



ANÁLISE DAS EVOLUÇÕES DE ENFERMAGEM CONTEXTUALIZADAS NO PROCESSO DE ENFERMAGEM

ANALYSIS OF NURSING EVOLUTIONS CONTEXTUALIZED IN THE NURSING PROCESS ANÁLISIS DE LAS EVOLUCIONES DE ENFERMERÍA CONTEXTUALIZADAS EN EL PROCESO DE ENFERMERÍA

Leticia Bottcher Dias¹, Erika Christiane Marocco Duran²

RESUMO

Objetivo: avaliar os registros das evoluções de Enfermagem da unidade de internação em Cardiologia e Unidade de Terapia Intensiva Coronariana contextualizadas no processo de Enfermagem. **Método:** trata-se de estudo quantitativo, exploratório e descritivo, por meio de uma leitura sistematizada de prontuários. Leram-se 150 evoluções de Enfermagem utilizando-se roteiro digital para a tabulação, e posterior análise estatística dos dados. Apresentaram-se os dados por meio de estatística descritiva. **Resultados:** ressalta-se que, dentre os diagnósticos de Enfermagem identificados, 42,45% não foram apresentados sob a forma de dados identificáveis nas evoluções de Enfermagem; a evolução do diagnóstico de Enfermagem manteve-se inalterada em 87,83% dos casos e o diagnóstico mais utilizado foi o de risco de infecção. **Conclusão:** conclui-se que as evoluções de Enfermagem não têm sido realizadas de maneira coerente com a escolha e a evolução do diagnóstico de Enfermagem e o plano de cuidados. Considera-se que os enfermeiros devem se apropriar dos diagnósticos de Enfermagem utilizando-os, em sua prática, a fim de proporcionar a assistência de qualidade e não apenas cumprir a legislação. **Descritores:** Pesquisa em Enfermagem; Processo de Enfermagem; Avaliação em Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Registros de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the records of the Nursing evolutions of the hospitalization unit in Cardiology and Coronary Intensive Care Unit contextualized in the Nursing process. **Method:** this is a quantitative, exploratory and descriptive study, through a systematized reading of medical records. 150 Nursing evolutions were read using a digital script for tabulation, and later statistical analysis of the data. The data were presented through descriptive statistics. **Results:** it is noteworthy that among the Nursing diagnoses identified, 42.45% were not presented as identifiable data in Nursing evolutions; the evolution of the nursing diagnosis remained unchanged in 87.83% of the cases and the most used diagnosis was the risk of infection. **Conclusion:** it is concluded that the Nursing evolutions have not been carried out in a manner consistent with the choice and evolution of the Nursing diagnosis and the care plan. It is considered that nurses should appropriate nursing diagnoses using them in their practice in order to provide quality care and not just comply with legislation. **Descritores:** Nursing Research; Nursing Process; Nursing Assessment; Nursing Diagnosis; Nursing Records; Nursing Care.

RESUMEN

Objetivo: evaluar los registros de las evoluciones de Enfermería de la unidad de internación en Cardiología y Unidad de Terapia Intensiva Coronaria contextualizadas en el proceso de Enfermería. **Método:** se trata de estudio cuantitativo, exploratorio y descriptivo, por medio de una lectura sistematizada de prontuarios. Se le dieron 150 evoluciones de Enfermería utilizando guion digital para la tabulación, y posterior análisis estadístico de los datos. Se presentaron los datos por medio de estadística descriptiva. **Resultados:** se resalta que, entre los diagnósticos de Enfermería identificados, el 42,45% no fueron presentados bajo la forma de datos identificables en las evoluciones de Enfermería; la evolución del diagnóstico de Enfermería se mantuvo inalterada en el 87,83% de los casos y el diagnóstico más utilizado fue el de riesgo de infección. **Conclusión:** se concluye que las evoluciones de Enfermería no se han realizado de manera coherente con la elección y la evolución del diagnóstico de Enfermería y el plan de cuidados. Se considera que los enfermeros deben apropiarse de los diagnósticos de enfermería utilizando en su práctica, a fin de proporcionar la asistencia de calidad y no sólo cumplir la legislación. **Descritores:** Investigación en Enfermería; Proceso de Enfermería; Evaluación en Enfermería; Diagnóstico de Enfermería; Registros de Enfermería; Atención de Enfermería.

¹Mestranda, Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP. Campinas (SP), Brasil. E-mail: leticia.bottcher@gmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-7839-1895>; ²Doutora, Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP. Campinas (SP), Brasil. E-mail: erikacmduran@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-9112-752X>

INTRODUÇÃO

Sabe-se que a cientificidade da Enfermagem acarretou a necessidade de uma variedade de ações baseada em metodologia científica para realizar a assistência ao ser humano subsidiada pelo Processo de Enfermagem. Considera-se o PE uma ferramenta que direciona o cuidado de Enfermagem e incrementa o raciocínio clínico do enfermeiro visando à assistência ao ser humano. Compõe-se por cinco etapas: histórico, Diagnóstico de Enfermagem (DE), planejamento, implementação e avaliação ou evolução.¹ Nas instituições de saúde, é obrigatório que o enfermeiro realize a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) documentando as fases do PE.¹⁻³

Acrescenta-se que, durante a realização dos cuidados, cabe a toda a equipe de Enfermagem elaborar registros das atividades desempenhadas e, ao enfermeiro, a realização da comparação clínica do paciente das últimas 24 horas. Constata-se que a equipe de Enfermagem se limita a fazer as anotações de sinais vitais, itens de rotina e observações resumidas, com conteúdos simples, incompletos, ilegíveis e repetitivos, o que, por consequência, deixa a evolução também incompleta e sem importância clínica.⁴

Informa-se que, dessa forma, haverá a incompletude na avaliação ou na evolução de Enfermagem conceituada como: processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e da verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do PE.¹

Fornece-se, nessa fase, a síntese das evidências identificadas, sendo um relato diário das mudanças e uma avaliação global do plano de cuidados.⁴

Realiza-se a evolução pelo enfermeiro, subsidiado por um novo exame físico, por anotações, por respostas do paciente, por comunicações da equipe e por resultados de exames, a fim de que melhores estratégias possam ser adotadas pelas próximas 24 horas. Deve ser centrada nos DE's e pode levar a uma alteração dos mesmos conforme as necessidades.⁴

Devem-se selecionar na avaliação diária, pelo enfermeiro, os cuidados a serem mantidos, os a serem modificados e os que podem ser finalizados, uma vez que os resultados já foram alcançados.⁴ Ressalta-se que, quando um cuidado não está anotado,

legalmente, o mesmo não foi realizado e, se assim ocorre, o enfermeiro não consegue avaliar a resposta do paciente frente a ele.⁵

Mostra-se que o desempenho de muitos papéis, o tempo restrito e as condições inadequadas para o trabalho contribuem para aumentar a distância entre o enfermeiro e o paciente e, conseqüentemente, os DE's e as evoluções de Enfermagem que podem não acompanhar o seu quadro.^{2,6}

Propõem-se modelos de evolução, porém, dificilmente as instituições têm algum aplicado. Enfatiza-se que além de uma abordagem descritiva geralmente realizada, o enfermeiro deve avaliar a evolução dos DE's de acordo com o protocolo da instituição; geralmente, são pontuados como inalterado (I), melhorado (M), piorado (P) e resolvido (R). Devem-se, para a sua realização, alguns princípios ser considerados para a escrita no prontuário do paciente, qual sejam, objetivo, descrição e interpretação de dados, evitar generalizações e termos vagos, modo claro e conciso, legível, à tinta, sem rasuras e escritas gramaticalmente e foneticamente corretas.⁴

Observam-se, entretanto, na prática clínica, divergências na execução da evolução de Enfermagem, uma vez que não condizem com o quadro do paciente, não abordam os cuidados de Enfermagem e não estão focadas nos DE.

Indica-se, por meio de algumas medidas abordadas em estudos, que, para a melhora no PE, são necessários a capacitação de professores, a abordagem uniforme, a capacitação de profissionais para utilizarem instrumentos para a prática, o maior retorno aos alunos acerca dos registros, o aprofundamento na reflexão sobre as teorias, a discussão acerca de DE e a articulação do teórico com a prática, diminuindo o distanciamento e o descompasso entre a academia e instituições.^{4,6-7}

OBJETIVO

- Avaliar os registros das evoluções de Enfermagem da unidade de internação em Cardiologia e Unidade de Terapia Intensiva Coronariana contextualizadas no processo de Enfermagem.

MÉTODO

Trata-se de estudo quantitativo, exploratório e descritivo. Utilizaram-se prontuários, uma vez que fornecem os registros de Enfermagem e são documentos que não passaram por tratamento científico aproximando os resultados da realidade.⁸

Coletaram-se os dados numa enfermaria de cuidado não intensivo - Cardiologia - e em uma unidade de cuidado intensivo - Unidade Coronariana, ambas unidades de um hospital de ensino do interior de São Paulo/SP, Brasil, por meio de uma leitura sistematizada dos prontuários de pacientes internados focando-se na evolução de Enfermagem dissertativa e na evolução dos DE's no período de fevereiro de 2017.

Verificaram-se evoluções realizadas por enfermeiros de todos os turnos dando a preferência de continuar com os mesmos pacientes enquanto estavam internados.

Enfatiza-se que, na Unidade de Terapia Intensiva, os DE's eram realizados em forma de *checklist* já com os DE's, FR's e CD's prontos para assinalar. Já na enfermaria, existiam os títulos dos DE's mais frequentes com o espaço em branco para o preenchimento de CD's e FR's.

Efetuiu-se, durante a leitura da parte dissertativa da evolução, a anotação em roteiro digital seguindo-se a abordagem e com a adição de critérios como circulatório e queixas algícas.⁴ Avaliou-se a sua realização diária, identificando-se a frequência dos DE's, além de sua evolução e coerência com o registro dissertativo da evolução.

Apresentam-se os critérios para a pontuação do roteiro na figura 1.

Critérios de evolução	Critérios utilizados
Exame físico	Quando apontava que o enfermeiro esteve com o paciente e não utilizou apenas de outros registros. Ex: ausculta, palpação.
Nível Consciência	Quando descrevia o nível de consciência. Ex: vigília, acordado, confuso.
Circulatório	Quando descrevia o estado hemodinâmico do paciente. Ex: hemodinâmico estável, medidas de pressão arterial, pulsos, perfusão, edema.
Ventilatório	Quando descrevia o sistema respiratório do paciente. Ex: eupneico, murmúrios vesiculares, ruídos adventícios, ventilação mecânica.
Procedimentos/Cuidados	Quando descrevia cuidados que estavam sendo prestados ao paciente. Ex: medicações (drogas vasoativas, antibióticos), curativos, auxílios.
Psicossociais	Quando descrevia aspectos subjetivos do paciente, citava acompanhantes e visitas.
GI e Alimentação	Quando descrevia sobre a dieta do paciente, a aceitação ou a condição do abdômen. Ex: jejum, boa aceitação alimentar, ruídos hidroaéreos presentes.
Hidratação	Quando descrevia o nível de hidratação do paciente ou o balanço hídrico.
Eliminações Urinárias	Quando descrevia se a micção estava presente, a presença de sonda vesical de demora ou o débito urinário nas 24 horas.
Eliminações Fecais	Quando descrevia a evacuação presente ou não.
Sono e Repouso	Quando descrevia se o paciente estava de repouso, se relatava não estar descansado.
Sinais Vitais	Quando descrevia o delta de, pelo menos, um sinal vital ou de saturação de oxigênio.
Dispositivos Endovenosos	Quando descrevia os dispositivos endovenosos do paciente. Ex: acesso venoso periférico, cateter venoso central.
Queixas algícas	Quando descrevia as queixas do paciente. Ex: queixa-se de dor.
Exames	Quando descrevia a espera ou a realização de algum exame. Ex: aguarda cateterismo cardíaco, em pós-operatório imediato de cateterismo, realizou exame de raios x.

Figura 1. Critérios de pontuação no roteiro. Campinas (SP), Brasil, 2017.

Contabilizaram-se e analisaram-se os DE's juntamente com as suas evoluções (inalterado, piora, melhora, início). Anotaram-se todos os DE's juntamente com os FR's e CD's apontados pelo enfermeiro.^{3,9}

Analisou-se a evolução de Enfermagem segundo a sua coerência com os DE's de Enfermagem. Aqueles que tiveram mais da metade de seus CD's e FR's contemplada na evolução dissertativa do enfermeiro foram

considerados condizentes. Os que tiveram menos da metade contemplada foram considerados moderadamente condizentes e os que não tiveram nenhum CD ou FR citado foram considerados não condizentes.

Considerou-se, separadamente, a realização diária da evolução do paciente e a evolução dos DE's, uma vez que alguns enfermeiros realizaram apenas a evolução dissertativa.

Computaram-se, apenas uma vez, os DE's por paciente considerando-se todos os que foram elencados pelo enfermeiro, independentemente da quantidade de dias utilizada. Já na evolução do DE, computaram-se todos os dias analisados.

Registraram-se os dados em planilha digital analisando-os por estatística descritiva.⁸

Respeitaram-se, quanto aos aspectos éticos desta pesquisa, as determinações do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 466/2012) e esta foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Campinas sob o registro 61585816.0.0000.5404.⁹

RESULTADOS

Reuniram-se 85 dias de evoluções (evolução dissertativa e do DE) de 13 pacientes internados na enfermaria de Cardiologia e 65 dias de evoluções de quatro pacientes internados na enfermaria de cuidado intensivo - Unidade Coronariana, totalizando 17 pacientes e 150 evoluções.

Executou-se a parte dissertativa da evolução de Enfermagem, na enfermaria de Cardiologia, nos 85 dias coletados, em sua totalidade. Vê-se quanto à evolução dos DE's, que houve ausência de apenas um dia. Já na enfermaria de cuidado intensivo, dos 65 dias coletados, a parte dissertativa não foi realizada em dois dias e a evolução do DE, em sete dias. Retiraram-se para a continuidade da análise, do número total, os dias em que não foram realizadas as evoluções, totalizando 85 na enfermaria e 63 na enfermaria de cuidado intensivo.

Expõe-se, na tabela 1, o conteúdo encontrado nas evoluções de Enfermagem em ambas as enfermarias.

Tabela 1. Conteúdo encontrado nas evoluções de Enfermagem das enfermarias de Cardiologia e Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público de ensino do interior do Estado de São Paulo. Campinas (SP), Brasil, 2017.

Conteúdo encontrado nas evoluções de Enfermagem	UTI		ENFERMARIA	
	n	%	n	%
Ventilatório	63	100,00	69	81,18
Nível Consciência	62	98,41	85	100,00
Procedimentos/Cuidados	60	95,24	72	84,71
Eliminações Urinárias	59	93,65	65	76,47
Exame físico	58	92,06	51	60,00
Circulatório	58	92,06	59	69,41
GI e Alimentação	54	85,71	74	87,06
Eliminações Fecais	39	61,90	53	62,35
Sinais Vitais	27	42,86	6	7,06
Dispositivos EV	26	41,27	39	45,88
Sono e Repouso	23	36,51	9	10,59
Hidratação	12	19,05	14	16,47
Exames	12	19,05	10	11,76
Queixas algicas	8	12,70	29	34,12
Psicossociais	0	0,00	2	2,35
Total	63	100,00	85	100,00

Tabela 2. Principais Diagnósticos de Enfermagem, fatores relacionados ou de risco e características definidoras utilizados pelos enfermeiros nas enfermarias de Cardiologia e Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público de ensino do interior do Estado de São Paulo. Campinas (SP), Brasil, 2017.

Variáveis	n	%
DE - Risco de Infecção	14	82,35
FR - Exposição Aumentada a Patógenos	8	47,06
FR - Procedimentos Invasivos	13	76,47
DE - Deficit de Autocuidado para Banho	6	35,29
FR - Dor	3	17,65
CD - Incapacidade de Acessar o Banheiro	3	17,65
CD - Incapacidade de Lavar o Corpo	3	17,65
CD - Incapacidade de Secar o Corpo	3	17,65
DE - Ventilação Espontânea Prejudicada	4	23,53
FR - Fadiga Musculatura Acessória	3	17,65
CD - Saturação de O ₂ Diminuída	3	17,65
DE - Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas	3	17,65
FR - Presença de Via Aérea Artificial	2	11,76
FR - Secreções Retidas	2	11,76
CD - Dispneia	2	11,76
DE - Risco de Aspiração	4	23,53
FR - Alimentação por Sonda	3	17,65
FR - Presença de Sonda	2	11,76
DE - Risco de Integridade da Pele Prejudicada	7	41,18
FR - Extremos de idade	4	23,53
FR - Fatores Mecânicos	4	23,53
FR - Imobilização	6	35,29
DE - Integridade da Pele Prejudicada	7	41,18
FR - Extremos de idade	4	23,53
FR - Fatores Mecânicos	4	23,53
FR - Imobilização	6	35,29
CD - Invasão de Estruturas do Corpo	4	23,53
CD - Rompimento da Superfície da Pele	4	23,53
DE - Mobilidade Física Prejudicada	6	35,29
FR - Restrição Prescrita de Movimentos	4	23,53
CD - Restrição de Movimentos	5	29,41
DE - Nutrição Desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	3	17,65
FR - Capacidade Prejudicada de Ingerir	1	5,88
FR - Capacidade Prejudicada de Absorver	1	5,88
CD - Jejum	1	5,88
CD - Relato inadequado de ingestão	1	5,88
DE - Dor aguda	8	47,06
FR - Agentes lesivos	6	35,29
CD - Relato verbal de dor	8	47,06
DE - Débito Cardíaco Diminuído	6	35,29
FR - Alteração na contratilidade	4	23,53
CD - Cansaço	3	17,65
CD - Dispneia	3	17,65
DE - Risco de Sangramento	3	17,65
FR - Uso de anticoagulantes	2	11,76
DE - Risco de Perfusão Tissular Cardíaca Diminuída	4	23,53
FR - DM, HAS, Lesão Coronariana	2	11,76
FR - Baixa Fração Ejeção	2	11,76
DE - Risco de Quedas	8	47,06
FR - Fraqueza de MMII	3	17,65
FR - Idade maior que 65 anos	4	23,53

Descrevem-se, na tabela 2, os principais DE's/FR's/CD's utilizados nos pacientes.

Constata-se que, dos DE's mostrados, três aparecem exclusivamente na enfermaria de cuidado intensivo: ventilação espontânea prejudicada, desobstrução ineficaz de vias aéreas e nutrição desequilibrada - menos que as necessidades corporais; outros três apareceram na enfermaria: risco de

sangramento, risco de perfusão tissular cardíaca diminuída e risco de quedas.

Identificaram-se os DE's Risco de integridade da pele prejudicada e Integridade da pele prejudicada conjuntamente em cinco casos e separados em dois casos.

Informa-se que a concordância do DE, FR e CD com a evolução está apresentada na tabela 4 e a análise da evolução de Enfermagem, na tabela 5.

Tabela 3. Concordância dos DE's, FR's, CD's com a evolução nas enfermarias de Cardiologia e Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público de ensino do interior do Estado de São Paulo. Campinas (SP), Brasil, 2017.

Concordância DE, FR, CD com a evolução	UTI		ENFERMARIA	
	n	%	n	%
Condizente	119	33,52%	88	32,12%
Moderadamente Condizente	59	16,62%	90	32,85%
Não Condizente	177	49,86%	96	35,04%
Total	355	100,00%	274	100,00%

Tabela 4. Evolução dos DE's nas enfermarias de Cardiologia e Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público de ensino do interior do Estado de São Paulo. Campinas, 2017.

Evolução DE	UTI		ENFERMARIA	
	n	%	n	%
Inalterado	301	84,79%	249	90,88%
Início	17	4,79%	6	2,19%
Melhora	22	6,20%	18	6,57%
Piora	11	3,10%	0	0,00%
Resolvido	4	1,13%	1	0,36%
Total	355	100,00%	274	100,00%

Infere-se que, na enfermaria, o único DE melhorado ou resolvido foi o de dor aguda, enquanto que, na terapia intensiva, aparecem outros, incluindo a dor aguda. Viu-se na unidade de terapia intensiva, o diagnóstico mais avaliado como melhorado foi o de Dor Aguda (50%), como piorado foi Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais (36,36%) e como resolvido foram Ventilação espontânea prejudicada, Desobstrução ineficaz de vias aéreas, Mobilidade física prejudicada e Dor aguda (cada um com 25%).

Encontraram-se falhas em assinatura e carimbo em 52 das evoluções, além de a letra não estar totalmente legível.

DISCUSSÃO

Necessita-se de tratar e evoluir diariamente, seguindo-se as orientações de órgãos regulamentadores, os problemas críticos. Sinaliza-se o baixo número de evoluções não realizadas a preocupação dos enfermeiros na assistência dos pacientes e no cumprimento da resolução COFEN 358/2009.¹⁰

Obteve-se como resultados, em um estudo brasileiro, que 94,6 a 99,6% dos enfermeiros realizam o exame físico. No atual estudo, tem-se uma porcentagem semelhante na UTI (92,06%), entretanto, um dado diferente na enfermaria (60,00%). Difere-se o processo de trabalho do enfermeiro na enfermaria em fluxo e assistência e, dessa forma, o enfermeiro justifica sua distância do paciente. Descreveram-se as dificuldades em um estudo a respeito do PE mostram a falta de tempo e a falta de conhecimento teórico como

empecilhos para uma evolução de Enfermagem de qualidade.¹¹

Verificou-se que um item pouco identificado em ambos os locais foi o psicossocial demonstrando que os enfermeiros ainda se mantêm focados no biológico, subjugando outros aspectos importantes na assistência do paciente como um todo. Mostram-se em estudos que existe uma alta prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em cardiopatas, porém, verificou-se que os enfermeiros não se apropriam, diagnosticam e auxiliam no tratamento desses sintomas e se afastam tanto do paciente, como de sua família.¹² Identificou-se também a dificuldade da Enfermagem em ampliar os seus cuidados, incluindo as necessidades emocionais e espirituais do paciente.¹³

Presenciam-se os Diagnósticos de Enfermagem como insônia e ansiedade em outros estudos com cardiopatas, mas estes não foram encontrados nesta pesquisa, o que confirma o afastamento dos enfermeiros dessa temática.¹⁴

Complementa-se que o DE mais utilizado nas evoluções de Enfermagem (82,35%) foi o Risco de Infecção. Considera-se esse um diagnóstico inespecífico e que tem, comumente, como resultados e intervenções, rotinas do hospital como, por exemplo, a limpeza da unidade do paciente, a precaução e a desinfecção de conexões de dispositivos. Mostra-se tal a realização dos DE's como uma obrigação legal e não como um raciocínio crítico desenvolvido pelo enfermeiro.

Adverte-se que o segundo DE mais indicado foi o de Dor aguda, porém, observa-se que é descrito em menos da metade das evoluções

dissertativas. Mostra-se em 12,7% na UTI e 34,12% na enfermaria, o que cria uma lacuna entre o que o enfermeiro avalia por realização do raciocínio clínico efetivo e o que avalia uma vez que pertence ao *checklist*.

Questiona-se a utilização do *checklist* para a seleção dos DE's já que são, em sua maioria, DE's que permanecem inalterados por dias de evolução do quadro do paciente. Mostra-se com isso, novamente, que o raciocínio clínico para o acompanhamento do caso e dos cuidados está defasado ou que existe uma acomodação em relação aos DE's prontos.

Reforça-se esse ponto, uma vez que o único DE evoluído com melhorado ou resolvido na enfermaria foi o de dor aguda e na unidade intensiva os números confirmaram isso. Mostra-se, dessa forma, que, devido ao *checklist* de DE, o hospital apresenta a construção do DE completo, o que faz um contraponto a outros estudos que apontam apenas 5,2% dos DE's escritos de maneira completa.¹¹

Localizaram-se resultados mostrados também que os enfermeiros utilizam poucos dados objetivos, como os resultados de gasometria arterial, no DE Ventilação espontânea prejudicada, ou frequência cardíaca e respiratória, no DE Dor Aguda. Considera-se que o conhecimento da visão geral do paciente por meio de resultados de exames, a oxigenação e os parâmetros vitais são funções do enfermeiro e uma capacidade que ele deve desenvolver, porém, que se tem visto menos na prática.¹⁵

Ressalta-se que todos os DE's que foram apontados pelos enfermeiros estão presentes no *checklist* da enfermaria ou UTI. Afirma-se que os *checklists* são distintos e os DE's que aparecem em apenas um dos locais estão presentes em apenas um dos *checklists*. Questiona-se se o uso de *checklists*, por mais que represente uma ferramenta para o raciocínio clínico, não esteja limitando esse aspecto cognitivo.

Os DE's Risco de integridade da pele prejudicada e Integridade da pele prejudicada apareceram juntos em 71,43%, o que corresponde a cinco vezes. Isso aponta que tem sido frequente, na prática clínica do enfermeiro, a utilização de ambos os diagnósticos em um mesmo momento. Vê-se em suas definições, o diagnóstico de Integridade de pele prejudicada mostra a epiderme e/ou derme alterada e o de risco evidencia a vulnerabilidade à alteração na epiderme e/ou derme.³

Constata-se suas definições são distintas, porém, quase a totalidade dos fatores de risco

é transformada em fatores relacionados e a ação da equipe de enfermagem no diagnóstico de Integridade de pele prejudicada já abrange as ações de enfermagem que são realizadas no momento de risco. Mostram-se em estudos que as definições operacionais desses DE's e CD's/FR's precisam ser mais claras contribuindo na utilização dos mesmos com maior acurácia.¹⁶

Reflete-se a qualidade da assistência pela avaliação de registros de Enfermagem. Identificaram-se que 90,88% das evoluções dos DE na enfermaria e 84,79% na UTI se mantiveram inalteradas e, considerando que a evolução avalia os resultados alcançados, é questionável se esses foram realmente avaliados na evolução.^{11, 17}

Pode-se notar que os dados que o enfermeiro avalia no momento da sua evolução dissertativa não são os mesmos que avalia no DE. Vê-se que esses dois momentos deveriam fazer parte de um mesmo raciocínio, o que não se evidenciou na maior parte das evoluções consideradas não condizentes em ambos os locais: 49,86% na UTI e 35,04% na enfermaria.

Evidenciou-se, frente aos resultados, a necessidade de incremento no ensino do raciocínio clínico e no PE no processo de formação do enfermeiro e na educação continuada, em sua práxis clínica, para que a identificação da resposta humana que o paciente, família ou comunidade seja acurada e propicie um plano de cuidados mais adequado e de qualidade.¹⁸ Ressaltam-se que são necessárias novas pedagogias para envolver os alunos e cada vez mais práticas baseadas em evidências.²⁰⁻²

Faz-se imprescindível que os professores de enfermagem favoreçam o raciocínio clínico unificado com os estudantes mostrando a importância de dados que subsidiem a avaliação de FR's e CD's que pertençam à evolução de Enfermagem dissertativa.²¹⁻² Discute-se ainda a necessidade de estudos a respeito da evolução de Enfermagem considerando-se os avanços tecnológicos ocorridos no setor da saúde.²³

Limitou-se este estudo pelo tempo escasso para a coleta e a análise dos dados após a aprovação do comitê de ética e pela necessidade de focar em uma especialidade de cuidado, no caso, a Cardiologia. Incentivam-se novos estudos abrangentes para analisar o que tem sido explorado pelos enfermeiros na evolução de Enfermagem.

CONCLUSÃO

Considerou-se que a evolução de enfermagem é privativa do enfermeiro e tem sido realizada na prática quase que em sua totalidade. Consideram-se as evoluções de enfermagem não têm sido realizadas de maneira coerente com a escolha e a evolução do diagnóstico de Enfermagem e o plano de cuidados. Observam-se dificuldades em identificar os dados que norteiam a identificação dos componentes do enunciado do DE. Infere-se que os *checklists* exercem um papel contrário, a depender da condução dos cuidados, pois ora limitam o raciocínio clínico do enfermeiro, ora o favorecem, devendo ser repensados em algumas realidades.

Recomenda-se que a evolução dos DE's precisa ser algo realmente utilizado e não apenas o cumprimento da legislação. Manter o diagnóstico inalterado, do início ao fim da internação, questiona a qualidade dos cuidados prestados.

Adverte-se que os enfermeiros devem se apropriar do processo cognitivo de identificação dos DE's utilizando-os, em sua prática, para proporcionar uma assistência de qualidade, além de melhorar os registros. Devem-se novas pesquisas ser realizadas para compartilhar experiências que, com sucesso, têm utilizado e ensinado a realização de evoluções de Enfermagem realmente inseridas no processo.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 358/2009: dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem - SAE nas instituições de saúde brasileiras [Internet]. Brasília: COFEN; 2009 [cited 2016 Apr 19]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
2. Gomes FMT, Nishio AE, Maria DI. Evaluation of the nursing records in the medical records of patients hospitalized in an internal medicine unit. Acta Paul Enferm. 2012;25(2):163-70. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000200002>
3. NANDA Internacional. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação - 2015-2017. Porto Alegre: Artmed; 2015.
4. Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH. Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE): evolução e tendências. 5th Ed. São Paulo: Ícone; 2012.

5. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 311/2007: Código de Ética [Internet]. Brasília: COFEN; 2007 [cited 2016 Apr 16]. Available from: <http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>
6. Nunciaroni AT, Gallani MCBJ, Agondi RF, Rodrigues RCM, Castro LT. Characterization of nursing diagnoses of patients in a cardiology unit. Rev Gaúcha Enferm. 2012 Mar;33(1):32-41. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000100005>
7. Mororó DDS, Enders BC, Lira ALBC, Silva CMB, Menezes RMP. Concept analysis of nursing care management in the hospital context. Acta paul enferm. 2017 May; 30(3):323-32. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700043>.
8. Nishio EA, Franco MTG, Betta CA. Modelo de gestão em enfermagem: qualidade assistencial e segurança do paciente. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.
9. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilizações. 7th ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
10. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2016 Apr 17]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
11. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Processo de enfermagem: guia para a prática. São Paulo: COREN-SP; 2015.
12. Setz VG, D'Innocenzo M. Evaluation of the quality of nursing documentation through the review of patient medical records. Acta paul enferm. 2009 June;22(3):313-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000300012>
13. Gorayeb R, Facchini GB, Schmidt A. Psychosocial Characterization of Patients in a Cardiac Ward. Rev Bras Cardiol [Internet]. 2012 May/June [cited 2017 June 08];25(3):218-25. Available from: www.onlineijcs.com/exportar-pdf/167/v25n03a07.pdf
14. Freitas JS, Silva AEBC, Minamisava R, Bezerra ALQ, Sousa MRG. Quality of nursing care and satisfaction of patients attended at a teaching hospital. Rev Latino-Am Enfermagem. 2014 June; 22(3):454-60. Doi: 10.1590/0104-1169.3241.2437.
15. Galdeano LE, Rossi LA, Pezzuto TM. Nursing diagnosis of patients in the

- preoperative period of cardiac surgery. Rev esc enferm USP. 2004 Sept; 38(3):307-16. Doi: [10.1590/S0080-62342004000300009](https://doi.org/10.1590/S0080-62342004000300009)
16. Rolim LR, Melo EM, Frota NM, Almeida NG, Barbosa IV, Caetano JA. Knowledge of the intensive care unit nursing professional about arterial gasometry. J Nurs UFPE on line. 2013 Mar;7(1):713-21. Doi: [10.5205/reuol.3161-26181-6-LE.0703201310](https://doi.org/10.5205/reuol.3161-26181-6-LE.0703201310)
17. Ribeiro MAS, Lages JSS, Lopes MHBM. Nursing diagnoses related to skin: operational definitions. Rev Latino-Am Enfermagem. 2012 Oct; 20(5):863-72. Doi: [10.1590/S0104-11692012000500007](https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000500007)
18. Conselho Federal de Enfermagem. Guia de recomendações para registro no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem [Internet]. Brasília: COFEN; 2016 [cited 2016 Dec 21] Available from: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf>
19. Larue C, Dubois S, Girard F, Goudreau J, Dumont K. Le développement continu des compétences de raisonnement clinique et de leadership: facteurs personnels et facteurs organisationnels. Recherche en soins infirmiers. 2013;112(1):76-87. Doi:10.3917/rsi.112.0076.
20. Sin MK, Bliquez R. Teaching evidence based practice to undergraduate nursing students. J Prof Nurs. 2017;33(6):447-51. Doi: [10.1016/j.profnurs.2017.06.003](https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2017.06.003).
21. Dawson T, Comer L, Kossick MA, Neubrandner J. Can script concordance testing be used in nursing education to accurately assess clinical reasoning skills? J Nurs Educ. 2014;53(5):281-6. Doi: [10.3928/01484834-20140321-03](https://doi.org/10.3928/01484834-20140321-03).
22. Draganov PB, Sanna MC. Assessment of nursing teachers' abilities to facilitate adult learning. Cogitare Enferm. 2015;20(3):556-64. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i3.41104>
23. Lima OSL, Lima ARA. Realização da evolução de enfermagem em âmbito hospitalar: uma revisão sistemática. J Nurs Health. 2017;7(2): e177302. Doi: [HTTP://DX.DOI.ORG/10.15210/JONAH.V7I3.9076](http://dx.doi.org/10.15210/JONAH.V7I3.9076)

Submissão: 30/05/2018

Aceito: 13/09/2018

Publicado: 01/11/2018

Correspondência

Leticia Bottcher Dias
Rua Cezar Tomiatto, 92a
Parque das Hortências
CEP: 13105-636 – Campinas (SP), Brasil