, 2009.

PARK, M; PARK, J. S; KIM, C. N; PARK, K. M, KWON, Y. S. Knowledge discovery in nursing minimum data set using data mining. **Taehan Kanho Hakhoe Chi**, v.36, n.4, p.652-61. 2006.

PARK et al. Using a Nursing Minimum Data Set with older patients with dementia in na acute care setting. **Journal of Advanced Nursing**, v.47, n.3, p.329-339. 2004.

PASINI, D et al . Diagnósticos de enfermagem de pacientes em unidades de terapia intensiva. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 30, n. 3, dez. 1996.

PEREIRA, M. S; PRADO, M, A; SOUSA, J. T; TIPPLE, A. F. V; SOUZA, A. C. S. Controle de infecção hospitalar em unidade de terapia intensiva – desafios e perspectivas. **Rev Elet Enfermagem** [online], v. 2, n.1, p. 309-23. 2000.

PUGGINA, A. C. G, SILVA, M. J. P. Sinais vitais e expressão facial de pacientes em estado de coma. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.62, n. 3, jun. 2009.

QUEIJO, A. M. G. **Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: Nursing Activities Score (NAS)**. 2002. 95f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

RACOVEANU, N. T; JOHANSEN, K. S. Tecnología para el mejoramiento contínuo de La calidad de La atención sanitaria. **Foro Mundial Salud**, v.16, p.158-65. 1995.

REIS, et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, jan-mar. 1990.

RIBEIRO, F. G. **Estudo comparativo de dois métodos de registro de diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes durante o transoperatório de cirurgia de revascularização do miocárdio**. 2006. 149f. Tese. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2006.

RÍOS, H; DELANEY, C; KRUCKEBERG, T; CHUNG, Y. H; MEHMERT, P. A. Validation of definig characteristics of four nursing diagnoses using computerized data base. **J Prof Nurs**, v.7, n.5, p.293-9. 1991.

ROCHA, L. A; MAIA, T. F; SILVA, L. F. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos a cirurgia cardíaca. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 3. P.321-326, jun. 2006.

SALGADO, P. O; CHIANCA, T. C. M. Identificação e mapeamento dos diagnósticos e ações de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, ago. 2011.

SALGADO, P. O. **Identificação e mapeamento dos diagnósticos e ações de enfermagem de pacientes internados em uma UTI-adultos**. 2010. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

SANTOS, S. R. Informática em enfermagem: desenvolvimento de software livre com aplicação assistencial e gerencial. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.44, n.2, jun. 2010.

SANTOS, S. R.; NÓBREGA, M. M. L. A busca da interação teórica e prática no sistema de informação em enfermagem – enfoque na teoria fundamentada nos dados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.3, jun. 2004.

SEGANFREDO, D. H; ALMEIDA, M. A. Nursing outcomes content validation according to Nursing Outcomes Classification (NOC) for clinical, surgical and critical patients. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.1, Feb. 2011.

SERMEUS, W. et al. Measuring the intensity of nursing care: making use of the Belgian Nursing Minimum Data Set. **International Journal of Nursing Studies**, v. 45, p. 1011-1021. 2008.

SETZ, V. G; D`INNOCENZO, M. Evaluation of the quality of nursing documentation though the review of patient medical records. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.22, n.3, jun. 2009.

SILVA, M. C. M; SOUSA, R. M. C; PADILHA, K. G. Factors associated with death and readmission into the intensive care unit. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.19, n.4, p.911-919. 2011.

SILVA, L. M. V; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad Saúde Púb**, v.10, n.1, p.80-91. 1994.

SILVEIRA, D. T; MARIN, H. F. Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem: construindo um modelo em saúde ocupacional. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.19, n.2, p. 218-27, jun. 2006.

SOUZA, M. C. da S. et al. Perfil diagnóstico em Unidades de Terapia Intensiva adulto segundo teoria das Necessidades Humanas Básicas. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.20, n.3, p.24-32, 2010.

SPERANDIO, D. J; ÉVORA, Y. D. M. Planejamento da assistência de enfermagem: proposta de um software-protótipo. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.13, n.6, p.937-43, nov-dez. 2005.

STEIN, F. C. et al . Fatores prognósticos em pacientes idosos admitidos em unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo , v. 21, n. 3, ago. 2009 .

TANNURE, M. C; PINHEIRO, A. M. SAE: **Sistematização da Assistência de Enfermagem**: guia prático. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

TANNURE, M. C. **Construção e avaliação da aplicabilidade de um software com o processo de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva de adultos**. 2012. 325f. Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2012.

TRUPPEL, T. C. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.62, n.2, p. 221-7, mar-abr. 2009.

VAN DEN HEEDE, K; MICHIELS, D; THONON, O; SERMEUS, W. Using nursing interventions classification as a framework to revise the Belgian nursing minimum data set. **Int J Nurs Terminal Classif**, v. 20, n.3, p. 122-31. 2009.

VAN DEN HEEDE, K. et al. Benchmarking nurse staffing levels: the development of a nationwide feedback tool. **Journal of Advanced Nursing**, v.63, n.6, p. 607-618. 2008.

VIEIRA, A. P. M; KURCGANT, P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: elementos constitutivos segundo percepção de enfermeiros. **Acta Paul Enferm**, v.23, n.1, p. 11-5. 2010.

VITURI, D. W; MATSUDA, L. M. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, jun. 2009.

VOLPATO, M. P; CRUZ, D. A. L. M. Diagnósticos de enfermagem de pacientes internados em unidade médico-cirúrgica. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 119-124, jun. 2007.

VON KROGH, . A nursing-specific model of EPR documentation: organizational and professional requirements. **J Nurs Scholarsh**, v.40, n.1, p.68-75. 2008.

WELTON, J. M; HALLORAN, E. J; ZONE-SMITH, L. Nursing intensity: in the footsteps of John Thompson. **Stud Health Technol Inform**, v. 122, p. 367-71. 2006.

WERLEY et al. The Nursing Minimum Data Set: abstraction tool for standardized, comparable, essential data. **American Journal of Public Health**, v.81, n.4, abr. 1991.

WERLEY, H. H; LANG, N. M. **Identification of the nursing minimum data set**. Springer, New York. 1998.

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (De acordo com o item IV da Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa envolvendo seres humanos)

#### TÍTULO DO ESTUDO: Avaliação da assistência de enfermagem através de indicadores gerados por um software

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013

Prezado(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar voluntariamente da pesquisa “Avaliação da assistência de enfermagem através de indicadores gerados por um software”, desenvolvido por Ana Paula Souza Lima e orientada pela Prof. Dra. Tânia Couto Machado Chianca. Esta pesquisa tem por objetivo geral analisar a eficácia do Sistema Informatizado do Processo de Enfermagem em Terapia Intensiva para gerar indicadores de qualidade da assistência de enfermagem.

Um sistema de informação em enfermagem representa um conjunto de ferramentas que apóiam as ações de enfermagem e deve produzir informações que possibilitem a tomada de decisões sobre as ações a serem implementadas, acompanhamento ou controle da execução das ações propostas, e a avaliação do impacto alcançado sobre a situação de saúde inicial do paciente. Os resultados de enfermagem devem gerar indicadores de qualidade da assistência e promover a determinação da eficácia dos cuidados prestados pelos enfermeiros.

Assim, solicitamos seu consentimento para que o(a) paciente \_\_\_\_\_ possa participar deste estudo.

Para realizar este estudo, enfermeiros entrevistarão o paciente ou o responsável para coletar informações sobre a história pregressa e atual de saúde/doença, procederão ao exame físico diário do paciente, e coletarão dados do prontuário como diagnósticos médicos, exames laboratoriais e de imagem. Os dados serão registrados em um software, o Sistema Informatizado do Processo de Enfermagem em Terapia Intensiva, desde a admissão até a alta do paciente. O risco de constrangimento pela abordagem do(a) paciente será minimizado pelos enfermeiros mantendo a privacidade deste(a) durante a coleta de dados.

O(a) senhor(a) terá total liberdade de aceitar ou não participar da pesquisa. Aceitando participar, tem liberdade para se retirar a qualquer momento, sem que isto lhe traga algum tipo de prejuízo, pois sua participação é voluntária. Sua participação não trará nenhuma despesa adicional, por outro lado, também não trará nenhum benefício financeiro.

Toda a informação obtida é considerada confidencial e a identificação será mantida como informação sigilosa. Os relatórios e resultados deste estudo serão apresentados sem nenhuma forma de identificação individual.



Após seu consentimento, uma cópia deste termo ficará com o(a) senhor(a) e a outra com o pesquisador. Em caso de dúvida, pode se comunicar com as pesquisadoras responsáveis ou com o Comitê de Ética em pesquisada UFMG.

Agradeço a sua colaboração e solicito sua declaração de consentimento livre e esclarecido neste documento.

Atenciosamente,

---

Dra. Tânia Couto Machado Chianca  
Rua: Júlia Nunes Guerra, 197, apto 701  
Luxemburgo, BH-MG. (31) 32974905

---

Enfermeira: Ana Paula Souza Lima  
Rua: Petrolina, 795, apto 701  
Sagrada Família, BH-MG. (31)87448869

CONSENTIMENTO: Sei que a participação do(a) senhor(a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ é totalmente voluntária e que poderá recusar  
ou abandonar o estudo sem qualquer prejuízo pessoal. Todas as informações serão  
sigilosas e utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação de informações será  
anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

Eu li este formulário e recebi as instruções necessárias.

---

Assinatura do voluntário ou responsável

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – Av. Antônio Carlos nº6627, CEP 31270-901,  
Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Belo Horizonte – MG. 34094592.

## APÊNDICE B

### Ações de enfermagem prescritas para os pacientes internados na UTI. Belo Horizonte/MG. 2013.

	<b>Ações de enfermagem</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1	Aferir e registrar valor dos dados vitais (FC, FR, PA e Tax) de 02/02 h. Comunicar ao enfermeiro se FC menor que 60 bpm e maior que 100 bpm, se FR menor que 12 irpm ou maior que 20 irpm, se PAS maior que 140 mmHg ou menor que 90 mmHg, se PAD maior que 80 mmHg e menor que 60 mmHg e Tax menor que 36 °C ou maior que 38 °C.	17	100,0
2	Trocar os equipos de infusão de soroterapia e medicamentos a cada 72 h. Datar e assinar a troca.	17	100,0
3	Manter constantemente os lençóis da cama limpos, secos e livres de ruga. Trocá-los toda vez que estiverem sujos e úmidos.	17	100,0
4	Aplicar hidratante na pele do(a) paciente de 24/24 h e sempre que a pele estiver ressecada	17	100,0
5	Verificar a permeabilidade do cateter AVP no início do plantão e sempre que perceber resistência na administração de medicamentos e soroterapia.	17	100,0
6	Realizar a higiene íntima do(a) paciente, com água e sabão, de 24/24 horas e antes caso apresente eliminação urinária ou intestinal. Secar a área completamente.	16	94,1
7	Realizar de 08/08 h uma avaliação abrangente da circulação periférica do(a) paciente (intensidade do pulso, presença de edema nos MM, tempo de enchimento capilar, cor e temperatura e umidades das extremidades). Registrar os achados e comunicar ao enfermeiro se pulso filiforme, edema em MM, tempo de enchimento capilar superior a 3 segundos, pele cianótica e fria e mucosas ressecadas.	16	94,1
8	Registrar características do sítio de inserção do SVD a cada troca de curativo. Comunicar ao Enfermeiro sinais flogísticos (queixa de dor, hiperemia, edema, calor local e presença de secreção).	16	94,1
9	Fazer anotações sobre o estado emocional do(a) paciente a cada início de plantão e sempre que houver alteração no estado emocional. Caso detecte ansiedade, tristeza, apreensão, irritabilidade, medo, instabilidade emocional comunique o enfermeiro.	15	88,2
10	Realizar a higiene oral do(a) paciente com Cepacol de 08/08 h e sempre que detectar sujidades em sua boca.	15	88,2
11	Elevar e manter a cabeceira do leito da cama elevada a 30 °	15	88,2
12	Manter grades da cama elevadas.	15	88,2
13	Monitorar a cada técnica de higiene íntima, a pele do (a) paciente na área perianal e perineal em busca de irritação local e lesões. Comunicar ao enfermeiro, caso detecte essas evidências.	15	88,2
14	Vestir roupa no(a) paciente após o banho e trocá-la sempre que estiver com sujidades e úmidas.	15	88,2

15	Colocar e fazer rodízio dos coxins de proteção nas áreas dos calcâneos, cotovelos, região supra espinhal e infra espinhal, região trocantérica, cotovelos e região occipital de 02/02 h.	15	88,2
16	Realizar troca do cateter venoso periférico de 72/72 h e antes caso detecte a presença de sinais flogísticos no sítio de inserção do cateter (hiperemia, edema, presença de secreção, calor local e queixa de dor), obstrução do lumen do cateter e extravasamento de soro e de medicamentos.	15	88,2
17	Dar banho, no leito, no (a) paciente, após autorização do enfermeiro, no período da noite e sempre que ele/ela apresentar sujidades pelo corpo. Manter paciente monitorizado(a) durante o banho.	14	82,4
18	Realizar ausculta pulmonar de 08/08 h e sempre que o paciente apresentar taquipnéia, dispnéia, uso de musculatura acessória, confusão mental, saturação de O <sub>2</sub> menor que 88 %. Atentar para presença de crepitações, roncos, estridor laríngeo, atrito pleural, sibilos e diminuição do MVF. Quando presentes, discutir caso com a equipe médica. Enfermeiro.	14	82,4
19	Pentear o cabelo do(a) paciente após o banho e sempre que não estiver arrumado.	14	82,4
20	Posicionar o(a) paciente na cama, mantendo o alinhamento de seu corpo.	14	82,4
21	Monitorar constantemente as condições da pele do(a) paciente. Comunicar ao enfermeiro o aparecimento de hiperemia, edema, ruptura de pele.	14	82,4
22	Monitorar continuamente o ritmo respiratório do(a) paciente, a saturação de oxigênio e a presença de esforço respiratório. Comunicar ao enfermeiro caso detecte apnéia, taquipnéia, bradpnéia, saturação de oxigênio menor que 88 % e a presença de tiragens no tórax do paciente.	14	82,4
23	Identificar déficits cognitivos ou físicos do(a) paciente (sonolência, déficit visual, agitação psicomotora, confusão mental, imobilidade ou limitação da mobilidade física, parestesias) que podem aumentar o potencial para quedas. Se presentes, reforçar monitoramento e comunicar ao enfermeiro.	14	82,4
24	Avaliar resultado da gasometria de 24/24 h. Comunicar à equipe médica se PaCO <sub>2</sub> maior que 45 mmHg e PaO <sub>2</sub> menor que 70 mmHg	13	76,5
25	Monitorar as eliminações intestinais (frequência, consistência, volume e cor) diariamente. Registrar dados a cada episódio de evacuação. Comunicar ao enfermeiro, se paciente não evacuar em 24 horas ou apresenta mais que 3 episódios de fezes líquidas em 24 horas.	13	76,5
26	Auscultar abdome do(a) paciente de 08/08 horas e antes caso apresente queixa de dor abdominal e distensão abdominal. Registrar dados das características dos RHA (presentes, diminuídos, aumentados ou ausentes). Enfermeiro.	13	76,5
27	Monitorar diariamente queixa de dispnéia e eventos que possam aumentá-la ou piorá-la. Registrar impressão e discutir os achados com o enfermeiro.	13	76,5
28	Monitorar imagem no RX de tórax do(a) paciente de 24/24 h. Ficar atento à presença de atelectasia, consolidação, derrame pleural, pneumotórax e congestão pulmonar. Caso presentes, discutir conduta com a equipe médica. Enfermeiro.	13	76,5
29	Registrar quantidade, cor e odor da urina a cada eliminação urinária. Caso o paciente esteja a mais de 6 horas sem urinar, comunique ao enfermeiro.	12	70,6
30	Monitorar diariamente se o (a) paciente relata parestesias. Anotar relato e quando presentes, comunicar a equipe médica. Enfermeiro.	12	70,6

31	Identificar valor da glicemia capilar de 06/06 h. Comunicar ao enfermeiro quando glicemia menor que 80 mg/dl ou maior que 180 mg/dl.	12	70,6
32	Trocar fixação do cateter periferico, localizado no (a) MSD de 24/24 h e antes quando sujo, úmido ou solto. Chamar o enfermeiro para avaliar a área.Limpar o sítio de inserção com alcool 70 e ocluir com fita hipoalergênica. Datar, assinar e checar na prescrição.	12	70,6
33	Obter informações sobre atividades de recreação favoritas para o/a paciente, que possam ser realizadas na UTI, e providenciar que sejam realizadas durante o período de internação na unidade. Enfermeiro.	11	64,7
34	Auxiliar diariamente a obtenção de recursos necessários à realização de atividades recreativas na UTI por parte do (a) paciente.	11	64,7
35	Monitorar o nível de consciência do paciente utilizando a escala de coma de Glasgow de 08/08 h. Comunicar ao enfermeiro se valor obtido com a utilização da escala for menor que 15 pontos.	11	64,7
36	Colaborar com a equipe de fisioterapia no desenvolvimento e na execução de exercícios físicos com o/a paciente, sempre que solicitado.	11	64,7
37	Realizar mudança de decúbito (lateral/lateral) do/da paciente de 02/02 h.	11	64,7
38	Explicar todos os procedimentos a serem realizados, inclusive sensações que o/a paciente possa ter durante cada procedimento.	10	58,8
39	Encorajar o(a) paciente a expressar seus sentimentos, quando evidenciar sinais de tristeza, afastamento, relato de medo e raiva. Registrar impressão e discutir caso com enfermeiro.	10	58,8
40	Oferecer diariamente atividades de lazer para o/a paciente, de acordo com as suas preferências.	10	58,8
41	Realizar BH de 12/12 h. Atentar para tendência do balanço ficar negativo. Caso constate essa tendência, comunique ao enfermeiro.	10	58,8
42	Verificar presença de estase gástrica de 06/06 horas durante a infusão de dieta contínua e sempre que reiniciar a dieta enteral.	10	58,8
43	Explicar o/a paciente as razões para a exigência de repouso no leito, hoje e sempre que indagado por ele. Enfermeiro.	10	58,8
44	Zerar a bomba de dieta de 06/06 h (nos horários de verificação da presença de estase).	10	58,8
45	Desprezar a água condensada no circuito do respirador sempre que presente.	10	58,8
46	Manter o alinhamento adequado (reto) do corpo do(a) paciente.	10	58,8
47	Realizar mudança de decúbito (lateral/dorsal/lateral) do/da paciente de 02/02 h.	10	58,8
48	Comunicar-se com o paciente elevando o tom de voz.	9	52,9
49	Realizar de 08/08 h uma avaliação abrangente da circulação periférica do(a) paciente (intensidade do pulso, presença de edema nos MM, tempo de enchimento capilar, cor e temperatura e umidades das extremidades). Registrar os achados e comunicar ao enfermeiro se pulso filiforme, edema em MM, tempo de enchimento capilar superior a 3 segundos, pele cianótica e fria e mucosas ressecadas.	9	52,9
50	Esvaziar a bolsa coletora da SVD de 02/02 h e sempre que o volume de urina atingir 2/3 de sua capacidade. Mensurar a quantidade de urina usando um frasco graduado. Registrar quantidade, cor e odor da eliminação urinária .Comunicar ao enfermeiro se fluxo urinário menor que 50 ml/h ou	9	52,9

---

	maior que 200 ml/h e presença de hematúria, piúria, e depósitos no sistema.		
51	Auxiliar o (a) paciente a pentear seu cabelo após o banho e sempre que não estiver arrumado.	9	52,9
52	Auxiliar o/a paciente a vestir-se após o banho e a trocar as roupas sempre que estiverem com sujidades ou úmidas.	9	52,9
53	Aspirar TOT, nasofaringe e orofaringe do (a) paciente (nesta ordem), com técnica asséptica, sempre que detectar roncosp e crepitações durante a ausculta pulmonar. Anotar o aspecto e a quantidade estimada da secreção pulmonar. Comunicar as características da secreção e a quantidade estimada ao enfermeiro da UTI enfermeiro da UTI.	9	52,9
54	Colocar e manter objetos de uso frequente ao alcance do(a) paciente.	9	52,9
55	Trocar fixação da sonda de gastrostomia, localizada no(a) abdome de 24/24 h e antes quando sujo, úmido ou solto. Chamar o enfermeiro para avaliar a área. Limpar a área com soro fisiológico. Fixar com micropore. Datar, assinar e checar na prescrição.	9	52,9
56	Manter o sistema fechado da SVD abaixo da altura da bexiga	9	52,9
57	Trocar os equipos de infusão de dieta a cada 24 h. Datar e assinar a troca.	9	52,9
58	Orientar e auxiliar o(a) paciente a realizar mudança de decúbito de 02/02 h.	9	52,9
59	Esclarecer dúvidas do (a) paciente sobre o seu estado de saúde, todas as vezes que solicitado. Enfermeiro.	8	47,1
60	Mostrar-se disponível para escutar os sentimentos do/da paciente sempre que perceber a apreensão por parte do(a) mesmo(a). Auxiliar o/a paciente a realizar sua higiene oral com cepacol de 08/08 horas e sempre que detectar sujidades em sua boca.	8	47,1
61	Aumentar a FIO2 para 100% durante o procedimento de aspiração traqueal. Após termino desta atividade, retornar a FIO2 para o valor de 50 %.	8	47,1
62	Utilizar constantemente tom de voz tranquilo e suave ao interagir com o/a paciente. Falar devagar.	7	41,2
63	Lavar a SNE com 40 ml de água filtrada de 06/06 horas e após administrar medicamentos, verificar a presença de estase, a cada troca de frasco e início de dieta.	7	41,2
64	Monitorar os resultados laboratoriais relevantes à retenção de líquidos (uréia maior que 70 mg/dl, creatinina maior que 1,3 mg/dl) de 24/24 h. Quando presentes, discutir conduta com a equipe médica. Enfermeiro.	7	41,2
65	Manter a pressão do balonete do TOT em 20 mmHg. Checar a insuflação de 24/24 h e antes caso detecte a emissão de ruídos pelo(a) paciente (Enfermeiro).	7	41,2
66	Checar o posicionamento da sonda entérica, administrando 20 ml de ar sobre pressão e auscultando a região epigástrica concomitantemente, no início do plantão, antes de iniciar cada dieta enteral e sempre que houver dúvida sobre o posicionamento da mesma. Aspirar todo o ar administrado.	7	41,2
67	Registrar características do sítio de inserção do(a) AVP e GTT a cada troca de curativo. Comunicar à equipe médica sinais flogísticos (queixa de dor, hiperemia, edema, calor local e presença de secreção) Enfermeiro.	7	41,2
68	Realizar a troca do curativo da área de inserção do AVP de 24/24 h e antes quando sujo, úmido ou solto. Aplicar álcool a 70 no sítio de inserção do cateter e remover usando SF 0,9%. Ocluir com gaze estéril e fita	7	41,2

---

---

	hipoalergênica. Datar, assinar e checar na prescrição.		
69	Clampar a SVD ao transportar e manipular o(a) paciente e quando precisar elevar a bolsa coletora acima do nível da bexiga. Desclampar imediatamente após a manipulação/movimentação.	7	41,2
70	Manter MMII elevado (s) a 15°.	7	41,2
71	Trocar fixação do TOT de 24/24 h e antes quando sujo, úmido ou solto. Proteger área de contato (face/hélices auriculares/lábios) com gaze. Assinar e datar a troca da fixação.	7	41,2
72	Aplicar tegaderme no (a) sacral, trocanteres e calcaneos para prevenir Úlceras por pressão. Trocar o curativo de 15/15 dias e antes, caso sujo, úmido ou solto. Enfermeiro.	7	41,2
73	Encorajar constantemente o(a) paciente a identificar seus pontos positivos. Registrar impressão e discutir caso com enfermeiro.	6	35,3
74	Comunicar-se com o/a paciente utilizando a escrita, o abecedário, placas informativas, quadro de desenhos, gestos manuais.	6	35,3
75	Monitorar e registrar diariamente dados sobre o padrão do sono do(a) paciente (horas dormidas e eventos que comprometeram o sono e o conforto).	6	35,3
76	Diminuir a luminosidade no box do paciente, no período noturno.	6	35,3
77	Realizar ausculta cardíaca do (a) paciente de 08/08 h e sempre que detectar arritmias ao monitor, hipotensão e que o paciente relatar dor precordial. Atentar para presença de B3, B4, atrito pericárdico, hipofonese e hiperfonesse de bulhas e desdobramento de segunda bulha. Quando presentes, discutir caso com a equipe médica. Enfermeiro.	6	35,3
78	Realizar BH de 12/12 h. Atentar para tendência do balanço ficar positivo. Caso constate essa tendência, comunique ao enfermeiro.	6	35,3
79	Fixar a SVD na coxa do (a) paciente usando micropore. Não tracionar a sonda. Alternar o lado da fixação da sonda de 12/12 h. Datar e assinar.	6	35,3
80	Monitorar continuamente o(a) paciente buscando sinais de hemorragia (mucosas hipocoradas, hipotensão, eliminação de secreções com aspecto sanguinolento, sangramento oral, otorragia, epistaxe, hematomas na pele). Comunicar ao enfermeiro, quando presentes.	6	35,3
81	Dar banho de aspersão no (a) paciente , após autorização do enfermeiro, no período da manhã e sempre que ele/ela apresentar sujidades pelo corpo.	5	29,4
82	Fazer, a cada contato com o(a) paciente, afirmações positivas sobre ele(a).	5	29,4
83	Elogiar diariamente todos os progressos do(a) paciente.	5	29,4
84	Colaborar diariamente com os outros profissionais de saúde no planejamento e execução do programa de treinamento muscular para o paciente.	5	29,4
85	Aspirar a nasofaringe e orofaringe do (a)paciente (nesta ordem), com técnica asséptica, sempre que detectar roncos e crepitações durante a ausculta pulmonar. Anotar o aspecto e a quantidade estimada da secreção pulmonar. Comunicar as características da secreção e a quantidade estimada ao enfermeiro da UTI.	5	29,4
86	Aspirar TQT, nasofaringe e orofaringe do (a) paciente (nesta ordem), com técnica asséptica, sempre que detectar roncos e crepitações durante a ausculta pulmonar. Anotar o aspecto e a quantidade estimada da secreção	5	29,4

---

---

	pulmonar. Comunicar as características da secreção e a quantidade estimada ao enfermeiro da UTI enfermeiro da UTI.		
87	Realizar uma avaliação abrangente da dor que inclua localização, intensidade, tipo e os fatores precipitantes sempre que houver relato de dor. Registrar dados e comunicar ao enfermeiro.	5	29,4
88	Observar se há presença de urina na fralda do(a) paciente de 06/06 h. Registrar dado e comunicar ao enfermeiro se ausente.	5	29,4
89	Realizar a troca do curativo da(s) ferida(s) localizada(s) no(a) suprapubica de 24/24 h e antes quando estiver sujo, úmido ou solto. Lavar a ferida com SF0,9% em jato. Aplicar SF0,9 sobre a ferida. Descrever comprimento, largura, profundidade, características ao redor da pele, grau de contaminação e quando presentes, características do exsudato, porcentagem do tecido de granulação e do tecido necrosado. Enfermeiro.	5	29,4
90	Discutir hoje com à equipe médica a liberação de dieta para o/a paciente. Enfermeiro.	5	29,4
91	Avaliar de 24/24 h os resultados do leucograma e hemograma do(a) paciente. Se leucócitos menor que 4000 mm <sup>3</sup> ou maior que 32100 mm <sup>3</sup> e hemoglobina menor que 8 g/dl , discutir dados com equipemédica. Enfermeiro.	5	29,4
92	Manter a pressão do balonete da TQT em 20 mmHg. Checar a insuflação de 24/24 h e antes caso detecte a emissão de ruídos pelo(a) paciente (Enfermeiro).	5	29,4
93	Infundir a noradrenalina no acesso venoso central.	5	29,4
94	Trocar fixação da TQT de 24/24 h. e antes quando suja, úmida ou solta. Proteger área de contato (pescoço) com gaze. Assinar e datar a troca da fixação.	5	29,4
95	Encorajar o(a) paciente a aceitar novos desafios sempre que perceber em sua fala uma autoestima baixa. Registrar impressão e discutir caso com enfermeiro.	4	23,5
96	Avaliar e registrar dados que possam indicar sinais e sintomas de intolerância aos exercícios realizados com o/a paciente (cefaléia, dor, fraqueza, transpiração e palpitações). Comunicar ao enfermeiro, quando detectar essas evidências.	4	23,5
97	Identificar diariamente fatores internos ou externos capazes de acentuar ou reduzir a motivação do(a) paciente para comportamentos saudáveis. Registrar impressão e discutir caso com o enfermeiro.	4	23,5
98	Manter supervisão sobre o paciente durante todo o período de confusão mental.	4	23,5
99	Monitorar diariamente o hábito alimentar do(a) paciente. Registrar dados sobre aceitação da dieta oferecida.	4	23,5
100	Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor após instituição dos cuidados e tratamento medicamentoso, por meio de uma avaliação da dor pelo uso da escala numérica da dor.	4	23,5
101	Monitorar e registrar a ocorrência de vômitos. Comunicar ao enfermeiro, caso presentes.	4	23,5
102	Manter paciente com precaução de contato.	4	23,5
103	Examinar sítio de inserção da SVD a cada troca de fralda e quando houver queixa de dor por parte do/da paciente. Caso detecte hiperemia, aumento	4	23,5

---

---

	da temperatura na área, presença de secreção e edema, chame o enfermeiro para avaliar.		
104	Manter bordas da TQT protegidas do gaze. Trocar a gaze de 24/24 h e sempre que sujas e úmidas.	4	23,5
105	Autorizar rodízio dos membros da família do(a) paciente durante os horários de visitas. Enfermeiro.	3	17,6
106	Monitorar a PVC continuamente e registrar valor de 02/02 h. Comunicar ao enfermeiro se PVC maior que 12 mmHg .	3	17,6
107	Auxiliar o/a paciente a transferir-se da cama para a cadeira e da cadeira para a cama no período da manhã e sempre que solicitado pelo enfermeiro/paciente/fisioterapeuta.	3	17,6
108	Solicitar o auxílio da família na compreensão da fala do(a) paciente.	3	17,6
109	Manter o transdutor de pressão para monitorização da PIA e PVC no eixo flebotático (na altura quarto espaço intercostal na linha axilar média). Calibrá-lo a cada aferição da PIA e PVC e sempre que houver amortecimento da curva no monitor.	3	17,6
110	Monitorar sinais de perfusão inadequada da artéria coronária (desnívelamento do segmento ST, inversão de onda T e aparecimento de onda Q) a cada registro do ritmo cardíaco no ECG. Enfermeiro.	3	17,6
111	Elevar a cabeceira da cama em 45° durante a alimentação e administração de medicamentos por via oral.	3	17,6
112	Lavar a Gastrostomia com 40 ml de água filtrada de 06/06 horas e após administrar medicamentos, verificar a presença de estase, a cada troca de frasco e início de dieta.	3	17,6
113	Auxiliar diariamente o(a) paciente a identificar razões de esperança na vida.	3	17,6
114	Investigar com o(a) paciente os fatores que aliviam e que pioram a dor, sempre que detectar queixa de dor. Registrar impressão e discutir o caso com o enfermeiro	3	17,6
115	Colocar colchão piramidal, hoje.	3	17,6
116	Ajudar diariamente o(a)paciente a identificar os fatores que aumentam a sua sensação de segurança. Comunicar ao enfermeiro o que o paciente descreve que pode ser realizado para diminuir o seu medo.	3	17,6
117	Monitorar a cada técnica de higiene oral as gengivas, os dentes, o palato mole e o palato duro do(a) paciente quando à hidratação, coloração, presença de resíduos e integridade da mucosa. Registrar achados. Comunicar ao enfermeiro a presença de lesões, sangramentos, aftas, sujidades, hipocoloração e ressecamento.	3	17,6
118	Manter sonda gástrica aberta. Anotar de06/06h aspecto e quantidade do volume drenado.	3	17,6
119	Manter MMSS elevados a 15°	3	17,6
120	Permitir a entrada do padre/pastor/orientador religioso sempre que solicitado pelo paciente e/ou familiares. Enfermeiro.	2	11,8
121	Colocar cobertor no (a) paciente sempre que temperatura corporal menor que35°c.	2	11,8
122	Remover roupas do paciente, sempre que frias e úmidas.	2	11,8
123	Oferecer informações sobre a doença e o tratamento para o(a) paciente sempre que detectar déficit de conhecimento que possa comprometer seu estado de saúde. Enfermeiro.	2	11,8

---



124	Encorajar diariamente o(a) paciente a permanecer tendo hábitos de vida saudáveis.	2	11,8
125	Parabenizar o/a paciente por seguir corretamente as orientações sobre o regime terapêutico.Hoje.	2	11,8
126	Auxiliar diariamente o(a) paciente a estabelecer e revisar metas relacionadas com o objeto de sua esperança.	2	11,8
127	Envolver diariamente o (a) paciente em seu próprio cuidado.	2	11,8
128	Oferecer, diariamente, informações aos membros da família sobre as condições do (a) paciente. Enfermeiro.	2	11,8
129	Observar continuamente se o(a) paciente está apresentando expressão facial que demonstre dor. Se presente, comunicar ao enfermeiro.	2	11,8
130	Encorajar diariamente o(a) paciente a escrever seus sentimentos, percepções e medos. Registrar impressão e discutir caso com enfermeiro.	2	11,8
131	Monitorar resultados de leucograma diariamente. Comunicar à equipe médica se leucócitos acima de 12000 mm3	2	11,8
132	Observar continuamente a presença de sangramento no curativo realizado sobre a ferida localizada no(a) ferida operatoria suprapubica. Comunicar ao enfermeiro sempre que presente.	2	11,8
133	Responder, diariamente, as perguntas do(a) paciente de forma honesta.	2	11,8
134	Informar diariamente o(a) paciente sobre onde ele está e dia da semana, mês e ano.	2	11,8
135	Estimular a cada contato, a memória do(a) paciente repetindo o último pensamento que ele(a) expressou.	2	11,8
136	Dar um comando simples, de cada vez, para o(a) paciente.	2	11,8
137	Orientar o (a) paciente sobre a forma de se posicionar a cada início de processo de transferência ou mudança de posição.	2	11,8
138	Avaliar cor da secreção uretral de 08/08 h e a cada troca de fralda. Registrar dado e comunicar ao enfermeiro	2	11,8
139	Assegurar-se constantemente de que os alarmes do respirador estejam ativados.	2	11,8
140	Oferecer diariamente ao(à) paciente reforço positivo e informações sobre o progresso de seu desmame ventilatório. Enfermeiro.	2	11,8
141	Monitorar presença de bexigoma de 08/08 h por meio de palpação e percussão abdominal (região hipogástrica). Quando presente, comunicar ao enfermeiro.	2	11,8
142	Trocar os equipos de infusão de derivados do sangue a cada bolsa de infundida.	2	11,8
143	Aquecer e manter MMSSII aquecido(s) com algodão ortopédico e atadura de crepom diariamente. Realizar a troca do algodão ortopédico e da atadura de crepom, diariamente, antes do banho e antes caso úmidos ou soltos. Datar e assinar	2	11,8
144	Autorizar a permanência de membros da família na UTI em tempo integral. Enfermeiro	1	5,9
145	Autorizar a permanência de membros da família na UTI fora do horário padrão. Enfermeiro	1	5,9
146	Permitir a entrada de televisao para o/a paciente, hoje. Enfermeiro	1	5,9
147	Manter paciente com pescoço em posição neutra.	1	5,9
148	Oferecer informações sobre a doença e o tratamento para o/a paciente,	1	5,9

---

	durante a preparação para a alta da UTI. Enfermeiro.		
149	Ajudar diariamente o/a paciente a identificar as informações que ele tem maior interesse em obter.	1	5,9
150	Monitorar a resposta do(a) paciente à medicação antiarrítmica. Ficar atento à ocorrência de bradicardia. Se presente, comunicar ao enfermeiro e médico da UTI.	1	5,9
151	Orientar diariamente o/a paciente sobre a importância de relatar imediatamente qualquer desconforto no peito.	1	5,9
152	Criar um ambiente agradável durante as refeições, colocando comadre e equipamentos para aspiração, longe do alcance da visão do paciente.	1	5,9
153	Oferecer um canudo para a ingestão de líquidos por parte do (a) paciente.	1	5,9
154	Orientar o(a) paciente a usar fio dental entre os dentes e escovar os dentes, gengivas e língua ao acordar, após cada refeição e antes de dormir.	1	5,9
155	Auxiliar o(a) paciente a usar fio dental entre os dentes e escovar os dentes, gengivas e língua ao acordar, após cada refeição e antes de dormir.	1	5,9
156	Passar o fio dental entre os dentes do (a) paciente e escovar os dentes, gengivas e língua no período da noite e após cada refeição.	1	5,9
157	Oferecer ,diariamente, momentos de privacidade e silêncio para o(a) paciente realizar as atividade espirituais.	1	5,9
158	Autorizar que a família traga para a UTI a Bíblia do(a) paciente e objetivos relacionado com sua espiritualidade. Enfermeiro.	1	5,9
159	Permitir, diariamente, cuidados ao(à) paciente pelos membros da família.	1	5,9
160	Oferecer e estimular o uso do marreco, sempre que o paciente relatar necessidade de urinar.	1	5,9
161	Avaliar, diariamente, a compreensão que o(a) paciente tem do processo de doença. Registrar sua impressão. Discutir caso com o enfermeiro.	1	5,9
162	Oferecer informações reais, para o paciente, sobre aspectos do cuidado de enfermagem, sempre que solicitado. Enfermeiro.	1	5,9
163	Solicitar a avaliação da equipe de fisioterapia para a implantação de exercícios para fortalecimento e treinamento dos músculos levantador do ânus e urogenital, hoje. Enfermeiro	1	5,9
164	Permanecer com o(a) paciente e confirmar que está seguro e protegido durante os períodos de verbalização do medo.	1	5,9
165	Orientar a família sobre as vantagens da participação do (a)paciente em programas de treinamento de memória em grupo, no momento da preparação para a alta da UTI. Enfermeiro.	1	5,9
166	Encorajar o consumo de pequenas quantidades de alimentos que sejam tolerados pelo(a) paciente por via oral.	1	5,9
167	Registrar dados sobre a frequência, duração e os fatores precipitantes a cada relato de náusea.	1	5,9
168	Manter a cabeceira da cama elevada a 30° e o rosto do paciente lateralizado em caso de vômitos.	1	5,9
169	Pesquisar presença de sinal de Jobert de 06/06 horas e sempre que houver suspeita de ruptura intestinal e/ou peritonite. Enfermeiro.	1	5,9
170	Avaliar se o(a) paciente consegue distinguir de olhos fechados a diferença entre objetos pontiagudos e robustos e temperatura quente e fria. Hoje. Se não houver discernimento adequado, comunicar à equipe médica. Enfermeiro.	1	5,9

---

---

171	Trocar fixação do dreno de tórax, localizado no(a) HTX D de 24/24 h e antes quando sujo, úmido ou solto. Chamar o enfermeiro para avaliar a área. Limpar o sítio de inserção com SF 0,9 e ocluir com fita hipoalergênica. Datar, assinar e checar na prescrição.	1	5,9
172	Clampar o dreno de tórax ao transportar e manipular o(a) paciente e quando precisar elevar a bolsa coletora acima do nível da área de inserção do dreno. Desclampar imediatamente após a manipulação/movimentação.	1	5,9
173	Trocar o selo d'água do dreno de 12/12 h de maneira asséptica. Preencher frasco coletor com 500 ml de ABD estéril, de modo a atingir a marca do nível mínimo obrigatório. Anotar a quantidade e aspecto do líquido drenado e comunicar ao enfermeiro.	1	5,9
174	Auxiliar o/a paciente a identificar pontos fortes e habilidade pessoais que possam ser usados na solução da crise, quando evidenciar sinais de tristeza, afastamento, relato de medo e raiva.	1	5,9
175	Enfaixar MMSS para favorecer a regressão do edema. Trocar as ataduras a cada 24h e antes se ficarem sujas, úmidas ou soltas. Datar e assinar.	1	5,9

---