

CURSO CONSULTA DE ENFERMAGEM
MÓDULO 2

UNIDADE 5. AVALIAÇÃO

Unidade 5 - Avaliação

Objetivo da unidade: instrumentalizar o enfermeiro para que ele consiga verificar a efetividade das ações planejadas e implementadas aos usuários e possa reconhecer a necessidade da realização dessa etapa simultaneamente ao andamento das atividades planejadas, possibilitando a mudança de estratégias de intervenção se houver necessidade.

Até o momento, vimos que a consulta de enfermagem é um tipo de atendimento que pressupõe a atuação independente e direta do enfermeiro com o paciente e que favorece a formação do vínculo entre profissional e usuário. Além disso, permite que o enfermeiro faça uma avaliação e planeje a melhor forma de estar atuando no problema em conjunto com esse paciente e com a equipe, especialmente na Atenção Básica/ Atenção Primária à Saúde.

Reafirmando que a consulta de enfermagem é uma atividade específica do enfermeiro, conforme decreto Lei n.º 94.406, de junho de 1987, que regulamenta a Lei n.º 7.498/86, é assim utilizada na maioria das atividades de promoção da saúde. Nesta unidade, especificamente, falaremos da avaliação da assistência de enfermagem que é descrita na literatura como a etapa final do processo de sistematização da assistência.

Para chegarmos até a fase de avaliação, antes, obrigatoriamente, devemos ter realizado o planejamento da atividade com estratégias criadas para reforçar reações saudáveis do paciente ou para prevenir, minimizar ou corrigir reações não-saudáveis e que foram identificadas no diagnóstico de enfermagem ou problemas colaborativos (CARPENITO-MOYET, 2008). Esta fase inicia-se após a formulação dos diagnósticos e finda-se com o registro do plano de cuidados. Para a etapa de implementação, deve-se colocar em prática as ações pensadas na fase do planejamento e, após, realizar a fase da avaliação ou evolução dos cuidados de enfermagem.

Na fase de avaliação observam-se as consequências da intervenção, levando em consideração os resultados esperados versus os obtidos. Envolve o que aconteceu em todas as demais etapas. Pela evolução, o profissional deve avaliar cada diagnóstico elencado e, após análise, irá decidir pela manutenção, mudança de conduta ou alta dos cuidados prescritos, retomando o ciclo do processo de enfermagem.

A avaliação na enfermagem é um julgamento, ou opinião, realizado sobre dados previamente elencados, e estes podem constituir uma inferência (julgamento) sobre uma indicação (ARGENTA, 2011). Para avaliar dados, os enfermeiros devem conhecer os parâmetros da normalidade e quais são os dados atuais (CARPENITO-MOYET, 2008). A avaliação talvez seja a etapa mais difícil no processo de enfermagem (CARPENITO-MOYET, 2008). Tem amparo na Resolução COFEN n.º 311/2007, que reformulou o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, na qual não há referência à SAE, porém, inclui vários artigos em que constam exigências referentes aos registros de enfermagem, cujas determinações só são

possíveis com a prática da sistematização. Um exemplo disso está no dever do Art. 25: “Registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

Segundo Le-Fevre (2010), quando se refere a uma avaliação voltada a um plano individualizado de cuidados, devemos estar atentos aos seguintes tópicos: determinar a obtenção do resultado; identificar as variáveis que afetam a obtenção do resultado; e decidir sobre a manutenção do plano ou modificação.

Isso quer dizer que na prática assistencial devemos observar o que foi planejado na consulta anterior e que deve estar descrito no prontuário, verificar junto ao paciente se o resultado do plano foi alcançado e, se não, o motivo de tal resultado. O novo plano deve ser combinado, preferencialmente, junto com o paciente, pois dessa forma a chance de sucesso será maior. Após análise, verificar se é necessário realizar alguma alteração do plano ou mantê-lo, seguindo o registro dele no prontuário.

Outros autores, como Tannure e Gonçalves (2008), descrevem que a quinta etapa consiste na evolução clínica do paciente e que a enfermagem possui total autonomia para rever planos de cuidado e propor medidas corretivas frente a algum problema identificado.

Apesar de ser a última etapa, esta pode não ser o término do processo, visto que o mesmo pode ser reavaliado, retornando ao início sempre que necessário (STANTON; PAUL; REVES, 2008). Trata-se de um processo dinâmico e contínuo.

Estudos referentes à melhoria da qualidade na prática em saúde estão sendo discutidos e Le-Fevre (2010) considera nesse processo a existência de três tipos de avaliação:

- Avaliação de resultados: refere-se aos resultados do atendimento e se os objetivos foram alcançados;
- Avaliação do processo: maneira pela qual o cuidado foi prestado e se as intervenções realizadas foram as mais adequadas;
- Avaliação da estrutura: leva em conta o ambiente onde o cuidado foi prestado, considerando além das condições de trabalho, os recursos humanos.

A avaliação pode ser realizada separadamente, levando em conta cada tipo específico, ou de maneira global, caso em que irá considerar os três tipos citados, o que se espera para a melhor qualidade da assistência.

Como realizar esse raciocínio crítico? Não é uma tarefa fácil, pois muitas vezes nos frustramos com resultados negativos ou fora do planejado. Porém, é importante, pois somente conseguiremos realizar qualquer tipo de mudança se começarmos a questionar e refletir sobre a prática

assistencial que estamos desenvolvendo. Não devemos achar culpados. Devemos fazer um exercício crítico e reflexivo diário durante a assistência, com o objetivo de identificar se realmente estamos alcançando resultados positivos sobre aquilo que planejamos aos nossos pacientes. Se não, onde estamos falhando e o que pode ser melhorado?

Ainda podemos questionar quais elementos podem atrapalhar esse processo de avaliação!

Estudo realizado por Silva et al (2012) com pacientes em tratamento por lesões cutâneas identifica a realização de registros incompletos sobre os cuidados com as mesmas. Além de caracterizar falta de compromisso e omissão de cuidado por parte da equipe de enfermagem, a ausência do registro interfere no tratamento das lesões. A continuidade dos registros de maneira completa sobre as condutas tomadas é necessária para avaliar a evolução diária das características. Além disso, essas informações possibilitam a decisão de manter o cuidado ou a necessidade de substituí-lo (SILVA et al, 2012). Logo, este estudo descreve um elemento que pode atrapalhar no processo, que é a ausência de registros, além de evidenciar a importância do registro e da avaliação deles para manutenção ou alteração da conduta terapêutica.

Outro estudo realizado por Neves e Shimizu (2010) em nível hospitalar demonstra que os enfermeiros valorizam e observam mais frequentemente as alterações da percepção/ orientação/ atenção, estado geral, nutrição, intercorrências/ condutas, queixas do cliente, regulação térmica/ oxigenação/ circulação, exame físico do abdômen, atividade física/ percepção sensorial, hidratação/ restrição hídrica e genitália. Ainda, os resultados da evolução de enfermagem padronizada também revelam maior preocupação dos enfermeiros com relação à avaliação dos dados relativos às necessidades biológicas, valorizando o registro dos dados de forma geral, sem aprofundar na avaliação individualizada e detalhada do cliente, desconsiderando outras dimensões do cuidado, como as necessidades psicossociais por exemplo (NEVES; SHIMIZU, 2010).

A finalidade da anotação de enfermagem é, essencialmente, fornecer informações a respeito da assistência prestada, de modo a assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde e garantir a continuidade das informações nas 24 horas, o que é indispensável para a compreensão do paciente de modo global. Ainda, as anotações são importantes por fornecerem subsídios e dados para o planejamento, reavaliação e revisão da assistência. Desta forma, é possível afirmar que a ausência das anotações no formulário de prescrição de enfermagem não permite a avaliação da assistência implementada e nem o acompanhamento da evolução, bem como o alcance de resultados para o restabelecimento da saúde do cliente (NEVES; SHIMIZU, 2010).

O estudo de Neves e Shimizu (2010) apresentou semelhança com o estudo de Silva quanto aos registros encontrados, em que os resultados do estudo demonstram que, apesar da existência dos diversos formulários que têm como finalidade facilitar a implementação da SAE, constatou-se dificuldade dos enfermeiros para sua operacionalização. Embora todas as etapas da SAE, histórico, diagnóstico, prescrição, evolução e anotação

de enfermagem, sejam realizadas, verificou-se que ocorre o preenchimento, com maior frequência, da prescrição, seguida do histórico e, com menor frequência, da evolução e diagnóstico de enfermagem.

Esse exemplo traz apenas um único elemento que dificulta a avaliação do processo, porém existem muitos outros. O enfermeiro precisa estar sensível na identificação de outras variáveis/fatores que possam influenciar na obtenção dos resultados esperados e, para tanto, exige um envolvimento do profissional e uma investigação junto a familiares, indivíduo, prontuário e informações prévias, como estratégias utilizadas (LE-FEVRE, 2010).

Considerando que o processo de avaliação é o relato das mudanças sucessivas que ocorrem com o usuário enquanto está sob a assistência profissional, enfatiza-se a importância de realizar a avaliação concomitante com a aplicação da intervenção, facilitando a mudança de estratégia se necessário. A avaliação irá determinar se os resultados foram atingidos, se as intervenções foram efetivas e se são necessárias modificações.

Um exemplo de como isso ocorre na prática? Você enfermeiro orienta a paciente M.A., diabética, durante a consulta de enfermagem sobre a importância da alimentação adequada, evitando açúcar, frituras, bebidas alcoólicas, chocolate, doces, tortas, massas, refrigerantes, sorvetes cremosos, carnes gordurosas. Além da orientação, você fornece a ela uma listagem dos alimentos que deve consumir para controlar a glicemia, esclarece dúvidas, deixa todas as orientações registradas e acredita que a paciente fará tudo da maneira como você indicou. Além disso, convida-a para participar do grupo de diabéticos, porém ela não comparece. Passando-se duas semanas você, resolve fazer uma visita domiciliar à casa da usuária e verifica que ela não está seguindo nenhuma das recomendações que você forneceu durante a consulta. Inclusive o esposo afirma que não tinha conhecimento das restrições alimentares que M.A. possui. Nesse momento você já fará uma avaliação a respeito do seu plano de ações, concluindo de antemão que o mesmo não foi efetivo. O que fazer? Você buscará traçar novas estratégias juntamente com a usuária e agora envolvendo o esposo, buscando melhorar a qualidade de vida e ajustar a questão alimentar. Além disso, tentará fazer o resgate de M.A. para participar do grupo de diabéticos da unidade. Este exemplo demonstra o quão válida é a presença dos profissionais após a implementação da atividade e fase da avaliação. Ainda, reforça-se a importância do enfermeiro em retomar essa etapa continuamente durante o processo, a fim de que, se necessário, a intervenção já ocorra antes de uma piora do estado de saúde do usuário.

Frente a essa realidade, um dos caminhos para a implementação eficaz é o compromisso e a responsabilização do enfermeiro em realizar efetivamente as etapas do processo de enfermagem. Além disso, deve haver estímulo para que o processo de enfermagem seja realizado de forma efetiva, pois ele constitui atividade exclusiva do enfermeiro (na fase do diagnóstico de enfermagem e na elaboração da prescrição de enfermagem) e garante um cuidado sistematizado que resulta em segurança e otimização dos resultados das ações realizadas com o paciente (MOREIRA et al, 2012).



Palavra do Professor:

Vamos visualizar esta fase de avaliação do cuidado de enfermagem em um exemplo prático? Reporte-se à sua realidade e faça esse exercício prático. Escolha um paciente, aplique as quatro fases do processo de enfermagem e depois tente realizar o exercício da avaliação, tentando identificar o que obteve de positivo e se é necessário realizar algum tipo de intervenção ou mudança no plano. Ainda, identifique quais tipos de elementos podem interferir nesse processo. Lembre-se de que em saúde coletiva a avaliação do plano de cuidados é agendada no tempo em que você, enfermeiro e seu paciente/família pactuaram na fase do planejamento, quando definiram os resultados esperados. Nesta etapa a revisão prevê exclusões e inclusões.

Para promover melhorias na qualidade da assistência de enfermagem, tem-se percebido uma necessidade de revisar e inovar a prática e o papel do enfermeiro na Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde (EVANGELISTA; OLIVEIRA, 2010). A busca dessa qualidade no atendimento pode possibilitar maior satisfação do usuário, assim como valorização e reconhecimento para o profissional enfermeiro, que está por trás de muitas tarefas, mas nem sempre recebe o devido reconhecimento. Para melhorar a qualidade e precisão da assistência de enfermagem, o Processo de Enfermagem tem sido o método de trabalho implementado para orientar a prática profissional, tornando-se uma questão deontológica para a enfermagem (FUFY; LEITE; LIMA, 2008).

Com a finalização da última unidade, esperamos que você consiga compreender como realizar e aplicar a etapa da avaliação do processo de enfermagem e que considere essa etapa uma ferramenta importante na sua assistência de enfermagem diária, potencializando assim a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

