



Enfermagem

ISSN 2177-4285

REVISTA OFICIAL DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

em Foco



MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

UM NOVO MOMENTO PARA A PROFISSÃO



submissão online

Conselho até 10/2019

Diretor-Presidente/President Director:
Manoel Carlos Neri da Silva - Conselho Federal de Enfermagem

Editor-chefe/Chief Editor:
Joel Rolim Mancia - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, UNISINOS, RS

Editores Associados/Associated Editors

Isabel Cristina Kowal Olm Cunha - Universidade Federal de São Paulo, SP
Valéria Lerch Lunardi - Universidade Federal do Rio Grande, RS
Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto - Universidade Estadual Vale do Acaraú, CE
Carlos Leandro Figueiredo Cunha - Universidade Federal do Pará, PA

Conselho a partir de 10/2019

Diretor-Presidente/President Director:
Manoel Carlos Neri da Silva - Conselho Federal de Enfermagem

Editor-Chefe/Chief Editor:
Dra. Isabel Cristina Kowal Olm Cunha - Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

Editores Associados/Associated Editors

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto - Editor Associado - UVA
Carlos Leonardo Figueiredo Cunha - Editor Associado- UFPA
Luciano Garcia Lourenção- Editor Associado - FURG
José Luis Guedes dos Santos - Editor Associado - UFSC
Neyson Pinheiro Freire - Editor de Divulgação e Comunicação - COFEN

Conselho editorial/Editorial Board

Alacoque Lorenzini Erdmann - Universidade Federal de Santa Catarina, BR
Anadergh Barbosa Branco - Universidade de Brasília, BR
Andrea Gomes Linard - Universidade Federal do Maranhão, BR
Claudia Bartz - Universidade de Wisconsin, EUA
Denise Gastaldo - Universidade de Toronto, CA
Denize Boutellet Munari - Universidade Federal de Goiás, BR
Dorisdaia Carvalho de Humerez - Universidade Federal de São Paulo, BR
Edilene Curvelo Hora - Universidade Federal de Sergipe, BR
Ednaldo Cavalcante de Araújo - Universidade Federal de Pernambuco, BR
Elizabeth Esperidião Cardozo - Universidade Federal de Goiás, BR
Elizabeth Teixeira - Universidade do Estado do Pará, BR
Flávia Regina Souza Ramos - Universidade Federal de Santa Catarina, BR
Isabel Cristina Kowal Olm Cunha - Universidade Federal de São Paulo, BR
Josicelia Dumêr Fernandes - Universidade Federal da Bahia, BR
Joyce E. Thompson - STTHAU, EUA
Lorita Marlena Freitag Pagliuca - Universidade Federal do Ceará, BR

Madalena Alonso - Universidad de Monterrey, MX
Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza - Universidade Federal de Alagoas, BR
Maria Mirian Lima da Nóbrega - Universidade Federal da Paraíba, BR
Maria Tereza Casbas - Estituto de Salud Carlos III, ESP
Mirian Santos Paiva - Universidade Federal da Bahia, BR
Orlene Veloso Dias - Universidade Estadual de Montes Claros, MG
Paulete Ambrósio Maciel - Universidade Federal do Espírito Santo, BR
Raimunda Medeiros Germano - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, BR
Regina Maria dos Santos - Universidade Federal de Alagoas, BR
Sandra Valenzuela Suazo - Universidad de Concepción, CL
Shaké Ketefian - University of Michigan, EUA
Silvana Santiago da Rocha - Universidade Federal do Piauí, BR
Silvina Malvarez - Opas
Taka Oguisso - Universidade de São Paulo, BR
Telma Ribeiro Garcia - Universidade Federal da Paraíba, BR
Wilma Suely Batista Pereira - Universidade Federal de Rondônia, BR

Plenário Cofen - 2018-2021 • Diretoria/Board of Directors

Presidente - Manoel Carlos Neri da Silva
Vice-presidente - Nádia Mattos Ramalho
Primeiro-secretário - Lauro Cesar de Moraes
Segundo-secretário - Antônio Marcos Freire Gomes
Primeiro-tesoureiro - Gilney Guerra de Medeiros
Segundo-tesoureiro - Antônio José Coutinho de Jesus

Conselheiros Efetivos: Gilvan Brochini - Luiciano da Silva - Maria Luísa de Castro Almeida
Conselheiros Suplentes: Heloisa Elena Oliveira da Silva - José Adailton Cruz Pereira - Márcia Anésia Coelho Marques dos Santos - Osvaldo Albuquerque Souza Filho - Ronaldo Miguel Beserra - Rosângela Gomes Schneider - Valdelize Elvas Pinheiro - Waldenira Santos Fonseca - Wilton José Patrício

Missão e objetivos

A missão da revista *Enfermagem em Foco* é contribuir para o fortalecimento e desenvolvimento da profissão, em especial no que diz respeito aos objetivos do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, de normatizar e fiscalizar o exercício profissional. Tem como objetivos: propiciar o consumo crítico da produção científica, disponibilizando aos profissionais de enfermagem e à comunidade científica, nacional e internacional, conhecimentos atualizados, fomentando o debate e o intercâmbio acerca da enfermagem como trabalho social, disciplina do conhecimento científico e profissão do cuidado humano.

Declaração de direitos

O Cofen e os editores não são responsáveis por consequências advindas do uso de informação contida na revista. A opinião expressa pelos autores não corresponde necessariamente à posição do Cofen. Os artigos são propriedade da revista e sua reprodução é permitida somente com autorização dos editores e citação da fonte original.

Informações sobre assinaturas e distribuição

A revista, de publicação bimestral, tem distribuição gratuita e dirigida, assim como livre, no site www.portalcofen.gov.br.

Números anteriores

Os números anteriores podem ser acessados no site da revista.

Propriedade e direitos

Todos os artigos, desenhos e fotografias estão sob a proteção do Código de Direitos de Autor e não podem ser total nem parcialmente reproduzidos sem a permissão prévia, por escrito, dos editores da revista. A *Enfermagem em Foco* envidará todos os esforços para que o material mantenha total fidelidade ao original.

Data de impressão: Fevereiro de 2020.

Fontes de indexação

Latindex: Índice Latinoamericano de Publicações Científicas Seriadadas
CUIDEN, CINAHL, BDNF, EBSCO e LILACS
Título abreviado: Enferm. Foco

Klimt Agência de Publicidade LTDA.

Edifício Barão do Rio Branco, Lotes 495, 505 e 515, Salas 323/324, SIG, Brasília-DF - CEP 70610-410 - Tel: 61-3034-4883 - Site: www.klimtpublicidade.com
Diretor Geral: Rafael Frota • Supervisor Geral: Renato Blanco • Projeto Gráfico: Daniel Ferreira • Design gráfico: David Clarck

Afiliada à

610.73 *Enfermagem em Foco* [publicação do]
E46 Conselho Federal de Enfermagem. - Vol. 1, n.1
(maio. 2010) -
Brasília: Cofen, 2010 -
- V.
Trimestral
1. *Enfermagem* - Periódicos. I. Conselho Federal de Enfermagem.



05

EDITORIAL - MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM - UM NOVO MOMENTO PARA A PROFISSÃO NO BRASIL

Manoel Carlos Neri da Silva

06

ARTIGO DESTAQUE 1 - MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM ACORDO DE COOPERAÇÃO CAPES/COFEN: PROJETO INOVADOR E TRANSFORMADOR

Manoel Carlos Neri da Silva, Mirna Albuquerque Frota, Leocarlos Cartaxo Moreira, Isabel Amélia Costa Mendes, David Lopes Neto, Neyson Pinheiro Freire e Valéria Lerch Lunardi

12

ARTIGO DESTAQUE 2 -PARCERIA CAPES/COFEN: APOIO A PROGRAMAS DE MESTRADO PROFISSIONAL

Diego Borges de Carvalho, Maxwell Santana Fonseca, Cristiane de Oliveira Barreto

16

1. DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES E RESULTADOS DE ENFERMAGEM PARA SUBSIDIAR A CONSULTA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA

Ingrid Pujol Hanzen, Silvana Dos Santos Zanotelli, Elisangela Argenta Zanaua

22

2. APLICATIVO MÓVEL DE PROCESSAMENTO DE IMAGENS DIGITAIS PARA CLASSIFICAÇÃO AUTOMÁTICA DE TECIDOS DE LESÕES POR PRESSÃO

Huara Paiva Castelo Branco, Levy Aniceto Santana, Rinaldo de Souza Neves, Renato Veiga Guadagnin

28

3. INSTRUMENTO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS PARA CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA ONCOLÓGICA

Amanda Danielle Resende Silva e Sousa, Liliane Faria da Silva, Ana Carla Dantas Cavalcanti, Fernanda Garcia Bezerra Góes, Juliana Rezende Montenegro Medeiros Moraes

35

4. CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM HISTÓRICO DE ENFERMAGEM PARA CONSULTA PRÉ-NATAL

Daniel Soares Tavares, Martha Souza, Claudia Zamberlan, Silvia Matumoto, Claudete Moreschi, Aline Medianeira Gomes Correa

43

5. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA: AVALIANDO OS PROCESSOS DE TRABALHO NO TRANSOPERATÓRIO

Marielli Trevisan Jost, Aline Branco, Karin Viegas, Rita Catalina Aquino Caregnato

50

6. ANÁLISE CRÍTICA DO POTENCIAL DE UTILIZAÇÃO DAS NOMENCLATURAS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Anna Luiza de Fatima Pinho Lins Gryscek, Lislaine Aparecida Fracolli, Maria Clara Padoveze, Selônia Patrícia Oliveira Sousa Caballero, Milene Aparecida Aguiar Vilas Boas

57

7. A INSPEÇÃO NA AVALIAÇÃO CLÍNICA DIÁRIA DO ENFERMEIRO: PRODUÇÃO DE UMA TECNOLOGIA EDUCACIONAL

Leticia Pontes, Mitzzy Tannia Reichembach, Bruna Morelli Bottega, Mariá Comparin Machado, Jessica de Fátima Gomes Pereira, Fabíola do Nascimento Moreira

63

8. OCORRÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SÍNDROME DE TERMINALIDADE EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

Antônia Rios Almeida, Rosimere Ferreira Santana, Dayana Medeiros do Amaral Passarellas, Daniel Espírito Santo

70

9. ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA DE PACIENTES APÓS TRANSPLANTE PULMONAR

Susana Beatriz de Souza Pena, Ana Carine Goersch Silva, Isakelly de Oliveira Ramos, Aglauvanir Soares Barbosa, Rita Mônica Borges Studart

- 76** **10. CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE PASSAGEM DE PLANTÃO**
Tânia Roberta Limeira Felipe, Wilza Carla Spiri
- 83** **11. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À LESÃO POR PRESSÃO**
Fabiana Resplande de Paula da Costa, Maria Liz Cunha de Oliveira
- 90** **12. CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA NA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS**
Ângela Beatriz de Castro Lima, Bruno Henrique Fiorin, Walckiria Garcia Romero, Andressa Bolsoni Lopes, Lorena Barros Furieri¹, Eliane de Fátima Almeida Lima, Mirian Flores
- 96** **13. AÇÕES COORDENADAS PARA IMPLANTAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM COMPLEXO HOSPITALAR**
Graciele Fernanda da Costa Linch, Adriana Aparecida Paz, Rita Catalina Aquino Caregnato, Aline Moraes de Abreu, Emiliane Nogueira de Souza
- 103** **14. SISTEMA INFORMATIZADO À DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM: UMA CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO NA ONCOLOGIA**
Gisele Martins Miranda, Luciana Martins da Rosa, Kátia Cilene Godinho Bertoncello, Nen Nalú Alves das Mercês, Lúcia Nazareth Amante, Ana Graziela Alvare
- 109** **15. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLO DE BANHO NO LEITO PARA PACIENTES ADULTOS CRÍTICOS**
Glênio Portilho Stadler, Valéria Lerch Lunardi, Sandra Maria Cezar Leal, Joel Rolim Mancia, Paulo Renato Vieira Alves, Karin Viegas
- 115** **16. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE EXTUBAÇÃO NÃO PROGRAMADA EM RECÉM-NASCIDOS: BUNDLE DE BOAS PRÁTICAS**
Mayara Mesquita Mororó Pinto, Nádia Rodrigues de Sousa, Tayná Souza Ventura Maranhão, Karla Maria Carneiro Rolim, Fernanda Jorge Magalhães, Suzane Passos de Vasconcelos, Mirna de Albuquerque Frota, Henriqueta Ilda Martins Verganista Fernandes
- 121** **17. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E CLÍNICA AMPLIADA: DESAFIOS PARA O ENSINO DE SAÚDE MENTAL**
Cláudia Mara Tavares¹, Lucas Marvilla Mesquita
- 127** **18. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA-CLÍNICA E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA ENFERMARIA PEDIÁTRICA**
Suelen Reiniack, Jamile Pascoal Franco Gonçalves, Alexandre Sousa da Silva, Teresa Tonini
- 135** **19. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA: REVISÃO INTEGRATIVA**
Marina Prearo, Cassiana Mendes Bertoncello Fontes
- 141** **20. O MÉTODO PARA CONSTRUÇÃO DE APLICATIVO-GUIA NO MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**
Vanda Aparecida Tolari, Márcia Helena de Souza Freire
- 147** **ORIENTAÇÃO AOS AUTORES**

MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM - UM NOVO MOMENTO PARA A PROFISSÃO NO BRASIL



Manoel Carlos Neri da Silva
Presidente do Cofen

O Programa de pós-graduação em Enfermagem (Profen), idealizado e financiado pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), chegou para impulsionar e mudar a formação de Enfermeiros mestres para o desenvolvimento da Ciência e da profissão de Enfermagem no Brasil. Em parceria com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes/MEC), o programa foi lançado em 2016, abrindo uma nova perspectiva de qualificação profissional para enfermeiros. O programa contribui para implementação, de forma mais eficaz e efetiva, da Sistematização da Assistência de Enfermagem e do Processo de Enfermagem na Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

Conseguimos colocar em prática o maior programa de mestrado profissional do país, uma gigantesca e arrojada estratégia do Cofen. Em parceria com a Capes, lançamos editais para fomento dos mestrados profissionais, ampliando chances de crescimento para enfermeiros devidamente inseridos em seus contextos de trabalho e contribuindo para disparar processos de transformação em suas práticas no SUS.

Observando o descompasso entre a mão-de-obra qualificada já existente e as necessidades da Saúde Coletiva, o Cofen decidiu apoiar os programas de pós-graduação com financiamento de custeio para a oferta de Mestrado Profissional em Enfermagem que em 5 anos serão investidos 13 milhões de reais. O objetivo não foi somente de atender parte da demanda reprimida por qualificação dos enfermeiros assistenciais, mas, sobretudo, contribuir para a transformação da assistência em Enfermagem. Como órgão que tem a finalidade de zelar pelo bom exercício profissional, foi uma honra gerir um projeto de tal magnitude e com impacto real no quantitativo de profissionais enfermeiros a serem titulados, entregando à sociedade cerca de 500 profissionais com mestrado em cinco anos.

A iniciativa consolidou-se em um projeto amplo que busca otimizar a assistência da enfermagem à população brasileira nos serviços de saúde. No primeiro edital, viabilizamos 140 vagas em 16 programas de mestrado profissional, com amplo impacto na prática da Enfermagem. Os primeiros resultados já começaram a ser vistos em diversos projetos desenvolvidos Brasil a fora, não deixando dúvidas de que essa é uma nova etapa que se inicia para a valorização da Enfermagem brasileira. Do total de profissionais selecionados no primeiro edital, muitos já defenderam suas dissertações no programa, e as dissertações apresentadas motivaram a produção desse número especial da Revista Enfermagem em Foco, trazendo as pesquisas inéditas, realizadas pelos discentes do programa.

No mês de novembro de 2019 foi lançado o segundo edital que ofertará mais 180 vagas e uma nova linha de pesquisa. O Cofen aprovou a inserção da modalidade de mestrado com oferta de vagas "fora de sede" e ampliação das linhas de pesquisa, inserindo a área Gestão de Enfermagem no escopo do Acordo de Cooperação Técnica firmado entre Cofen e Capes. Esta mudança é uma resposta às dificuldades dos enfermeiros da rede de atenção à saúde nas regiões prioritárias de se qualificarem em nível de Mestrado, dada a inexistência ou insuficiência dessa modalidade de formação nos seus estados, associada às questões geográficas, tanto da grande distância de centros com maior disponibilidade de vagas, quanto da dificuldade de arcar com os elevados custos pessoais e sociais envolvidos no deslocamento até as regiões que concentram as pós-graduações stricto sensu em Enfermagem.

Sem dúvida, cursar um mestrado profissional em universidades renomadas, que capacitam os enfermeiros com a melhor instrumentalização teórica, tecnológica e científica, representa uma significativa valorização dos profissionais.

Neste número foram selecionados vinte artigos oriundos de pesquisas desenvolvidas nestes Programas voltados à Sistematização da Assistência de Enfermagem em diferentes aspectos. Espera-se que estes possam, além de divulgar esta produção, servir de incentivo aos enfermeiros do país e contribuir para um cuidado de qualidade.

Agradeço aos autores que produziram para esta publicação, manuscritos inéditos e de grande qualidade e aos editores da Revista Enfermagem em Foco por tornar essa publicação uma realidade e, ainda a dedico a todos os profissionais de Enfermagem do Brasil

MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM ACORDO DE COOPERAÇÃO CAPES/COFEN: PROJETO INOVADOR E TRANSFORMADOR

Manoel Carlos Neri da Silva¹, Mirna Albuquerque Frota¹, Leocarlos Cartaxo Moreira¹, Isabel Amélia Costa Mendes¹, David Lopes Neto¹, Neyson Pinheiro Freire¹ e Valéria Lerch Lunardi¹

Objetivo: discorrer sobre a evolução do processo de idealização, construção e implementação do projeto de Mestrado Profissional em Enfermagem do Conselho Federal de Enfermagem, estabelecido no Acordo de Cooperação Capes/Cofen. **Metodologia:** estudo documental fundamentado em dados coletados em arquivos, especialmente, ofícios, processos, documentos, atas e relatórios gerados pela Comissão de Pós-Graduação Stricto Sensu, instituída pelo Cofen, ou recebidos por essa Comissão. **Resultados:** trajetória percorrida até a assinatura do Acordo de Cooperação Capes/Cofen; o lançamento do primeiro edital, investimento para a criação de MP em áreas prioritárias e o acompanhamento dos Cursos; contribuições e desafios enfrentados nesse percurso. **Conclusão:** a comprometida iniciativa e investimento do Cofen, assim como as parcerias construídas, constituíram o alicerce de um projeto em expansão, avaliado como relevante e exitoso, tanto por quem nele diretamente se envolveu e participou, quanto por quem foi seu espectador.

Descritores: Enfermagem; Educação Continuada em Enfermagem; Profissionais de Enfermagem.

PROFESSIONAL MASTER IN NURSING CAPES/COFEN COOPERATION AGREEMENT: INNOVATIVE AND TRANSFORMATIVE PROJECT

Objective: to discuss the evolution of the idealization process, construction and implementation of the Project of Professional Master in Nursing of the Federal Council of Nursing, established in the Capes/Cofen Cooperation Agreement. **Methodology:** documental study based on data collected from archives, especially letters, processes, documents, minutes and reports generated by the Stricto Sensu Graduate Commission, established by Cofen, or received by this Committee. **Results:** path taken until the signing of the Capes/Cofen Cooperation Agreement; the launch of the first public notice, investment for the creation of MP in priority areas and the monitoring of programs; contributions and challenges faced along this path. **Conclusion:** Cofen committed initiative and investment, as well as the partnerships built, were the foundation of a growing Project, assessed as relevant and successful, both by those who directly involved and participated in it, as well as who was its spectator.

Descriptors: Nursing; Education Nursing Continuing; Nurse Practitioners.

MASTER PROFESIONAL EN ENFERMERÍA ACUERDO DE COOPERACIÓN CAPES/COFEN: PROYECTO INNOVADOR Y TRANSFORMADOR

Objetivo: discutir la evolución del proceso de idealización, construcción e implementación del proyecto de Master Profesional em Enfermería del Consejo Federal de Enfermería, establecido em El Acuerdo de Cooperación Capes/Cofen. **Metodología:** estudio documental basado em datos recopilados de archivos, especialmente cartas, procesos, documentos, actas e informes generados por la Comisión de Posgrado Stricto Sensu, establecida por Cofen o recibida por esta Comisión. **Resultados:** camino tomado hasta la firma del Acuerdo de Cooperación Capes/Cofen; el lanzamiento del primer aviso público, la inversión para la creación de Master Profesional em áreas prioritárias y El monitoreo de los cursos; contribuciones y desafíos enfrentados em este camino. **Conclusión:** la iniciativa y la inversión comprometidas de Cofen, así como las alianzas creadas, fueron la base de un proyecto em crecimiento, evaluado como relevante y exitoso, tanto por quienes participaron directamente y participaron em él, como por quién fue su espectador.

Descriptores: Enfermería; Educación Continua em Enfermería; Enfermeras Practicantes

¹Membros do grupo de de trabalho do mestrado profissional.
Autor correspondente: Mirna Albuquerque Frota. mirnafrota@unifor.br

INTRODUÇÃO

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), desde 2014, vem inserindo, nos seus planos de ação trienal, a proposta de financiamento de um projeto de Mestrado Profissional (MP) para atender uma demanda reprimida de profissionais de enfermagem vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e, por conseguinte, contribuir com a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem sistematizada. De acordo com a Portaria nº. 389⁽¹⁾ de 2017 do Ministério da Educação, são objetivos do mestrado e doutorado profissionais, dentre outros, “capacitar profissionais qualificados para o exercício da prática profissional avançada e transformadora de procedimentos, visando atender demandas sociais, organizacionais ou profissionais e do mercado de trabalho”.

Inúmeras são as publicações e manifestações que apontam dificuldades e insucessos de enfermeiros na tentativa de implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e do Processo de Enfermagem (PE) em instituições de saúde públicas e privadas⁽²⁻⁵⁾. Desse modo, qualificar enfermeiros para a realização da SAE e do PE foi entendido como uma necessidade a ser priorizada tanto pelos órgãos de formação, em nível de graduação e pós-graduação, como pelo Cofen.

Nessa perspectiva, o MP apresenta-se como importante estratégia, pois de acordo com a Capes, é uma modalidade de Pós-Graduação Stricto Sensu voltada para a capacitação de profissionais, nas diversas áreas do conhecimento, mediante o estudo de técnicas, processos ou temáticas que atendam a alguma demanda do mercado de trabalho⁽⁶⁾. A realização de um MP na Área da Enfermagem com foco na implementação da SAE e do PE oportuniza que tecnologias sejam construídas em diferentes formatos, seja como protótipos, modelos, programas e outros.

Porém, apesar dos avanços da pós-graduação profissional em Enfermagem no Brasil, e do aumento do número de programas nessa modalidade, ainda são poucos os profissionais que tem acesso a essa formação. Isso decorre tanto do número reduzido de programas e do número de vagas disponibilizadas, quanto pela sua característica de autofinanciamento, implicando no investimento exclusivo do aluno, sem disponibilidade do usufruto de bolsas, além da barreira enfrentada pela falta de liberação do enfermeiro

mestrando pelas instituições de saúde para cursar o MP. Há, portanto, uma demanda reprimida de enfermeiros assistenciais, principalmente nas regiões desprovidas de programas de pós-graduação dessa natureza, como regiões Norte e Centro-Oeste, constituindo-se em uma das justificativas para a criação da proposta de MP em Enfermagem Acordo de Cooperação Cofen.

Assim, este artigo tem como objetivo discorrer sobre a evolução do processo de idealização, construção e implementação do projeto de Mestrado Profissional em Enfermagem do Conselho Federal de Enfermagem estabelecido no Acordo de Cooperação Capes/Cofen.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo documental sobre a evolução do Projeto de Mestrado Profissional em Enfermagem estabelecido no Acordo de Cooperação Capes/Cofen, que se fundamentou, predominantemente, em dados coletados em arquivos, especialmente, ofícios, processos, documentos, atas e relatórios gerados pela Comissão de Pós-Graduação Stricto Sensu do Cofen, ou recebidos por essa Comissão.

O percurso adotado para a elaboração desse texto inicia com a apresentação da trajetória percorrida até a assinatura do Acordo de Cooperação Capes/Cofen. A partir dessa assinatura, são abordados o lançamento do primeiro edital, o investimento realizado para a criação de MP em áreas prioritárias, além do acompanhamento dos programas selecionados, avaliação dos produtos, finalizando com as contribuições e desafios enfrentados nesse percurso.

Trajatória Percorrida para a Assinatura do Acordo de Cooperação Capes/Cofen

Em 2014, foi instituído um Grupo de Trabalho (GT) pelas Portarias 892/2014⁽⁷⁾ e 1088/2014⁽⁸⁾, PAD/Cofen 537/2014⁽⁹⁾, com a finalidade de elaborar um projeto de MP a ser custeado aos enfermeiros inscritos no Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. A partir de então, até o final de 2015, primeira etapa do projeto, foram realizadas reuniões com o propósito de construir as diretrizes da proposta de qualificação de enfermeiros, na modalidade de MP, a ser financiada pelo Cofen. O método de trabalho adotado para essa segunda etapa, pautou-se na definição de estratégias de estudo dos Cursos de Pós-Graduação com a modalidade de Mestrado Profissional em Enfermagem credenciados

pela Capes; visita a três programas com emissão de relatórios técnicos e construção de documento norteador de Projeto Básico/Termo de Referência, nos moldes adotados pelo Cofen, aprovado pelo Plenário do Cofen.

Iniciados os contatos e reuniões com a Coordenação de Área da Enfermagem (Capes), foram discutidas as situações dos Programas de MP em Enfermagem consolidados, com possibilidades de estarem envolvidos no projeto, assim como tratativas de convênio entre Cofen e Capes. Nesse interim, foi constituída a Comissão de Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu, designada pela Portaria Cofen nº 41/2016⁽¹⁰⁾, revogada pela Portaria Cofen nº 268/2018⁽¹¹⁾, composta por cinco enfermeiros docentes doutores vinculados a Programas de Pós Graduação e um técnico do Cofen, coordenada por um dos doutores, para desempenhar atividades de finalização da elaboração de proposta do MP e do Acordo de Cooperação Capes/Cofen, além das demais atividades de coordenação pedagógica e administrativa no referido projeto.

O convênio foi firmado entre o Cofen e a Capes, em 2016, para financiar a qualificação de 500 enfermeiros, por meio de Cursos de Pós-Graduação Stricto Sensu, modalidade Mestrado Profissional de Enfermagem, tendo como foco a implementação da SAE e do PE. De acordo com o Presidente do Cofen, Manoel Carlos Neri da Silva, “o desafio e os esforços do Cofen para o alcance do sucesso dessa iniciativa para a titulação dos enfermeiros como mestres, com qualificação direcionada à SAE e à implementação do PE, entretanto, mostra-se de modo convergente, fortemente vinculado ao desafio e aos esforços dos Programas de Pós Graduação (...) assim como aos enfermeiros, futuros mestres diplomados, em comprometer-se com a produção de conhecimentos e proposições inovadoras para a Enfermagem direcionadas à SAE e à implementação do PE, com melhoria da assistência de Enfermagem e maior visibilidade e reconhecimento da profissão.”^(12:1)

Primeiro Edital e Implementação das Propostas Selecionadas

Em dezembro de 2016, foi lançado o Edital 27/2016 de Apoio a Programas de Pós Graduação da Área de Enfermagem - Modalidade Mestrado Profissional⁽¹³⁾ com o objetivo de “Conceder recursos de custeio aos

Mestrados Profissionais da Área de Enfermagem, com conceito da Capes igual ou superior a 3, vinculados a instituições de ensino superior – IES públicas ou privadas, visando formar recursos humanos de enfermagem e desenvolver pesquisas científicas e tecnológicas, com foco na Sistematização da Assistência de Enfermagem”.

Em 2017, foi constituída a Comissão de Avaliação Capes/Cofen que avaliou todas as propostas⁽¹⁷⁾ e distribuiu 140 vagas aos 16 Cursos de MP selecionados. Nesse edital, não houve a inscrição de Cursos de MP na Região Norte, pela inexistência dessa modalidade de curso na Região. Foi selecionado um curso da Região Centro-Oeste (Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS - 8 vagas) e de dois cursos da Região Nordeste (Universidade de Fortaleza - UNIFOR - 15 vagas; Universidade Federal da Paraíba - UFPB - 10 vagas).

Assim, diante da constatação da inexistência de cursos de mestrado na modalidade profissional, na Área de Enfermagem, especialmente na Região Norte, realizou-se, em 2017, um estudo das potencialidades no que concerne a doutores titulados e com produção científica em periódicos qualificados, especialmente de instituições públicas estaduais e federais, iniciando-se contatos e visitas a essas instituições numa tentativa de contribuir para a construção de propostas de criação de mestrados na modalidade profissional. Associado a esses movimentos de mobilização, em 2018, a UEA e a UFAM tiveram suas propostas de MP, na Área da Enfermagem, aprovadas e reconhecidas pela Capes.

A partir do início da elaboração dos editais de seleção pelos cursos de MP selecionados no Edital 27/2016, realizou-se um processo de acompanhamento e de orientação aos Coordenadores dos Cursos, no sentido de garantir que as recomendações e ações previstas no Projeto de MP estabelecido no Acordo de Cooperação Capes/Cofen e no Edital fossem asseguradas e cumpridas.

Nesse sentido, ainda em 2017, solicitou-se, junto à Capes, um Relatório Parcial aos cursos selecionados, com apresentação das atividades desenvolvidas no cumprimento do objetivo do projeto, metas alcançadas e indicadores de desempenho, listagem dos alunos selecionados e seus vínculos com o SUS, uso de recursos financeiros, disciplinas concluídas, título e resumo do projeto, além da previsão de conclusão do curso. Também elaborou-se um cronograma de

visitas de acompanhamento aos Cursos, realizadas no ano de 2018, finalizando em 2019. Nessas visitas, os Coordenadores faziam uma breve apresentação do Programa, das Linhas de Pesquisas e dos projetos selecionados no edital. Os mestrandos, por sua vez, apresentavam, de forma sucinta, suas propostas de trabalho de conclusão de curso, objetivos e produtos a serem construídos, ressaltando o impacto do trabalho para a prática, bem como as principais transformações pessoais e profissionais identificadas com a realização do curso de mestrado, além dos desafios enfrentados nesse processo. Apresentavam, ainda, possíveis objetos de estudos, já definidos, para serem investigados em subsequentes propostas de Doutorado Profissional.

Em 2018 e 2019, foram realizadas as reuniões com representantes da Capes e do Cofen, com vistas a superar as dificuldades de limitação de gastos oriundas da PEC 55/2016⁽¹⁴⁾, o que retardou o pagamento da segunda parcela pelo Cofen aos Cursos de MP, constituindo-se em justificativa para postergar o lançamento do segundo edital. Essa dificuldade foi posteriormente contornada, mediante discussões e decisões consensuadas com assessoria jurídica.

No decorrer de 2019, reiniciaram-se as tratativas junto à Capes para a elaboração do segundo edital, com previsão de oferta de 180 vagas, de modo a restarem 180 vagas para o terceiro e último edital. Nessas reuniões, foi acordado que o Cofen encaminharia à Capes uma motivação para a priorização das vagas a enfermeiros atuantes na Amazônia Legal, nas modalidades Turma Fora de Sede. Outra tratativa junto à Capes refere-se à ampliação do Mestrado Profissional no Acordo de Cooperação Capes/Cofen, de modo a abranger além da SAE, também a Gestão em Enfermagem, proposição apresentada no IX Seminário Institucional do Cofen, em fevereiro de 2019.

Em 2017, 2018 e 2019, durante a realização do 20º, 21º e 22º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem (CBCENF), foram incluídas, na programação científica, mesas redondas sobre o MP, oportunidade em que foram discutidas questões relevantes ao funcionamento dos Cursos de MP, constituindo-se em momentos de orientações, esclarecimentos, compartilhamento de experiências, diálogo e conagração entre os Cursos.

Ressalta-se, ainda, a realização do I Encontro de Pesquisadores do acordo Capes/Cofen, na sede da CAPES, com a participação de representantes dos

Cursos contemplados no Edital 27/2016 e de outros interessados em participar de próximos editais, representantes da Capes e dos Conselhos Regionais de Enfermagem. Esse evento constituiu-se em uma oportunidade para a socialização das experiências nos diferentes Cursos, além do levantamento de questões pertinentes à elaboração do segundo edital.

Na análise dos relatórios recebidos dos Cursos, assim como nas visitas de acompanhamento e nas diferentes ações promovidas pela Comissão de Pós-Graduação Stricto Sensu do Cofen, desde o lançamento do Edital 27/2016, constatou-se as relevantes contribuições decorrentes do projeto de MP do Cofen, para o desenvolvimento, fortalecimento, reconhecimento e valorização da enfermagem brasileira, instituições de ensino e de saúde envolvidas, enfermeiros mestrandos, bem como para a assistência de enfermagem e de saúde oferecida à população. Do mesmo modo, considera-se que as ações estratégicas de acompanhamento foram importantes e contribuíram para o aprimoramento do projeto em nível institucional.

CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS

Nas diferentes e múltiplas interlocuções com mestrandos, docentes e coordenadores dos cursos selecionados no Edital 27/2016, foi possível identificar distintas manifestações positivas decorrentes dessa participação, desde o lançamento desse edital e da decisão dos docentes dos Cursos de concorrerem a essa seleção, até a apresentação, pelos mestrandos, de um produto final, como trabalho de conclusão do curso, com vários enfrentamentos e superações vivenciadas. Apresenta-se uma síntese das contribuições e dos principais desafios enfrentados nessa caminhada:

- Reconhecimento e valorização da profissão

Pela construção coletiva da proposta do Curso inscrita e selecionada no edital, com a criação de uma rede interna em torno da SAE; pela maior articulação do corpo docente na relação com gestores das instituições de saúde, da equipe de enfermagem, com equipe de saúde, gestores e comunidade; e pela articulação entre a produção do conhecimento científico com o serviço e a prática profissional;

- Qualificação dos enfermeiros simultaneamente à qualificação do serviço e da prática de enfermagem

Mediante a manifestação de comprometimento da academia com as instituições de saúde, num movimento de retorno e investimento ao ambiente, onde a maior parte das atividades práticas e estágios dos estudantes de Graduação e Pós Graduação são realizadas;

- Construção, validação e disponibilização de tecnologias de gestão, educativas e assistenciais

Direcionadas à SAE e à implementação do PE, com valorização da prática baseada em evidências e da translação do conhecimento, promovendo mudanças no modo de fazer a prática;

- Reconhecimento do desenvolvimento de competências do enfermeiro mestre

Constituindo-se em “referência intelectual” e liderança na instituição de trabalho, expressas no fortalecimento da capacidade de disseminar novos conteúdos apreendidos para membros da equipe, assim como por convites para consultorias, palestras e participação em bancas de avaliação, além de premiações de trabalhos apresentados em eventos.

Importa destacar, sobretudo, os principais desafios enfrentados pelos mestrados nesse processo de qualificação:

- Construção de estratégias

Para conciliar as exigências e disponibilidade requeridas do trabalho remunerado com a disponibilidade de tempo exigida pelo curso de MP, mobilizar outros profissionais a participarem da implantação do produto construído, além de aliar conhecimentos adquiridos à experiência prática do cotidiano, rompendo paradigmas, agregando valor ao trabalho do enfermeiro e qualificação da assistência;

- Divulgação dos produtos construídos no formato de artigos a serem publicados em periódicos

Frente às críticas e restrições oriundas de pareceristas e editores, possivelmente ainda atrelados a modelos tradicionais de metodologias, diferentemente do que acontece com a produção de tecnologias, protocolos

operacionais e processos de inovação.

CONCLUSÃO

A iniciativa e investimento do Cofen, assim como as parcerias construídas, constituíram o alicerce de um projeto em expansão, avaliado como relevante e exitoso, tanto por quem nele diretamente se envolveu e participou, quanto por quem foi seu espectador.

Os Cursos de MP e seus atores reconhecem o apoio e o significado de estímulo desse projeto para alavancar propostas acadêmicas direcionadas a um investimento e comprometimento com a implementação da SAE e do PE nas instituições de saúde que lhes dão aporte e acolhida às atividades práticas desenvolvidas em ações de ensino, extensão e pesquisa na Graduação e na Pós-Graduação. Um movimento de aproximação da academia à prática profissional e aos serviços com repercussão positiva para o ensino, mas principalmente para a qualificação da assistência de enfermagem e de saúde oferecida à sociedade. Deve-se ressaltar, sobretudo, seu poder de fortalecer o papel do enfermeiro no contexto da equipe de saúde, em sintonia com o movimento mundial de empoderamento da Enfermagem, tendo em vista o aproveitamento de todo o potencial do enfermeiro e de sua liderança.^(16,17)

O reconhecimento do sucesso desse projeto que vem transformando práticas e profissionais, propicia a valorização, a visibilidade e a consolidação de uma identidade como possível modelo a ser adotado por outros conselhos profissionais, numa ampliação da sua contribuição para a área da saúde.

A continuidade desse projeto com o lançamento do segundo edital, ainda em 2019, oportunizará a continuidade de disseminação e incorporação, nas instituições de saúde, dos produtos construídos pelos mestrados, de modo a fortalecer e consolidar a implementação de tecnologias, protocolos e processos de inovação. Certamente, isso resultará em impactos e benefícios no processo de cuidar em enfermagem e saúde.

Contribuição dos autores:

Todos os autores participaram da concepção, redação do artigo, revisão crítica e revisão final

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Portaria nº 389, de 23 de março de 2017. Dispõe sobre o mestrado e doutorado profissional no âmbito da pós-graduação stricto sensu. Diário Oficial da União. 23 mar 2017.
2. Manoel Carlos Neri da Silva. Sistematização da assistência de enfermagem: desafio para a prática profissional. *Enfermagem em Foco*, 2017. [acesso 28 de novembro de 2019]; 8(3). Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1534>
3. Silvana Alves Benedet, Francine Lima Gelbcke, Lucia Nazareth Amante, Maria Itayra de Souza Padilha, Denise Pires de Pires. Processo de Enfermagem: instrumento da Sistematização da Assistência de enfermagem na percepção dos enfermeiros. *Cuidado é fundamental*, 2016. [acesso 28 de novembro de 2019]; 8(3). Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4237>
4. Rudval Souza da Silva, Ana Raquel Lima Peralva de Almeida, Francieli Aparecida de Oliveira, Arly Silva Oliveira, Maria do Rozário de Fátima Borges Sampaio, Gilvânia Patrícia do Nascimento Paixão. Sistematização da Assistência de Enfermagem na perspectiva da equipe. *Enfermagem em Foco*, 2016 [acesso 28 de novembro de 2019]; 7(2). Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/803>
5. Renara Meira Gomes Meira Gomes, Lucas Silva Teixeira Silva Teixeira, Maria da Conceição Quirino dos Santos Quirino dos Santos, Zenilda Nogueira Sales Nogueira Sales, Eliane Fonseca Linhares Fonseca Linhares, Kay Amparo Santos Amparo Santos. Sistematização da assistência de enfermagem: revisitando a literatura brasileira. *Id onLine*, 2019 [acesso 28 de novembro de 2019]; 12(40). Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1167>
6. Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Portaria normativa n. 17, de 28 de dezembro de 2009. Dispõe sobre o mestrado profissional no âmbito da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES. Diário Oficial da União. 28 dez 2009.
7. Conselho Federal de Enfermagem. Portaria n. 892, de 01 de setembro de 2014. Instituir Grupo Específico para a formalização de proposta de Educação Permanente na modalidade EAD, com cursos de atualização e aperfeiçoamento profissional, e de Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu. Diário Oficial da União. 01 dez 2014.
8. Conselho Federal de Enfermagem. Portaria n. 1088, de 16 de outubro de 2014. Designar o Dr. Joel Rolim Mancia para integrar o Grupo supracitado, instituído pela Portaria Cofen nº 892/2014. Diário Oficial da União. 16 out 2014.
9. Conselho Federal de Enfermagem. Processo Administrativo n. 537, de 2014. Formalização de proposta de educação permanente na modalidade EAD, com cursos de atualização e aperfeiçoamento profissional, e de programa de pós-graduação stricto sensu, a serem oferecidos aos profissionais de Enfermagem inscritos nos Conselhos de Enfermagem. Conselho Federal de Enfermagem. 2014.
10. Conselho Federal de Enfermagem. Portaria n. 41, de 13 de janeiro de 2016. Instituir a Comissão de Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu, a ser oferecido aos profissionais enfermeiros inscritos nos Conselhos de Enfermagem. Diário Oficial da União. 13 jan 2016.
11. Conselho Federal de Enfermagem. Portaria n. 268, de 06 de março de 2018. Retirar a Dra. Lorita Marlena Freitag da Comissão de Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu, e incluir a Dra. Isabel Amélia Costa Mendes. Diário Oficial da União. 06 mar 2018.
12. Manoel Carlos Neri da Silva. Sistematização da assistência de enfermagem: desafio para a prática profissional. *Enfermagem em Foco*, 2017. [acesso 28 de novembro de 2019]; 8(3). Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1534>
13. Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Edital n. 27, de 2016. Apoio a Programas de Pós-Graduação da Área da Enfermagem - Modalidade Mestrado Profissional Acordo CAPES/COFEN. Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, 2016. Disponível em: <https://capes.gov.br/images/stories/download/editais/05122016-Edital-27-Capes-COFEN.pdf>
14. Brasil. Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 15 dez 2016.
16. Crisp N, Brownie S, Refsum C. Nursing and midwifery: the key to the rapid and cost-effective expansion of high-quality universal health coverage. Qatar: World Innovation Summit for Health; 2018.
17. Kennedy A. Onde você encontra enfermeiros no mundo, você pode liderar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2019. [acesso 02 dez 2019]; 17. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100204&lng=en

PARCERIA CAPES/COFEN: APOIO A PROGRAMAS DE MESTRADO PROFISSIONAL

¹Diego Borges de Carvalho, ²Maxwell Santana Fonseca, ³Cristiane de Oliveira Barreto

Resumo: o presente texto tem como objetivo tratar da parceria CAPES/COFEN, firmada em 2016, em prol do aperfeiçoamento de profissionais da área de Enfermagem, a partir do Mestrado Profissional (MP). Neste texto, definimos o MP, no âmbito da CAPES, e abordamos a sua importância no preenchimento de lacunas na formação continuada do Enfermeiro atuante no Sistema Único de Saúde (SUS).

CAPES / COFEN PARTNERSHIP: SUPPORT FOR PROFESSIONAL MASTER PROGRAMS

Abstract: this text aims to address the CAPES/COFEN partnership, signed in 2016, for the improvement of nursing professionals through a Professional Master Program (MP). In this text, we define the MP with regard to CAPES (Federal Agency for Support and Evaluation of Graduate Education) and address its importance in filling gaps in the continuing education of nurses working within the Unified Health System (SUS).

SOCIEDAD CAPES/COFEN: APOYO A PROGRAMAS MAESTROS PROFESIONALES

Resumen: Este texto tiene como objetivo abordar la asociación CAPES / COFEN, firmada en 2016, para la mejora de los profesionales de enfermería a través de un Programa Master Profesional (MP). En este texto, definimos el MP con respecto a CAPES (Agencia Federal para el Apoyo y Evaluación de la Educación de Graduados) y abordamos su importancia para llenar los vacíos en la educación continua de las enfermeras que trabajan dentro del Sistema Único de Salud (SUS).

¹Mestre em Linguística (Linguagem e Sociedade) pela Universidade de Brasília (UnB). Colaborador Técnico da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. ORCID: <<https://orcid.org/0000-0002-5538-3999>>. E-mail: diego.carvalho@capes.gov.br.

²Administrador com Especialização em Gestão Pública. Membro da equipe gestora do Acordo CAPES/COFEN. Colaborador Técnico da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. ORCID: <<https://orcid.org/0000-0003-2363-4973>>. E-mail: maxwell.fonseca@capes.gov.br.

³Bibliotecária com Especialização em Gestão Pública. Membro da equipe gestora do Acordo CAPES/COFEN. Servidora Pública da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. ORCID: <<https://orcid.org/0000-0003-4240-3871>>. E-mail: cristiane.barreto@capes.gov.br.

INTRODUÇÃO

Diferentemente do Mestrado Acadêmico, que visa a iniciação à pesquisa acadêmica, o Mestrado Profissional é uma modalidade de pós-graduação *stricto sensu* destinada a formar profissionais para o mercado de trabalho, de modo a fomentar a competitividade dos setores produtivos da sociedade.

De acordo com Ribeiro (2005;2006)^(1,2), a principal diferença entre um e outro, é o produto, ou seja, o resultado que se quer obter. Ele destaca o seguinte: “[...] no Mestrado Profissional, também deve ocorrer a imersão na pesquisa, mas o objetivo é fomentar alguém que, do mundo profissional externo à academia, saiba localizar, reconhecer, identificar e, sobretudo, utilizar a pesquisa de modo a agregar valor a suas atividades, sejam elas de interesse mais pessoal ou mais social.” (Ribeiro, 2005, p. 15).

No âmbito da Capes, as discussões para tratar de propostas de programas profissionais iniciaram em 1995, quando foi criada uma Comissão sob presidência do então Diretor de Avaliação do órgão, professor Darcy Dillenburg. Desse grupo de trabalho surgiu a Portaria nº 047, de 17 de outubro de 1995⁽³⁾, que instituiu diretrizes para os cursos de mestrado dirigidos à formação profissional. Somente a partir daí, com a Portaria nº 080, de 16 de dezembro de 1998⁽⁴⁾, a Capes reconheceu formalmente o Mestrado Profissional. Nesse documento, entre outras coisas, fixou condições para a estrutura curricular, composição de quadro docentes, exigência de apresentação de trabalho final, além de acompanhamento e avaliação dos Programas.

Desde, então, a Capes não deixou de envidar esforços para consolidar as ações do Mestrado Profissional, a partir de Seminários e reuniões técnicas dos Comitês Científicos das áreas de avaliação. O V Plano Nacional de Pós-Graduação - PNPg 2005-2010⁽⁵⁾, inclusive, propunha foco na qualificação de profissionais para o setor produtivo e na formação de técnicos e pesquisadores para atuar em empresas públicas e privadas por meio do Mestrado Profissional.⁽⁶⁾

O PNPg 2011-2020⁽⁷⁾ estabelece que a formação profissional é uma política de Estado e deve articular as competências requeridas pelo mundo do trabalho às competências da academia, de modo a proporcionar condições para a inovação e para modelos de ensino híbridos. Seguindo essa perspectiva, ele recomenda, ainda, a indução de programas estratégicos de pós-

graduação em educação profissional, por entender que esses programas são experiências de inovação e reinvenção das práticas acadêmicas.

Uma das missões da CAPES, além da avaliação da pós-graduação *stricto sensu* e do acesso e divulgação da produção científica, é a de promover investimentos na formação de recursos humanos de alto nível no país e no exterior. Nesse sentido, a Coordenação-Geral de Programas Estratégicos, área técnica da Diretoria de Programas e Bolsas no País, é responsável por estabelecer parcerias institucionais cujo objetivo é o fomento de setores estratégicos para o desenvolvimento técnico e científico do País.

É nesse cenário que, em novembro de 2016, foi firmado entre a Capes e o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) um Acordo de Cooperação Técnica visando a formação de recursos humanos em enfermagem e o desenvolvimento de pesquisa científica e tecnológica com foco na Sistematização da Assistência e implementação do processo de enfermagem. Esse Acordo foi operacionalizado por meio da Chamada Pública nº 27/2016, que concedeu recursos de custeio aos Mestrados Profissionais na área de Enfermagem.

Este texto, portanto, tem por objetivo tratar dos resultados obtidos, até o momento, a partir da parceria pública Capes/Cofen no apoio à formação profissional de enfermeiros por meio do Mestrado Profissional.

SOBRE A PARCERIA E O ACORDO

A parceria entre Capes e Cofen foi firmada, formalmente, em novembro de 2016. O Acordo previa contrapartida financeira do Cofen, de modo a explorar a expertise da Capes na formação de recursos humanos altamente qualificados. Competia à Capes em conjunto com o Cofen, além de elaborar os editais, o acompanhamento da execução das ações dos trabalhos a partir de Relatórios Técnicos parciais nos moldes disponibilizados por aquele Conselho.

O Plano de Trabalho do Acordo tem como previsão o lançamento de quatro Chamadas Públicas para apoiar a formação de 500 enfermeiros em todo o Brasil. O foco é a capacitação de enfermeiros que atuam em estabelecimentos de assistências de saúde, vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A primeira edição da Chamada Pública foi lançada em 2016, contemplando apoio a 16 projetos com recursos para dispêndio de despesas com custeio (material

4. O Plano Nacional de Pós-Graduação - PNPg é um documento norteador, publicado a cada dez anos, que estabelece diretrizes, metas e estratégias para a formulação de políticas de pós-graduação no Brasil.

de consumo, passagens aéreas, diárias e serviços de terceiros – pessoa física e jurídica). O prazo para execução de cada projeto era de dois anos, com a possibilidade de prorrogação por mais 12 meses. A meta para esta primeira Chamada era a formação de 140 enfermeiros nos Mestrado Profissionais. Os recursos para esta Chamada Pública foram repassados pelo Cofen à Capes, que repassou aos projetos contemplados.

Como ação futura, há uma previsão orçamentária para uma segunda Chamada do Acordo Capes/Cofen, na ordem de R\$ 4.800.000,00 (quatro milhões e oitocentos mil reais), proveniente do orçamento do Cofen. Desta vez, os beneficiários da referida Chamada serão pagos diretamente pelo Cofen, não havendo, portanto, o repasse de recursos entre as duas entidades da Administração Indireta Federal.

RESULTADOS

Em junho de 2019 foi realizado no edifício sede da Capes, em Brasília, o **1º Encontro Nacional de Pesquisadores dos Mestrados Profissionais em Enfermagem (PROFEN)**, evento que teve como objetivo divulgar as ações e as pesquisas desenvolvidas ao longo da execução dos projetos, bem como apresentar à comunidade acadêmica da área de enfermagem, os produtos gerados por meio do financiamento dos recursos concedidos aos pesquisadores apoiados pela primeira edição do Chamada Pública, fruto da parceria entre a Capes e o Cofen. O evento possibilitou um espaço de integração e de compartilhamento de conhecimentos entre pesquisadores e profissionais da área.

A partir desse encontro, é importante destacar produtos resultados obtidos por Glênio Portilho Stadler, enfermeiro do Hospital Ernesto Dorneles e discente da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Modalidade Mestrado Profissional. Stadler foi o primeiro discente a defender a dissertação de mestrado, com apoio da Chamada Pública nº 27/2016.

A dissertação de Stadler teve como produto a avaliação, validação e implantação de um protocolo de banho em uma Unidade de Terapia Intensiva para adultos. Por meio dela, o autor constatou que procedimentos relacionados a orientações formais e organização operacional à equipe assistencial oferecia maiores subsídios para as decisões clínicas. Além disso, ele identificou que mesmo em situações carentes, é possível

implantar protocolos assistenciais em UTIs.⁽⁸⁾

O PROFEN, foi a oportunidade dos coordenadores e dos mestrados apresentarem os resultados da execução dos projetos apoiados com recursos financeiros provenientes do Acordo Capes/Cofen. O discente Rudnei Prusch da Silva, por exemplo, também, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) e vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Modalidade Mestrado Profissional, desenvolveu um portal educativo para profissionais de enfermagem no atendimento às pessoas com estomia. A elaboração do portal educativo foi desenvolvida em quatro etapas: análise das necessidades, identificação dos usuários, organização do conteúdo, construção e manutenção.

Os impactos gerados com o desenvolvimento e a utilização desse portal colaborativo vai ao encontro do compartilhamento de experiências e informações rotineiras dos profissionais em saúde que lidam diretamente no atendimento às pessoas com estomia. Além disso, os benefícios desse estudo podem proporcionar uma melhor qualificação dos profissionais de enfermagem para o cuidado da pessoa com estomia e, por conseguinte, considera-se que o fácil acesso aos recursos digitais permite que profissionais de enfermagem e pacientes obtenham informações de maneira rápida, prática, eficiente e acessível a todos, podendo ser consultadas a partir de computadores ou celulares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não obstante, o valor maior dessa parceria reside no fato de ter a sociedade como principal beneficiária: Capes e Cofen viabilizam a entrega de profissionais altamente qualificados para atendimento à população em uma de suas dimensões mais importantes: a saúde.

A parceria Capes/Cofen vai ao encontro dos dispositivos do artigo 2º da portaria 60/2019⁽⁹⁾, normativo que regulamenta aos cursos de mestrado e doutorado profissionais no âmbito da Capes, entre eles, destacamos: I) capacitar profissionais qualificados para práticas avançadas, inovadoras e transformadoras dos processos de trabalho, visando atender às demandas sociais, econômicas e organizacionais dos diversos setores da economia; II) transferir conhecimento para a sociedade de forma a atender às demandas sociais e econômicas, com vistas ao desenvolvimento nacional,

regional e local; III) contribuir para agregação de conhecimentos de forma a impulsionar o aumento da produtividade em empresas, organizações públicas e privadas; e IV) atentar aos processos e procedimentos de inovação, seja em atividades industriais geradoras de produtos, quanto na organização de serviços públicos ou privados.

Desse modo, considerando ser a Capes o órgão do Ministério da Educação (MEC), responsável pelo reconhecimento e avaliação de cursos de pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado, acadêmicos e profissionais) em âmbito nacional, e o Cofen responsável pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que é uma atividade privativa do enfermeiro, de acordo com a Lei do Exercício Profissional nº 7.498/1986⁽¹⁰⁾ e a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 358/2009⁽¹¹⁾, que trata da implantação da SAE em toda instituição de saúde pública e privada, a celebração de Acordo de Cooperação, entre a Capes e o Cofen viabilizou o apoio para formação e capacitação dos profissionais vinculados ao Conselho.

Os cursos de Mestrado Profissional da área

de Enfermagem Capes/Cofen buscam reduzir o descompasso entre a mão-de-obra qualificada existente e as necessidades da Saúde Coletiva, fortalecendo, desse modo, o Sistema Único de Saúde (SUS), a qualificação dos enfermeiros que atuam na rede pública de saúde e a geração de produtos, sistemas de informações e tecnologias que visam o aperfeiçoamento dos processos de trabalho no qual encontram-se inseridos os enfermeiros.

A parceria firmada entre a Capes e o Cofen é inédita e inovadora, podendo servir de exemplo e motivação para outras entidades de classe, com o objetivo de qualificar seus profissionais. A Capes considera que a parceria é importante para contribuir para a oferta de saúde de qualidade a todos os cidadãos brasileiros e estima pela sua continuidade, com acompanhamento e aprimoramento.

Agradecimentos

Agradecemos ao Coordenador de Programas Especiais, Júlio Cesar Piffero e à Coordenadora-Geral de Programas Estratégicos da CAPES, Priscila Lelis Cagni, pela leitura do texto e pelas sugestões apontadas.

REFERÊNCIAS

- Ribeiro RJ. O mestrado profissional na política atual da Capes. *Revista Brasileira de Pós-graduação*. 2005 julho; 2 (4): 8-15.
- Ribeiro RJ. Ainda sobre o mestrado profissional. *Revista Brasileira de Pós-graduação*. 2006 dezembro; 3 (6): 313-315.
- BRASIL. Constituição. Portaria CAPES nº 047, de 17 de outubro de 1995. Determina a implantação na Capes de procedimentos apropriados à recomendação, acompanhamento e avaliação de cursos de mestrado dirigidos à formação profissional, etc. 17 out 1995.
- BRASIL. Constituição. Portaria CAPES nº 080, de 16 de dezembro de 1998. Dispõe sobre o reconhecimento dos mestrados profissionais e dá outras providências. 16 dez 1998.
- BRASIL. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. V Plano Nacional de Pós-Graduação (PNPG) 2005-2010. Brasília: CAPES, 2005.
- Barros EC, Valentim MC, Melo MAA. O debate sobre o mestrado profissional na Capes: trajetória e definições. *Revista Brasileira de Pós-graduação*. 2005 julho; 4 (2): 124-138.
- BRASIL. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Plano Nacional de Pós-Graduação 2011-2020. Brasília: CAPES, 2005. 262p.
- Stadler GP. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva: implementação de protocolo de banho no leito para pacientes adultos críticos. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2019.
- BRASIL. Constituição. Portaria CAPES nº 60, de 20 de março de 2019. Dispõe sobre o mestrado e doutorado profissionais, no âmbito da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES. 20 mar 2019.
- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e dá outras providências. 25 jun 1986.
- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implantação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências. 15 out 2009.

DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES E RESULTADOS DE ENFERMAGEM PARA SUBSIDIAR A CONSULTA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA

Ingrid Pujol Hanzen¹, Silvana dos Santos Zanotelli¹, Elisangela Argenta Zanatta¹

Objetivo: apresentar diagnósticos (DE), intervenções (IE) e resultados de enfermagem (RE) construídos para subsidiar a Consulta de Enfermagem à criança de zero a dois anos de idade na Atenção Primária à Saúde com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) e na teoria de Wanda de Aguiar Horta. **Método:** pesquisa qualitativa, do tipo pesquisa-ação, realizada com sete enfermeiras que atuam na APS de um município do oeste catarinense. Os DE, IE e RE foram validados pelo Índice de Validade de Conteúdo. **Resultados:** Foram criados e validados 19 enunciados de DE, com intervenções e resultados esperados com base na CIPE®, voltados para crianças de zero a dois anos de idade.

Conclusão: A criação de DE, IE e RE respalda e qualifica o trabalho do enfermeiro, empoderando-o e dando cientificidade às suas ações.

Palavras-chave: Enfermeiro; Processo de Enfermagem; Diagnósticos de Enfermagem; Puericultura.

DIAGNOSTICS, INTERVENTIONS AND NURSING RESULTS TO SUBSIDY THE NURSING CONSULTATION OF THE CHILD

Objective: to present Nursing diagnosis (ND), interventions (NI) and results (NR) to assess the child from zero to two years old on Primary Health Care, based on the International Classification for Nursing Practice (ICNP). **Method:** qualitative research, of the action-research type, with seven nurses that act on PHC of a city in the west of Santa Catarina. ND, NI and NR were validated through Content Value Index. **Results:** Nineteen ND statements were created and validated, with ICNP®-based interventions and expected outcomes targeting children from zero to two years old..

Conclusion: Creating ND, NI and NR supports and qualifies the work of nurses, empowering them and giving scientificity to their actions

Key-words: Nurse; Nursing Process; Nursing Diagnosis; Child Care.

DIAGNÓSTICO, INTERVENCIONES Y RESULTADOS DE ENFERMERÍA PARA SUBVENCIONAR LA CONSULTA DE ENFERMERÍA INFANTIL

Objetivo: presentar diagnósticos (DE), intervenciones (IE) y resultados (RE) de enfermería para subvencionar la atención de niños de cero a dos años en Atención Primaria de Salud (APS), según la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE®). **Método:** investigación cualitativa, del tipo de investigación de acción, realizada con siete enfermeras que trabajan en APS de un municipio del oeste de Santa Catarina. DE, IE y RE fueron validados por el Índice de Validez del Contenido.

Resultados: Diecinueve declaraciones DE fueron creadas y validadas, con intervenciones basadas en CIPE® y resultados esperados dirigidos a niños de cero a dos años.

Conclusión: La creación de DE, IE y RE apoya y califica el trabajo de las enfermeras, les da poder y les da carácter científico a sus acciones.

Palabras llave: enfermera; Proceso de enfermería; Diagnósticos de enfermería; Cuidado de niños.

¹ Universidade do Estado de Santa Catarina- UDESC
Autor Correspondente: Ingrid Pujol Hanzen. Email: ingridhanzen@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A criança faz parte do grupo prioritário de atenção à saúde, o que pressupõe garantir a implementação de uma assistência sistematizada que favoreça o processo de cuidado. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define a Atenção Primária à Saúde (APS) como o nível de atenção à saúde que representa o primeiro contato com as crianças e famílias oferecendo serviços e ações que visam a atenção integral à criança com ações voltadas à promoção e reabilitação da saúde, prevenção e cura de agravos, garantindo assim a longitudinalidade do cuidado^(1,2).

Para consolidação da APS, tem-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), articuladora das relações entre o indivíduo, família, comunidade e equipe de saúde. Na ESF, uma das estratégias utilizada para o acompanhamento da saúde da criança é o Programa de Puericultura, que contempla, de forma integral, a vigilância do crescimento, desenvolvimento e processos de saúde e doença^(2,3).

Na realização da Consulta de Enfermagem (CE) em puericultura, o enfermeiro, tem papel fundamental na criação de vínculos e na realização de atendimentos humanizados e qualificados, possuindo como ferramenta de trabalho a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) instituída pela resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que dispõe sobre a SAE e a implementação do Processo de Enfermagem (PE)⁽⁴⁾. O PE, quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas e associações comunitárias corresponde à CE.

Para que a CE se desenvolva de maneira sistematizada, precisa seguir as etapas do PE: Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem), Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e avaliação de enfermagem⁽⁴⁾. Para subsidiar as etapas de DE, planejamento, implementação e avaliação é importante adotar um Sistema de Linguagem Padronizado (SLP) que ordena termos ou expressões que compõem os diagnósticos, intervenções, avaliações e resultados esperados - componentes do PE⁽⁵⁾.

Dentre os SLP destaca-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), uma terminologia padronizada que representa o domínio da prática de enfermagem no âmbito mundial. É uma tecnologia de informação que proporciona a coleta, armazenamento, análise de dados de enfermagem em diversos cenários⁽⁶⁾.

Na prática diária é perceptível que a CE sistematizada, ainda é pouco usada nos processos de trabalho, sendo que o motivo vai desde o pouco conhecimento acerca do PE, insegurança para realizá-la até a falta de tempo. Com isso

a elaboração de um instrumento que contemple DE, IE e RE otimiza e qualifica o trabalho do enfermeiro.

Esse manuscrito tem como objetivo apresentar DE, IE e RE construídos para subsidiar a CE à criança de zero a dois anos na APS, com base na CIPE® e na teoria de Wanda de Aguiar Horta. É parte da Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina e integra um macroprojeto de pesquisa intitulado "Estratégias para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no cuidado à mulher e à criança", contemplado pelo Edital CAPES/COFEN nº 27/2016.

MÉTODO

Tipo de estudo

Pesquisa-ação com abordagem qualitativa.

Local do Estudo

A pesquisa foi realizada em um município do oeste catarinense de junho a agosto de 2018.

Participantes da Pesquisa

Foram selecionadas sete enfermeiras a partir dos seguintes critérios de inclusão: atuar diretamente no cuidado à criança no município em estudo, estar cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), possuir no mínimo seis meses de atuação como enfermeira. Foram excluídas as que estavam afastados por licença ou férias no momento da coleta dos dados.

Coleta de dados

Foram utilizadas seis etapas adaptadas de Thiollent⁽⁷⁾: fase exploratória, diagnóstico de situação, coleta de dados, seminários integradores, planejamento de qualificação dos profissionais enfermeiros, publicização. Nesse manuscrito, será descrita a etapa dos seminários integradores.

Foram realizados quatro seminários integradores, conduzidos pela técnica de grupo focal (GF)⁽⁸⁾ com duração aproximada de três horas cada um.

Procedimentos de interpretação e discussão dos dados

O primeiro seminário foi construída a primeira etapa da CE (a anamnese e exame físico). No segundo, foi realizada a validação do primeiro e, na sequência, realizada a discussão e construção de um roteiro para o exame físico. Assim como no seminário anterior, o instrumento construído foi testado pelas enfermeiras por um período de 15 dias durante as consultas em puericulturas agendadas conforme rotina de cada Unidade Básica de Saúde (UBS).

No terceiro seminário, foi validado e aprovado o roteiro do exame físico e, na sequência foi realizada uma capacitação de quatro horas sobre a CIPE®, modelo de sete eixos, versão 2017. Para essa capacitação partiu-se da elaboração de uma lista dos principais problemas evidenciados pelas enfermeiras no seu cotidiano de atendimento às crianças. Para cada problema elencado foram selecionados termos que integram o eixo Foco e o eixo Julgamento (minimamente), ou ainda representados por um Achado clínico. Após, foi realizada a construção dos DE, IE e RE fundamentados na CIPE®, ancorados na experiência e julgamento clínico das enfermeiras possibilitando a aproximação da teoria com a realidade e necessidades locais. Os DE, IE e RE foram testados pelo período de 30 dias no decorrer das consultas de puericultura de rotina das enfermeiras para verificar sua aplicabilidade na prática.

No quarto encontro, foi realizada a validação das etapas de Coleta de dados, DE, IE e RE por meio do Índice de Validade do Conteúdo (IVC). Para a validação foi construída uma escala likert com pontuação de um a quatro, sendo considerado aceitável o score igual ou superior a 0,80 de taxa de concordância⁽⁹⁾. Nesse trabalho o IVC foi de 0,80.

Todas as etapas construídas, testadas e validadas tiveram como suporte teórico a Teoria de Wanda de Aguiar Horta.

Procedimentos éticos

Pesquisa seguiu as normas propostas pela Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa local pelo parecer nº 2.630.923.

RESULTADOS

Foram elencados 19 DE, com intervenções e resultados esperados, com base na CIPE®, e na teoria de Wanda de Aguiar Horta, apresentados no quadro 1.

Quadro 1: Enunciados de DE, IE e RE elaborados a partir da CIPE®.

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultado esperado
NECESSIDADE PSICOBiolÓGICA - Integridade Física e Cutaneomucosa		
Alergia	- Evitar coçar o local - Estimular o aleitamento materno - Identificar agentes causadores - Utilizar sabonete neutro - Encaminhar para o médico pediatra - Orientar sinais de alerta e ir ao Hospital ou Pronto Atendimento, se piora	Alergia melhorada
Alergia a picada de inseto	- Usar mosquiteiro ou telas nas janelas - Manter unhas curtas e limpas - Retornar à UBS, caso haja piora do quadro clínico ou dúvidas	Alergia melhorada

Candidíase oral Leve/moderada/severa	- Realizar higiene oral com água bicarbonatada por 7 a 10 dias - Orientar lavagem das mãos antes de preparar os alimentos - Realizar higiene oral após as mamadas - Lavar chupetas e mamadeiras com água quente - Estimular o aleitamento materno - Evitar beijo próximo aos lábios - Retornar em 2 dias caso ocorra dificuldades na alimentação - Agendar retorno em 7 dias - Encaminhar para o médico pediatra	Candidíase oral melhorada
Crosta Láctea (ou dermatite seborreica)	- Aplicar ácido graxo no local afetado antes do banho - Banhar diariamente - Evitar atrito e arranhaduras - Evitar calor excessivo e transpiração - Manter local seco e limpo - Lavar o cabelo diariamente	Dermatite melhorada
Eritema de Calor	- Banhar a criança com sabonete neutro - Vestir com roupas leves - Encaminhar para consulta com médico pediatra se sinais de infecção - Aplicar pasta d'água 3x ao dia após o banho - Aplicar amido de milho diretamente sobre a pele - Enxaguar o bebê 3x ao dia com 1lt de água contendo 2 colheres de sopa de amido de milho	Eritema ausente
Eritema de Fralda	- Higienizar com água morna e sabão neutro a cada troca de fralda - Suspender uso de lenços umedecidos e produtos industrializados - Aplicar amido de milho diretamente na pele	Eritema ausente

NECESSIDADE PSICOBiolÓGICA - Nutrição		
Amamentação prejudicada	- Encorajar a mãe a compartilhar as suas preocupações - Posicionar o bebê de forma correta - Orientar pega correta - Massagear a mama antes de amamentar com movimentos circulares com as duas mãos, em direção ao mamilo. - Retornar em 2 dias para reavaliação - Encaminhar para o médico pediatra	Amamentação eficaz

Crescimento prejudicado	- Supervisionar curva de crescimento - Encaminhar para avaliação com o médico pediatra - Observar biotipo dos pais - Orientar sobre a importância das consultas de Puericultura - Solicitar o acompanhamento por meio de visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS)	Crescimento adequado
Peso prejudicado	- Orientar ingesta alimentar adequada para idade - Reforçar aleitamento materno - Encaminhar ao médico pediatra - Retornar em 15 dias - Solicitar avaliação da nutricionista - Encaminhar para o CRAS/CREAS - Solicitar o acompanhamento por meio de visita do ACS	Peso Adequado
NECESSIDADE PSICOBIOLOGICA - Percepção Visual, Auditiva, Gustativa, Olfativa, Tátil e Dolorosa		
Cólica abdominal leve/moderada/severa	- Posicionar a criança em decúbito dorsal e massagear a região abdominal no sentido horário - Posicionar a criança em decúbito dorsal e movimentar as pernas em direção ao corpo - Deixar a criança no colo para sentir-se acolhido e aquecido - Conferir postura e pega na amamentação - Banhar a criança em água morna para promover o relaxamento - Reduzir estímulos sonoros e luminosos	Cólica abdominal melhorada
NECESSIDADE PSICOBIOLOGICA - Eliminação		
Constipação leve/moderada/severa	- Identificar padrão alimentar - Orientar alimentos ricos em fibras - Incentivar ingesta hídrica - Analisar constipação e processo fisiológico - Encaminhar para o médico pediatra	Constipação melhorada
Diarreia Leve/moderada/severa	- Suspender uso do sulfato ferroso - Aumentar ingesta hídrica - Orientar alimentação adequada - Manter a alimentação habitual, principalmente o leite materno, aumentando a frequência das mamadas - Oferecer à criança a solução reidratante; - Trocar fralda a cada evacuação ou após urinar para evitar assaduras; - Encaminhar para o médico pediatra - Orientar sinais de alerta e ir ao Hospital ao Pronto Atendimento, se piora	Diarreia melhorada

Vômito Leve/moderado/severo	- Aumentar ingesta hídrica - Orientar alimentação leve - Encaminhar ao médico pediatra - Retorno em 15 dias	Vômito ausente
NECESSIDADE PSICOBIOLOGICA - Regulação Neurológica		
Desenvolvimento infantil prejudicado	- Acompanhar desenvolvimento em consultas de puericultura - Realizar consulta compartilhada com médico pediatra - Estimular criança de acordo com a idade - Retorno em 15 dias	Desenvolvimento infantil adequado
NECESSIDADE PSICOBIOLOGICA - Regulação Térmica		
Febre	- Vestir com roupas leves - Banhar com água morna por 10 minutos - Aplicar compressas úmidas - Encaminhar ao médico pediatra - Orientar retorno imediato a qualquer sinal de perigo ou piora do quadro, como: letargia, desconforto respiratório, rigidez de nuca e abaulamento de fontanela; - Orientar ir ao Hospital ou Pronto Atendimento, se piora	Febre ausente
NECESSIDADE PSICOBIOLOGICA - Cuidado Corporal		
Infestação de Parasitas na cabeça	- Identificar foco da infestação - Orientar cuidados com higiene - Orientar para não compartilhar utensílios pessoais e lavá-los água quente (54°C) - Remover lêndeas com pente fino - Orientar inspeção diária da cabeça	Infestação de parasitas ausente
Padrão de Higiene prejudicado	- Orientar os cuidados com a higiene - Banhar a criança diariamente - Demonstrar técnica para realização da higiene - Orientar importância da higiene	Higiene melhorada
NECESSIDADE PSICOBIOLOGICA - Oxigenação		
Tosse Leve/moderada/severa	- Avaliar origem do sintoma - Aumentar ingesta hídrica - Orientar cessar tabagismo dentro de casa - Manter casa arejada - Orientar cuidados com higiene - Encaminhar para o médico pediatra - Orientar sinais de alerta e ir ao Hospital ao Pronto Atendimento, se piora	Ausência de tosse
Congestão nasal	- Aumentar ingesta hídrica - Higienizar narinas com soro fisiológico 0,9% - Encaminhar ao médico pediatra	Congestão nasal melhorada

DISCUSSÃO

Na infância a criança desenvolve grande parte das suas potencialidades e para acompanhar o ritmo de crescimento e desenvolvimento o enfermeiro necessita ter um olhar global das situações que permeiam a assistência, assim como desenvolver raciocínio clínico para compreender as diferentes situações⁽¹⁰⁾.

A puericultura tem como foco a integralidade do cuidado da criança; é uma atividade dinâmica de baixa complexidade, que possibilita a realização de ações de proteção à saúde e prevenção de agravos^(10,11,12,13). Com base nessa afirmativa considera-se importante a construção coletiva de DE, IE e RE a partir de cada realidade, pois eles irão nortear e qualificar as ações do enfermeiro na APS por serem uma linguagem universal entre os profissionais, contribuindo para o processo de assistência à criança⁽¹⁰⁾.

Em relação aos DE, foram elencados os de maior relevância e frequência na rotina de atendimento das crianças, considerando a fase de crescimento e desenvolvimento. Foram predominantes os diagnósticos voltados às necessidades psicobiológicas. Contudo, chama a atenção que os aspectos relacionados às necessidades psicossociais e psicoespirituais, não foram considerados prioritários, contrariando dessa forma a concepção de Horta⁽¹⁴⁾ que entende o ser humano como um ser indivisível, que comporta todos os aspectos de forma a se interrelacionarem. Ainda, Horta afirma que a Enfermagem é prestada ao ser humano, não aos seus desequilíbrios ou doenças, tendo como finalidade promover os processos de promoção da saúde, prevenção e reabilitação de agravos e incentivo ao autocuidado.

Assim, cada criança deverá ser assistida de forma integral no momento da CE, considerando suas necessidades de forma individual e com objetivo de manter um crescimento e desenvolvimento adequados, principalmente nos primeiros anos de vida⁽¹⁵⁾.

Dentre os DE construídos e, olhando para os aspectos biopsicossociais, o diagnóstico de higiene prejudicada chama a atenção porque, além dele, outros aspectos relacionados à higiene apareceram de forma predominante, como as infestações por parasitas, prevenção dos eritemas de calor e de fralda, formas de diminuir os impactos da diarreia. É importante ao se perceber que as condições de higiene têm reflexos negativos, orientar a família sobre os cuidados com o corpo e de como eles reduzem problemas comuns, como os relacionados a obstruções nasais, desconfortos comuns e indisposições durante as mamadas⁽¹⁶⁾.

Estudo⁽¹⁷⁾ que analisou 400 prontuários de crianças de zero a 36 meses, atendidas em CE, também identificou a prevalência de problemas relacionados a aspectos cutaneomucosos, mesmo em consultas de rotina, demonstrando a importância de diagnósticos que possibilitem a identificação e intervenção precoce desses achados clínicos.

Outro diagnóstico importante é o relacionado à amamentação, que além de contemplar aspectos sociais, culturais, históricos, emocionais tem foco na criança, mãe e família. No DE amamentação ineficaz, além das condições biológicas, deve ser avaliada questões relacionadas ao conhecimento, capacidade e crenças da mulher sobre a amamentação que podem influenciar de maneira negativa esse processo. As orientações referentes ao aleitamento materno são primordiais, e devem fazer parte da CE, pois ele possui efeito protetor para alergias, infecções, diarreia, manutenção do crescimento adequado⁽¹⁰⁾. A avaliação do crescimento da criança está atrelada a dois DE importantes - peso e crescimento prejudicados. Além da avaliação do peso, altura e perímetro cefálico, é importante que o enfermeiro tenha uma visão global do crescimento, observando fatores influenciadores as condições de vida, alimentação e fase em que a criança está no momento da avaliação⁽¹⁸⁾.

Na avaliação do crescimento, o peso deve ser observado com atenção pelo enfermeiro, principalmente, por ser uma medida que sofre variações e indica aspectos biológicos e sociais. Contudo, uma medida pouco referida nos estudos é o Índice de Massa Corporal (IMC), porém de relevância, pois permite avaliar de maneira global a criança ao cruzar as variáveis peso, estatura e idade. A pouca atenção ao IMC pode estar relacionada a sua inserção recente na Caderneta de Saúde da Criança como critério para o acompanhamento infantil⁽¹⁸⁾.

Observou-se, ainda, a ausência de DE relacionados a promoção da saúde, provavelmente, devido ao cotidiano dessas profissionais estar voltado para ações de prevenção ou reabilitação de agravos. Os 19 DE elencados refletem visão focada nos processos biológicos, com ênfase em agravos já estabelecidos. Quando a assistência é voltada para o curativismo ela fragmenta o cuidado, geralmente, valorizando dimensões biológicas e o adoecer, indo contra as diretrizes da APS, que têm como base a proteção e promoção em saúde^(12,19).

Um dos fatores que contribui para a escolha de DE voltados para aspectos de doença é o atendimento em livre demanda; nessas ocasiões, a procura pela consulta, comumente, é relacionada a queixas agudas. Ou seja, existe mais busca pelo atendimento imediato, com foco agudo, do que pela CE programada, em que o objetivo é estabelecer um cuidado integral com vistas à promoção da saúde e prevenção de agravos. A livre demanda pode estar associada à ampliação do acesso às UBS, fazendo com o que o usuário procure atendimento mais rápido e facilitado, incidindo diretamente na consulta programada⁽²⁰⁾.

Nesse sentido, reforça-se a importância de o enfermeiro buscar ferramentas de trabalho que tornam a CE resolutive, como por exemplo, a construção de DE, IE e RE com base na CIPE que vai ao encontro da necessidade de padronizar e qualificar a assistência de enfermagem em puericultura, garantindo respaldo científico.

Limitações do estudo

As limitações deram-se pela escassez de artigos técnicos para embasar os argumentos utilizados na discussão. Foi um desafio discutir de forma técnica e científica os achados referentes aos DE, IE e RE elencados com base na prática das enfermeiras da APS.

Contribuições do Estudo

Esse estudo contribuiu para a qualificação profissional das enfermeiras da APS e, conseqüentemente, no aumento da resolutividade nas CE à criança. Além disso serviu como base para a revisão do Protocolo Municipal de Saúde da Criança do município onde o estudo foi realizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha dos DE, IE e RE realizada coletivamente, favorece a assistência qualificada e padronizada. Contudo, é imprescindível que o enfermeiro aprimore seu conhecimento técnico e científico para determinar quais intervenções são necessárias no momento

da CE, além de que a revisão, inclusão e exclusão de DE, IE e RE deve ser contínua e permanente, visando torná-los exequíveis. É importante estimular o enfermeiro para a consolidação da sua autonomia uma vez que ela melhora a qualidade do cuidado. Essa pesquisa pode subsidiar os enfermeiros para executarem ações assertivas, auxiliando-os na CE ao apresentar alguns DE, IE e RE que orientam o atendimento à criança, proporcionando segurança, qualificando e otimizando a assistência prestada. Contudo, é necessário que se dê continuidade na construção de outros DE, IE e RE, assim como no aperfeiçoamento dos já elencados.

Contribuições dos autores

Concepção e/ou desenho: Ingrid Pujol Hanzen, Elisângela Argenta Zanatta; análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Ingrid Pujol Hanzen, Elisângela Argenta Zanatta, Silvana dos Santos Zanotelli.

Agradecimentos e financiamento: À UDESC e a CAPES/COFEN que financiaram essa pesquisa pelo Edital nº 27/2016.

REFERÊNCIAS

- Soares DG, Pinheiro MCX, Queiroz DM de, Soares DG. Implantação da puericultura e desafios do cuidado na estratégia saúde da família em um município do Estado do Ceará. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. [Internet]. 2016; 29(1):132-138. Available From: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3713>.
- Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança: orientações para implementação. 2018. Available from: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_da_Crianca_PNAISC.pdf
- Gubert FA, Santos DAS, Pinheiro MTM, Brito LLMS, Pinheiro SRCS, Martins MC. Protocolo de Enfermagem para consulta de puericultura. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. [Internet]. 2015; 16 (1):81-9. Available From: <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324036185010.pdf>
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358 de 2009. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorra o cuidado profissional de Enfermagem. 2009. Available From: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
- Primo CC, Resende FZI, Garcia TR, Duran ECM, Brandão MAG. Subconjunto terminológico da CIPE® para assistência à mulher e à criança em processo de amamentação. *Rev. Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2018; 39: e2017-0010. Available From: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100410&lng=pt
- Garcia TR, Bartz CC, Coenen AM. CIPE: uma linguagem padronizada para a prática profissional. In: Garcia TR (Org.). *Classificação Internacional para a prática de enfermagem CIPE®*. Porto Alegre: Artmed, 2018.
- Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- Kitzinger, J. Grupos Focais. In: POPE, C.; MAYS, N. (Org.). *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009
- Polit-O'hara D, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011.
- Dantas AMN, Gomes GLL, Silva K de L, Nóbrega MML da. Diagnósticos de enfermagem para as etapas do crescimento e desenvolvimento de crianças utilizando a CIPE®. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. [Internet]. 2016; 18:e11. Available From: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/35524/21457>
- Monteiro FPM, Araujo TL, Costa FBC, Leandro TA, Cavalcante TF, Lopes MVO. Validação clínica do diagnóstico de enfermagem disposição para desenvolvimento melhorado do lactente. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016;69(5):802-9. Available From: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/0034-7167-reben-69-05-0855.pdf>
- Vieira DS, Santos NCCB, Nascimento JA do, Collet N, Toso BRGO, Reichert APS. A prática do enfermeiro na consulta de puericultura na Estratégia Saúde da Família. *Texto contexto - enferm*. [Internet]. 2018; 27(4): e4890017. Available From: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n4/0104-0707-tce-27-04-e4890017.pdf>
- Santos GS, Pieszak GM, Gomes GC, Biazus CB, Silva SO. Contribuições da Primeira Infância Melhor para o crescimento e desenvolvimento infantil na percepção das famílias. *Rev Fun Care Online*. [Internet]. 2019; 11(1):67-73. Available From: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/646>
- Horta, WA. *Processo de Enfermagem*. São Paulo: EPU, 1979
- Costa P, Duarte AP, Belega-Anacleto ASC, Andrade PR, Balieiro MMFG, Verissimo MDLOR. Diagnósticos de enfermagem em consultas de atenção primária à saúde de recém-nascidos. *Rev.Bras.Enferm*. [internet]. v. 71, n.6, p. 2961-8, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0954> Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n6/pt_0034-7167-reben-71-06-2961.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2019.
- Santos KH dos, Marques D. Diagnósticos de Enfermagem na Atenção Básica: contributos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*. [Internet]. 2015; 15(2):108-113. Available From: <https://sobep.org.br/revista/component/zine/article/214-diagnosticos-de-enfermagem-na-atencao-basica-contributos-da-classificacao-internacional-para-a-pratica-de-enfermagem.html>
- Monteiro ATA, Ferrari RAP, Tacla MTGM, Souza ALDM de. Consulta de enfermagem à criança após alta das maternidades: seguimento na atenção primária. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped*. [Internet]. 2017; 17(1): 7-13. Available From: https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol17-n1/vol_17_n_1-artigo_original_1.pdf
- Gaiva MAM, Monteschio CAC, Moreira MDS, Salge AKM. Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem. *Av Enferm*. [Internet]. 2018;36(1)9-21. Available From: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v36n1/0121-4500-aven-36-01-00009.pdf>.
- Malaquias TSM, Baldissera VAD, Higarashi IH. Percepções da equipe de saúde e de familiares sobre a consulta de puericultura. *Rev. Cogitare Enfermagem*. [Internet]. 2015; 20(2):367-373. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483647679017>
- Kahl C, Meiralles BHS, Lanzoni GMM, Koerich C, Cunha KS. Actions and interactions in clinical nursing practice in Primary Health Care. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03327. Available From: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017025503327>

APLICATIVO MÓVEL DE PROCESSAMENTO DE IMAGENS DIGITAIS PARA CLASSIFICAÇÃO AUTOMÁTICA DE TECIDOS DE LESÕES POR PRESSÃO

Huara Paiva Castelo Branco¹, Levy Aniceto Santana², Rinaldo de Souza Neves³, Renato Veiga Guadagnin⁴

Objetivo: avaliar o desempenho de uma técnica automática para extração de características dos tipos de tecidos de lesões por pressão por processamento de imagens digitais, embutida em um aplicativo móvel (App) para smartphones. **Metodologia:** estudo transversal controlado, realizado em 20 imagens de lesões sacrais e trocantéricas. Aferiu-se a concordância na caracterização tecidual presente no leito das lesões entre o App e um comitê de juizes. **Resultados:** a precisão global do App na identificação de granulação, liquefação e coagulação foi de 75%. Constatou-se independência intraobservador nos desfechos das aferições realizadas pelo aplicativo. **Conclusões:** o App obteve desfechos promissores ao classificar os tipos de tecidos inviáveis e granulação, sendo necessário aprimoramento do desempenho em feridas complexas e de outras etiologias.

Descritores: Lesão por Pressão, Fotografia, Smartphone.

MOBILE IMAGING APP FOR AUTOMATIC CLASSIFICATION OF PRESSURE INJURY TISSUES

Objective: to evaluate the performance of an automated technique for extraction of characteristics of the types of tissues from pressure lesions by digital image processing, inserted in a mobile application (App) for smartphones. **Methodology:** cross-sectional, controlled study of 20 images of sacral and trochanteric lesions. The concordance in the tissue characterization present in the center of the lesions between the App and a committee of judges was checked. **Results:** the overall accuracy of the App in the identification of granulation, liquefaction and coagulation was 75%. Intraobserver independence was observed in the results of the measurements performed by the application. **Conclusions:** the App obtained promising outcomes classifying non-viable tissue types and granulation tissue, and an improvement of the app's performance is necessary in complex wounds and other etiologies.

Descriptors: Pressure Ulcer, Photography, Smartphone.

APLICACIÓN MÓVIL DE PROCESAMIENTO DE IMÁGENES DIGITALES PARA LA CLASIFICACIÓN AUTOMÁTICA DE LOS TEJIDOS DE LESIÓN POR PRESIÓN

Objetivo: evaluar el rendimiento de una técnica automática para extraer características de los tipos de tejido de las lesiones por presión mediante el procesamiento digital de imágenes, incorporado en una aplicación móvil para smartphone. **Metodología:** estudio transversal controlado hecho en 20 imágenes de lesiones trocantéricas y en la región sacro. Se verificó la concordancia en la caracterización de los tejidos presentes en el lecho de las lesiones entre la aplicación y un comité de jueces. **Resultados:** la precisión general de la aplicación en la identificación de tejidos presentes en el lecho de las LPP (lesiones por presión) fue de 75%. Se comprobó la independencia intraobservadora en los puntos finales de las mediciones realizadas por la aplicación. **Conclusiones:** la aplicación obtuvo resultados promisorios al evaluar los tipos de tejidos no viables y granulación y es necesario perfeccionar el desempeño en heridas complejas y de otras etiologías.

Descritores: Úlcera por Presión, Fotografía, Teléfono Inteligente.

¹Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS/FEPECS). E-mail: huarabsb@gmail.com

²Fisioterapeuta. Doutor em Ciências da Saúde. Coordenador do Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS/FEPECS).

³Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde. Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde.

⁴Engenheiro Mecânico. Doutor em Ciências da Administração.

Autor Correspondente: Huara Paiva Castelo Branco. huarabsb@gmail.com

INTRODUÇÃO

As lesões por pressão (LPP) são definidas como danos localizados na pele, que podem comprometer ou não as regiões subjacentes. Originam-se, comumente, sob proeminências ósseas em decorrência da intensa ou prolongada pressão em associação ao cisalhamento e fricção, acarretando em distúrbios no fluxo sanguíneo da área afetada e, portanto, deterioração progressiva⁽¹⁾.

Desenvolvem-se em quatro estágios, onde, primeiramente, a pele, ainda íntegra, assume uma coloração avermelhada que não embranquece. Caso não seja afastada a etiologia, o tecido pode romper, expondo a derme. Em seguida, há a perda do epitélio em sua espessura total, e a hipoderme passa a ser visível. É também possível observar tendões, músculo e estruturas ósseas⁽²⁾.

Uma das etapas essenciais ao planejamento do cuidado é extrair características das lesões como: tamanho, quantidade de exsudato, regiões perilesionais e, especialmente, a composição tecidual do leito das feridas⁽¹⁾. As decisões clínicas do enfermeiro estão diretamente relacionadas à correta identificação das áreas com granulação, esfacelo, necrose de coagulação, epiteliação, osso, tendão e vasos sanguíneos⁽³⁾.

Na prática clínica do Sistema Único de Saúde (SUS), o julgamento dessas variáveis é altamente dependente da expertise profissional, contudo, fundamentá-la na habilidade individual em apreciar visualmente as lesões, tem-se demonstrado subjetivo e impreciso^(4,5).

Nesse contexto, a fim de minimizar as limitações humanas, o rastreamento automatizado dos tecidos por meio de técnicas de processamento digital de imagem, sobretudo as pertinentes à inteligência artificial, tornaram-se um campo ativo de pesquisa em saúde. Assim, o objetivo deste artigo é avaliar o desempenho de uma técnica automática na extração de tipos de tecidos de LPP por processamento de imagens digitais a partir de um aplicativo (App) móvel para smartphones com sistema operacional Android.

MÉTODOS

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal controlado com abordagem quantitativa, com a finalidade de testar a utilização da Rede Neural Artificial Self Organizing Maps (SOM), embutida no App desenvolvido para o processamento de imagens e identificação dos tecidos presentes no leito das LPP.

Participantes da pesquisa

Participaram do estudo indivíduos de ambos os

sexos, com idade igual ou superior a 50 anos, com LPP sacral e trocantérica em estágios 2, 3 e 4, e não classificáveis segundo a classificação da National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP); que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a autorização para utilização de imagens para fins de pesquisa. Foram excluídas as lesões cuja angulação e sombreado inviabilizam a delimitação da borda no registro fotográfico e indivíduos com capacidade cognitiva diminuída ou comunicação verbal prejudicada sem acompanhante.

Foram convidados 30 enfermeiros por meio de correio eletrônico, escolhidos por conveniência, para compor o comitê de juizes, a partir da análise do Currículo Lattes, que satisfiziam os critérios: experiência clínica no Distrito Federal (DF); doutorado, mestrado na grande área de concentração das ciências da saúde ou especialização em Estomoterapia e Dermatologia; com atuação no ensino de graduação ou pós-graduação em enfermagem.

Os oito enfermeiros que aceitaram participar da pesquisa receberam um arquivo com as lesões e um formulário de apreciação estruturado conforme o Red/Yellow/Black Wound Classification System⁽⁶⁾, no qual Red (vermelho) representa o tecido de granulação, Yellow (amarelo) a necrose de liquefação ou esfacelo e Black (preto) a escara ou necrose de coagulação, sendo acrescentada a coloração Rosa para a representação da epiteliação.

Local do estudo

Estudo realizado em dois hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do DF em pacientes internados nas unidades de Clínica Médica, Cirúrgica, Ortopedia, Unidade de Terapia Intensiva e Pronto-Socorro.

Coleta de dados

Na primeira fase, desenvolveu-se um algoritmo de reconhecimento de padrões a partir da rede SOM, com o intuito de caracterizar a ferida com base na cor do tecido representado no leito. Em seguida, foi concebido um App para smartphones, executado em dispositivo Android com versão 6.0.1 (Marshmallow), no ambiente de desenvolvimento integrado Android Studio 3.4, utilizando a linguagem de programação orientada a objetos Java. Para o processamento e documentação, utilizou-se a biblioteca multiplataforma Open Source Computer Vision (OpenCV).

Na segunda fase, obteve-se um banco de imagens

pela câmera traseira do smartphone, Samsung® modelo J5 Prime, com resolução de 13 megapixels. Sua captação deu-se de forma a reproduzir as condições encontradas nos ambientes clínicos, nos meses de novembro de 2018 a janeiro de 2019. Todos os indivíduos hospitalizados no período foram convidados a participar da pesquisa.

Os registros ocorreram durante a assistência rotineira de enfermagem, após a limpeza das lesões, isento de controle de iluminação e flash, sempre pela mesma pessoa e sem referência métrica, com o paciente posicionado de forma confortável, em decúbito favorável à visualização da ferida, o smartphone mantido paralelo ao leito da LPP, a uma distância de 20 a 30 cm da lesão, utilizando-se uma régua para seu controle.

Procedimentos de análise de dados

A análise frequencial das avaliações do comitê de juizes foi considerada padrão-referência para verificar a capacidade do App em identificar a composição tecidual. Consideraram-se equivalentes as aferições cujos reconhecimentos pelo App eram semelhantes aos dos especialistas. Utilizou-se o software Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão Windows 20.0 para análise descritiva dos dados, por meio de medidas de frequência.

Procedimentos éticos

Esta pesquisa obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal (CEP/FEPECS), sob o protocolo n.o 2.782.343/2018.

RESULTADOS

Compuseram o banco de imagens 20 fotografias de LPP sacrais (17) e trocântéricas (3) de 14 pacientes internados nas unidades de Clínica Médica (5), Unidade de Terapia Intensiva (4), Ortopedia (3), Clínica Cirúrgica (1) e Pronto-Socorro (1).

Em relação ao comitê de juizes, 75% eram do sexo feminino com média de idade de 48 + 10,28 anos. Quanto à qualificação profissional, 3 possuem titulação máxima de Doutor; 1 Mestrado; 4 especialistas nas áreas de Estomoterapia, Enfermagem Dermatológica e Residência em Enfermagem Cirúrgica. Houve predomínio do tempo de experiência profissional superior a 30 anos (62,5%), com 50% dos participantes atuando menos de 10 anos na docência em enfermagem e 37,5% exercendo o ensino por mais de 10 anos.

Sobre o julgamento dos especialistas em relação à aparência das lesões, foram observadas divergências de classificação de determinadas zonas das feridas. A fim

de se estabelecer a prevalência dos tecidos, realizou-se uma análise frequencial das avaliações, considerando como representativos aqueles identificados por mais de 50% dos participantes. Os resultados estão expressos no Quadro 1.

Quadro 1 - Tecidos presentes no leito das lesões segundo o comitê de especialistas. Brasília-DF, 2019.

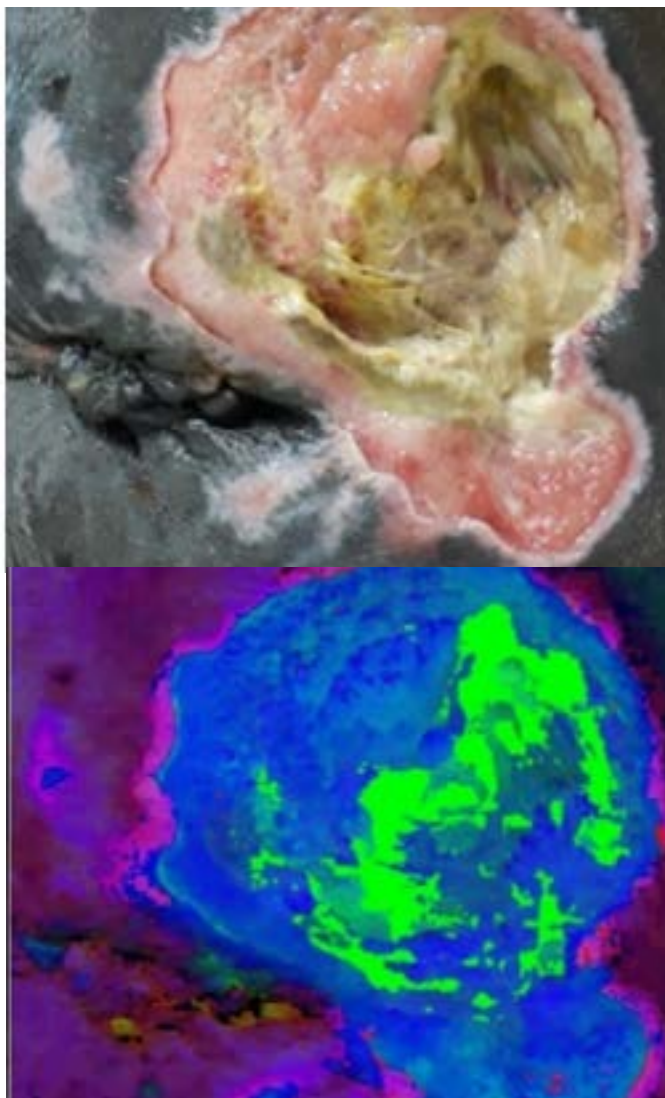
Tecidos presentes no leito da lesão				
Lesões	Granulação	Epitelização	Liquefação	Coagulação
1	Sim	Sim	Sim	
2	Sim	Sim	Sim	Sim
3		Sim	Sim	
4	Sim	Sim	Sim	
5	Sim	Sim	Sim	
6	Sim		Sim	
7	Sim	Sim	Sim	Sim
8	Sim			
9	Sim	Sim	Sim	
10	Sim	Sim	Sim	
11			Sim	
12	Sim		Sim	
13		Sim	Sim	
14	Sim		Sim	
15	Sim		Sim	
16	Sim		Sim	Sim
17		Sim		
18			Sim	
19				Sim
20	Sim		Sim	

Na avaliação dos juizes, prevaleceu a liquefação (90%), seguida por granulação (70%) e epitelização (50%) e a necrose de coagulação foi identificada somente

em 20% das lesões. Em seguida, as 20 fotografias foram submetidas à análise pelo App e os resultados comparados ao dos juízes.

O App desenvolvido apresenta fluxo comum à aquisição da imagem a partir da ativação da câmera traseira do dispositivo ou acesso a diretórios de armazenamento do smartphone para abertura da imagem. Após, automaticamente, são realçados os contrastes da imagem, a fim de reduzir ruídos, sendo esse pré-processamento realizado a partir da transformação aritmética dos valores Red-Green-Blue (RGB), para que o operador Canny detecte as bordas, destacando a área de interesse, ou seja, segmente a imagem. Esse processo está representado na Figura 1.

Figura 1 - Apresentação do mecanismo de detecção automática das bordas da lesão. Brasília-DF, 2019.



Fonte: Pesquisa dos autores.

A extração das características de cor foi realizada no banco de imagens, considerando-se valores mínimos e máximos para cada componente de RGB e Matriz-Saturação-Valor (HSV) das cores a serem detectadas no leito da lesão. Os dados foram, posteriormente, apresentados à inteligência artificial SOM, que os organizou dimensionalmente em grupos. A Figura 2 exemplifica as características visuais dos tecidos a serem detectados pela rede neural.

Figura 2 - Combinação dos diferentes tecidos no leito das lesões. Brasília-DF, 2019.



Fonte: Pesquisa dos autores.

Nesse processo, as 20 imagens de entrada (fotos das feridas), submetidas à técnica desenvolvida, resultaram em uma de saída (ferida segmentada e classificada). Quanto à distribuição de cores e considerando-se a análise frequencial das avaliações realizadas pelos juízes, obteve-se um resultado percentual de concordância de 75%. Ao estratificar os desfechos por tipos de tecidos, o App alcançou concordância na identificação de liquefação de 85% e 75% para granulação e necrose de coagulação.

Com o intuito de verificar a exatidão na delimitação das bordas das lesões, três dos oito especialistas foram consultados para averiguar a concordância da aferição realizada pelo App, resultando em 75% de acordo na definição dos limites da lesão. Quando analisada a repetibilidade intraobservadora, obtiveram-se 100% de acerto nas medições realizadas.

DISCUSSÃO

As LPP podem ocorrer em vários locais do corpo, entretanto, os pontos de contato entre os tecidos moles e o osso são os mais suscetíveis, pois são áreas que sofrem maior exposição a prolongadas pressões, acarretando hipoperfusão local e morte celular. Dentre as regiões anatômicas mais prevalentes estão a sacrococcígea, trocantérica e calcâneos. Acometem, aproximadamente,

9% dos pacientes hospitalizados, com incidências que podem ultrapassar 50%^(7,8). Contudo, os calcêneos são áreas convexas e, eventualmente, apresentam dificuldades nas delimitações de contornos⁽⁹⁾. Por essa razão, essa pesquisa analisou as lesões sacrais e trocântéricas.

Tendo em vista que esta foi a utilização pioneira da rede SOM, aprendizado de máquina não supervisionado para extração de características de LPP, comparou-se os resultados de seu desempenho com a opinião de oito enfermeiros atuantes no cuidado às pessoas com feridas no DF. No que se refere à concordância entre profissionais na identificação dos tecidos, obtiveram-se desfechos similares aos descritos por alguns autores⁽¹⁰⁾, corroborando o quão complexo é a segmentação e caracterização de feridas, em que até os profissionais mais experientes têm opiniões divergentes em relação aos limites da ferida e aos tipos de tecidos envolvidos.

Além disso, quanto maior o número de profissionais consultados, mais difícil é alcançar um consenso, chegando a 59% de discordâncias em lesões complexas e com bordas irregulares, havendo variabilidade significativa na identificação dos tecidos quando o mesmo observador analisa a lesão em momentos distintos. Ocorrem, ainda, situações em que um profissional identifica uma região específica como parte da ferida em uma ocasião e, posteriormente, o mesmo discorda do próprio julgamento⁽¹⁰⁾.

Apesar disso, atingiu-se equivalência nas aferições realizadas pelo App comparadas ao comitê de juizes. Ademais, quando se contrapõem trabalhos publicados na área⁽¹⁰⁻¹⁴⁾, obtêm-se desfechos similares, demonstrando ser uma técnica promissora, especialmente, quando se considera que as condições de luminosidade não foram controladas para aquisição das fotografias e, sobretudo, por ser um processamento de imagem completamente automático e realizado em um smartphone.

O App atingiu precisão global de 75% na identificação dos tecidos presentes no leito das LPP. Foram encontrados resultados similares⁽¹⁰⁾ em uma abordagem para segmentação de imagens, baseada em técnicas de limiarização ideal, combinada a um mapa de probabilidade das cores vermelho-amarelo-preto-branco e calculada por um modelo modificado do espaço de cor HSV, na delimitação do leito da lesão, caracterização e estimativa do percentual tecidual.

Quanto à identificação dos tecidos presentes no leito das lesões, o App encontrou valores próximos aos obtidos na abordagem que considerou o componente Saturação, do espaço de cor HSI, para a limiarização com

divergência fuzzy e o Support Vector Machine, técnica de aprendizagem supervisionada, a fim de classificar a composição das feridas, atingindo precisões teciduais de 86,84%, 78,27% e 78,72% para granulação, liquefação e coagulação, respectivamente⁽¹¹⁾.

Um sistema computacional de classificação tecidual em úlceras diabéticas, que utiliza Fuzzy C-Means e análise de cores por recursos de clusterização rotulados a partir do cálculo da distância euclidiana, demonstrou acurácia na identificação isoladamente de 99,1%, 98,2%, 98,8% e 98,3% para granulação, liquefação, escara e epitelização, respectivamente. Contudo, quando feridas contendo dois ou mais tipos de tecidos diferentes foram testadas, rotularam zonas avermelhadas que faziam parte do tecido de liquefação e áreas de epitelização de aparência mais avermelhada que rosada, como a granulação. Detectaram-se, também, alguns falsos positivos na distinção entre esfacelo e escara, dado que as intensidades médias de cores são bastante estreitas⁽¹⁴⁾.

Ainda que os métodos baseados em aprendizado de máquina supervisionado, geralmente, forneçam melhores resultados globais, são mais difíceis de implementar em dispositivos móveis, no qual o poder computacional é limitado^(12,13). O App desenvolvido alcançou melhores desfechos na identificação de liquefação e coagulação e semelhantes aos descritos na literatura na distinção dos tons rosa e avermelhado.

Todavia, um dos desafios na segmentação de feridas é diferenciar regiões com características similares na matriz de cores: por exemplo, vermelho escuro (granulação) versus preto (coagulação) e vermelho pálido (granulação) e amarelo claro (liquefação), pois, sob o padrão HSV, vermelho escuro e amarelo escuro estão mais próximos do preto; similarmente vermelho claro e amarelo claro estão mais perto do branco⁽¹²⁾.

A distinção entre áreas úmidas, por exemplo, como as granulações recém-formadas e as lesões exsudativas, tornam-se ainda mais complexas, pois, são superfícies que possuem por sua natureza características refletoras de luminosidade, ocasionando equívocos na classificação⁽¹⁴⁾.

Para aferir a variabilidade na identificação dos tecidos, submeteu-se cada imagem a um número de cinco avaliações pelo App, sendo constatadas consistência e uniformidade nos resultados, com 100% das medições idênticas sugerindo que a análise computacional é menos suscetível à subjetividade do operador.

Observou-se a classificação de áreas com presença de hematomas como necrose de coagulação,

havendo a necessidade de adicionar a cor “Roxa” para a rotulagem da inteligência artificial, dado que essas colorações direcionam a condutas específicas. Regiões hiperemiadas em indivíduos caucasianos foram identificadas pelo App como granulação. As lesões com contornos extremamente irregulares obtiveram maiores divergências e, por isso, algumas análises adicionaram pixels referentes ao tecido íntegro presente na pele adjacente à área lesionada.

Limitações do estudo

A partir das comparações entre os juizes e o App, verificou-se a inabilidade do aplicativo em distinguir entre granulação e epiteliação. Além disso, a técnica proposta apresenta algumas limitações na segmentação e caracterização de feridas em peles escuras, especialmente ao tentar identificar os limites entre a necrose de coagulação e a região perilesional. Observou-se, também, que sombreamento e tunelizações, igualmente, foram confundidas com necroses.

Contribuições do estudo para a pesquisa

O processo de desenvolvimento de uma apurada técnica automática de extração de características visuais de LPP, por meio de processamento de imagens digitais em aplicativos, permite auxiliar os profissionais de enfermagem no diagnóstico, acompanhamento e na parametrização dos registros das feridas.

CONCLUSÃO

Com esta pesquisa, apresenta-se uma abordagem de segmentação automática usando aprendizado de máquina não supervisionado. Como a técnica proposta baseia-se na classificação de diferentes tipos de tecidos, permite que estruturas complicadas dentro da imagem sejam reconhecidas. Ao usar o App, obtiveram-se resultados promissores e, futuramente, o sistema permitirá que os enfermeiros avaliem a composição tecidual precisamente, um passo essencial ao diagnóstico e tratamento de LPP.

Mais imagens são necessárias para validar os dados de rotulagem, incluindo lesões de outras etiologias, com presença de osso e tendões. A equipe de pesquisadores permanece aprimorando o conjunto de dados para poder incluir novas classificações.

Agradecimentos

O presente trabalho recebeu apoio da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) e o financiamento oferecido pelo convênio CAPES/COFEN.

REFERÊNCIAS

1. Caliri MHL, Santos VLCC, Mandelbaum MHS, Costa IG. Classificação das lesões por pressão: consenso NPUAP 2016 - adaptada culturalmente para o Brasil. Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST). Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE). São Paulo; 2016. [citado 2018 Nov 16]. Disponível em: <http://www.sobest.org.br/textod/35>
2. Moraes JT, Borges EL, Lisboa CR, Cordeiro DCO, Rosa EG, Rocha NA. Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel. Rev. enferm. Cent.-Oeste Min. 2016; 6(2): 2292-2306.
DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v6i2.1423>
3. Carvalho MRF, Salomé GM, Ferreira L. Construção e validação de algoritmo para tratamento da lesão. Rev. enferm. UFPE on line. 2017 Out.; 11(supl. 10):4171-4183.
DOI: 10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201722.
4. Dufrene, C. Photography as an adjunct in pressure ulcer documentation. Crit. Care Nurs Q. 2009; 32(2), 77-80. DOI: 10.1097/CNQ.0b013e3181a27ab3.
5. Santos AD, Santos MB, Barreto AS, Carvalho DS, Alves JAB, Araújo KCGM. Spatial Analysis and Epidemiological Characteristics of Cases of Leprosy in an Endemic Area. Rev. enferm. UFPE on line. 2016 Nov; 10(5): 4188-4197. DOI: 10.5205/reuol.9284-81146-1-SM.1005sup201604.
6. Cuzzell JZ. The new RYB color code. Am. J. Nurs. 1988; 88(10): 1342-1346.
7. Souza NR, Freire DA, Souza MAO, Melo JTS, Santos LV, Bushatsky M. Fatores predisponentes para o desenvolvimento da lesão por pressão em pacientes idosos: uma revisão integrativa. Estima. 2017; 15(4): 229-239. DOI: 10.5327/Z1806-3144201700040007.
8. Otto C, Schumacher B, Wiese LPL, Ferro C, Rodrigues RA. Fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em pacientes críticos. Enferm. Foco 2019; 10(1): 07-11.
9. Gabison A, McGillivray C, Hitzig SL, Nussbaum E. A study of the utility and equivalency of 2 methods of wound measurement: digitized tracing versus digital photography. Adv Skin Wound Care. 2015; 28(6): 252-258. DOI: 10.1097/01.ASW.0000465301.37313.57.
10. Fauzi MFA, Khansa I, Catignani K, Gordillo G, Sen CK, Gurcan MN. Segmentation and Management of Chronic Wound Images: A Computer-Based Approach. IEE J Biomed Health Inform. 2018; 22(4). DOI: https://doi.org/10.1007/15695_2018_131.
11. Mukherjee R, Manohar DD, Das DK, Achar A, Miltra A, Chakraborty C. Automated tissue classification framework for reproducible chronic wound assessment. Biomed Res Int. 2014; Article ID 851582. 9 p. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/851582>.
12. Nejati H, Ghazijahani HA, Abdollahzadeh M, Malekzadeh T, Cheung N-M, Lee KH et al. Fine-grained wound tissue analysis using deep neural network. 2018 IEEE International Conference on Acoustics, Speech and Signal Processing (ICASSP), 1010-1014.
13. Shi RB, Qiu J, Maida V. Towards algorithm-enabled home wound monitoring with smartphone photography: A hue-saturation-value colour space thresholding technique for wound content tracking. Int. Wound J. 2019 Feb; 16(1): 211-218. DOI: 10.1111/iwj.13011.
14. Nizam K, Ahmad Fauzi MF, Ahmad NN, Nair HKR. Characterization of Tissues in Chronic Wound Images. 2018 IEEE Student Conference on Research and Development. 1-5. DOI: 10.1109/SCORED.2018.8710941.

INSTRUMENTO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS PARA CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA ONCOLÓGICA

Amanda Danielle Resende Silva e Sousa¹, Liliâne Faria da Silva, Ana Carla Dantas Cavalcanti², Fernanda Garcia Bezerra Góes², Juliana Rezende Montenegro Medeiros Moraes³

Objetivos: elaborar um instrumento assistencial de enfermagem para guiar o atendimento às crianças e adolescentes com câncer em cuidados paliativos internados no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica. **Metodologia:** pesquisa metodológica, cujo cenário foi uma unidade federal especializada no tratamento oncológico, localizada na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Foram analisados os registros de enfermagem nos prontuários de crianças e adolescentes, para a elaboração de um instrumento assistencial contendo histórico de enfermagem, baseado nas quatro dimensões dos cuidados paliativos, diagnósticos, intervenções e os respectivos resultados esperados. **Resultados:** foi elaborado um instrumento nos moldes do Processo de Enfermagem, contendo histórico além da ligação NANDA-I-NIC-NOC. **Conclusão:** este instrumento pretende servir como base para os enfermeiros realizarem o processo de enfermagem a crianças e adolescentes em cuidados paliativos internados no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica, pois é comprovada cientificamente a sua eficácia quanto à melhora da qualidade da assistência de enfermagem.

Descritores: Enfermagem, Diagnósticos de Enfermagem, Cuidados Paliativos, Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica, Processo de Enfermagem.

PALLIATIVE CARE NURSING CARE INSTRUMENT FOR PEDIATRIC ONCOLOGICAL INTENSIVE CARE CENTER

Objectives: To develop a nursing care instrument to guide the care of children and adolescents with cancer in palliative care in the Pediatric Oncology Intensive Care Center. **Methodology:** Methodological research, whose scenario was a federal unit specialized in cancer treatment, located in the city of Rio de Janeiro, Brazil. Nursing records were analyzed in the medical records of children and adolescents, for the elaboration of a care instrument containing nursing history, based on the four dimensions of palliative care, diagnoses, interventions and their expected results. **Results:** an instrument was elaborated according to the Nursing Process, containing a history in addition to the NANDA-I-NIC-NOC link. **Conclusion:** this instrument aims to serve as a basis for nurses to perform the nursing process for children and adolescents in palliative care admitted to the Pediatric Oncology Intensive Care Center, as it is scientifically proven to be effective in improving the quality of nursing care.

Descriptors: Nursing, Nursing Diagnoses, Palliative Care, Pediatric Intensive Care Units, Nursing Process.

CUIDADOS PALIATIVOS INSTRUMENTO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL CENTRO DE CUIDADOS INTENSIVOS ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS

Objetivos: Desarrollar un instrumento de atención de enfermería para guiar el cuidado de niños y adolescentes con cáncer en cuidados paliativos en el Centro de cuidados intensivos de oncología pediátrica. **Metodología:** investigación metodológica, cuyo escenario era una unidad federal especializada en el tratamiento del cáncer, ubicada en la ciudad de Río de Janeiro, Brasil. Los registros de enfermería se analizaron en los registros médicos de niños y adolescentes, para la elaboración de un instrumento de atención que contenía el historial de enfermería, basado en las cuatro dimensiones de los cuidados paliativos, los diagnósticos, las intervenciones y los resultados esperados. **Resultados:** se elaboró un instrumento de acuerdo con el Proceso de enfermería, que contiene un historial además del enlace NANDA-I-NIC-NOC. **Conclusión:** este instrumento pretende servir como base para que las enfermeras realicen el proceso de enfermería para niños y adolescentes en cuidados paliativos admitidos en el Centro de Cuidados Intensivos de Oncología Pediátrica, ya que se ha demostrado científicamente que es eficaz para mejorar la calidad de la atención de enfermería.

Descriptores: Enfermería, Diagnósticos de enfermería, Cuidados paliativos, Unidades de cuidados intensivos pediátricos, Proceso de enfermería.

¹Instituto Nacional de Câncer

²Universidade Federal Fluminense,UFF.

³Universidade Federal do Rio de Janeiro,UFRJ.

Autor correspondente: Amanda Danielle Resende Silva e Sousa. Email: amanda.eliel@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O câncer infanto-juvenil é a doença crônica que apresenta maior mortalidade na faixa etária de 1 a 19 anos no Brasil. É caracterizado pelo crescimento desordenado das células que perdem a capacidade de desenvolver suas funções no organismo⁽¹⁾ e configura-se como um problema de saúde pública. O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima 12.500 novos casos de câncer entre crianças e adolescentes para o biênio 2018-2019⁽²⁾.

Diante do adoecimento por câncer, crianças e adolescentes são retirados da sua vida social e se veem em uma situação em que a expectativa de futuro é duvidosa e a possibilidade de cultivar amizades e de ser feliz é limitada. Por conseguinte, diante da identificação do sofrimento em suas diferentes dimensões, são fundamentais intervenções eficazes da equipe de saúde de forma simultânea ao tratamento dos sintomas físicos⁽³⁾.

O emprego dos cuidados paliativos (CP) se apresenta como uma possibilidade de melhoria da qualidade de vida dos pacientes e seus familiares. Essa modalidade de tratamento promove a prevenção e o alívio do sofrimento por meio da detecção precoce e o manejo correto dos sintomas, sejam eles físicos, psicológicos, sociais e/ou espirituais⁽⁴⁾.

As internações de crianças e adolescentes no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica (CTIPO) ocorrem em situações de complicações do câncer, pós-operatório de cirurgias diversas ou quando necessitam de observação rigorosa, portanto, nessa unidade, o CP deve estar associado ao tratamento curativo, assim como em todos os ambientes onde a criança for inserida, uma vez que o conforto, a participação nas decisões e a promoção da qualidade de vida devem estar em primeiro lugar⁽³⁾ e ser transversal ao processo de saúde-doença.

Para que os CP alcancem o seu objetivo principal e garantam que as crianças e adolescentes disfrutem, durante sua internação, o máximo potencial possível de bem-estar físico e psicológico, além da manutenção de suas atividades cotidianas e relações sociais e controle de sintomas⁽³⁾, a Enfermagem deve desenvolver a sua assistência de forma planejada e sistematizada.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), tendo como instrumento metodológico o Processo de Enfermagem (PE), que compreende a forma como o trabalho de enfermagem é organizado, de acordo com o método científico e o referencial teórico, possibilitando o

melhor atendimento das necessidades individuais de cuidado da pessoa, família e comunidade pela aplicação das etapas que o compõem PE, sendo elas: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem⁽⁵⁾.

Nesse contexto, a utilização do Processo de Enfermagem, como método de organizar abordagem clínica da enfermagem no CTIPO, favorece a identificação das condições apresentadas pelas crianças/adolescentes que requerem intervenção de enfermagem e tomada de decisões terapêuticas mais adequadas para atingir resultados pelos quais a Enfermagem é responsável⁽⁶⁾.

Sistemas de Linguagens Padronizados (SLP) oferecem estrutura para organizar os diagnósticos, as intervenções e os resultados esperados, e contribuem com a produção do conhecimento em enfermagem, o raciocínio clínico e a prática clínica, sendo essenciais para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina e profissão⁽⁷⁾.

Dentre os vários SLP serão abordados neste estudo os Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I; a Classificação de Intervenções de Enfermagem/Nursing Interventions Classification (NIC); e a Classificação de Resultados de Enfermagem/Nursing Outcomes Classification (NOC)^(6, 8, 9).

Nessa perspectiva, o objetivo deste estudo foi elaborar um instrumento assistencial de enfermagem baseado no sistema de linguagem padronizado NANDA-I-NIC-NOC para guiar o atendimento às crianças e adolescentes com câncer em cuidados paliativos internados no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa metodológica baseada na elaboração de um instrumento assistencial de enfermagem de CP em oncologia pediátrica nos moldes do PE, utilizando o SLP NANDA-I-NIC-NOC.

Participantes da pesquisa

A mostra do estudo constituiu-se da análise das evoluções e anotações de enfermagem dos prontuários de 57 internações de crianças e adolescentes que estiveram internados no CTIPO em CP exclusivos. Os critérios de inclusão da amostra foram: apenas internações que apresentavam com clareza que as crianças ou adolescentes não recebiam mais cuidados curativos para o câncer e sim apenas CP exclusivos.

Local do estudo

Uma unidade federal especializada no tratamento oncológico, localizada na cidade do Rio de Janeiro, Brasil.

Coleta de dados

Para se chegar a amostra supracitada, foi realizado um levantamento das internações de crianças e adolescentes no sistema informatizado de internação do hospital cenário da pesquisa entre os anos 2008 e 2018. Foram encontrados um total de 2214 internações pertencentes a 1148 prontuários, dos quais 1068 foram analisados, pois 80 não foram localizados.

Foram analisados os registros de enfermagem após a internação ou após a descrição médica de CP exclusivos no prontuário, quando isto ocorreu após a admissão na unidade. Foram analisadas 48 horas de evolução ou relatos de enfermagem, visando a identificação dos termos de enfermagem que se enquadraram entre um dos 13 domínios e 47 classes presentes na NANDA-I. Para a coleta dos dados nas internações incluídas, utilizou-se um instrumento norteador, que garantiu a padronização e a sequência lógica na coleta dos termos encontrados.

Posteriormente foi elaborado um histórico de enfermagem contendo as quatro dimensões dos CP de acordo com o seu conceito pela Organização Mundial de Saúde OMS, além da ligação NANDA-I-NIC-NOC, contemplando a elaboração final do instrumento nos moldes do PE, contendo histórico, diagnósticos, intervenções e os seus respectivos resultados esperados.

Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada de forma qualitativa, onde as pesquisadoras através da análise de combinação entre o conteúdo das evoluções e anotações de enfermagem presentes nos prontuários e as definições dos diagnósticos da NANDA-I, selecionaram os diagnósticos para compor o instrumento assistencial de enfermagem.

Procedimentos éticos

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética da Universidade Federal Fluminense e do INCA com os respectivos CAAE: 91408618.4.0000.5243 e 91408618.4.3001.5274.

Resultados

A elaboração do Instrumento Assistencial de

Enfermagem para CP no CTIPO, ocorreu em quatro etapas. Na primeira etapa foi elaborado o histórico de enfermagem baseado nos pressupostos dos cuidados paliativos.

Conseqüentemente, o histórico contém ferramentas que possibilitam ao enfermeiro identificar nas crianças e ou adolescentes respostas humanas aos problemas de ordem física, psicológica, social e espiritual, a fim de traçar os melhores diagnósticos e intervenções. O histórico está disposto no quadro 1.

Quadro 1 - Histórico de Enfermagem, Rio de Janeiro - RJ junho, 2019.

Avaliação física

Pós-operatório: () não () sim

Temperatura: _____ **PA:** _____

FC: _____ **FR:** _____ **SAT. O2:** _____

Pulso: () amplo () filiforme () não palpável

Nível de consciência: () acordado () lúcido () sonolento
() obnubilado () Comatoso () Sedado () Agitado

Pupilas: () isocóricas () mióticas () midriáticas
() anisocórica () fotorreagentes () não fotorreagentes

Acuidade visual: () preservada () parcialmente preservada () ausente () exoftalmia () enucleação

Acuidade auditiva: () preservada () parcialmente preservada () ausente

Região cranio-facial: () simétrico () assimétrico

Cavidade oral: () íntegra () lesionada () sangramento
() mucosite () limpa () sujidade
() ar ambiente () macronebulização () BIPAP
() cateter de O₂ () traqueostomizado () intubado
() ventilação mecânica

Ausculta pulmonar: () MVUA () MVUA diminuído
() MVUA abolido () estertores () roncocal () sibilos
() crepitação

Ausculta cardíaca: () 2 bulhas () 3 bulhas () 4 bulhas
() sopro () regular () irregular

Tórax: () simétrico () assimétrico () escavado
() protuso

Abdome: () globoso () distendido () depressível
 () rígido () táboa () vícera palpável
 () piparote + () peristalase + () peristalse - ()
 heperperistaltismo () hipoperistaltismo

Genitália: () íntegra () lesionada () secreção
 () Edema

Membros superiores: () sem alteração () parético
 () plégico () parestesia

Membros inferiores: () sem alteração () parético
 () plégico () parestesia

Órtese: () não () sim

Prótese: () não () sim

Mucosas: () normocoradas () hipocoradas
 () cianóticas () icitéricas () hiperemiadas
 () hidratadas () desidratada

Pele: () normocoradas () hipocoradas () cianóticas
 () icitéricas () hiperemiadas () hidratadas
 () desidratada
 () petéquias () Hematomas () equimose
 () presença de edema () anasarca

Presença de dor:

() não () sim

Eliminações:

Diurese: () espontânea () CVD () oligúria () anúria
 () hematúria () coloração anormal

Evacuação: () presente () ausente () líquida
 () semilíquida () pastosa () enrigecida () fecaloma
 () realizado clister coloração _____

Presença de lesão: () não () sim _____

Ferida operatória: () não () sim _____

Amputações: () não () sim _____

História de queda: () não () sim _____

Risco de queda: () não () sim _____

Em prol do número elevado de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, foram escolhidos quatro que emergiram mais vezes e que representam bem os aspectos biopsicoespiritual dos CP para exposição neste artigo, dispostos no quadro 2 e 3.

Quadro 2 – Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I e os resultados iniciais da NOC, Rio de Janeiro – RJ junho, 2019.

Na segunda etapa, foram levantados os diagnósticos da NANDA-I através da análise das evoluções e anotações de enfermagem nos prontuários, referentes as 57 internações de crianças e adolescentes em cuidados paliativos exclusivos.

Com base nesta análise foram selecionados 71 diagnósticos da NANDA-I, posteriormente na terceira fase foi realizado a ligação NANDA-I-NIC-NOC, baseado no sistema de ligação NANDA-I-NIC e NANDA-I-NOC já existente nas publicações das intervenções de enfermagem da NIC⁽⁸⁾ e dos resultados de enfermagem da NOC⁽⁹⁾, tendo as pesquisadoras selecionado as intervenções e os resultados mais adequados ao perfil clínico das crianças e adolescentes em um CTIPO, por meio dos conhecimentos adquiridos pela experiência na prática clínica com este perfil de clientela.

Diagnósticos da NANDA-I	NOC inicial	Indicadores da NOC
1 Dor Crônica	-Dor relatada () -Duração dos episódios de dor () -Expressões faciais de dor () -Humor prejudicado () -Comprometimento das relações interpessoais () -Perturbação da rotina () -Sofrimento decorrente da dor () -Depressão () -Reconhece o início da dor () -Descreve fatores causadores () -Usa medidas preventivas () -Usa recursos disponíveis ()	1-Grave 2-Substancial 3-Moderado 4-Leve 5-Nenhum

2
Conforto
Prejudicado

- Bem-estar físico ()
- Controle de sintomas ()
- Bem-estar psicológico ()
- Apoio social da família ()
- Relações sociais ()
- Vida espiritual ()
- Ambiente físico ()

- 1- Gravemente comprometido
- 2- Muito comprometido
- 3- Moderadamente comprometido
- 4- Levemente comprometido
- 5- Não comprometido

-Utilizar atividades lúdicas como distração no auxílio ao controle da dor ()

-Usar massagem isoladamente ou em conjunto com outras medidas no controle da dor ()

-Musicoterapia, quando indicada ()

-Usar o relaxamento como uma estratégia adjuvante com medicamentos para dor ou em conjunto com outras medidas ()

-Promoção do exercício ()

-Terapia com animais ()

-Toque terapêutico ()

-Criar um ambiente calmo e acolhedor ()

-Determinar e resolver a causa do desconforto, como curativos molhados, posicionamento dos tubos e irritantes ambientais ()

-Posicionar a criança/adolescente para facilitar o conforto ()

-Discutir experiências emocionais com a criança/adolescente e seus familiares ()

-Usar a comunicação terapêutica para estabelecer confiança e cuidado empático ()

-Favorecer o uso de meditação, oração e outros rituais e tradições religiosas pela criança/adolescente e familiares ()

-Usar o relaxamento como uma estratégia adjuvante com medicamentos para dor ou em conjunto com outras medidas ()

-Encaminhar a criança/adolescente para aconselhamento, conforme necessário ()

3
Regulação
do Humor
Prejudicada

- Bem-estar psicológico ()
- Apoio familiar ()

- 1- Gravemente comprometido
- 2- Muito comprometido
- 3- Moderadamente comprometido
- 4- Levemente comprometido
- 5- Não comprometido

4
Risco de
Religiosidade
prejudicada

- Bem-estar psicológico ()
- Fé ()
- Esperança ()
- Satisfação espiritual ()

- 1- Gravemente comprometido
- 2- Muito comprometido
- 3- Moderadamente comprometido
- 4- Levemente comprometido
- 5- Não comprometido

Quadro 3 – Intervenções da NIC, Rio de Janeiro – RJ junho, 2019.

Intervenções da NIC	Apazamento
-Verificar local, características, qualidade e gravidade da dor antes de medicar a criança/adolescente ()	
-Reduzir ou eliminar fatores que precipitem ou aumentem a experiência da dor ()	
-Selecionar e implementar uma variedade de medidas, farmacológicas, não farmacológicas e interpessoais, para facilitar o alívio da dor ()	
-Atender às necessidades de conforto e realizar outras atividades que ajudem a relaxar a fim de facilitar a resposta analgésica ()	
-Utilizar uma abordagem multiprofissional para controle da dor quando apropriado ()	

-Utilizar arteterapia ()

-Musicoterapia ()

-Brinquedo terapêutico ()

-Identificar as preocupações sobre a expressão religiosa ()

-Encorajar os serviços religiosos quando adequado ()

-Encaminhar para um conselheiro religioso da escolha da criança/adolescente e família ()

-Ouvir com atenção a comunicação do indivíduo e desenvolver senso de hora certa para orações e rituais espirituais ()

-Discutir as experiências emocionais com a criança/adolescente e família ()

A NOC final bem como seus indicadores são os mesmos da NOC inicial.

DISCUSSÃO

A tecnologia como geradora de conhecimento científico, qualifica a prática de enfermagem, seja na assistência, na gerência ou no ensino. O saber gerado deve ser divulgado, socializado e incorporado à prática da enfermagem, permitindo assim, a transformação da realidade de trabalho de enfermagem e podendo contribuir com a construção da sua ação social⁽¹⁰⁾.

As tecnologias envolvidas no processo de trabalho são denominadas como tecnologias leves, representadas pelas relações entre profissional/enfermeiro/usuário, as leve-duras, conotam saberes estruturados utilizados no processo de trabalho e as duras, estão relacionadas aos equipamentos e as máquinas⁽¹¹⁾. O processo de enfermagem é considerado uma tecnologia leve-dura.

Portanto, a elaboração do instrumento para aplicação do PE utilizando SLP em crianças e adolescentes com câncer no CTIPO tem o objetivo de facilitar e aprimorar a assistência de enfermagem em cenários que ainda não o utilizam de forma padronizada.

Nesse contexto, confeccionou-se o instrumento assistencial de enfermagem composta pelo histórico de enfermagem, que orienta o enfermeiro na identificação de dados pessoais, sociais, psicológicos, espirituais e o exame

físico detalhado, o diagnóstico, a prescrição e os resultados de enfermagem seguindo a SLP NANDA-I-NIC-NOC.

O PE aplicado sob a ótica de um SLP, trás a perspectiva de unificar a forma de registro em Enfermagem e facilitar o processo de informatização deste processo de cuidado. Partindo deste princípio, outros estudos também foram desenvolvidos com o objetivo de elaborar instrumentos que trazem o PE de forma padronizada e direcionada a um perfil específico de clientela.

Em Minas Gerais, enfermeiras elaboraram um instrumento nos moldes do PE utilizando o SLP NANDA-I-NIC-NOC, com o objetivo de possibilitar uma assistência individual e humanizada à mulheres com neoplasia mamária, que vivenciam o processo de mastectomia⁽¹²⁾. Elas concluíram que a reunião dos componentes do SLP ao PE possibilita a instrumentalização da Enfermagem no cuidado com a mulher em processo cirúrgico de mastectomia, trazendo uma alternativa de modelo capaz de nortear a atuação da enfermeira em sua prática clínica⁽¹²⁾.

Todavia, o enfermeiro para realizar a coleta de dados e o exame físico, necessita de um instrumento de coleta que sirva de guia e reproduza a pessoa a ser cuidada, o diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre respostas humanas reais ou teórica, apresentados pelos pacientes, famílias e/ou comunidade a problemas de saúde ou processos de vida⁽¹³⁾.

Outro estudo com o objetivo de direcionar a assistência de enfermagem quanto aos diagnósticos e as intervenções relacionadas as necessidades psicossociais e psico-espirituais de pacientes oncológicos pautados no SLP NANDA-I e NIC foi realizado no Rio Grande do Sul. Os resultados apontaram que a enfermagem deve estar atenta as necessidades psicossociais e psico-espirituais, pois é inerente ao impacto causado pelo câncer e deve estar preparado para diagnosticar e prescrever as intervenções de enfermagem adequadas ao momento vivido⁽¹⁴⁾.

As intervenções de enfermagem podem ser livres dos demais profissionais de saúde, relacionadas aos diagnósticos de enfermagem, após a sua implementação de forma contínua e ininterrupta, deve-se ocorrer uma avaliação afim de se verificar se os resultados esperados foram alcançados ou se mudanças no plano terapêutico serão necessárias⁽¹³⁾.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou a elaboração de um instrumento para a assistência de enfermagem utilizando sistema de linguagem padronizada internacionalmente reconhecido para crianças e adolescentes com câncer

em CP internadas no CTIPO, com o intuito de auxiliar na otimização e qualidade da assistência de enfermagem.

Enfatizamos a perspectiva da necessidade de conscientização dos graduandos, pós-graduandos e profissionais acerca da documentação do PE, seja ela de forma padronizada ou não padronizada, pois, além de ser uma exigência a ser cumprida na prática profissional de enfermagem pelo COFEN, é comprovada cientificamente a sua eficácia quanto à melhora da qualidade da assistência de enfermagem.

Limitação do estudo

O estudo tem como limitação o fato de ter sido realizado em um único CTIPO, pertencente a um centro de referência no tratamento de câncer e ainda não ter sido validado.

Contribuições do estudo para a prática

O estudo espera servir como base a outros profissionais que pretendam contribuir para a melhoria da prática assistencial de enfermagem por meio da elaboração de tecnologias.

Agradecimentos

A pesquisa estava inserida no Edital CAPES/COFEN Nº27/2016, no que concerne ao custeio de aquisição de material de consumo, passagens aéreas, hospedagens, inscrição em eventos científicos e taxas de publicação em periódicos científicos, com o objetivo de divulgação da pesquisa.

Agradecemos a CAPES e ao COFEN pelo incentivo e colaboração durante o desenvolvimento da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. José Alencar Gomes da Silva (Brasil). ABC do Câncer: Abordagens básicas para o controle do câncer. INCA [internet]. 2017 [cited 2017 out 24]. Available from: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/livro_abc_3ed_8a_prova_final.pdf
2. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. José Alencar Gomes da Silva (Brasil). Estimativas/2018: Incidência de câncer no Brasil. INCA [internet]. 2018 [cited 2018 mar 1]. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>
3. Rubio AV, Souza JL. Cuidado Paliativo pediátrico e Perinatal. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019.
4. Who.int [internet]. World Health Organization. Palliative care; 2017 [cited 2018 mar 1]. Available from: <http://www.who.int/features/factfiles/palliative-care/es/>
5. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução nº 358 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 das outras providências. Brasília, DF; 2009 [cited 2019 jun 27]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html
6. Ferreira AM, Rocha EN, Lopes CT, Bachion MM, Lopes JL, Barros ALBL. Diagnósticos de Enfermagem em terapia intensiva: mapeamento cruzado e taxonomia da NANDA-I. REBEn [internet]. 2016 mar-abr [cited 2019 jun 27]; 69(2): 307-15. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/0034-7167-reben-69-02-0307.pdf>
7. Figueira MCS, Jacob LMS, Spazapan MP, Chiquetto L, Rolim ACA, Duran ECM, Lopes MHB. Reflexões sobre a utilização da CIPE na prática profissional: revisão integrativa. REAS [internet]. 2018 ago-set [cited 2019 jun 27]; 7(2): 134-54. Available from: <file:///C:/Users/amand/Downloads/2369-16550-1-PB.pdf>
8. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. NIC Classificação das Intervenções de enfermagem. 6th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016 [cited 2019 mar 12]. Available: https://issuu.com/elsevier_saude/docs/esample_nic
9. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. NOC Classificação dos Resultados de Enfermagem. 5th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016 [cited 2019 mar 12]. Available: <https://www.evolution.com.br/viewinside/9788535282573>
10. Felli VEA, Mancia JR. A importância da Pesquisa como Instrumento de geração de Conhecimento. Enfermagem em Foco [internet]. 2016 [cited 2019 jun 27]; 7(1). Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/678/292>
11. Vieira CPB, Pinheiro DM, Luz MHBA, Araújo TME, Andrade EMLR. Tecnologias utilizadas por enfermeiros no tratamento de feridas. Rev Enferm UFPI [internet]. 2017 Jan-Mar [cited 2019 jun 27]; 6(1):65-70. Available from: http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5852/pdf_1
12. Paiva ACPC, Arreguy-Sena C, Alves MS, Salimena AMO. Construção de Instrumentos para o Cuidados Sistematizado da Enfermagem: Mulheres em Processo Cirúrgico de Mastectomia. RECON [internet]. 2016 [cited 2016 jul 30]; 6(2):2282-2291. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/707>
13. Silva J, Silva JJ, Gonzaga MFN. Etapas do processo de Enfermagem. Revista Saúde em Foco [internet]. 2017 [cited 2019 jun 27]; 9: 554-63. Available from: http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2017/067_etapasprocessoenfermagem.pdf
14. Ribeiro JP, Cardoso LS, Pereira CMS, Silva BT, Bubolz BK, Castro CK. Assistência de enfermagem ao paciente oncológico hospitalizado: diagnósticos e intervenções relacionadas as necessidades psicossociais e psicoespirituais. Fundam Care [internet]. 2016 [cited 2016 jul 30] 8(4): 5136-42. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidado-fundamental/article/view/4016>

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM HISTÓRICO DE ENFERMAGEM PARA CONSULTA PRÉ-NATAL

Daniel Soares Tavares , Martha Souza , Claudia Zamberlan , Silvia Matumoto , Claudete Moreschi , Aline Medianeira Gomes Correa

Objetivo: construir e validar um modelo de Histórico de Enfermagem para consulta pré-natal. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa metodológica, realizada entre maio de 2018 e fevereiro de 2019. A análise e validação de conteúdo ocorreram por meio da Técnica de Delphi, utilizando uma escala Likert. Os itens do instrumento apresentaram índice de validade do conteúdo maior ou igual a 0,80. Participaram da validação, no primeiro Ciclo de Delphi, doze juízes com conhecimento nas áreas materno-infantil, obstétrica e saúde da mulher, e dez no segundo Ciclo. **Resultados:** o instrumento final conta com 57 itens validados que contemplam as necessidades humanas básicas das gestantes e local para registro do exame físico. **Conclusão:** o instrumento construído e validado qualifica, orienta e traz cientificidade ao registro do Histórico de Enfermagem. Ao ser utilizado poderá sustentar o registro das demais etapas do Processo de Enfermagem. **Descritores:** Processo de Enfermagem, Atenção Primária de Saúde, Saúde materno-infantil, Cuidado pré-natal, Pesquisa Metodológica em Enfermagem.

CONSTRUCTION AND VALIDATION OF A NURSING HISTORY FOR PRENATAL CONSULTATION

Objective: Develop and validate a model of nursing history to prenatal consultation. **Methodology:** It is a methodological research, held between May 2018 and February 2019. The analysis and content validation occurred using the Delphi technique, using a Likert scale. For validation the items of the instrument showed Content validity Index greater than or equal to 0.80. In the first Cycle of Delphi, twelve judges with knowledge in the maternal-child, obstetric and women's health areas participated in the validation, and ten in the second Cycle. **Results:** The final instrument has 57 items validated, which contemplate the basic human needs of pregnant women, and a place to record the physical examination. **Final considerations:** The instrument constructed and validated qualifies, guides and brings scientific to the Nursing History record. When used it can sustain the registration of the other stages of the Nursing Process. **Keywords:** Nursing Process, Primary Health Care, Maternal and Child Health, Prenatal Care, Nursing Methodology Research.

CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UN HISTÓRICO DE ENFERMERÍA PARA CONSULTA PRE-NATAL

Objetivo: Construir y validar un modelo de histórico de enfermería para la consulta prenatal. **Metodología:** Se trata de una investigación metodológica, realizada entre mayo de 2018 y febrero de 2019. El análisis y validación de contenido ocurrió por medio de la Técnica de Delphi, utilizando una escala Likert. Para validación los ítems del instrumento presentaron índice de validez del contenido mayor o igual a 0,80. En el primer Ciclo de Delphi, doce jueces con conocimiento en las áreas materno-infantil, obstétrica y salud de la mujer participaron en la validación, y diez en el segundo Ciclo. **Resultados:** El instrumento final cuenta con 57 ítems validados, los cuales contemplan las necesidades humanas básicas de las mujeres embarazadas, y local para registro del examen físico. **Consideraciones finales:** El instrumento construido y validado califica, orienta y trae cientificidad al registro del histórico de enfermería. Al ser utilizado podrá sostener el registro de las demás etapas del Proceso de Enfermería. **Descriptores:** Proceso de Enfermería, Atención Primaria de Salud, Salud Materno-Infantil, Atención Prenatal, Investigación Metodológica en Enfermería.

¹Enfermeiro. Mestre em saúde materno-infantil. Universidade Franciscana – UFN, Santa Maria – RS.

²Enfermeira. Doutora em ciências. Universidade Franciscana – UFN, Santa Maria – RS.

³Enfermeira. Doutora em enfermagem. Universidade Franciscana – UFN, Santa Maria – RS.

⁴Enfermeira. Doutora em enfermagem em saúde pública. Universidade de São Paulo – USP.

⁵Enfermeira. Doutora em ambiente e desenvolvimento. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI.

⁶Enfermeira. Mestre em saúde materno-infantil. Universidade Franciscana – UFN, Santa Maria – RS.

Autor Correspondente: Daniel Soares Tavares. danieltavares@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Enfermagem Brasileira foi estruturando-se do ponto de vista crítico e reflexivo ao longo dos anos e, nesse processo, histórico e social, que trouxe profundas transformações no ensino, pesquisa e assistência, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) se expandiu⁽¹⁾. A SAE pode ser compreendida como uma metodologia que tem a função de normatizar e priorizar a assistência de enfermagem, devendo ser realizada de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes públicos e privados⁽²⁾.

No Brasil, o processo sistematizado de cuidado na enfermagem tem sua origem atrelada a Wanda Horta e, hoje, permite ao profissional organizar-se quanto ao trabalho, método, pessoal e instrumentos, tornando possível concretizar a SAE por meio da operacionalização do Processo de Enfermagem (PE)⁽³⁾. Conforme a Resolução COFEN-358/2009⁽⁴⁾, a implementação do PE organiza-se em cinco etapas, quais sejam: histórico; diagnósticos; intervenções; resultados e avaliação de enfermagem.

No que diz respeito ao histórico de enfermagem (HE), este pode ser compreendido como um roteiro que permite ao enfermeiro o levantamento de informações individuais ou coletivas. A análise desse roteiro auxiliará o enfermeiro na definição dos diagnósticos de enfermagem, sendo elaborado, normalmente, na primeira consulta de enfermagem⁽⁵⁾.

A consulta de enfermagem no pré-natal é uma poderosa ferramenta para o cuidado clínico de enfermagem, configurando-se como um importante momento para orientações e planejamento de ações a serem desenvolvidas no decorrer do período gestacional⁽⁶⁾. Dessa forma, o enfermeiro que trabalha no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de seu conhecimento e prática, atuará diretamente com a gestante e sua família, devendo registrar suas ações de forma sistematizada⁽⁷⁾.

Assim, a elaboração de um histórico de enfermagem bem estruturado durante a consulta de enfermagem no pré-natal permite ao profissional identificar fatores de risco, monitorar a saúde da gestante, tratar e prevenir afecções em momento oportuno, o que contribui para melhores desfechos maternos e perinatais⁽⁸⁾.

Conforme Lima, Silva e Beltrão⁽⁹⁾, a construção de um instrumento de coleta de dados em enfermagem, tais como o HE para consulta pré-natal, potencializa a documentação de informações objetivas e relevantes à avaliação de enfermagem. Ainda, validar esse instrumento, confere-lhe alto grau de confiança no atendimento da finalidade a que se propõe, gerando uma assistência de excelência⁽¹⁰⁾.

Frente ao exposto, considerando e a inexistência na literatura nacional de um modelo de Histórico de Enfermagem voltado à consulta pré-natal, evidenciado por uma revisão

integrativa da literatura realizada pelos autores, este estudo teve como objetivo construir e validar um modelo de Histórico de Enfermagem para consulta pré-natal, que subsidie a execução do Processo de Enfermagem, durante a consulta de enfermagem, em sua totalidade.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de validação de conteúdo do tipo pesquisa metodológica, o qual integra a linha de pesquisa organização e gestão da rede de atenção à saúde materna infantil da Universidade Franciscana (UFN).

Participantes da pesquisa

Considerando que o processo de validação do instrumento ocorreu em duas rodadas do Ciclo de Delphi, participaram, a primeira etapa do processo de validação doze especialistas, enquanto, na segunda etapa de validação, dez. Os critérios de inclusão na seleção dos enfermeiros (as) especialistas foram: ser especialista, mestre ou doutor na área materno-infantil, obstétrica ou saúde da mulher e ter, no mínimo, três anos em sua área de atuação. Já o critério de exclusão foi: enfermeiros que não atuam no Brasil.

Para recrutamento dos especialistas, utilizou-se a técnica de amostragem "bola de neve" ou "snowball sampling", na qual um especialista, ao final de sua entrevista, indica o próximo, até que se atinja o número necessário de especialistas(11). A busca inicial dos contatos ocorreu por meio do Currículo Lattes, considerando as especialidades necessárias ao estudo, sendo que o convite foi disparado a dez potenciais colaboradores.

Coleta de dados

A fase inicial foi caracterizada pela busca bibliográfica para verificar a existência de um modelo de Histórico de Enfermagem já validado, por meio de uma revisão integrativa da literatura, realizada no segundo semestre de 2017. Na fase seguinte, os dados evidenciados na revisão, juntamente com manuais ministeriais, livros didáticos e conhecimento dos pesquisadores, subsidiaram o levantamento das informações necessárias para construção do instrumento à luz da Teoria das Necessidades Humanas Básicas (TNHB) de Wanda de Aguiar Horta. A segunda etapa foi desenvolvida entre os meses de março e abril de 2018.

A terceira fase do estudo correspondeu à validação do instrumento pelos especialistas, por meio da Técnica de Delphi e utilização de uma escala Likert. Para avaliação dos itens que compuseram o instrumento, os especialistas atribuíram

valores numéricos, quais sejam: ⁽¹⁾ sem importância; ⁽²⁾ pouca importância; ⁽³⁾ importância relativa; ⁽⁴⁾ importante; ⁽⁵⁾ muito importante. Para cada item avaliado no instrumento, foi disponibilizado um espaço para que os especialistas fizessem suas observações e/ou sugerissem alterações, caso houvesse necessidade.

Os especialistas foram contatados por meio de convite formal, via e-mail, contendo a carta informativa e, após a sua resposta afirmativa, encaminhou-se o instrumento de análise junto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), caracterizando o 1º ciclo da técnica de Delphi. Participaram da primeira rodada treze especialistas. No entanto, uma avaliação precisou ser descartada devido à falta de assinatura no instrumento, totalizando, ao final dessa rodada, doze especialistas. O prazo inicial para devolução do material foi de dez dias, porém, houve a necessidade de prorrogação para trinta dias, até que todos os instrumentos retornassem.

Após a análise do instrumento inicial, as considerações apontadas foram avaliadas; o instrumento foi readequado e submetido ao segundo ciclo da técnica de Delphi. Para tanto, os especialistas foram contatados via correio eletrônico, novamente, quando receberam a carta informativa do segundo ciclo e o segundo instrumento para avaliação.

Destaca-se que, nessa etapa, dois participantes do primeiro ciclo não devolveram o instrumento, enquanto os demais o retornaram, no prazo máximo de vinte dias, embora o prazo solicitado tivesse sido de quinze dias. Desta forma, a versão final foi validada por dez participantes. Nessa segunda rodada, as novas sugestões/comentários também foram analisadas. Com todas as etapas validadas ao término deste ciclo, o HE foi finalizado. A etapa de validação do instrumento ocorreu entre os meses de maio de 2018 e fevereiro de 2019.

Procedimentos de análise dos dados

As respostas dos especialistas foram tabuladas e analisadas estatisticamente no programa Microsoft Excel 2013. A fim de garantir alto grau de concordância entre os especialistas ao longo do processo de análise das respostas, a versão final do instrumento foi finalizada considerando Índice de Validade de Conteúdo (IVC) de, no mínimo 80%, o qual é obtido por meio da fórmula: $IVC = \frac{\text{Número de respostas 4 ou 5}}{\text{total de respostas}}^{(12)}$.

Procedimentos éticos

Nesta pesquisa, foram observados os aspectos éticos de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹³⁾. O projeto foi encaminhado para a aprovação ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Franciscana, via Plataforma Brasil, para

apreciação, no entanto, conforme avaliação do órgão, a metodologia adotada não necessitou do parecer de aprovação. Para tanto, foi garantindo o sigilo da identidade e assegurada a liberdade para que qualquer integrante deixasse o estudo a qualquer momento.

RESULTADOS

A primeira fase do estudo evidenciou uma lacuna de conhecimento quanto à sistematização do cuidado na consulta pré-natal realizada pelo enfermeiro, apontando para a necessidade de expandir as publicações sobre o desenvolvimento da SAE no pré-natal, o que serviu como embasamento para a construção do HE, em caráter inédito, submetido aos especialistas.

Após essa construção, passou-se para a segunda fase, onde os especialistas analisaram a adequação dos itens propostos. Inicialmente, apenas dois, entre dez especialistas convidados, aceitaram participar do 1º ciclo de Delphi, evidenciando uma abstenção de 80%. Ao final dessa etapa, doze especialistas tornaram-se colaboradores do estudo. Já no 2º ciclo, dez especialistas retornaram o instrumento em tempo hábil.

Quanto à caracterização do perfil dos especialistas, constatou-se que 100% são do sexo feminino, revelando uma predominância feminina com formação na área materno-infantil, obstétrica e saúde da mulher. Em relação à idade, destes, quatro possuíam entre 20 - 30 anos, 5 entre 31 - 40 anos, dois entre 41 - 50 anos e um tem 51 anos ou mais. Houve uma predominância de pesquisadores da região sul do Brasil - 8, seguida de 2 da região sudeste e outros 2 da região nordeste.

Quanto à atuação, 4 atuavam exclusivamente na área assistencial, 4 na docência e outros 4 em ambos (assistência e docência). No que diz respeito à titulação, 2 possuíam título de especialistas, 6 título de mestre e 4 de doutor. Quanto ao tempo de formação em enfermagem, 5 dos especialistas variou entre 3 e 5 anos; 3 dos especialistas entre 6 e 10 anos e, 4 dos especialistas, 11 anos ou mais.

No primeiro ciclo, os especialistas avaliaram 91 itens que se relacionavam aos objetivos propostos neste estudo, determinando o grau de importância de cada um. Nesse momento, 57 apontamentos foram realizados pelos especialistas, dos quais 7 foram utilizados em modificações no instrumento para a etapa seguinte. Em relação ao número expressivo de contribuições nessa etapa, verificou-se que grande parte tratou de comentários para justificar a nota atribuída. Assim, apenas as sugestões indicando modificações foram consideradas.

Destaca-se que o grau de importância atribuído a diversos itens, no 1º ciclo, resultou em um IVC baixo que inviabilizava a

permanência do item no 2º ciclo, o que justificou a remoção dos mesmos (tabela 1). Por outro lado, alguns itens com IVC abaixo de 80%, porém próximos desse percentual, foram mantidos no 2º ciclo, para não resultar em uma retirada precipitada, a qual poderia ser revertida, mediante uma análise posterior por parte dos especialistas.

Tabela 1 – Itens removidos do instrumento de validação no 1º Ciclo de Delphi e IVC, Santa Maria, 2019.

Item removido no 1º Ciclo de Delphi	IVC (%)
Distância entre a residência e unidade de saúde	58,3
História familiar de gemelaridade	33,3
História familiar de câncer de mama	58,3
História familiar de câncer de colo uterino	58,3
História familiar de alguma doença endêmica	41,7
História familiar de doença de Chagas	33,3
História pessoal de cirurgia anterior	41,7
História pessoal de transfusão sanguínea	33,3
História pessoal de alergias	58,3
Ciclos menstruais (duração, regularidade, intervalo)	33,3
Data da menarca	16,7
Uso de contraceptivos prévios (quais, período de utilização e motivo do abandono)	33,3
Realizou alguma cirurgia ginecológica (motivo e idade)	58,3
Apresentou alguma malformação uterina	60,0
Início da vida sexual	16,7
Apresenta dor ou desconforto no ato sexual	50,0
Realiza prática sexual durante a gestação atual/ anterior	50,0
Número de parceiros sexuais da gestante e de seu parceiro em época recente ou pregressa	58,3

Hábito de uso de preservativos masculinos e/ ou femininos	66,7
---	------

Idade na primeira gestação	58,3
----------------------------	------

História de recém-nascidos com icterícia ou que recebeu transfusão	66,7
--	------

Atividades de lazer/recreação	66,7
-------------------------------	------

Condições da pele (presença de estrias, edema, outra)	50,0
---	------

Condição psicoespiritual (como se sente em relação à sua religião ou ausência dela)	50,0
---	------

Dando seguimento ao processo de construção e validação, o instrumento, foi reencaminhado para avaliação dos especialistas, contemplando 64 itens no segundo ciclo. Desses itens, 7 não atingiram IVC de 80% na segunda rodada (tabela 2). Assim, o instrumento final validado conta com 57 itens, os quais atingiram o índice de concordância superior a 80%.

Tabela 2 – Itens removidos do instrumento de validação no 2º Ciclo de Delphi e IVC, Santa Maria, 2019.

Item removido no 2º Ciclo de Delphi	IVC (%)
Profissão/ ocupação	60,0
Situação conjugal/ união	70,0
Número e idade de dependentes	70,0
Condições de hidratação (consume quantidade suficiente)	70,0
Condições do sono e repouso (durante o dia e a noite)	60,0
Pratica exercícios e atividades físicas (frequência, tipo ou impedimentos/limitações)	70,0
Condições para locomoção (deambula, apresenta amputação, malformação, outra)	70,0

No 2º ciclo de Delphi, apenas um especialista realizou comentários/sugestões. Dessa forma, ainda que os itens já tivessem atingido o percentual de validação, 3 contribuições foram aceitas devido a sua relevância. Foi incorporado ao instrumento construído um espaço para registro do exame físico (EF), a fim de qualificá-lo e para subsidiar o plano de cuidados aos enfermeiros que venham a utilizá-lo. O

instrumento de histórico de enfermagem para consulta pré-natal, construído e validado, pode ser visualizado na imagem 1.

DISCUSSÃO

Na prática clínica, a consulta pré-natal realizada pelo enfermeiro que exerce suas atividades no Sistema Único de Saúde (SUS) configura-se como um importante momento de cuidado à gestante e ao bebê. Diante dessa realidade, o PE deve ser registrado de forma clara, concisa e objetiva, para que seja possível identificar os problemas e capacidades do público a que se destina.

O processo de construção do modelo de HE exigiu amplo aprofundamento científico, ao passo que a etapa de validação exigiu extremo rigor metodológico, a fim de garantir imparcialidade na avaliação dos especialistas, visando a construção de um produto significativo e relevante à prática assistencial. Um produto que embasa os enfermeiros quanto à definição dos Diagnósticos de Enfermagem, fornecendo, assim, os elementos necessários ao registro das demais etapas do PE.

A utilização da TNHB de Wanda de Aguiar Horta se aplica a diversos contextos e por estar alicerçado nas leis do equilíbrio, da adaptação e do holismo, permite o alcance de resultados positivos no cuidado das gestantes⁽¹⁴⁾. Dessa forma, assegurar as necessidades humanas básicas das gestantes durante o cuidado pré-natal significa garantir qualidade e bem-estar a saúde, refletindo diretamente no processo de saúde/doença⁽¹⁵⁾.

Contemplar as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, durante o registro do HE na consulta pré-natal, significa transcender o modelo biomédico, levando a uma compreensão mais profunda sobre a saúde e potencialidades de vida do indivíduo⁽¹⁶⁾. No entanto, no modelo construído e validado, as necessidades psicobiológicas e psicossociais foram abrangidas em maior número, em relação às necessidades psicoespirituais, o que pode estar relacionado a questões pessoais e culturais dos especialistas. Essa constatação vai ao encontro do estudo realizado por Evangelista et al⁽¹⁷⁾, o qual demonstra que as questões relacionadas à espiritualidade ainda são permeadas por barreiras e tabus, fazendo com que essa dimensão não seja contemplada com profundidade nos serviços.

A partir das múltiplas avaliações do instrumento pelos especialistas, acredita-se que a maior parte das necessidades humanas básicas das gestantes foram contempladas. Porém, salienta-se que a utilização de instrumentos, como o construído, não descarta os conhecimentos, saberes, capacidade de análise e julgamento clínico e a avaliação do contexto por parte do enfermeiro, cabendo-lhe refletir criticamente frente à gestante e/ou à família durante a consulta de enfermagem⁽¹⁸⁾.

Assim, para que, na prática assistencial, a avaliação ocorra de forma integral, o instrumento também contempla um espaço para registro do exame físico. O exame físico constitui parte da primeira etapa do PE, devendo ser realizado pelas enfermeiras no sentido céfalo-caudal⁽¹⁹⁾. O reconhecimento do exame físico como atribuição dos enfermeiros é demonstrado em estudo sobre a formação do enfermeiro para realização do exame físico, apontando que o conhecimento é ensinado e trabalhado na graduação, no entanto, são evidenciadas lacunas no ensino e também nas ações de educação permanente nos serviços de saúde para qualificar a realização do PE⁽²⁰⁾.

Limitações do estudo

Face à construção e validação de um modelo de HE para consulta pré-natal realizada pelo enfermeiro, sob a ótica da TNHB de Wanda Horta, observa-se que o baixo número de publicações sobre o tema pode apontar para uma limitação nesse estudo.

Contribuição do estudo para a prática da enfermagem

Acredita-se que o instrumento poderá trazer contribuições significativas para a prática dos enfermeiros da atenção primária, qualificando a atuação profissional e potencializando o cuidado sistematizado, bem como o registro completo do PE.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desse estudo, observa-se que o objetivo de construir e validar um modelo de HE, voltado à consulta pré-natal realizada pelo enfermeiro, foi alcançado. O processo de validação pelos especialistas permitiu que a versão final do instrumento, com foco nas necessidades humanas básicas das gestantes, fosse aprimorado ao longo do processo, culminando em um modelo significativo para implementação da primeira etapa do PE.


Acredita-se que o IVC de 80% nos itens que compõem a versão final do instrumento, confere alto peso científico ao mesmo. Dessa forma, sua utilização nos serviços de saúde poderá fornecer subsídios aos enfermeiros para implementar a SAE e executar as demais etapas do PE em sua totalidade.

Espera-se, ainda, que o modelo construído e validado possa melhorar a qualidade do cuidado prestado à gestante durante o pré-natal, evidenciar o conhecimento científico envolvido na SAE, e dar visibilidade ao trabalho dos enfermeiros. No entanto, apenas a utilização do instrumento não é suficiente para que se observem transformações nos serviços.

É preciso que se alie, à sua utilização, compromisso, motivação e competência por parte dos profissionais, para que haja o fortalecimento da atenção primária enquanto ordenadora do cuidado, e construção de um sistema de saúde universal, integral e equânime.

Imagem 1 – Histórico de enfermagem construído e validado. Santa Maria – RS. Maio de 2019.

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM PARA CONSULTA PRÉ-NATAL			
Dados pessoais 	Nome: _____ Idade: _____ CNS: _____ UBS/ESF: _____ ACS: _____ FONE: _____ Endereço: _____ Grau de instrução: _____		
	Renda familiar: _____ Condições de moradia: _____ Condições de saneamento: _____		
HISTÓRIA FAMILIAR DE	<input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Malformações congênitas ou anomalias genéticas <input type="checkbox"/> Parceiro portador de HIV		
	HISTÓRIA PESSOAL DE	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial crônica <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatias <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Anemias ou outras deficiências nutricionais <input type="checkbox"/> Desvio nutricional (baixo ou sobrepeso, desnutrição ou obesidade) <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Doença da tireoide ou outra endocrinopatia <input type="checkbox"/> Doenças virais (rubéola, hepatites, outra) (_____)	
<input type="checkbox"/> Doenças infecciosas (tuberculose, sífilis, hanseníase, malária, outra) (_____) <input type="checkbox"/> Contaminação pelo HIV <input type="checkbox"/> Infecções recorrentes do aparelho urinário <input type="checkbox"/> Doenças neurológicas e psiquiátricas. <input type="checkbox"/> Uso de drogas, álcool ou cigarro			
Esquema vacinal <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto Medicamentos que faz uso: _____ _____ _____ _____ _____	Tratou algum tipo de infecção sexualmente transmissível? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quando? _____ Como? _____ Apresentou alguma alteração nas mamas (patologias e tratamentos realizados) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Última coleta de citopatológico de colo uterino (data e resultado) _____	Parceiro <input type="checkbox"/> fixo <input type="checkbox"/> variável Número de: <input type="checkbox"/> filhos vivos <input type="checkbox"/> abortos <input type="checkbox"/> gestações: (incluindo gravidez ectópica) <input type="checkbox"/> partos normais <input type="checkbox"/> cirurgia cesariana Intervalo entre a gestação anterior e atual: _____ Isolmunização <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Número de recém-nascidos: <input type="checkbox"/> pré-termo <input type="checkbox"/> pós-termo <input type="checkbox"/> baixo peso (menos de 2500 g) <input type="checkbox"/> alto peso (4000g) <input type="checkbox"/> prematuros ou PiG História de: <input type="checkbox"/> mortes neonatais precoces - até 7º dia (número e causa) _____ <input type="checkbox"/> mortes neonatais tardias - entre 7 e 28 dias (número e causa) _____

<p>História de: <input type="checkbox"/> natimorto (número e período gestacional em que ocorreu)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> complicações ou intercorrências em gestações anteriores (especificar)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> complicação no puerpério (especificar)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Medicamentos iniciados na gestação atual:</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p>5. _____</p> <p>Rede familiar</p> <p><input type="checkbox"/> consolidada <input type="checkbox"/> insegura Especificar: _____</p> <p>_____</p> <p>Situação do cuidado corporal:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Condição olfativa</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Condição auditiva</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Condição gustativa</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Condição visual</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Condição tátil:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>História de aleitamento anterior</p> <p>Condições dos bicos e seios:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Duração de aleitamento:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Motivo de desmame:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Hábito de fumar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim: N° de cigarros/dia: _____</p> <p>Hábito de beber <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim: Quantidade/dia: _____</p> <p>Uso de drogas ilícitas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim: Especificar: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Sinais e sintomas da gestação em curso:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Hábitos alimentares atuais:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Condição respiratória atual: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Outra Especificar: _____</p> <p>_____</p> <p>Condições das eliminações fisiológicas:</p> <p>Fezes: _____</p> <p>_____</p> <p>Urina: _____</p> <p>_____</p>	<p>Aceita a gravidez: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Data da última menstruação (DUM) ____/____/____</p> <p>Altura: _____</p> <p>Peso prévio: _____</p> <p>Internação durante a gestação em curso: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Condição do relacionamento familiar: <input type="checkbox"/> recebe apoio <input type="checkbox"/> produção independente <input type="checkbox"/> outra</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>EXAME FÍSICO</p>			
			
<p>Enfermeiro (a): _____</p>			

AGRADECIMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) e do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Edital 27/2016.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios [Internet]. Brasília; 2006 [cited 2017 Set 17]. 414p. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multi-profissional.pdf
2. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) [Internet]. 2017 [cited 2017 Set 17]. Disponível em: www.cnpq.br.
3. Ministério da Educação (BR). Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Qualis Periódicos [Internet]. [cited 2017 Set 17]. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/avaliacao/qualis>.
4. Souza M. Produção científica brasileira: caminhos norteadores para instituições de fomento à pesquisa. *Brazilian Journal of Information Studies: Research* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 21];12(1):46-60. Available from: <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/bjis/article/view/7187>
5. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) [Internet]. [cited 2018 Fev 4]. Disponível em http://cnpq.br/noticiasviews/-/journal_content/56_INSTANCE_a6MO/10157/5648344.
6. Leite ACF, Neto IR. Perfil dos bolsistas de produtividade em pesquisa do CNPq em Educação. *Revista Brasileira de Ensino Superior* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 21];3(4):97-112. Available from: <https://seer.imes.edu.br/index.php/REBES/article/view/2350>.
7. Sampaio RB, Jesus MS. Investigação da Produção Científica na Saúde Coletiva: Publicações em Periódicos da saúde indexados na base Scielo Brasil. *Com. Ciências Saúde* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 21];27(1):59-70. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/investigacao_producao_cientifica_saude_coletiva.pdf
8. Santos SM, Noronha DP. O desempenho das universidades brasileira nos rankings internacionais. *Em Questão* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 21];22(2):186-2019. Available from: <https://seer.ufrgs.br/EmQuestao/article/view/56213/37992>
9. Cavalcante TB, Campos MOB, Monteiro AKC, Andrade EMLR, Andrade JX. Perfil e Produção Científica dos Bolsistas de Produtividade em Pesquisa do CNPO da Área de Estomaterapeuta. *Rev. Enfermagem Atual In Derme* [Internet]. 2016 [cited 2017 Out 10];78(1):17-21. Available from: <http://docplayer.com.br/39403424-Perfil-e-producao-cientifica-dos-bolsistas-de-produtividade-em-pesquisa-do-cnpq-da-area-de-estomaterapia.html>
10. Santos WM, Padoin SMMP, Lacerda MR, Guetterres EC. Perfil dos Pesquisadores Bolsistas de Produtividade em Pesquisa na Área da Enfermagem. *Rev. Enferm UFPE on line* [Internet]. 2015 [cited 2017 Out 22];9(2):844-850. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Wendel_Dos_Santos3/publication/283487723_6018-68399-1-PB/links/563a0e6408aeed0531dc9680/6018-68399-1-PB.pdf?origin=publication_list
11. Santos SMC, Lima LS, Martelli DRB, Martelli-Júnior H. Perfil dos Pesquisadores de Saúde Coletiva no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. *Rev. Saúde Coletiva* [Internet]. 2009 [cited 2017 Out 14];19(3):761-775. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312009000300012&script=sci_abstract&tlng=pt
12. Sacco AM, Valiente L, Vilanova F, Wendt GW, DeSousa DA, Koller SA. Perfil dos Bolsistas de Produtividade em Pesquisa do CNPq atuantes em Psicologia no Triênio 2012-2014. *Psicologia: Ciência e Profissão* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 21];36(2):292-30. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932016000200292
13. Anjos FA, Rodrigues GJM. Bolsa CNPq Produtividade em Pesquisa: perfil dos pesquisadores na área de Turismo. *Rosa dos Ventos – Turismo e Hospitalidade* [Internet]. 2019 [cited 2019 Jan 21];11(1):194-210. Available from: <http://www.ucs.br/etc/revistas/index.php/rosados-ventos/article/view/6419>
14. Scochi CGS, Munari DB, Gelbocke FL, Ferreira MA. Desafios e estratégias dos programas de pós-graduação em enfermagem para a difusão da produção científica em periódicos internacionais. *Esc Anna Nery. Rev Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2019 Jan 21];18(1):05-10. Available from: www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0005.pdf
15. Moura DCA, Greco RM, Leonel M. Saúde do trabalhador – produção científica da enfermagem na primeira década do século XXI. *Rev Enf-UFJF* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 21];1(2):153-160. Available from: <https://enfermagem.ufjf.emnuvens.com.br/enfermagem/article/view/25>
16. Freire RS, Oliveira EA, Silveira MF, Martelli DRB, Oliveira MCL, Martelli-Júnior H. Perfil dos Pesquisadores na área de Fisioterapia e Terapia Ocupacional no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. *RBPG* [Internet]. 2013 [cited 2017 Out 17];10(19):11-24. Available from: ojs.rbpg.capes.gov.br/index.php/rbpg/article/view/File/739/553
17. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Resolução Normativa 028/2015: Bolsas individuais no país [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 21]. Available from: http://cnpq.br/view/journal_content/56_INSTANCE_0oED/10157/2958271
18. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde [Internet]. Brasília. Diário Oficial da União. 2012. [Acesso em 19 Fev 2018]; 24-25. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&Itemid=30192
19. Silva CT, Terra MG, Kruse MHL, Camponogara S, Xavier MS. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 21];25(1):e2760014. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-2760014.pdf>
20. Rosa SD, Lopes RE. Tecendo os fios entre educação e Saúde: Avaliação do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde. *Avaliação* [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 04];21(2):637-656. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-40772016000200637&script=sci_abstract&tlng=pt
21. Silva FJ, Ratier APP, Felli VEA, Tito RS, Baptista PCP. A formação de pesquisadores na temática da saúde do trabalhador de enfermagem. *Enferm. Foco* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 20];8(3):40-44. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1322>

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA: AVALIANDO OS PROCESSOS DE TRABALHO NO TRANSOPERATÓRIO

Marielli Trevisan Jost¹, Aline Branco², Karin Viegas², Rita Catalina Aquino Caregnato²

Objetivo: avaliar o fluxo de trabalho do transoperatório, utilizando a ferramenta de Análise de Modos de Falhas e Efeitos.

Metodologia: estudo metodológico por meio da Análise de Modos de Falhas e Efeitos sobre o fluxo do processo de trabalho do transoperatório. O campo de ação foi um Centro Cirúrgico de um hospital de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, do período de julho a agosto de 2018. Realizaram-se grupos de trabalho para análise dos processos, no total de 10 reuniões, com 13 profissionais que avaliaram o fluxo de trabalho para “agendamento de cirurgias”, “farmácia satélite”, “Centro de Materiais e Esterilização” e “Centro Cirúrgico”. **Resultados:** as etapas analisadas apresentaram diversos modos de falhas potenciais, causas e efeitos, descrevendo-se os processos identificados de alto risco. **Conclusões:** a ferramenta permitiu avaliar os processos de trabalho do transoperatório, delimitando as falhas e riscos, com ações de melhorias nas práticas assistenciais, para segurança do paciente e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no Perioperatório.

Descritores: Análise do Modo e do Efeito de Falhas na Assistência à Saúde, Assistência Perioperatória, Segurança do Paciente, Enfermagem.

SYSTEMATIZATION OF PERIOPERATORY NURSING ASSISTANCE: EVALUATING WORK PROCESSES IN THE TRANSOPERATORY

Objective: to evaluate the intraoperative workflow using the Failure Modes and Effects Analysis tool. **Methodology:** a methodological study using Failure Modes and Effects Analysis. The field of action was a Surgical Center of a hospital in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, from July to August 2018. Work groups were held to analyze the processes. **Results:** there were 10 meetings, with 13 professionals who evaluated the workflow for “surgery scheduling”, “satellite pharmacy”, “Materials and Sterilization Center” and “Surgical Center”. The steps analyzed presented several ways of potential failures, causes and effects, describing the identified processes of high risk. **Conclusions:** the Failure Modes and Effects Analysis allowed to evaluate the work processes of the intraoperative delimiting the failures and risks, with actions of improvements in the assistance practices, for patient safety and Systematization of Nursing Care in the Perioperative period implementation.

Descriptors: Healthcare Failure Mode and Effect Analysis, Perioperative Care, Patient Safety, Nursing.

SISTEMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA PERIOPERATORIA: EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE TRABAJO EN EL TRANSOPERATORIO

Objetivo: evaluar el flujo de trabajo del transoperatorio utilizando la herramienta de Análisis de Modos de Fallas y Efectos. **Metodología:** estudio metodológico utilizando la Análisis de Modos de Fallas y Efectos. El campo de acción fue un Centro Quirúrgico de un hospital de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, del período de julio a agosto de 2018. Se realizaron grupos de trabajo para analizar los procesos. **Resultados:** se realizaron 10 reuniones, con 13 profesionales que evaluaron el flujo de trabajo para “programación de cirugías”, “farmacia satélite”, “Centro de Materiales y Esterilización” y “Centro Quirúrgico”. Las etapas analizadas presentaron diversos modos de fallas potencial, causas y efectos, describiendo los procesos identificados de alto riesgo. **Conclusiones:** la Análisis de Modos de Fallas y Efectos permitió evaluar los procesos de trabajo del transoperatorio delimitando las fallas y riesgos, con acciones de mejoras en las prácticas asistenciales, para seguridad del paciente e implementación de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería Perioperatoria.

Descriptores: Análisis de Modo y Efecto de Fallas en la Atención de la Salud, Atención Perioperatoria, Seguridad del Paciente, Enfermería.

INTRODUÇÃO

O tema Segurança do Paciente teve, como marco, o relatório intitulado *To Err Is Human: Building a Safer Health System* do Institute of Medicine (IOM) dos Estados Unidos⁽¹⁾. Após uma década e meia, a National Patient Safety Foundation (NPSF) discutiu a situação atual da segurança do paciente, enfatizando que práticas ou intervenções que melhoram a segurança são aquelas que reduzem a ocorrência de eventos adversos evitáveis⁽²⁾. Assim, práticas de saúde preventivas podem ser utilizadas para minimizar ou evitar a manifestação destes eventos durante a assistência.

Na atuação da enfermagem, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) visa melhorar o cuidado prestado ao paciente, implementado pelo enfermeiro, proporcionando uma assistência segura e com qualidade, buscando a efetividade na comunicação através do cuidado individualizado e registrado⁽³⁾. O enfermeiro que trabalha no Centro Cirúrgico (CC) deveria utilizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) como modelo assistencial, com o propósito de promover uma assistência continuada, participativa, individualizada e documentada⁽⁴⁾. A SAEP abrange todos os períodos do perioperatório, possibilitando a assistência planejada para satisfazer as necessidades e situações únicas do paciente⁽⁵⁾.

Para promover a assistência de qualidade e segura, é necessário o envolvimento da equipe multiprofissional através de uma comunicação efetiva entre os profissionais; possibilita-se a qualidade da assistência, reduzindo a ocorrência de erros e propiciando a criação de um ambiente seguro⁽⁶⁾. Tendo em vista a importância da SAEP para a qualidade assistencial e para a comunicação no cuidado perioperatório, buscou-se analisar o fluxo do processo de trabalho para dar subsídios à implementação da sistematização de enfermagem em um serviço de CC de um hospital, utilizando a ferramenta de Análise de Modos de Falhas e Efeitos (FMEA).

A FMEA permite identificar as falhas dos processos e formular indicadores relacionados às Metas de Segurança do Paciente, oportunizando desenvolver melhorias e planos de ações a serem implantadas com as equipes⁽⁷⁾. É um método sistemático utilizado para evitar problemas no processo e no produto, antes da manifestação das falhas, identificando onde a falha está presente e delimitando as etapas do processo de trabalho com necessidades de mudança⁽⁸⁾.

No hospital onde se realizou esta pesquisa, a SAEP ainda não está implementada. Os processos de comunicação da enfermagem envolvidos no período perioperatório

do campo de estudo estão sendo aprimorados. Para tanto, há necessidade de uniformizar o atendimento das suas unidades assistenciais. Assim, objetivou-se avaliar as etapas do fluxo de trabalho do transoperatório, utilizando a FMEA, para delimitar práticas assistenciais que forneçam subsídios para a implantação da SAEP e, simultaneamente, minimizar ou evitar a manifestação da falha para a segurança do paciente cirúrgico.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico utilizando-se a ferramenta FMEA.

Participantes da pesquisa

Amostra intencional, sendo convidados representantes de cada setor envolvidos direta ou indiretamente no processo de trabalho do transoperatório para a constituição de um Grupo de Trabalho (GT). Participaram 13 profissionais dos setores de Agendamento Cirúrgico, Farmácia Satélite, Centro de Materiais e Esterilização (CME) e CC. Os critérios de inclusão foram: pertencer à área ou ao serviço, estar envolvidos no processo de trabalho do CC e trabalhar, no mínimo, há seis meses na instituição. Excluiu-se da pesquisa trabalhadores afastados das atividades profissionais no momento da coleta dos dados.

Local de estudo

O campo de ação foi o CC de um hospital de Porto Alegre/RS, Brasil. Possui 13 salas cirúrgicas e uma Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) com 25 leitos, que atendem pacientes cirúrgicos ambulatoriais e internados do Sistema Único de Saúde (SUS), de outros convênios e particulares.

Coleta dos dados

Realizou-se um convite à Líder e Chefia de enfermagem responsável pelo setor, para a construção de um fluxo de trabalho, o qual representasse os processos desenvolvidos nos setores de agendamento, farmácia satélite, CME e CC. Após, convidaram-se profissionais ligados direta ou indiretamente ao CC para a formação do GT. Realizaram-se 10 reuniões semanais, entre o período de Julho a Outubro de 2018.

Apresentou-se, para os participantes, a ferramenta FMEA e o fluxo de processos de trabalho construído. Todas as etapas do fluxo foram analisadas com os membros GT e, se houvesse necessidade de alteração, inclusão

ou exclusão de alguma etapa do processo, realizava-se a mudança, conforme as observações do grupo. O fluxograma foi se redefinindo no momento em que o GT se reunia para aplicar a ferramenta FMEA. O preenchimento da ferramenta ocorreu de forma linear e horizontal. Para sua aplicabilidade, em cada etapa de trabalho, os profissionais avaliavam quais as principais falhas inerentes, causadoras de danos para os processos assistenciais, com potenciais de risco à segurança do paciente.

Procedimento de análise dos dados

Para cada modo de falha identificado pelo GT, determinaram-se seus efeitos potenciais e as causas de sua ocorrência. Das falhas levantadas, obteve-se o Índice de Risco (IR) calculado pela multiplicação dos valores da gravidade (G), probabilidade de ocorrência (O), e possibilidade de detecção (D) com valores de 1 a 10, pré-estabelecidos conforme Carpinetti⁽⁹⁾. Para efetuar o cálculo, o GT designava o valor de 1 a 10 para G, O e D conforme a interpretação acerca da importância da falha no processo de trabalho em Centro Cirúrgico. Define-se, IR baixo, valor de 2 a 30; moderado de 31 a 100; e alto, maior que 101 pontos. Após, repensaram-se ações práticas corretivas, para as falhas com IR alto, como maneiras de minimizar ou evitar sua manifestação

durante a assistência. Após a implementação das ações práticas, ocorreram novamente encontros com os profissionais de cada setor, recalculando-se o IR, para avaliar o impacto positivo das práticas corretivas implementadas, confirmado através da diminuição do valor, quando comparado ao inicial.

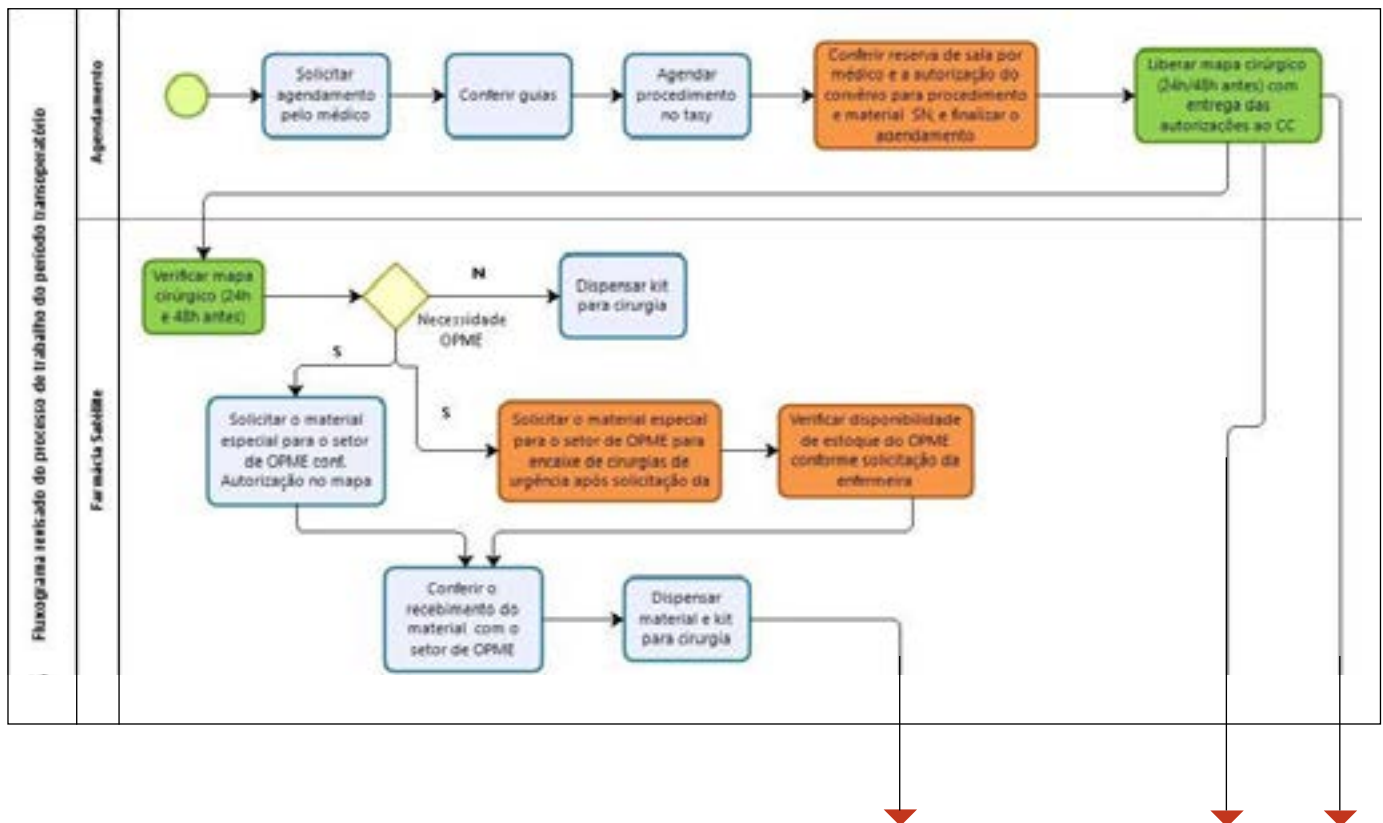
Procedimentos éticos

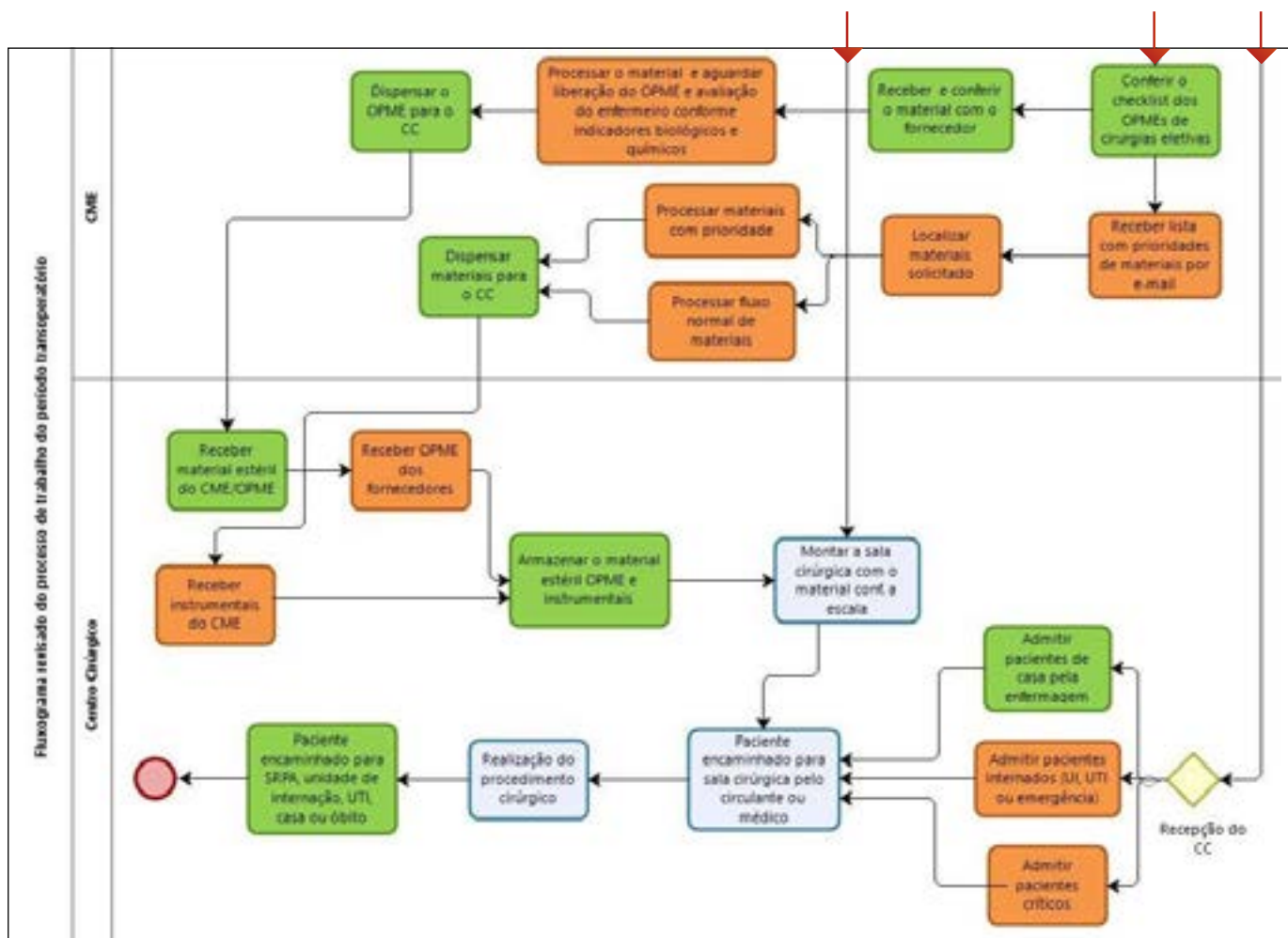
O estudo foi aprovado por Comitê de Ética da Instituição, sob CAAE: 76806347.6.0000.5335. Aos participantes que aceitaram o convite, aplicou-se o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) durante a primeira reunião do GT.

RESULTADOS

A primeira ação implementada no GT foi a revisão do fluxo do processo de trabalho no transoperatório, com a reformulação do fluxograma (Figura 1), descrevendo-se as etapas analisadas, conforme segue: representadas na cor verde: etapas que não sofreram modificação após análise; laranja: etapas que foram agregadas; azul: etapas que sofreram modificações.

Figura 1. Fluxo do processo de trabalho no transoperatório. Porto Alegre, RS/Brasil, 2019.





Após, aplicou-se a ferramenta FMEA em cada uma das etapas, objetivando-se delimitar as principais falhas potenciais, causas e efeitos relacionadas e suas implicações para a assistência ao paciente.

Primeira etapa do processo: agendamento.

Na análise das etapas realizadas sobre o agendamento cirúrgico, os processos identificados com IR elevados foram: "solicitar agendamento pelo médico" (IR=252) e "agendar procedimento no sistema eletrônico" (IR=224). Este é o início do processo de trabalho no CC, cujo modo de falha identificado foi descrição incompleta dos materiais e procedimentos errados.

Na etapa de "agendar procedimentos no sistema eletrônico", a falha remeteu-se à solicitação incompleta dos procedimentos cirúrgicos e a marcação da cirurgia com tempo inadequado; como consequência, ocorre demora do procedimento e atraso para as cirurgias subsequentes; material indisponível ou não padronizado, gerando conflitos entre as equipes e dificuldades de comunicação. Como ação prática, levantou-se a necessidade de revisão eficaz do agendamento de cirurgias no sistema eletrônico por profissional habilitado, para evitar erros de marcação dos tempos para os procedimentos; solicitar o

procedimento correto conforme orientação médica e ter um checklist para conferência dos materiais e equipamentos no sistema.

Algumas ações foram implantadas: quando o médico realiza o agendamento e solicita material que não está padronizado ou disponível no hospital, realiza-se, neste momento, a solicitação dos materiais para o setor responsável, para que, no momento da realização da cirurgia, os mesmos estejam disponíveis na sala cirúrgica. Quanto à escala cirúrgica, estão sendo descritos os materiais solicitados e autorizados para o procedimento, para visualização do preparo da sala cirúrgica. Para o primeiro processo "solicitar agendamento pelo médico", não se recalculou o IR, pois está em processo de implantação; para o segundo processo "agendar procedimento no sistema eletrônico" o risco diminuiu de 224 para 84.

Segunda etapa do processo: farmácia satélite.

Nesta etapa, identificou-se alto risco para "necessidade de órteses, próteses e materiais especiais (OPME)" e "dispensar material e kit para cirurgias", com IR de 400 e 504, respectivamente. Em relação a "necessidade de OPME" por cirurgia, as falhas apontadas foram muitos materiais que não

estão inclusos no kit cirúrgico fornecido pela farmácia para as salas cirúrgicas, como por exemplo fios cirúrgicos, necessitando a dispensação avulsa desses materiais durante a realização do procedimento. As ações para prevenir a manifestação dessas falhas, seriam a padronização de kits e OPME específicos por cirurgias, diminuindo a liberação avulsa de materiais para os procedimentos. Entretanto, essas ações de melhoria não foram realizadas, portanto o recálculo do IR permaneceu o mesmo valor inicial nesse primeiro processo.

Quanto ao “dispensar material e kit para as cirurgias”, a falha relaciona-se à montagem incorreta dos kits cirúrgicos pelos profissionais que trabalham na farmácia satélite e à falta de revisão desses antes de liberar para a sala cirúrgica. Entre as ações para diminuir o risco, propuseram-se auditorias dos kits cirúrgicos antes de fornecer para a sala cirúrgica, e aperfeiçoamento na comunicação entre os setores. O IR para essa etapa foi recalculado e diminuiu para 280.

Terceira etapa do processo: CME.

No setor do CME, ocorreram alterações no fluxo de trabalho, pois a dinâmica em relação à solicitação de instrumentais e OPME são diferentes, conforme apontado pelo GT. Identificaram-se falhas de alto risco em “conferir o checklist com o mapa cirúrgico dos OPME de cirurgias eletivas e urgência” (IR=256), e “processar o material e aguardar liberação do OPME conforme indicadores biológicos e químicos” (IR=384). Analisou-se a primeira etapa “conferência do checklist com o mapa cirúrgico” em que se concentraram as falhas na alteração de horário das cirurgias, relacionadas à troca da escala cirúrgica, assim não existe tempo hábil de realizar o processamento de esterilização adequadamente. As ações voltam-se ao processo do fluxo de alterações das cirurgias eletivas e de urgência, realizando uma conferência com a enfermeira do CC e do CME; a informatização, para ter acesso à escala cirúrgica e a visualização do OPME necessário para a realização da cirurgia; e ter uma comunicação efetiva entre os setores.

A etapa de “processar o material e aguardar liberação do OPME” teve como falhas: pouco tempo para a enfermagem do CME processar o material necessário para os procedimentos cirúrgicos, bem como a qualidade do vapor das autoclaves. As ações relacionam-se ao tempo hábil de processamento dos OPME com entrega do material em horário específico, e adquirir nova autoclave para o processamento dos materiais. Não se realizou recálculo, pois as ações estão em processo de implementação.

Quarta etapa do processo: Centro Cirúrgico.

Para o CC, consideraram-se falhas de alto risco a “admissão dos pacientes vindos de casa pela enfermagem” (IR=400) e “realização do procedimento cirúrgico” (IR=540). Na “admissão dos pacientes provenientes do domicílio”, em cirurgias eletivas,

as principais falhas foram: paciente vir ao hospital sem exames médicos; desacompanhado de responsável; ausência de termos de consentimento da cirurgia assinados; ausência de documentação de identificação; má orientação ao paciente por parte dos profissionais; e atraso na chegada do mesmo ao CC. Para as causas, observou-se a não adesão médica ao preenchimento dos termos e as falhas de orientação para preparo da cirurgia.

As ações práticas concentram-se em informatizar o checklist cirúrgico e capacitar a equipe de enfermagem para sua correta utilização, principalmente quanto à primeira etapa do checklist, que se refere à admissão do paciente ao CC. Algumas ações puderam ser implementadas: realizado um checklist com orientações em relação à admissão dos pacientes no CC, e treinamento com a equipe de enfermagem para entrevista com o paciente. Após recálculo: IR=75.

Para a “realização do procedimento cirúrgico”, a principal falha foi a ausência do enfermeiro em sala cirúrgica, devido às responsabilidades administrativas, culminando na deficiência da assistência. Ações corretivas: dimensionamento de profissionais; realizar a SAEP/evolução de enfermagem no intraoperatório nas cirurgias de grande porte e provenientes da UTI. Não se realizou recálculo, pois as ações estão em processo de implementação.

DISCUSSÃO

Foi possível construir o fluxo do processo de trabalho no período transoperatório, redesenhando e discutindo todas as etapas. Através da FMEA, foram avaliados os processos, envolvendo os setores de agendamento cirúrgico, farmácia satélite, CME e CC. O uso da ferramenta FMEA permite o entendimento do fluxo de trabalho para adequação e promoção da qualidade do serviço em saúde⁽¹⁰⁾.

O início do processo de trabalho está no setor de agendamento, sendo este uma medida de planejamento da execução do procedimento cirúrgico, que envolve diversos setores que trabalham juntos. Fatores como agendamento incompleto de procedimentos podem impactar na agenda cirúrgica, implicando em atraso ou suspensão de cirurgias previstas. Necessita-se, organizar e revisar o processo de agendamento cirúrgico de forma que se possibilita corrigir os problemas antes que chegue em sala cirúrgica⁽¹¹⁾. Nesta pesquisa, propôs-se a informatização do serviço de agendamento e a revalidação da política institucional, buscando uma melhor interação e comunicação entre os setores envolvidos. Uma das causas para o cancelamento da cirurgia está relacionada à deficiência no planejamento cirúrgico, além da falta de material e equipamento para a realização da cirurgia⁽¹¹⁾.

Ao avaliar o setor de farmácia satélite, a principal falha relacionou-se à montagem incorreta dos kits cirúrgicos e a falta de revisão, devido ao despreparo técnico-científico acerca dos medicamentos que os compõem e a desatenção de quem

os prepara. Os efeitos ocasionados são a dispensação errada de medicamentos e a falta de material, gerando dano direto ao paciente, igualmente descrito na literatura⁽¹²⁾. Com a elaboração dos kits de materiais direcionados ao ato cirúrgico, possibilita-se diminuição de erros e menor necessidade do circulante de sala solicitar material ou medicamento. O processo padronizado na farmácia possibilita o bom rendimento e organização do setor, para que, no momento da dispensação, ocorram todos os passos para a segurança do paciente⁽¹³⁾.

Com relação ao CME, as atividades exercidas nesse setor são importantes para a prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde, possibilitando a qualidade de processamento dos produtos⁽¹⁴⁾. No setor, o GT apontou como falha o pouco tempo hábil para processamento dos materiais pela enfermagem e a troca de horários em escala cirúrgica. Tal situação ocorre pela inexistência de um processo eficaz para as situações de alteração de horário de procedimento, além do impasse de receber os materiais OPME no mesmo dia do procedimento cirúrgico. Percebe-se a importância de ter uma boa comunicação e trabalhar em equipe, visando garantir a previsão de materiais para a cirurgia e com isso, estabelecer uma relação de confiança e parceria⁽¹⁵⁾.

No CC em estudo, há atraso da entrega de OPME dos fornecedores externos ao CME. Assim, diminui-se o tempo hábil de processamento e possibilita-se o risco dos instrumentais serem entregues em condições inadequadas. Conforme destacado pelo GT, tal falha gera efeitos de atraso ou cancelamento da cirurgia, conflitos entre as equipes, e o risco de infecção. As etapas de processamento dos instrumentais cirúrgicos devem ocorrer em conformidade e serem respeitadas, para diminuir riscos de infecção ainda em sítio cirúrgico⁽¹⁴⁾. Dentre as causas, estão a falta de informatização e comunicação entre os setores. A promoção da comunicação efetiva com todos os setores, assegura uma maior qualidade do processamento dos produtos para a saúde⁽¹⁵⁾.

Diante disso, o CC possui áreas interligadas que necessitam trabalhar em conjunto⁽⁴⁾. Necessita-se avaliar cada processo para proporcionar as condições adequadas para a equipe, pacientes e família durante o procedimento anestésico-cirúrgico⁽⁶⁾. As análises reforçam a importância que as outras áreas de apoio possuem para que o planejamento cirúrgico aconteça de forma eficiente, visando à cultura de segurança.

A fim de reduzir o risco assistencial, observou-se a necessidade de realizar uma capacitação da equipe de enfermagem, após a utilização da FMEA, para sensibilizar os profissionais e demonstrar a importância do checklist, frente à prevenção e segurança do paciente em procedimentos cirúrgicos, além da correta aplicação dos termos de consentimentos. A educação permanente incorporada ao processo de trabalho oportuniza a discussão dos problemas vivenciados e a busca coletiva de soluções para o enfrentamento do desafio⁽¹⁷⁾.

O checklist cirúrgico é um modelo que pode ser adaptado para cada ambiente cirúrgico⁽¹⁸⁾. Destaca-se a melhoria da comunicação interprofissional a partir do seu uso e o impacto da sua implantação para a segurança na assistência cirúrgica⁽¹⁹⁾. O checklist de cirurgia segura proporciona benefícios para o paciente, equipe cirúrgica e instituições de saúde⁽²⁰⁾. Na presente pesquisa, foi apontada como ação de melhoria no CC, realizar a SAEP, a evolução de enfermagem no intraoperatório e o dimensionamento de profissionais de enfermagem. O GT apontou a importância da presença do enfermeiro no processo intraoperatório, oferecendo o cuidado supervisionando, garantindo a segurança do paciente cirúrgico. Por meio da SAEP, pode-se planejar, promover intervenções adequadas e fundamentadas com vistas aos pacientes no perioperatório⁽²¹⁾. A SAEP garante ao enfermeiro uma assistência eficaz e individualizada, e que requer iniciativa e proatividade para superar todos os obstáculos evidenciados, sendo essencial para o cuidado de qualidade ao paciente cirúrgico, minimizando complicações e riscos pós-operatórios⁽²²⁾.

Durante a aplicação da FMEA, o GT abordou a necessidade da comunicação efetiva entre profissionais e setores para evitar a ocorrência das falhas, sendo essencial para um atendimento seguro e de qualidade entre os prestadores de cuidados de saúde e os pacientes e suas famílias⁽²³⁻²⁵⁾.

Limitações do estudo

As limitações deste estudo voltam-se à impossibilidade de implantar algumas práticas devido às mudanças na reestruturação dos processos assistenciais e administrativos na Instituição. O desenvolvimento de ações referentes à implantação da evolução do transoperatório e a da SAEP serão desenvolvidas em conjunto com a nova chefia do CC.

Contribuições do estudo para a prática

O estudo contribuiu para os enfermeiros e gestores que trabalham em CC quanto ao processo metodológico da ferramenta aplicada para o levantamento de falhas. As avaliações realizadas dos processos no transoperatório, colaboraram na promoção da assistência segura ao paciente. O desenvolvimento do fluxo do processo de trabalho no CC planejando ações, refletindo em novas práticas de saúde, auxiliará a implantação da SAEP.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu avaliar os processos de trabalho do transoperatório, conhecendo as falhas e classificando os riscos, propondo ações de melhorias nas práticas assistenciais, para promoção da segurança do paciente, e, posteriormente, implantar a SAEP. Com a utilização da ferramenta FMEA, possibilitou-se delimitar estratégias de melhorias na

qualidade assistencial, entendendo a importância do trabalho multidisciplinar e da comunicação efetiva, para uma assistência segura na linha do cuidado perioperatório.

Agradecimentos

Agradecimento a CAPES/COFEN que financiaram esta pesquisa por meio do Edital 27/2016 de Apoio a Programas

de Pós-Graduação da Área de Enfermagem, modalidade Mestrado Profissional.

Contribuição dos autores

Todos os autores participaram das etapas de concepção e/ou desenho de estudo; análise e interpretação dos dados; redação do artigo; revisão crítica e revisão final.

REFERÊNCIAS

- Hemingway MW, O'Malley C, Silvestri S. Safety Culture and Care: A Program to Prevent Surgical Errors. *AORN Journal*. [Internet]. 2015 [cited 2019 May 18]; 101(4): 404-415. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25835006>
- Farup PG. Are measurements of patient safety culture and adverse events valid and reliable? Results from a cross sectional study. *BMC Health Serv Res*. [Internet]. 2015 [cited 2019 May 18] 2:15:186. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0852-x>
- Ferrari D, Costa AEK, Pissala LF, Moreschi C. A visão da equipe de enfermagem sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem em um hospital de médio porte. *Caderno Pedagógico*. [Internet]. 2016 [cited 2019 May 18]; 13(3): 109-116. Available from: <http://www.univates.br/revistas/index.php/cadped/article/view/1160/1085>
- Ribeiro E, Ferraz KMC, Duran ECM. Atitudes dos enfermeiros de centro cirúrgico diante da Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória. *Rev. Sobecc*. [Internet]. 2017 [cited 2019 May 7]; 22(4): 201-207. Available from: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/231>
- Sampaio CEP, Gonçalves RA, Júnios HCS. Determination of surgery suspension factors and their contributions with nursing assistance. *Res.: fundam. care*. online. [Internet]. 2016 [cited 2019 May 18]; 8(3):4813-4820. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4346/pdf_1
- Miranda AP, Carvalho AKO, Lopes AAS, Oliveira VRC, Carvalho PMG, Carvalho HEF. Contribuição da enfermagem à segurança do paciente: revisão integrativa. *Sanare*. [Internet]. 2017 [cited 2019 May 18]; 16(1): 109-117. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1101>
- Moraes CS, Rabin EG, Viegas K. Assessment of the care process with orthotics, prosthetics and special materials. *Rev. Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2018 Dec 26]; 71(3):1099-105. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672018000301099&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Rah, J.-E., Manger, R. P., Yock, A. D., & Kim, G.-Y. A comparison of two prospective risk analysis methods: Traditional FMEA and a modified healthcare FMEA. *Medical Physics* [Internet]. 2016 [cited 2019 Mai 13]; 43(12):6347-6353. Available from: <https://aapm.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1118/1.4966129>
- Carpinetti LCR. FMEA – Failure Mode and Effect Analysis. Aula da disciplina SEP0356 – Gestão da Qualidade II. Escola de Engenharia de São Carlos. Universidade de São Paulo, 2010.
- Goodrum L, Varkey P. Prevention is better: the case of the underutilized failure mode effect analysis in patient safety. *Israel Journal of Health Policy Research*. [Internet]. 2017 [cited 2019 Mai 20]; 6(10):1-2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5319099/>. Acesso em: 20 maio 2019.
- Rocha NF, Moura YMS, Sandes SMS. Quality indicators in surgical center. *Journal of Health Connections*. [Internet]. 2018 [cited 2019 Mai 20]; 2(1):p. 80-94. Available from: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/journalhlc/article/download/4404/2155>
- Mangilli DC, Da Assunção MT, Zanini MTB, Dagostin VS, Soratto MT. Atuação ética do enfermeiro frente aos erros de medicação. *Enferm Foco* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jul 09]; 8 (1): 62-66. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/878/360>
- Filho FRL, Silva AH, Firmino PYM, Diniz NO. Padronização de dispensação de especialidades cirúrgicas na farmácia satélite do centro cirúrgico. *Conexão*
- Fametro 2018 (Fortaleza) [Internet]. 2018 [cited 2019 Mai 20]. Available from: <https://www.doity.com.br/anais/conexaofametro2018/trabalho/71327>
- Santo IME, Santo, PME, Fontes FLL, Santos MCSP, Freitas EP, Neta ASS, et al. Conhecimento do enfermeiro sobre o processo de trabalho na Central de Material de Esterilização. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. [Internet]. 2019 [cited 2019 Mai 20];(20), e403. Available from: <https://doi.org/10.25248/reas.e403.2019>
- Sanchez ML, Silveira RS, Figueiredo PP, Mancia JR, Schwonke CRGB, Gonçalves NGC. Strategies that contribute to nurses' work exposure in the material and sterilization central. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2018 [cited 2019 Mai 20]; 27(1): e6530015. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180006530015>
- Mussel IC, De Paula AO, De Oliveira AC. Armazenamento dos produtos para saúde em centros de esterilização de hospitais. *Enferm Foco* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jul 09]; 8 (4): 37-41. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1026/414>
- Tostes MFP, Haracemiw A, Mai LD. Lista de verificação de segurança cirúrgica: Considerações a partir da micropolítica institucional. *Esc Anna Nery*. [Internet]. 2016 [cited 2019 Mai 20]; 20(1): p.203-209. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0203.pdf>
- Solsky I, Berry W, Edmondson L, Lagoo J, Baugh J, Blair A, et al. WHO Surgical Safety Checklist Modification: Do Changes Emphasize Communication and Teamwork? *Journal of surgical research*. [Internet]. 2018 [cited 2019 Mai 20]; pii: S0022-4804(18)30658-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30528925>
- Mafra CR, Rodrigues MCS. Lista de verificação de segurança cirúrgica: Uma revisão integrativa sobre benefícios e sua importância. *J. res.: fundam. care*. [Internet]. 2018 [cited 2019 Mai 20]; 10(1):p. 268-275. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/5038/pdf_1
- De Oliveira AC, De Abreu AR, De Almeida SS. Implementação do checklist de cirurgiassegura em um hospital universitário. *Enferm. Foco* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jul 08]; 8 (4): p. 07-12. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/972/408>
- Costa AMOM, Santos LBS, Castro MLM, Coelho WV, Amorim EH, Cruz RAO. Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória como tecnologia no processo de cuidar. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical*. [Internet] 2018 [cited 2019 Mai 20]; 23(2): p. 165-169. Available from: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180704_092337.pdf
- Ribeiro E, Ferraz KMC, Duran ECM. Atitudes dos enfermeiros de centro cirúrgico diante da Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória. *REV. SOBECC*. [Internet] 2017 [cited 2019 Mai 7]; 22(4):p. 201-207. Available from: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/231/pdf>
- Joint Commission International. *Communicating Clearly and Effectively to Patients: How to Overcome Common Communication Challenges in Health Care*. A White Paper by Joint Commission International. JCI, 2018. Available from: www.jointcommissioninternational.org
- Santos CCA, Polgrossi JEF, Maia LFS. Estresse do paciente frente ao cancelamento do procedimento cirúrgico. *Revista Remecs/Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde*. [Internet] 2018 [cited 2019 Mai 20]; 3(4): p. 12-20. Available from: <https://www.revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/21/pdf>
- Link T. Guideline Implementation: Team Communication. *AORN Journal*, Inc. [Internet]. 2018 [cited 2019 Mai 20]; 108(2): p. 165-177. Available from: <http://doi.org/10.1002/aorn.12300>

ANÁLISE CRÍTICA DO POTENCIAL DE UTILIZAÇÃO DAS NOMENCLATURAS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Anna Luiza de Fatima Pinho Lins Gryschek¹, Lislaine Aparecida Fracoll¹, Maria Clara Padoveze¹, Selônia Patrícia Oliveira Sousa Caballero², Milene Aparecida Aguiar Vilas Boas³

Introdução: Universalizar a linguagem utilizada por enfermeiros permitirá maior visibilidade para a profissão; contudo, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), na Atenção Primária à Saúde (APS) é ainda incipiente. Dentre fases da SAE, há elementos que requerem nomenclatura própria. **Objetivos:** Analisar as nomenclaturas existentes e seu potencial de utilização na APS. **Metodologia:** Análise crítica de literatura sobre nomenclaturas de enfermagem no Brasil: NANDA-I/NIC/NOC, CIPE/CIPESC e CIAP. **Resultados:** As nomenclaturas pesquisadas são voltadas para indivíduos/família/comunidade. Focam em “problemas” ou “necessidades” e não apenas no diagnóstico clínico de doenças. NANDA-I/NIC/NOC e CIPE/CIPESC não tem potencial de comunicação com outras categorias profissionais, o que se constitui em um problema no âmbito da APS. As nomenclaturas tradicionalmente utilizadas pela enfermagem tiveram sua aplicação mais voltada para a prática hospitalar, exceto CIPESC e CIAP. **Conclusões:** a literatura revela ausência de consenso quanto ao potencial de aplicação destas nomenclaturas para uso da enfermagem na APS.

Descritores: Enfermagem, Atenção Primária em Saúde, Assistência de Enfermagem, Diagnósticos de Enfermagem, Taxonomia.

ABSTRACT

Introduction: Universalizing the language used by nurses will allow greater visibility for the profession; however, the Systematization of Nursing Assistance (SAE) in Primary Health Care (PHC) is still incipient. Among its phases, there are elements that require proper nomenclature. **Objectives:** To analyze existing nomenclatures and their potential for use in PHC. **Methodology:** Critical review of literature on nursing nomenclatures in Brazil: NANDA-I / NIC / NOC, CIPE / CIPESC and CIAP. **Results:** The nomenclatures searched are individuals / family / community. They focus on “problems” or “needs” and not just on clinical diagnosis of diseases. NANDA-I / NIC / NOC and CIPE / CIPESC does not have the potential to communicate with other professional categories, which constitutes a problem in the scope of PHC. The nomenclatures traditionally used by nursing had their application more focused on the hospital practice, except for CIPESC and CIAP. **Conclusions:** the literature reveals a lack of consensus regarding the potential of applying these nomenclatures for nursing use in PHC.

Descriptors: Nursing, Primary Health Care, Nursing Care, Nursing Diagnostics, Taxonomy.

RESUMEN

Introducción: Universalizar el lenguaje utilizado por enfermeros permitirá mayor visibilidad para la profesión; sin embargo, la Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE), en la Atención Primaria a la Salud (APS) es todavía incipiente. De entre sus fases, hay elementos que requieren nomenclatura propia. **Objetivos:** Analizar las nomenclaturas existentes y su potencial de utilización en la APS. **Metodología:** Análisis crítico de literatura sobre nomenclaturas de enfermería en Brasil: NANDA-I / NIC / NOC, CIPE / CIPESC y CIAP. **Resultados:** Las nomenclaturas buscadas se dirigen a individuos / familia / comunidad. Se enfocan en “problemas” o “necesidades” y no sólo en el diagnóstico clínico de enfermedades. NANDA-I / NIC / NOC y CIPE / CIPESC no tienen potencial de comunicación con otras categorías profesionales, lo que se constituye en un problema en el ámbito de la APS. Las nomenclaturas tradicionalmente utilizadas por la enfermería tuvieron su aplicación más orientada a la práctica hospitalaria, excepto CIPESC y CIAP. **Conclusiones:** la literatura revela ausencia de consenso en cuanto al potencial de aplicación de estas nomenclaturas para uso de la enfermería en la APS.

Descritores: Enfermería, Atención Primaria en Salud, Asistencia de Enfermería, Diagnósticos de Enfermería, Taxonomía.

¹ Professoras Associadas, Docentes do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE USP);

² Discente do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE USP). Enfermeira da APS de Jundiá-SP.

³ Discente do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE USP). Coordenadora da APS de Itajubá-MG.

Autor correspondente: Milene Aparecida Aguiar Vilas Boas, mileneaguiar@usp.br

INTRODUÇÃO

A organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil tem sido implementada por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF)⁽¹⁾. A ESF é composta por equipe multiprofissional e nesse contexto a enfermagem assume papel fundamental na prestação da assistência à saúde e necessita de instrumentos que viabilizem sua prática⁽²⁾.

O Processo de Enfermagem (PE) é a maneira definida para planejar, realizar e documentar as atividades de enfermagem⁽³⁾ e faz parte das ações de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)⁽⁴⁾. Sua documentação é viabilizada através da utilização de terminologias⁽⁵⁾.

De acordo com a resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 358/2009, o PE deve ser realizado através de cinco etapas: coleta de dados de enfermagem ou histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento da assistência de enfermagem; implementação; e avaliação de enfermagem⁽⁶⁾.

As fases do PE privativas do enfermeiro são a realização do diagnóstico de enfermagem (DE), e a prescrição de intervenções de enfermagem, sendo as demais fases executadas pela equipe de enfermagem⁽⁶⁾.

É obrigatório que sejam registrados no prontuário do paciente, dados de avaliação, os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. Para isso o uso de sistemas de linguagens padronizadas é altamente recomendado⁽⁷⁾. Neste sentido, enfermeiros tem demonstrado a necessidade de um sistema informatizado de registro e o desejo de utilizar um sistema de classificação em todas as fases do PE⁽⁵⁾.

O uso de uma linguagem padronizada, além de facilitar a comunicação e o uso de sistemas informatizados, permite a representação do conhecimento clínico de enfermagem⁽⁶⁾. Assim sendo, as instituições deveriam implementar os elementos do PE usando linguagem padronizada em seus sistemas de informação como parte dos seus processos de gestão⁽³⁾.

Atualmente, existem cinco terminologias de enfermagem reconhecidas internacionalmente: a NANDA-I; o sistema Omaha; os Elementos de Dados de Enfermagem Perioperatória; o sistema de Classificação de Cuidados Clínicos Sabba e a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE)⁽³⁾. Também existem sistemas de classificação que podem ser compartilhados com outros profissionais da saúde, como é o caso da Classificação Internacional da Funcionalidade e Saúde (CIF) e a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP)⁽⁶⁾. No Brasil as mais utilizadas são: o sistema NANDA-I, NIC, NOC, a CIPE e o inventário vocabular Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC). Uma revisão demonstrou que a CIPE foi integrada em 50 % dos Sistemas de Informatização

em Saúde (SIS). Na prática de enfermagem a NANDA-I ainda é a nomenclatura mais utilizada⁽⁵⁾.

O Ministério da Saúde brasileiro, criou a estratégia e-SUS AB⁽⁸⁾. A partir disso, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) começaram a utilizar a ferramenta Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) como forma de registro padronizado do atendimento de seus profissionais. Este prontuário traz a nomenclatura Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) como padronizada, não específica da enfermagem, integrada ao SIS federal vigente. O programa informatizado anteriormente mencionado, não reserva espaço às etapas do PE, na forma como preconizado na Resolução Cofen 358/2009. Isso demonstra que existe uma lacuna na padronização de linguagem de enfermagem na APS nacional⁽⁹⁾.

Um estudo realizado pelo COREN-SP entre setembro de 2012 a outubro de 2013, demonstrou, dentre outros resultados, que a inexistência do PE foi maior nas UBS/ESF (36,43%). Isso reforça uma dificuldade levantada pela mesma instituição, na qual se discute que há uma visão comum de que o PE só pode ser bem desenvolvido em ambientes hospitalares⁽⁶⁾.

Discutir as características das nomenclaturas utilizadas pela enfermagem durante a realização do PE pode contribuir para minimizar a lacuna existente na prática para a implementação efetiva da SAE e favorecer o alcance de um consenso. O objetivo deste artigo é realizar uma análise crítica das nomenclaturas utilizadas pela enfermagem mais conhecidas na APS.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura.

Critérios de Inclusão e exclusão

Esta pesquisa teve como critério de inclusão as seguintes nomenclaturas diagnósticas de enfermagem: NANDA-I, NIC, NOC, CIPE, CIPESC e CIAP. O critério de exclusão foram outras nomenclaturas que não fossem as anteriormente citadas. Local do estudo: Não se aplica.

Coleta de dados

O período da coleta de dados ocorreu entre outubro de 2018 e junho de 2019. Procedimentos de coleta de dados: as informações foram obtidas por meio de fontes primárias tais como livros, normatizações e legislação profissional, utilizadas para apoiar a busca de informações básicas de caracterização das nomenclaturas em pauta no presente estudo. Adicionalmente, foram realizadas buscas nas bases de dados Scielo e Pubmed, por meio

da utilização dos descritores: taxonomia de enfermagem, nomenclatura de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, sistematização da assistência de enfermagem, atenção primária e cuidados primários. Os dados foram coletados por duas pesquisadoras e organizados em forma de síntese narrativa para cada elemento de análise. Foram ativamente buscados nas publicações selecionadas os elementos: “Significado”, “objetivos”, “base teórica”, “características”, “aspectos históricos”, “incorporação institucional”, “origem”, “acesso” e “profissionais-alvo”. A escolha dos elementos de análise objetivou facilitar o entendimento de cada uma das nomenclaturas e sua potencial aplicabilidade para a prática da APS.

Análise de dados

Este estudo teve abordagem qualitativa, referente aos sistemas de nomenclaturas usados pela enfermagem na APS, a saber: NANDA-I, NIC, NOC, CIPE, CIPESC e CIAP. Os dados obtidos foram analisados em profundidade pela equipe de pesquisadoras, por meio de sucessivas leituras e discussões dos elementos identificados. O foco da análise visou a identificação de aspectos facilitadores e barreiras para utilização das referidas nomenclaturas pelos enfermeiros, no âmbito da APS. Por se tratar de uma revisão de literatura não se aplica a solicitação de avaliação de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Os elementos de análise de cada nomenclatura são apresentados a seguir, em forma narrativa. Uma síntese detalhada é apresentada no Quadro 1.

Quadro 1: Terminologias diagnósticas e de intervenção: elementos principais de análise referentes ao potencial de utilização na Atenção Primária em Saúde (APS). São Paulo, 2019.

ELEMENTOS DA ANÁLISE	NANDA-I/NIC/NOC	CIAP	CIPE/CIPESC
1 Significado	<p>NANDA-I</p> <p>NIC: Nursing Interventions Classification.</p> <p>NOC: Nursing Outcomes Classification.</p>	<p>CIAP: Classificação Internacional de Atenção Primária.</p>	<p>CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.</p> <p>CIPESC: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva.</p>

2	Objetivo	<p>NANDA-I: Reforçar todos os aspectos da prática da enfermagem, desde a conquista do respeito profissional até a garantia de consistência da documentação ⁽¹⁰⁾.</p> <p>NIC e NOC: Taxonomia complementar ao NANDA ⁽¹¹⁾.</p>	<p>Estabelecer uma ligação com CID-10, obter dados agrupados em categorias de acordo com a frequência e relevância de políticas sociais, além de avaliar as razões pelas quais os pacientes procuram o serviço de saúde, a prevalência dos problemas de saúde e as comorbidades qualificando cada vez mais a APS ⁽¹²⁾.</p>	<p>CIPE: Facilitar a representação do domínio na prática da enfermagem em todo o mundo e em todos os níveis de apoio à informação ⁽¹³⁾.</p> <p>CIPESC: Criação de nomenclatura voltada a APS que fosse capaz de descrever os fenômenos de enfermagem identificados em práticas de profissão que se dão nas diferentes realidades sociais, demográficas, econômicas e políticas do país, além de contribuir para construção da CIPE ^(11, 12).</p>
3	Base teórica	<p>Teoria adaptada da estrutura de avaliação Padrões de Saúde Funcional da Dra Majory Gordon ⁽¹⁰⁾.</p>	<p>Tem por base o Método Científico para Resolução de Problemas de Lawrence Weed ⁽¹²⁾.</p>	<p>CIPE: Não há modelo teórico ou conceitual específico para organização dos enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem ⁽¹⁴⁾.</p> <p>CIPESC: Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda Aguiar Horta em 1970 a partir da Teoria da Motivação Humana de Maslow ^(11, 14).</p>
4	Características	<p>A versão 2018 oferece uma maneira de classificar e categorizar áreas de preocupação de um enfermeiro. Ela possui 244 diagnósticos, agrupados em 13 domínios, 47 classes e 7 eixos ⁽¹⁰⁾.</p> <p>NIC: possui 542 intervenções de enfermagem. Cada uma delas possui uma lista de atividades. As intervenções estão organizadas em sete domínios e 30 classes ⁽¹⁰⁾.</p> <p>NOC: A quarta edição da NOC contém 385 resultados, sete domínios e 31 classes ⁽¹⁰⁾.</p>	<p>Terminologia que reflete distribuição e conteúdo típicos de APS destinada a indivíduo, família e comunidade ⁽¹²⁾.</p>	<p>CIPE: É uma tecnologia de informação que, durante a execução do PE, facilita o raciocínio clínico e a documentação padronizada do cuidado prestado ao paciente ⁽¹³⁾.</p> <p>CIPESC: Inventário vocabular que identifica fenômenos e ações de intervenção enfermagem ⁽¹¹⁾.</p>

5	Incorporação institucionalizada	Comitê de Desenvolvimento Diagnóstico (DDC) do NANDA-I ⁽¹⁵⁾ , Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina ⁽¹⁶⁾ , Hospital Universitário da Universidade de São Paulo ⁽¹⁷⁾ .	Comissão WONCA e OMS ⁽¹⁸⁾ .	CIPE: Em quinze centros CIPE Acreditados pelo CIE em todo o mundo ⁽¹³⁾ , CIPESC, ABEN-PR(http://aben-pr.org.br/cipesc.php) ⁽¹¹⁾ .
6	Entidade criadora	Comitê NANDA-I ⁽¹⁰⁾ .	WONCA (The World Organization of Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians), hoje mais conhecida por Organização Mundial de Médicos de Família (12).	CIPE: Conselho Nacional de Representantes (CNR-CIE) ⁽¹³⁾ , CIPESC, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) ⁽¹¹⁾ .
7	Profissional a quem se destina	Enfermagem ⁽¹⁰⁾ .	Profissionais de Saúde ⁽¹²⁾ .	Enfermagem (13).
8	Acesso	Pago pelo profissional de Enfermagem através da compra direta de livros, softwares, cursos educativos, videoconferências ⁽¹⁰⁾ .	Pago por meio de licença. P.25. No Brasil o uso é livre aos profissionais, porém o Ministério da Saúde paga royalties para WONCA ⁽¹²⁾ .	CIPE: Uso livre no portal eletrônico do CIE ⁽¹³⁾ .

CIPESC: Software em parceria entre ABEN e Ministério da Saúde (em análise desde 2010)⁽¹¹⁾.

Conceitualmente, NANDA-I consiste em julgamentos clínicos sobre as respostas do indivíduo, família e comunidade a problemas de saúde reais ou potenciais, os quais proporcionam bases para a seleção de intervenções de enfermagem e para o alcance de resultados pelos quais os enfermeiros são responsáveis. A taxonomia NANDA-I é, atualmente, o sistema de classificação mais usado no mundo. Traduzida para mais de 17 idiomas, está incorporada a alguns sistemas de informática desses países. As conferências da NANDA-I são realizadas a cada 2 anos (na plenária final são discutidos e aprovados novos diagnósticos)⁽¹¹⁾.

NIC são intervenções que a enfermagem realiza para melhorar o resultado do paciente. É concebida para ser uma lista de intervenções informadas em evidências. NOC refere a condições de saúde de pacientes/famílias/comunidades, com o propósito de verificar as mudanças apresentadas por eles após as intervenções de enfermagem. Possui listagens de resultados de enfermagem esperados para cada diagnóstico da NANDA-I⁽¹¹⁾.

O CIAP é uma nomenclatura usada na APS pelo profissional de saúde e constitui uma forma simplificada de registro, manual ou eletrônico, centralizado, de dados

colhidos em qualquer lugar. SOAP é a forma de registro sistematizada de classificação de motivos de consultas, problemas diagnosticados pelos profissionais de saúde e as intervenções⁽¹²⁾.

Segundo a CIAP, para cada atendimento três elementos são essenciais: os motivos de consulta, o diagnóstico ou problema encontrado e o processo de cuidado (intervenção ou procedimento). Todos esses elementos são codificados por esse sistema de classificação⁽¹²⁾.

A CIPE é uma terminologia idealizada em 1989, pelo Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), como resposta ao desafio de criar uma linguagem universal para enfermagem capaz de possibilitar a interlocução internacional e, ao mesmo tempo, representar a diversidade de sua prática profissional. A CIPESC, é uma classificação que busca identificar os termos usados pela enfermagem brasileira na APS⁽¹⁴⁾.

A CIAP e a CIPESC são terminologias que foram desenvolvidas com foco na APS, voltadas à atenção aos indivíduos, famílias e comunidades. As bases teóricas para as nomenclaturas são diversas, como apresentado no Quadro 1. Apenas a CIPE não possui modelo conceitual ou teórico específico determinado.

Como síntese das suas características, verifica-se que o sistema NANDA-I/NIC/NOC possui diagnósticos com características definidoras, fatores de risco e relacionados, sendo que os diagnósticos possuem domínios, classes. A CIAP possui terminologias distribuídas com conteúdo típico da APS. CIPE/CIPESC possuem diagnósticos, ações e resultados de enfermagem.

Sobre os aspectos históricos das nomenclaturas no mundo e no Brasil, em 1957 a enfermeira americana Faye Glenn Abdelah apontou a necessidade da utilização dos DE visando a organização do registro das ações da enfermagem. Em 1960 houve o primeiro sistema de classificação para a identificação de 21 problemas. Em 1966, Virgínea Henderson elaborou lista das 14 necessidades humanas básicas. Em 1973, um grupo de enfermeiras norte-americanas desenvolveu a primeira listagem de diagnósticos. Em 1982 foi criada a NANDA baseada em 9 padrões de respostas do ser humano (trocar, comunicar, relacionar, valorizar, escolher, mover, perceber, conhecer e sentir)⁽¹¹⁾.

Em 1987 - a NANDA publicou a primeira taxonomia e a NIC surgiu em 1987. A CIPE foi recomendada pela OMS em 1980 e pelo Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) (11). Em 1987 foi criada a CIAP e em 1990 foi formada a equipe para o desenvolvimento da classificação⁽¹²⁾. A CIPESC foi desenvolvida de fevereiro de 1996 a 2000, em parceria com a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) e CIE, com apoio financeiro da Fundação W. F. Kellogg⁽¹¹⁾.

No Brasil, os aspectos históricos das nomenclaturas começaram em 1960 com NANDA, por Wanda de Aguiar Horta. Em 1980 a CIPE foi recomendada pela OMS, somente em 2003 a CIPE é introduzida pela Universidade de São Paulo (USP), pela Dra Heimar de Fátima Marin, membro do Grupo Consultivo Estratégico da CIPE e implementada em Florianópolis-SC, em João Pessoa-PB na Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e em Belo Horizonte - MG em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). A CIPESC começou a ser utilizada no país desde 1996 com o apoio da ABEN. A CIAP começou a ser usada no país desde 2006^(11, 12, 14).

De acordo com os artigos pesquisados no presente estudo, os países que utilizam a NANDA-I/NIC/NOC são China, Dinamarca, Holanda, Inglaterra, Estados Unidos, França, Alemanha, Islândia, Itália, Japão, Noruega, Espanha, Portugal e Brasil. Esta terminologia tem sido utilizada em mais de 20 países do mundo. A CIAP é utilizada principalmente na Holanda, Austrália, Brasil, Barbados, Hungria, Malásia, Holanda, Noruega, Filipinas e Estados Unidos e Austrália. A CIPE é usada em Israel, Nepal, Chile, Quênia, Jamaica e Japão. A CIPESC é empregada no Brasil. A informação referente às instituições que incorporaram as respectivas nomenclaturas em seus sistemas, está apresentada no Quadro 1⁽¹⁰⁻¹²⁾.

O acesso dos profissionais de saúde à essas nomenclaturas acontecem de maneira diferente para cada uma delas. NANDA-I/NIC/NOC ocorre com a compra direta do profissional, por meio de livros; uma vez que os sistemas informatizados de hospitais incorporam estas nomenclaturas, o profissional tem acesso por esse mecanismo. A atualização dos sistemas, contudo, depende da aquisição das edições das publicações da NANDA-I. A CIAP é de uso livre por meio do apoio do governo federal, pois é o Ministério da Saúde assinou um convênio com a Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC), que permitiu o pagamento dos royalties para WONCA e o livre uso do CIAP no Brasil. CIPE/CIPESC por meio de software, ainda não esclarecidos na literatura se é de livre acesso^(10,11,15).

Conforme indicado no Quadro 1, a enfermagem é o principal profissional para o uso de NANDA-I/NIC/NOC e CIPE/CIPESC. Somente a CIAP possui o caráter multiprofissional na classificação diagnóstica. Se adequadamente aplicados agilizam e facilitam as ações desenvolvidas, direcionando condutas profissionais, bem como superação de problemas na prática com base concretas científica da enfermagem⁽¹⁶⁾.

DISCUSSÃO

Desde a década de 1970 percebe-se as contribuições que os sistemas de linguagens padronizadas podem agregar

na construção do conhecimento da disciplina, raciocínio e na prática clínica da enfermagem⁽⁶⁾.

Uma revisão bibliográfica demonstrou que apesar da enfermagem representar até 80% de todos os serviços de APS, as informações produzidas pelos SIS são baseadas principalmente em diagnósticos e procedimentos médicos. Os autores apontaram que a documentação da prática de enfermagem com uma terminologia padrão poderia contribuir para a visibilidade e a eficácia da profissão⁽⁵⁾.

Iniciativas como a aplicação da CIPESC nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de Curitiba-PR, da CIPE na APS de Florianópolis-SC, da NANDA-I no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), e da CIAP no software ESUS-AB, demonstraram o interesse da enfermagem brasileira em documentar as ações com terminologia padronizada, porém não há um consenso nacional. Desta maneira fragmentada, os problemas de documentação das ações de enfermagem, permanecem e dificultam o registro das atividades e visibilidade da profissão^(8,11,14,19). Esta deficiência de consenso, afeta tanto a esfera do trabalho, como a do ensino. A fragilidade no ensino de enfermagem com relação à SAE e ao PE tem sido apontada como uma das barreiras para a sua implementação efetiva⁽⁴⁾.

Observou-se no presente estudo que o objetivo das três nomenclaturas é semelhante, no sentido de avaliar as necessidades do paciente, bem como desenvolver uma linguagem comum, porém as terminologias específicas de enfermagem podem não permitir o diálogo entre as profissões.

NANDA-I é um tipo de diagnóstico mais voltado para o contexto hospitalar pertencente à base de conhecimentos da profissão⁽¹¹⁾. A base teórica utilizada pela NANDA-I para os cuidados de parece ser útil do ponto de vista da prática assistencial. Estas autoras consideram que é preciso adaptar a NANDA-I às atuais convenções de manuseio de terminologias entre bases de dados relacionados e desenvolver uma estrutura mais eficiente para sua inclusão em prontuários eletrônicos^(14,20). Um dos facilitadores da utilização da NANDA-I é a sua ampla utilização no contexto mundial na área da enfermagem. Por outro lado, uma das barreiras é que sua aplicação tem sido consolidada no âmbito hospitalar, porém é pouco documentado o seu uso na APS. Outra barreira é que o acesso à esta nomenclatura não é livre, e sua atualização é dependente da aquisição das publicações da NANDA-I.

A CIAP possui um grande facilitador no âmbito da APS brasileira, que é o fato de ter sido incorporada ao SIS da AB no país. Assim sendo, o seu acesso é facilitado para os profissionais que atuam nessa área. Do ponto de vista

financeiro, a carga econômica vem sendo assumida pelo Ministério da Saúde e não incide diretamente nas instituições e profissionais. Contudo, apesar de expandir sua abordagem para necessidades de saúde e não somente patologias, ainda se encontra muito centrada no “corpo individual”, deixando de lado aspectos ligados ao contexto social, que impactam fortemente no processo saúde-doença das pessoas atendidas pelas ESF na APS. Esta é uma terminologia que não tem especificidade para enfermagem. Sendo assim, mantém-se o problema original, que seria o potencial de sistemas padronizados de linguagem para apoiar a construção de evidências relativas ao cuidado de enfermagem⁽¹²⁾.

A CIPE promove a seleção apropriada de classificações da área da saúde em todo o mundo. Após sua inclusão na OMS à Família de Classificações Internacionais desde 2008, a CIPE tem sido reconhecida como essencial para a documentação do cuidado em saúde⁽⁶⁾. Apesar de não haver modelo teórico ou conceitual da CIPE, existe um guia de recomendações e incentivos do Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) em utilizar várias perspectivas e processos no desenvolvimento da CIPE⁽¹⁴⁾.

A CIPESC baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de 1970, proposta por Wanda Horta, é definida como um modelo voltado para a APS, baseado nas necessidades psicológicas, psicossociais e psicoespirituais com um enfoque na integralidade do ser⁽¹⁴⁾. Teve desde a sua origem a intencionalidade de identificar a prática de enfermagem nos espaços extra-hospitalares e compreender como acontece o processo de produção da enfermagem, seus determinantes e possibilidades de transformação no trabalho em saúde. Além de descrever diferenças culturais, revela a dimensão, a diversidade e a amplitude das práticas de enfermagem no SUS^(21,22). As características das nomenclaturas CIPE/CIPESC são as de desenvolver um sistema de classificação dos componentes da prática de enfermagem (fenômenos, ações e resultados), sistematizando assim uma linguagem específica que descreva o processo de enfermagem. A CIPESC possui o detalhe de estar voltada ao cenário de prática da enfermagem brasileira no SUS⁽¹⁴⁾. Contudo, assim como a NANDA-I, o seu acesso não é facilitado, ocasionando pouca familiaridade dos profissionais de enfermagem com esta terminologia.

Os achados do presente estudo são sugestivos de uma disputa não explicitada entre grupos profissionais pelo uso de diagnósticos, prejudicando o consenso para a adoção universal de uma nomenclatura. Identificaram-se aspectos financeiros envolvidos, uma vez que as nomenclaturas não são de acesso gratuito e detém direitos para seus formuladores. Apenas CIAP está incorporada institucionalmente em âmbito nacional na APS. Todas as nomenclaturas têm potencial técnico de utilização na APS.

Considera-se que o acesso livre e a comunicação com outras áreas da equipe multidisciplinar são facilitadores do uso de nomenclaturas na área de Enfermagem. É importante um posicionamento político de conselhos, instituições de saúde e acadêmicas para a definição de uma linguagem única. Para tal, é necessário que a enfermagem se debruce em estudos sobre a aplicabilidade dessas nomenclaturas e a efetivação da SAE.

Limitações do estudo

Este estudo limitou-se a explorar somente as três nomenclaturas diagnósticas mais utilizadas pela enfermagem em âmbito nacional. Entretanto, esta limitação foi definida a priori pelas pesquisadoras na perspectiva de possibilitar o debate sobre as variáveis exploradas, sem a pretensão de exaurir a temática.

Contribuições do estudo para a prática

Este estudo traz importante contribuição para informar o debate atual e para favorecer a construção de um consenso necessário, tendo em vista a relevância de alcançar a plena implementação da sistematização de enfermagem na assistência primária a saúde no Brasil.

CONCLUSÃO

As nomenclaturas pesquisadas são voltadas para indivíduos/família/comunidade. Focam em “problemas” ou “necessidades” e não apenas no diagnóstico clínico de doenças. NANDA-I/NIC/NOC e CIPE/CIPESC não tem potencial de comunicação com outras categorias profissionais, o que se constitui em um problema no âmbito da APS, em particular no contexto da ESF. As nomenclaturas tradicionalmente utilizadas pela enfermagem tiveram sua aplicação mais voltada para a prática hospitalar, exceto CIPESC e CIAP.

Verifica-se que a falta de consenso sobre métodos e terminologias a utilizar é uma barreira real para a efetiva implementação da SAE na APS. Esta deficiência de consenso, afeta tanto a esfera do trabalho, como a do ensino. A fragilidade no ensino de enfermagem com relação à SAE e ao PE tem sido apontada como uma das barreiras para a sua implementação efetiva. Além disso, é necessária uma coordenação de esforços para aplicação da SAE e PE em larga escala no Brasil no âmbito da APS e isto requer a cooperação entre diversas instâncias, desde o Ministério da Saúde até as Secretarias Municipais de Saúde e Conselhos Regionais.

Todas as autoras envolvidas no presente estudo participaram nas etapas de concepção, desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Seção I, no. 183, de 22 de setembro de 2017. 2018 [Internet]. [cited 2019Sep 01]. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/doi1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031
2. Varela GC, Fernandes SCA. Conhecimentos e práticas sobre a sistematização da assistência de enfermagem na Estratégia Saúde da Família. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2013 [cited 2019Sep 01]; 18(1):124-30. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/31317pdf>
3. Sanson G, Vellone E, Kangasniemi M, Alvaro R, D'Agostino F. Impact of nursing diagnoses on patient and organisational outcomes: a systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing.* [Internet]. 2017 [cited 2019Sep 01]; 26, 3764-3783. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocn.13717>
4. Ribeiro GC, Padoveze MC. Sistematização da Assistência de Enfermagem em unidade básica de saúde: percepção da equipe de enfermagem. *Rev Es Enferm USP.* [Internet]. 2018 [cited 2019Sep 01]; 52:e03375. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/pt_1980-220X-reeusp-52-e03375.pdf
5. Carvalho CMG, Moro CMC, Cubas MR, Malucelli A. Sistemas de Informação em Saúde que integram terminologias de enfermagem: uma revisão de literatura. *J. Health Inform.* [Internet]. 2012 [cited 2019 Sep 01]; Abril-Junho; 4(2): 50-4. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/178/115>
6. Conselho Regional de Enfermagem São Paulo: Processo de enfermagem: guia para a prática / Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo; Alba Lúcia B.L. de Barros... [et al.] - São Paulo : COREN-SP, 2015. [Internet]. [cited 2019 Sep 01]. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2010/01/SAE-web.pdf>
7. Carvalho EC, Cruz DALM, Herdman TH. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2013 [cited 2019 Sep 01]; 66(esp):134-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea17.pdf>
8. Brasil - Comissão Intergestora Tripartite. Resolução nº 7 de 24 de novembro de 2016. Define o prontuário eletrônico como modelo de informação para registro das ações de saúde em atenção básica e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 28 nov. 2016. Seção 1 p. 227. [Internet]. [cited 2019 Sep 01]. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/35/Resolucao-n-7.pdf>
9. Garcia, R.A. Guia de boas práticas de enfermagem na atenção básica: norteando a gestão e a assistência / Rosana Aparecida Garcia ... [et al.]. - São Paulo: Coren-SP, 2017. [Internet]. [cited 2019 Sep 01]. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2010/01/guia_de_boas_praticas_de_enfermagem_na_atencao_basica_norteando_gestao_a_assistencia.pdf
10. Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020/ NANDA International: tradução Regina Machado Garcez. - Porto Alegre: Artmed; 2018.
11. Tannure, MC.; Pinheiro, AM.SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia prático. 2 ed.- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
12. World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2) - Comitê Internacional de Classificação da WONCA. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2009.
13. CIPE - Classificação internacional para práticas de enfermagem: versão 2017. Porto Alegre: Artmed, 2018.
14. Cubas MR, Nóbrega MML. Atenção primária em saúde: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. 1 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.
15. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2015-2017. 10 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
16. Ubaldo I, Matos E, Salum NC, Girondi JBR, Shiroma LB. Diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional em pacientes internados em unidade de clínica médica. *Rev Rene.* [Internet]. 2017 [cited 2019Sep 01]; jan-fev; 18(1):68-75. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/18873/29605>
17. Cruz DALM, Peres HHC, Lima AFC. A inserção do diagnóstico de enfermagem no processo assistencial. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM et al. Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências. 5ª ed. São Paulo-SP: Ícone; 2012. cap.7, p:145-172.
18. Santos, MG; Bitencourt, JVOV; Silva TG; Frizon, G; Quinto AS. Etapas do processo de enfermagem: uma revisão narrativa. *Enferm. Foco.* [Internet]. 2017 [cited 2019Sep 01]; 8 (4): 49-53. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/1032/416>
19. Fontes CMB, Cruz DALM. Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica. *Rev Esc Enferm USP.* [Internet]. 2007 [cited 2019Sep 01]; 41(3):395-402. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/08.pdf>
20. Albuquerque, LM; Cubas, MR. Cipecando em Curitiba: Construção e Implementação da Nomeclatura de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem na Rede Básica de Saúde. Curitiba-PR, 2005.
21. Antunes, MJM; Chianca, TCM. As classificações de enfermagem na saúde coletiva-o projeto CIPESC. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2002 [cited 2019Sep; 55 (6):644-651. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v55n6/v55n6a03.pdf>
22. Egry, EY; Cubas, MR; Nichiata, LYI. Instrumentos de leitura de necessidades de saúde: geoprocessamento, inquérito populacional e cipesc. In: Soares CB, Campos CMS. Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. Barueri-SP: Manole, 2013. cap. 13, p:369-383.

A INSPEÇÃO NA AVALIAÇÃO CLÍNICA DIÁRIA DO ENFERMEIRO: PRODUÇÃO DE UMA TECNOLOGIA EDUCACIONAL

Letícia Pontes¹, Mitzy Tannia Reichembach¹, Bruna Morelli Bottega¹, Mariá Comparin Machado¹, Jessica de Fátima Gomes Pereira¹, Fabíola do Nascimento Moreira¹

Objetivo: desenvolver uma tecnologia educacional, apontando aspectos possíveis de avaliação na inspeção. **Metodologia:** desenvolvimento de Tecnologia Assistencial, em três fases e seis etapas metodológicas, utilizando-se da Metodologia de Desenvolvimento Tecnológico de abril a junho de 2018. **Resultados:** O desenvolvimento da tecnologia proposta se deu a partir da produção de um vídeo em animação 2D, indicando os aspectos a serem avaliados na inspeção, com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. **Conclusão:** o vídeo com animação 2D desenvolvido, contempla os aspectos essenciais para avaliação do enfermeiro em pacientes hospitalizados. A produção dessa tecnologia educacional como um alerta aos enfermeiros, em relação ao uso da inspeção na avaliação clínica diária, representa um incentivo para a efetivação da primeira etapa do Processo de Enfermagem, nos espaços de cuidado à saúde.

Descritores: Enfermagem; Enfermagem Baseada em Evidências, Tecnologia, Inovação.

INSPECTION IN DAILY CLINICAL EVALUATION OF THE NURSE: PRODUCTION OF AN EDUCATIONAL TECHNOLOGY

Objective: To develop an educational technology, pointing out possible evaluation aspects in the inspection. **Methodology:** Development of Assistive Technology, in three phases and six methodological stages, using the Technological Development Methodology from April to June, 2018. **Results:** The development of the proposed technology was based on the production of a video in 2D animation, indicating the aspects to be evaluated in the inspection, based on the Basic Human Needs Theory of Wanda de Aguiar Horta. **Conclusion:** The video with 2D animation developed, contemplates the essential aspects for evaluation of the nurse in hospitalized patients. The production of this educational technology as an alert to the nurses, regarding the use of the inspection in the daily clinical evaluation, represents an incentive for the accomplishment of the first stage of the Nursing Process, in the health care spaces.

Descriptors: Nursing, Evidence-Based Nursing, Technology, Innovation.

LA INSPECCIÓN EN LA EVALUACIÓN CLÍNICA DIARIA DEL ENFERMERO: PRODUCCIÓN DE UNA TECNOLOGÍA EDUCACIONAL

Objetivo: Desarrollar una tecnología educativa, apuntando aspectos posibles de evaluación en la inspección. **Metodología:** desarrollo de Tecnología Asistencial, en tres fases y seis etapas metodológicas, utilizando la Metodología de Desarrollo Tecnológico de abril a junio de 2018. **Resultados:** El desarrollo de la tecnología propuesta se dio a partir de la producción de un vídeo en animación 2D, indicando los aspectos a ser evaluados en la inspección, con base en la Teoría de las Necesidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. **Conclusión:** El video con animación 2D desarrollado, contempla los aspectos esenciales para la evaluación del enfermero en pacientes hospitalizados. La producción de esta tecnología educativa como una alerta a los enfermeros, en relación al uso de la inspección en la evaluación clínica diaria, representa un incentivo para la efectivización de la primera etapa del Proceso de Enfermería, en los espacios de cuidado a la salud.

Descritores: Enfermería, Enfermería Basada en Evidencias, Tecnología, Innovación.

¹Universidade Federal do Paraná, UFPR.

Autor correspondente: Letícia Pontes. E-mail: letiapontes@gmail.com

INTRODUÇÃO

O Processo de Enfermagem (PE), há tempos tem-se afirmado como um dos principais elementos para o sucesso da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)⁽¹⁾. Caracterizado como um método científico, sistematizado e norteado pelo pensamento crítico, favorece tanto um ambiente para o cuidado individualizado, como a tomada de decisão para a assistência de enfermagem mais científica e menos intuitiva⁽²⁾.

Considerado a metodologia de trabalho do enfermeiro mais conhecida no mundo⁽³⁾ o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) estabeleceu a Resolução 358/2019 onde o PE esta estruturado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem), II – Diagnóstico de Enfermagem, III – Planejamento de Enfermagem, IV – Implementação, V – Avaliação de Enfermagem⁽⁴⁾.

Dentre as etapas do PE, na primeira – coleta de dados – incluindo a anamnese e o exame físico, o enfermeiro realiza o agrupamento e a interpretação dos dados, os quais auxiliam na tomada de decisão para o planejamento do cuidado.

Portanto, é nesta etapa que o enfermeiro realiza a avaliação clínica, estabelecendo um banco de informações sobre as necessidades percebidas do paciente, seus problemas de saúde e suas respostas a esses problemas⁽⁵⁾. Dessa forma, essa etapa é crucial para o efetivo desenvolvimento das próximas, pois desencadeia as direções e condutas no estabelecimento do plano de cuidados de enfermagem. Assim, se ela não é bem-sucedida, os enfermeiros perdem o controle sobre as etapas posteriores do processo⁽⁶⁾. Além disso, proporciona a melhor oportunidade para os enfermeiros estabelecerem uma relação terapêutica real com o paciente^(7,8).

Mas, pelas características do processo de trabalho do enfermeiro, a avaliação clínica diária de pacientes hospitalizados tem sido um desafio, considerando as demandas que esses profissionais estão expostos na sua prática profissional. Seu desenvolvimento é incompleto e, limita-se a algumas etapas, geralmente o histórico e evolução de enfermagem. Dessa forma, a ausência das outras fases do PE inviabiliza as ações do enfermeiro e, não há sustentação científica suficiente para fundamentá-las⁽⁹⁾.

Dessa forma, acredita-se que entre as técnicas propedêuticas do exame físico – Inspeção, Ausculta, Percussão, Palpação – a inspeção pode auxiliar, de maneira imediata, o enfermeiro na identificação de problemas ou necessidades do paciente. É na inspeção que o enfermeiro observa o paciente como um todo e identifica a necessidade da aplicação de outras técnicas propedêuticas para avaliar o paciente⁽¹⁰⁾.

Considerando a importância de os enfermeiros utilizarem-se do Processo de Enfermagem para planejar uma assistência

individualizada, os autores propõem apresentar a esses profissionais uma estratégia para a realização da primeira etapa do PE, viabilizando a avaliação clínica diária de pacientes hospitalizados.

OBJETIVO

Desenvolver uma tecnologia educacional, apontando os aspectos possíveis de avaliação na primeira manobra propedêutica – a inspeção.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se do desenvolvimento de uma Tecnologia Assistencial, utilizando-se da Metodologia de Desenvolvimento Tecnológico.

Local do estudo

Este estudo foi desenvolvido em um Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Profissional, durante a Disciplina de Vivências da Prática Profissional, no período de abril a junho de 2018.

Trajatória para o desenvolvimento da tecnologia

O desenvolvimento da tecnologia proposta se deu por meio da produção de um vídeo educacional, que aborda os aspectos relevantes a serem avaliados na primeira manobra propedêutica do exame físico – INSPEÇÃO.

O vídeo foi elaborado a partir de um roteiro, seguindo a classificação da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta⁽¹¹⁾.

Para a produção do vídeo, inicialmente definiu-se a intenção da tecnologia educacional: alertar os enfermeiros dos aspectos essenciais para a avaliação clínica diária, utilizando-se da inspeção.

Em seguida definiu-se o conteúdo a ser disponibilizado no vídeo, a partir dos achados na literatura e da expertise do grupo de enfermeiros que desenvolveram a tecnologia. Essas informações serviram para a construção de um roteiro, o qual foi revisado inúmeras vezes pelos autores com o objetivo de garantir que todos os aspectos essenciais para avaliar o paciente fossem contemplados.

A trajetória metodológica baseou-se nos estudos de Fleming, Reynolds e Wallace⁽¹²⁾ para a construção das fases de produção e, no modelo de Braga et al. para a elaboração das etapas⁽¹³⁾. Destaca-se que as etapas de ensaio com atores e filmagem das cenas, foram excluídas por não se referir à criação de vídeo tradicional. Dessa forma, três fases e seis etapas metodológicas foram cumpridas para seu desenvolvimento.

FASE I: PRÉ-PRODUÇÃO

Nessa fase definiu-se o tema a ser desenvolvido: avaliação clínica do enfermeiro utilizando-se da inspeção. Em seguida se estabeleceu o objetivo educacional do vídeo: apresentar aos enfermeiros a possibilidade de utilizar-se da inspeção para a avaliação clínica diária de pacientes hospitalizados.

Etapa 1: Elaboração do roteiro

O roteiro foi elaborado a partir da revisão de literatura sobre o tema e da expertise dos autores, com adaptações da classificação da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta⁽¹¹⁾.

FASE II: PRODUÇÃO

Nessa fase, foram desenvolvidas as etapas de revisão do roteiro previamente elaborado, confecção do storyboard, seleção de personagens e imagens e, gravação das narrações.

Etapa 2: Revisão do roteiro

O roteiro foi revisado por um grupo de professores da área de Fundamentos de Enfermagem que desenvolvem a temática há mais de dez anos, com produção sustentada, da Universidade Federal do Paraná, com o objetivo de detectar necessidade de ajustes no conteúdo.

Etapa 3: Elaboração do storyboard

Após as alterações necessárias no roteiro, iniciou-se a elaboração do storyboard, para guiar a etapa de produção. Sua construção baseou-se no modelo de Braga⁽¹³⁾, contendo a descrição das imagens e do texto a ser narrado.

Este serviu de base para a produção do vídeo e foi construído contendo um quadro com duas colunas. A primeira coluna apresenta a descrição, em ordem cronológica, das imagens (figuras, fotos, palavras) e a segunda com o texto a ser narrado (Quadro1).

QUADRO 01 – Storyboard adaptado de Femming⁽¹²⁾ – Curitiba, 2019

CENA	ÁUDIO
1. INSPEÇÃO NA AVALIAÇÃO CLÍNICA DO ENFERMEIRO	1. Música
2. Enfermeira - fundo cenário do quarto do paciente com um paciente (masculino, idoso) no leito. INSPEÇÃO - AUSCULTA - PALPAÇÃO - PERCUSSÃO	2. Olá enfermeiro! Você, assim como eu, tem dúvida quanto à qualidade ou a efetividade do exame físico que você realiza? Então vamos conversar! Apesar de o exame físico ser constituído por várias etapas, você acredita que já na INSPEÇÃO, podemos desenvolver um adequado plano de cuidados?
3. Enfermeira - fundo cenário do quarto do paciente com o paciente no leito.	3. Música

4. Palavra na tela: INSPEÇÃO
 Volta a imagem da enfermeira falando e meia tela com as palavras na tela: OBSERVAÇÃO e PENSAMENTO CRÍTICO.

4. É verdade! É só usarmos nosso raciocínio clínico, para avaliar aspectos importantes.

5. Enfermeira - fundo cenário do quarto do paciente com o paciente no leito.

5. Mas o que devemos avaliar?

6. Enfermeira ao lado do paciente. Aparece palavras conforme a fala da enfermeira:
 1. ACORDADO - SONOLENTO - TORPOROSO
 2. ORIENTADO, CONFUSO
 3. TRANQUILO - AGITADO - AGRESSIVO

6. Primeiro vamos iniciar pelo nível de consciência.
 Com as informações que conseguimos através dessa avaliação, podemos decidir por exemplo, se o paciente necessita de observação contínua ou não.

7. Enfermeira ao lado do paciente.

7. Depois, avaliamos a cabeça e pescoço. Extrairemos dados por meio da avaliação dos olhos, ouvidos, nariz e cavidade oral.

8. Abre na tela ícone ao lado do paciente: OLHOS -zoom do olho do paciente

Nos olhos avaliamos: acuidade visual; presença de secreção e a coloração da conjuntiva.

9. Abre na tela ícone ao lado do paciente: OUVIDO - zoom do ouvido

9. No ouvido: Acuidade auditiva e presença de secreção ou sangramento.

10. Abre na tela ícone ao lado do paciente: NARIZ - zoom do nariz

10. Já no nariz devemos nos atentar para a presença de secreção ou sangramento, permeabilidade das narinas e desvio de septo.

11. Abre na tela ícone ao lado do paciente: BOCA - zoom da boca

Por fim, a cavidade oral! Preste atenção nas condições de: Higiene, dentição, uso de prótese e condições da mucosa.

12. Enfermeira ao lado do paciente TOSSE - paciente tossindo, pode colocar na tela coffcoff...

11. Outro aspecto que podemos avaliar é a condição ventilatória! Avalie: Padrão ventilatório, necessidade do uso de oxigenoterapia, presença de tosse, posição do paciente no leito.

13. Enfermeira ao lado do paciente, aparece na tela fotos de lesão de pele e incisão cirúrgica. Depois aparece todos os modelos de termômetro

12. E a pele?
 Identifique a presença de manchas e o risco de lesão por pressão. Ah!! As feridas operatórias também devem estar no foco dessa inspeção, observe a presença de drenos e, o aspecto dos fluidos drenados.

14. Enfermeira ao lado do paciente, aparece na tela fotos de modelos de termômetro

É possível, ainda, detectar alguns sinais de febre como: Vermelhidão na pele; Respiração acelerada; Queixa de cefaleia; Sensibilidade excessiva a luz.

15. Aparece a enfermeira falando em um lado da tela enquanto do outro lado aparece as palavras: EDEMA, CIANOSE
 Quando ela começar a falar sobre o acesso vascular a figura da enfermeira some, juntamente com as palavras e aí aparece as imagens abaixo e as imagens:

Agora avaliaremos o sistema vascular!
 Há presença de edema ou cianose? A condição venosa é satisfatória? Utiliza dispositivo venoso? Se sim, atentaremos para sinais flogísticos e validade do curativo. Lembrando, que este é um aspecto de responsabilidade do Enfermeiro!

16. Aparece a enfermeira falando (até o momento que ela fala a palavra "fisionomia". Nesse momento a enfermeira desaparece e aparece fotos de fisionomias de dor.

Já, na avaliação da dor o relato do paciente, a observação da fisionomia facial ou, ainda, o uso de uma escala, também é um dado valioso para identificar sua intensidade.

17. Enfermeira ao lado do paciente, aparece imagens de paciente tomando água, e enfermeira oferecendo medicação VO.

Outro dado importante para a enfermagem é a capacidade de o paciente deglutir, assim como a aceitação da dieta. Avalie também: O uso de sondas; Presença de náusea ou vômito e a necessidade de jejum prolongado

18. Enfermeira ao lado do paciente. Abre ícones interativos com esta tela com as palavras: COLORAÇÃO, ODOR, PRESENÇA DE SANGUE, USO DE DISPOSITIVOS - essas palavras aparecem dinamicamente.

14. Você concorda que as eliminações também nos dão pistas importantes? Investigue se: O paciente consegue evacuar? Tem alguma ostomia? Urina espontaneamente ou precisa de sonda? Tem bom volume urinário?

19. FINALIZAÇÃO: Enfermeira falando Conforme a fala da enfermeira aparece (e some) na tela as palavras: AVALIAÇÃO CLÍNICA - TECNOLOGIAS - CONHECIMENTO - INOVAÇÃO - PROCESSO DE ENFERMAGEM

19. Então! Esses dados são ou não importantes para o raciocínio clínico? Você entende que a INSPEÇÃO é uma etapa simples, rápida e perfeitamente possível para avaliar o paciente? Experimente!

20. REFERÊNCIAS: BARROS, Alba Lucia Bottura Leite de. Anamnese e Exame físico - Avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 3ª Edição. Porto Alegre, Artmed, 2016. Nome dos alunos e da professora. Logos da Universidade, Enfermagem, Grupo de Pesquisa.

Esperamos que essa tecnologia sirva para desmitificar a realização do exame físico dentro do processo de enfermagem. Estamos propondo a criação de um modelo de avaliação clínica específica do enfermeiro!

Podemos contar com você?

Etapa 4: Seleção de personagens e imagens

Utilizaram-se imagens, para exemplificar e tornar mais dinâmica a narração da personagem enfermeira, além da animação em 2D, tornando o visual do vídeo lúdico.

A produção final do vídeo foi realizada por um profissional de produção audiovisual, o qual recebeu o storyboard e, utilizou os programas Adobe premiere cc e Adobe effects para a edição.

Esse profissional participou de reuniões presenciais com a equipe de pesquisadores, os quais apresentaram o objetivo principal da tecnologia em desenvolvimento. Nas reuniões realizaram-se ajustes quanto a dinâmica e "layout" do vídeo, sempre na tentativa de produzir um material dinâmico e interessante.

Etapa 5: Gravação das narrações

A partir do storyboard criado na etapa três foi gravada a narração, por uma das autoras, utilizando-se de um gravador disponível no smartphone, em local isolado acusticamente. O tempo máximo de duração pré-estabelecido para o vídeo foi de cinco minutos.

FASE III: PÓS-PRODUÇÃO

Essa fase envolveu a etapa de publicação do vídeo.

RESULTADOS

O desenvolvimento da tecnologia proposta se deu a partir da produção de um vídeo em animação 2D intitulado "Inspeção na Avaliação Clínica do Enfermeiro", constituído por elementos audiovisuais, com duração de 4 minutos e 24 segundos, indicando os aspectos a serem avaliados na inspeção, com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta⁽¹¹⁾. As cenas da versão final do vídeo são apresentadas na figura 01.



O vídeo aborda os aspectos a serem avaliados na inspeção: nível de consciência; avaliação da cabeça e pescoço; condições de higiene; dentição, uso de prótese e condições da mucosa oral; condição ventilatória; condições da pele; sinais de febre; sistema vascular; dor; capacidade de deglutição, aceitação da dieta e uso de sondas; eliminações.

Após produção final, o vídeo foi cadastrado como Produto Brasileiro sob o Nº **B19-000629-00000** na Agência Nacional do Cinema (ANCINE), que tem como uma de suas atribuições o fomento, a regulamentação, bem como a fiscalização do mercado do cinema e do audiovisual no Brasil e, está vinculada ao Ministério da Cultura.

A disponibilização do vídeo aos enfermeiros ocorreu por mídia social - WhatsApp e canal do You Tube denominado "Avalia TIS"⁽¹⁴⁾, obtendo mais de quatro mil visualizações nos meses subsequentes da postagem.

DISCUSSÃO

A produção da tecnologia proposta, um vídeo de animação 2D, foi possível promover uma ação educativa em relação a importância da inspeção na avaliação clínica diária do enfermeiro. A utilização de tecnologias educacionais com o objetivo de promover educação em saúde tem sido uma prática. Inúmeras tecnologias educacionais como cartilha, manual educativo, software, jogos, entre outros, têm sido produzidas para aplicação em diferentes cenários e público-alvo. No entanto, observam-se poucos estudos utilizando

tecnologia audiovisual como ferramenta para educação em saúde⁽¹⁵⁾, assim como no ensino da saúde.

Considera-se que o processo de ensino e aprendizado deve ser adequado e dinâmico, exigindo métodos inovadores. Diante disso, sugere-se que as tecnologias educacionais são ferramentas úteis e importantes a serem utilizadas no processo de ensino que cerca o trabalho do enfermeiro⁽¹⁶⁾.

A seleção e utilização das imagens no vídeo produzido atendeu o princípio fundamental de transformar as informações em linguagem visual, a qual estimula o interesse e, conseqüentemente, facilita o aprendizado.

No entanto, há de se considerar a complexidade da produção desse tipo de tecnologia. A produção deste vídeo exigiu inúmeros passos, que iniciou com a definição do objeto de pesquisa - avaliação clínica diária do enfermeiro, do objetivo a ser alcançado - desenvolver uma tecnologia educacional, assim como a busca de uma teoria que contemplasse os aspectos essenciais para avaliar um paciente hospitalizado. Além disso, destaca-se a necessidade do envolvimento de profissional de outra área para a produção de uma tecnologia audiovisual.

O processo de construção de uma tecnologia educacional se mostrou complexo em outro estudo, que também exigiu suporte de um profissional de análise e desenvolvimento de sistemas⁽¹⁷⁾. Neste estudo evidenciou-se que a construção de uma tecnologia educacional exige uma equipe multiprofissional, com a garantia de que os princípios técnicos e pedagógicos sejam alcançados.

A construção de tecnologias educacionais pautada nos preceitos de um processo de aprendizado dinâmico e ativo é expressamente necessária para responder às atuais demandas da enfermagem⁽¹⁷⁾.

Nesta perspectiva, acredita-se que o enfermeiro pode criar e aplicar tecnologias, como os vídeos, a fim de mediar práticas educativas em diversos contextos. É importante que profissionais da saúde, em especial o enfermeiro que atuam em educação em serviço, se engajem no desenvolvimento e utilização de novas tecnologias na sua prática profissional. As tecnologias educativas em saúde, dentre elas o vídeo educativo, são uma forma de comunicação atrativa, pois áudio e vídeo são capazes de deter a atenção do telespectador⁽¹⁸⁾.

Verifica-se que os vídeos educacionais facilitam o aprendizado e a memorização do conteúdo⁽¹⁹⁾ sendo utilizados na área médica para melhorar a adesão de protocolos, caracterizando-se como uma poderosa ferramenta educacional⁽²⁰⁾. Dessa forma, a tecnologia desenvolvida servirá como um meio de divulgação da inspeção, etapa fundamental na realização do exame físico e de empoderamento do enfermeiro na prática do método de cuidado, que é o Processo de Enfermagem.

O vídeo é uma ferramenta que beneficia enfermeiros e estudantes da área da saúde, na busca e detecção de evidências para uma prática clínica segura e científica.

Outro destaque para a produção do vídeo, está relacionado ao seu referencial teórico. Optou-se por utilizar a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, pois as necessidades geradas no homem são caracterizadas por estados de tensão consciente ou inconsciente, que por sua vez, levam esse indivíduo a buscar satisfação de tais necessidades para manter seu equilíbrio⁽²¹⁾. Sendo assim, a construção do vídeo educativo seguiu a tendência virtual de treinamentos, tendo como principal finalidade alertar o enfermeiro quanto a importância da inspeção no direcionamento para uma adequada avaliação clínica.

As limitações no desenvolvimento de uma tecnologia educacional são a necessidade de envolver profissionais de outras áreas, design e audiovisual, a carência na formação dos enfermeiros para a utilização de tecnologias educacionais, produtos desse século, e o custo de produção, neste caso viabilizado por ser vinculado a Projeto financiado por meio do Edital 27/2016 - Acordo CAPES/COFEN.

Aspectos éticos

O produto foi registrado na Agencia Nacional do Cinema (ANCINE) sob o Nº B19-000629-00000 em nome de todos os envolvidos na elaboração do vídeo e, as instituições de apoio estão destacadas na tela de finalização.

Contribuições do estudo para a prática

Os aspectos apontados no vídeo produzido auxilia o enfermeiro na avaliação clínica, otimizando seu processo de trabalho, na medida que o direciona para um exame físico focado no sistema que evidencia progressão ao agravo à saúde. Esta tecnologia pode servir como um guia para o enfermeiro na avaliação diária dos pacientes sob seus cuidados, assim como uma ferramenta no ensino do exame físico.

CONCLUSÃO

Desenvolveu-se uma tecnologia educacional do tipo vídeo com animação 2D, que contempla os aspectos essenciais para avaliação do enfermeiro em pacientes hospitalizados. Encontra-se disponível em <https://www.youtube.com/channel/UCAJXbKxlmfFFyUKmytMRSa>.

Acredita-se que a produção de uma tecnologia educacional como um alerta aos enfermeiros, em relação ao uso da inspeção na avaliação clínica diária, representa um incentivo para a efetivação da primeira etapa do Processo de Enfermagem, nos espaços de cuidado à saúde.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho: Leticia Pontes, Bruna Morelli Bottega, Mariá Comparin Machado, Jéssica de Fátima Gomes Pereira, Fabiola do Nascimento Moreira. Redação do artigo: Bruna Morelli Bottega, Jéssica de Fátima Gomes Pereira, Mariá Comparin Machado, Fabiola do Nascimento Moreira. Revisão crítica, revisão final: Mitzzy Tannia Reichembach, Leticia Pontes.

Agradecimentos e Financiamento

Agradecemos ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) pelo financiamento por meio do Edital 27/2016, e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que viabilizou e disponibilizou recursos para o incremento de produção do conhecimento e produto nos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem Profissional.

REFERÊNCIAS

- Garcia TR. Systematization of nursing care: substantive aspect of the professional practice. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2018 Aug 16]; 20(1):5-10. Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20160001>
- Barros ALB. Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; [Internet] 2016. [citado 2019 May 22]. Available from: <https://docero.com.br/doc/nnnnc>.
- Santos WN dos, Santos AMS dos, Lopes TRPS, Madeira MZ de A, Rocha FCV. Sistematização da Assistência de Enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. *Journal of Management and Primary Health Care* [Internet] 2014 [cited 2017 May 22]; 5(2): 153-158. Available from: <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/210>
- Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358 de 15 de outubro de 2009: Dispõe sobre a SAE e o PE e dá outras providências. Rio de Janeiro, COFEN; 2009. In: Conselho Federal de Enfermagem [legislação na internet]. Brasília; 2009. [citado 2019 May 22]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
- Zambas SI, Smythe EA, Kozioł-Mclain J. The consequences of using advanced physical assessment skills in medical and surgical nursing: A hermeneutic pragmatic study. *Int J Qual Stud Health Well-being* [Internet]. 2016 [cited 2018 May 22]; 11(32090). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5015639/>
- Alfaro-LeFevre R. Aplicação do processo de enfermagem: fundamentos para o raciocínio clínico. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed; [Internet]. 2014. [cited 2019 May 22] Available from: http://srvd.grupoa.com.br/uploads/imagensExtra/legado/A/ALFARO-LEFREVE_Rosalinda/Aplicacao_Processo_Enfermagem_8ed/Lib/Pag_Sel.pdf
- North American Nursing Diagnosis Association - NANDA International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015- 2017. Porto Alegre: Artmed [Internet]. 2015. [cited 2019 May 22] Available from: <https://www.unipacgv.com.br/capa/wp-content/uploads/2017/10/NANDA-2015-2017-EBOOK-1-1.pdf>
- Oliveira MDL de, Neto WB, Silva ARS, Verissimo AVR, Cavalcanti AMT de S, Monteiro EMLM. Perceptions of students on the physical exams in clinical nursing practice. *Rev Rene* [Internet]. 2016 [cited 2018 May 22]; 17(2):268. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3014>
- Santos MG, Bitencourt JVOV, Silva TG, Frizon G, Quinto AS. Etapas do Processo de Enfermagem: uma revisão narrativa. *Enferm. Foco* [Internet]. 2017 [cited 2018 jun 10]; 8 (4): 49-53. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1032/416>
- Tannure MC, Pinheiro AM. SAE: sistematização da assistência de enfermagem: guia prático Title. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; [Internet]. 2010. [cited 2019 May 28] Available from: http://srvd.grupoa.com.br/uploads/imagensExtra/legado/A/ALFARO-LEFREVE_Rosalinda/Aplicacao_Processo_Enfermagem_8ed/Lib/Pag_Sel.pdf <https://docero.com.br/doc/>
- Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU [Internet] 1979. [cited 2019 May 10] Available from: <https://docero.com.br/doc/8s5cx8>
- Fleming SE, Reynolds J WB. Lights... câmera... action! A guide for creating a DVD/ video. *Nurse Educ* [Internet]. 2009 [cited 2018 May 22]; 34(3):118-21. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19412052>
- Braga FTMM, Garbin LM, Marmol MTM, Khouri VY, Vasques CI, Carvalho EC. Higiene Bucal De Pacientes Em Quimioterapia : Construção E Validação De Um Vídeo Educativo. *Revista de enfermagem UFPE on line* [Internet]. 2014 [cited 2018 dez 20]; 8(10):3331-9. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10064>
- Avalia Tis. Inspeção na Avaliação Clínica do Enfermeiro [Vídeo Internet]. 10 de out de 2018. [cited 2018 Dez 20] [04:24]. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=vDof5oOfB_88t=137s
- Pinto T da RC, Castro DS de, Bringunte ME de O, Sant'Anna HC, Souza TV, Primo CC. Educational animation about home care with premature newborn infants. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2018 Dez 20]; 71(suppl 4):1699-706. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s4/pt_0034-7167-reben-71-s4-1604.pdf
- Silva DM de L, Carreiro F de A, Mello R. Tecnologias educacionais na assistência de enfermagem em educação em saúde: revisão integrativa educacional. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2017 [cited 2018 Dez 10]; 11(2):1044-51. Available from: [file:///C:/Users/jdefa/Downloads/13475-34183-1-PB%20\(13\).pdf](file:///C:/Users/jdefa/Downloads/13475-34183-1-PB%20(13).pdf)
- Salvador PTCO, Rodrigues CCFM, Ferreira Júnior MA, Fernandes MID, Martins JCA, Santos VEP. Construção de hipermidia para apoio ao ensino da sistematização da assistência de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2018 May 22]; 40:e20180035. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v40/1983-1447-rngen-f-40-e20180035.pdf>
- Lima MB de, Rebouças CB de A, Castro RCMB, Cipriano MAB, Cardoso MVLML, Almeida PC de. Construção e validação de vídeo educativo para orientação de pais de crianças em cateterismo intermitente limpo. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 15]; 51:e03273. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/en_0080-6234-reeusp-S1980-220X2016005603273.pdf
- Arruda FT, Danek A, Abrão KC, Quilici AP. Elaboração de Vídeos Médicos Educacionais para Treinamento de Habilidades de Estudantes do Curso de Medicina. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2012 [cited 2018 Jan 03]; 36(3):431-5. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000500019
- Kandler L, Tscholl DW, Kolbe M, Seifert B, Spahn DR, Noethiger CB. Using educational video to enhance protocol adherence for medical procedures. *Br J Anaesth* [Internet]. 2016 [cited 2018 May 22]; 116(5):662-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27106970>
- Horta, WA. Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. *Rev. Esc. Enf. USP* [Internet]. 1974 [cited 2018 dez 15]; 8(1): 7-15. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v8n1/0080-6234-reeusp-8-1-007.pdf>

OCORRÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SÍNDROME DE TERMINALIDADE EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

¹Antônia Rios Almeida, ²Rosimere Ferreira Santana, ³Dayana Medeiros do Amaral Passareles, ⁴Daniel Espírito Santo

Objetivo: identificar o diagnóstico de enfermagem Síndrome de Terminalidade em pacientes em cuidados paliativos oncológicos.

Método: estudo clínico transversal desenvolvido no Instituto Nacional do Câncer - INCA com 217 pacientes. **Resultados:** maioria do sexo feminino (57,1%), idade 61 a 70 (33,6%), câncer de orofaringe (23,6%) mama (23,4%). Os principais diagnósticos encontrados como componentes da síndrome foram: Dor crônica (83,9%); Náusea (76%) e Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais (76%); Fadiga (75,5%), Ansiedade (72,0%), Padrão respiratório ineficaz (44,0%); Conforto prejudicado (53,4%), Sofrimento espiritual (42,0%), Constipação (49,0%); Distúrbio do padrão do sono (28,5%). Como fatores relacionados: Cuidados paliativos (100%) e Doença em estágio avançado (100%) **Conclusões:** estudo demonstrou a ocorrência da Síndrome de Terminalidade de modo simultâneo e em conjunto. Com isso o enfermeiro tem em seu processo de enfermagem um diagnóstico sindrômico que proporciona julgamento clínico acurado em cuidados paliativos.

Descritores: Enfermagem, Cuidados paliativos, Diagnóstico de enfermagem, Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida.

Objective: to identify the nursing diagnosis Terminality Syndrome in patients in oncologic palliative care. **Methods:** cross-sectional study developed at the National Cancer Institute - INCA with 217 patients. **Results:** female (57.1%), age 61-70 (33.6%) oropharynx cancer (23.6%) breast (23.4%). The main diagnoses found as syndrome components were: Chronic pain (83.9%); Nausea (76%) and Unbalanced Nutrition: lower than body needs (76%); Fatigue (75.5%), Anxiety (72.0%), Ineffective respiratory pattern (44.0%); Impaired comfort (53.4%), Spiritual distress (42.0%), Constipation (49.0%); Sleep pattern disturbance (28.5%). As related factors: Palliative care (100%) and advanced disease (100%). **Conclusion:** study demonstrated the occurrence of terminality syndrome simultaneously and in conjunction. With this, nurses have in their nursing process a syndromic diagnosis that provides accurate clinical judgment in palliative care.

Descriptors: Enfermagem, Cuidados paliativos, Diagnóstico de enfermagem, Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida.

Objetivo: identificar el diagnóstico de enfermería Síndrome de Terminalidad en pacientes en cuidados paliativos oncológicos. **Método:** estudio clínico transversal desarrollado en el Instituto Nacional del Cáncer - INCA con 217 pacientes. **Resultados:** (99,5%) estaba en etapa avanzada de la enfermedad, sexo femenino (57,1%), edad 61 a 70 (33,6%), cáncer de orofaringe (23,6%) mama (23,6%). Los principales diagnósticos encontrados como componentes del síndrome fueron: náuseas (76%) y nutrición desequilibrada: menor que las necesidades corporales (76%), dolor crónico (83,9%), fatiga (75,5%), ansiedad (72,0%), patrón respiratorio ineficaz (44,0%), confort perjudicado (53,4%), sufrimiento espiritual (42,0%), constipación (49,0%), trastorno del patrón en sueño (28,5%), como factores relacionados: Cuidados paliativos (100%) y Enfermedad en etapa avanzada (100%).

Conclusiones: estudio demostró la ocurrencia del Síndrome de terminalidad de modo simultáneo y en conjunto. Así el enfermero tiene en su proceso de enfermería un diagnóstico sindrómico que proporcionará juicio clínico acurado en cuidados paliativos.

Descriptor: Enfermería, Cuidados paliativos, Diagnóstico de enfermería, Cuidados Paliativos en la Terminal de la Vida.

¹Enfermeira assistencial no Instituto Nacional do Câncer - INCA- HC I, mestranda pela Universidade Fluminense.

²Enfermeira, Doutora, Professora Associada da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense. Pesquisadora do CNPq/PQ2.

³Enfermeira Navegadora do Américas Centro de Oncologia Integrado, Mestranda pela Universidade Federal Fluminense.

⁴Daniel Espírito Santo, Enfermeiro no Hospital de Câncer, Pós-graduação em enfermagem oncológica e Gerontologia.

Autor correspondente: Antônia Rios Almeida. antonia.rios.prof@gmail.com

INTRODUÇÃO

O diagnóstico de enfermagem pode ser conceituado como julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde⁽¹⁾. O diagnóstico de síndrome é conceituado como julgamento clínico relativo a um agrupamento de diagnósticos de enfermagem, sendo mais bem tratados em conjunto e por meio de intervenções similares⁽¹⁾. A abordagem sindrômica busca a integração de diagnósticos de enfermagem que quando abordados concomitantes podem oferecer excelência na assistência de enfermagem.

O Cuidado Paliativo é o processo de cuidado voltado para o indivíduo que tem o diagnóstico de uma doença incurável que ameace a vida, que deve ser visto na sua totalidade, e visa melhorar sua qualidade de vida perante o sofrimento da doença avançada. Essa assistência é prestada ao paciente e seus familiares, por meio da prevenção, alívio da dor e de outros sintomas, e devem abranger seu estado físico, psicossocial e espiritual⁽³⁾.

A terminalidade é supostamente designada aos pacientes com tempo de vida de meses. O processo de fim de vida ou processo ativo da morte tem como prognóstico de semanas a dias. A National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) define como os seis últimos meses de vida⁽²⁾.

Os indivíduos com doença em fim de vida normalmente desenvolvem sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais como: emagrecimento súbito, dor, fadiga, dispneia, delírio, depressão entre outros. E, nas últimas 72 horas o indivíduo pode apresentar indicadores clínicos clássicos como inapetência, confusão mental, acúmulo de secreção de vias aéreas superiores, cianose, olhos ressecados, falta de ar e xerostomia⁽⁴⁾.

Logo, a importância da avaliação dos sinais e sintomas, a mensuração conta com a aplicação de algumas escalas como: Performance Scale (PS), Escala de Zumbrod (ECOG) que avalia cinco critérios de desempenho do paciente os resultados; Escala de Karnofsky ela avalia o estado clínico do paciente em relação as atividades por ele realizadas, onde 100% está com atividades normais e 10% moribundo e morte iminente; Escala de Edmonton, avalia: dor, cansaço, padrão de sono, náusea, inapetência, dispnéia, tristeza, ansiedade e bem estar, numa escala de 0 a 10, a escolha do 10 é a pior sensação possível. Podem ser aplicadas juntas para avaliar a capacidade funcional do paciente para indicação de terapia e curso da doença⁽⁶⁾. No entanto, na fase seguinte de determinação diagnóstica, há uma lacuna de uma proposta diagnóstica que auxilie na determinação conjunta desses vários problemas investigados e presentes conjuntamente.

Esclarecer e comunicar o desenvolvimento do processo da terminalidade/deterioração da doença é de suma importância, pois a priorização é fazer com que o indivíduo consiga viver profundamente cada dia com a melhor qualidade possível, e que seus familiares possam enfrentar melhor o luto após a sua morte. A demanda do cuidar deve estar ligada a equipe multidisciplinar. Normalmente o enfermeiro é a frente do cuidado terapêutico⁽²⁾.

O diagnóstico de enfermagem Síndrome de Terminalidade definido como "Estado de deterioração de um conjunto de sinais e sintomas físicos, psicológico, social e espiritual do indivíduo decorrente do agravo da doença. Apresenta como características definidoras: Dor crônica (00133), Distúrbio no padrão de sono prejudicado (00198), Náusea (00134), Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais (00002), Ansiedade (00146), Fadiga (00093), Padrão respiratório ineficaz (00032), Conforto prejudicado (00214), Sofrimento espiritual (00066), Termorregulação ineficaz (00008), Constipação (00011), Diarreia (00013), Confusão aguda (00128), retenção urinária (00023), pesar (00136).¹ E fatores relacionados foram: cuidados paliativos, cuidados ao fim de vida, doenças crônicas em estágio avançado e incapacidade física crônica. A população de risco foi: idosos e as Condições Associadas: doenças crônicas que ameaçam a vida, agravamento da doença, mobilidade prejudicada, prejuízo músculo esquelético e circulação prejudicada.

Para tanto elaborou-se como Pergunta de pesquisa: Qual a ocorrência do diagnóstico da Síndrome de Terminalidade em pacientes de cuidados paliativos oncológicos? Objetivo: Identificar na população amostral a prevalência do diagnóstico de enfermagem de Síndrome de Terminalidade;

MÉTODO

Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo clínico transversal.

Amostra

Para o cálculo amostral, levou-se em conta o número de pacientes atendidos na instituição, no período de seis meses. Considerando-se uma seleção por amostragem aleatória simples e margem de erro de no máximo 5%, o tamanho total da amostra estimado pelo tamanho da população, foi dado pela fórmula:

$$n = \frac{z^2 pq}{1 + \frac{z^2 pq}{Nd^2}}$$

No presente caso, determinou-se um intervalo de confiança de 95%, cujo valor correspondente a esta área na curva normal é de 1,96, devido à insuficiência preliminar de estimativa para as proporções desejadas, o produto foi substituído pelo seu valor máximo: 0,25 e refere-se à margem de erro (no caso, 0,05). Assim, o tamanho da amostra de estudo estimada para este trabalho é de 257 pacientes.

Seleção

Critérios de inclusão: indivíduos com idade maior ou igual de 18 anos; com abordagem em cuidado paliativo oncológico descrito em prontuário; com ou sem tratamento curativo prévio. Exclusão: Pacientes com impossibilidade terapêutica de completar a entrevista e ausência de familiares ou cuidadores na presença da entrevista.

Local de estudo

O estudo foi realizado em duas unidades do Hospital Federal do Ministério da Saúde Instituto Nacional do Câncer José Alencar Silva- INCA (Unidade HC-I). O HC I é a principal unidade hospitalar do INCA e a de maior complexidade tecnológica, estruturado para atender doentes de todas as modalidades de câncer. Dispõe atualmente de 168 leitos, com uma área de 33.000 m².

O segundo local de estudo é uma unidade de posto avançado do Instituto Nacional do Câncer (unidade HC IV) – referência em cuidados paliativos, responsável pelo atendimento ativo e integral aos pacientes encaminhados de outras unidades do Instituto com câncer avançado, sem possibilidades de tratamento modificador da doença. O HC IV trabalha com equipes multiprofissionais e conta com estrutura para a prestação de consultas ambulatoriais, visitas domiciliares, internação e serviço de pronto atendimento. Possui 56 leitos para internação.

Coleta de dados

O instrumento de coleta de dados trata-se de um formulário com a descrição dos itens de avaliação para cada característica definidora do Diagnóstico de Enfermagem síndrome de terminalidade proposto, ele contempla as escalas de avaliação clínica do paciente que já são utilizadas na unidade e na prática clínica de oncologia.

A sua elaboração foi realizada após duas revisões integrativas: uma para busca dos principais diagnósticos de enfermagem¹ e a outra sobre as definições conceituais e operacionais de cada item componente do diagnóstico,

que operacionalizou a construção do instrumento com reuniões do grupo de pesquisa e pelo teste piloto realizado.

O instrumento foi composto por 20 diagnósticos de enfermagem e suas características definidoras relacionados as problemáticas físicas, psíquicas, sociais e espirituais do paciente e familiares em cuidados paliativos oncológicos. Estruturado para respostas de sim e não. Aplicado em forma de entrevista com duração de 1 uma hora e meia.

Período de coleta de outubro 2018 à março de 2019.

Análise dos Dados

Os dados coletados foram inseridos em uma planilha do software 2016 disponibilizado gratuitamente e eletronicamente pelo google drive, composta por 20 diagnósticos de enfermagem e 462 características definidoras. Seguiu-se a etapa de painel de avaliadores para fazer a inferência diagnóstica dos 20 diagnósticos de enfermagem aplicados pelo instrumento, realizado a inferência diagnóstica por três experts, uma da área de sistematização da assistência de enfermagem e duas especialistas em cuidados paliativos oncológicos, depois de consenso de inferência da presença dos diagnósticos, os resultados foram analisados pelo programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 22.0, e pelo software R, versão 3.2.1.

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo atende a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do: Hospital Universitário Antônio Pedro – HUAP-RJ e do Instituto Nacional do Câncer- INCA unidade HC I e HC IV. Número CAAE: 85415618.0.3001.5274. Com três pareceres, seguindo respectivamente as numerações na ordem 2.847.972, 2.877.336, 2.990.007.

RESULTADOS

Participantes

A Figura 1 apresenta o fluxograma dos 257 pacientes abordados no estudo e os motivos de exclusão para obtenção de 217 pacientes elegíveis.

Perfil sociodemográfico e clínico

A Tabela 1 perfil da população de estudo de cuidados paliativos oncológicos das unidades do Instituto Nacional do Câncer HC I e HC IV.

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas e clínicas das Unidades HC I e HC IV- Rio de Janeiro, 2019.

Variáveis	HC - I	HC- IV	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Participantes	39 (18,0)	178 (82,0)	217 (100)
Sexo			
Feminino	23(10,6)	101(46,5)	124(57,1)
Masculino	16(7,4)	77(35,5)	93(42,9)
Idade			
20-30	4 (0,9)		
31-40	13 (0,6)		
41-50	25(11,5)		
51-60	53(24,4)		
61-70	73(33,6)		
71-80	31(14,2)		
81-93	18(0,8)		
Diagnóstico Médico			
Orofaringe*	4(10,2)	24(13,4)	
Mama*	5(12,8)	19(10,6)	
Colo de útero*		12(0,7)	
Útero *	6(15,3)	11(0,6)	
Estômago estágio IV*		9(0,5)	
Cólon*		7(0,4)	
Ovário*		6(0,3)	
Local de metástase			
Localmente avançado*	9(23,0)	57(32,0)	
Sistema Nervoso Central (SNC)*		16(0,9)	
Pulmonar*	2 (0,5)	13(0,7)	
Óssea*	4(10,2)	12 (0,7)	
Tratamento prévio			193(89,0)
Quimioterapia**	17(8,8)	48(24,9)	
Radioterapia**	12(6,2)	124(64,2)	
Cirurgia**	21(10,9)	104(58,4)	

*Principais diagnósticos médicos e locais de metástases;

**participantes que realizaram itens concomitantes.

A maioria dos participantes foram do sexo feminino em ambas as unidades hospitalares HC I (10,6%), HC IV (46,5,0%) e idade com maior percentual foi 61-70 (33,6%). Outro dado importante foi fator de risco do uso de tabaco com (18%). Importante destacar outras características clínicas relevantes presentes nos pacientes em CP: sudorese presente em 26,7%; secreção de vias aéreas

superiores 36,4%; 12,4% de presença de sibilos. Entre as comorbidades mais presentes foram hipertensão com (85%) e diabetes (32,1%).

Tabela 2 Uso de dispositivos invasivos pelos participantes do estudo. Rio de Janeiro, 2019.

Variáveis	HC I	HC IV	Total
n (%)	n (%)	n (%)	(%)
Dispositivos invasivos			
Cateter Vesical de Demora	19 (25,3)	56(74,7)	75 (34,5)
Via de acesso para medicamentos			
Periférico	35(16,1)	154(71)	189 (87,1)
Central	4 (1,8)	9(4,1)	13 (0,6)
hipodermóclise		15(6,9)	15(6,9)
Medicamentos para analgesia			
Morfina de horário*	19 (9,3)	138(67,6)	157 (72,3)
Dripping de morfina*	8(3,9)	13 (6,4)	21 (0,9)
Tramal*	7(3,4)	9(4,4)	16 (0,7)
Dripping de morfina/midazolam*		10(4,9)	10 (4,9)

*medicamentos utilizados em ambas as unidades hospitalares.

Demais medicações prescritas com menor grau de ocorrência foram: oxicodona, pregabalina, gabapentina, metadona, escopolamina, paracetamol, escopolamina e fentanil.

Tabela 3 - Variáveis das escalas de ECOG (escala de Zubrod) e Karnofsky (KPS) avaliação clínica utilizadas na assistência de oncologia. Rio de Janeiro-2019

Variáveis	HC I	HC IV	Total
	(n%)	(n%)	
PS			
4	14(6,5)	44(20,5)	58(27,0)
2	13(6,0)	60(27,9)	73(33,9)
3	11(5,1)	73(34,0)	84(39,1)
1	1(0,2)	1(0,2)	2 (0,4)
KPS			
40	9(4,2)	42(19,5)	51 (23,7)
50	7(3,3)	30(14,0)	37(17,3)
20	6(2,8)	29(13,5)	35(16,3)
10	6(2,8)	13(6,0)	19(8,8)
60	6(2,8)	29(13,5)	35(16,3)
30	4(1,9)	34(15,8)	38(17,7)
70	1(0,2)	1(0,0)	2(0,2)

As escalas já utilizadas na prática clínica de oncologia para avaliação de sinais e sintomas e sobrevida dos pacientes.

Componentes da Síndrome de Terminalidade

Nas Tabelas seguintes apresentam-se os componentes estruturais da Síndrome da Terminalidade.

Tabela 4 Características definidoras da Síndrome de Terminalidade. Rio de Janeiro, 2019

Características definidoras	HC I	HC IV	Total
	n (%)	n (%)	
Dor crônica	35 (19,2)	147 (80,8)	182(89,9)
Náusea	34 (20,6)	131(79,4)	165(76)
Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais	34 (20,6)	131(79,4)	165(76)
Fadiga	32 (19,5)	132(80,5)	164(75,5)
Ansiedade	24 (15,4)	132(84,6)	156(72,0)
Mobilidade física prejudicada	30 (19,6)	123(80,4)	153(48,3)
Conforto prejudicado	24 (20,7)	92(79,3)	116(42,0)
Constipação	15 (14,2)	91(85,8)	106(49,0)
Integridade tissular prejudicada	23 (21,9)	82(78,1)	105(49,0)
Padrão respiratório ineficaz	25 (26,3)	70(73,7)	95(44,0)
Sofrimento espiritual	16 (17,6)	75(82,4)	91(42,0)
Integridade da membrana da mucosa oral prejudicada	21 (26,6)	58(73,4)	79(36,4)
Confusão aguda	16 (23,9)	51(76,1)	67(31,0)
Distúrbio do padrão de sono	16 (25,8)	46(74,2)	62(28,5)
Termorregulação ineficaz	8 (15,1)	45(84,9)	53(24,4)
Volume de líquido excessivo	12 (23,1)	40(76,9)	52(24,0)
Pesar	7 (14,9)	40(85,1)	47(22,0)
Retenção urinária	11 (45,8)	13(54,2)	24(11,0)
Enfrentamento familiar comprometido	5 (22,7)	17(77,3)	22(10,1)
Diarreia	9 (56,3)	7(43,8)	16(0,7)

Portanto, observa-se a gama de diagnósticos que ocorrem em conjunto nos pacientes em cuidados paliativos em fim de vida, que se abordados em síndrome podem melhor expressar o cuidado de enfermagem do que isoladamente.

Tabela 5 Fatores relacionados, população de risco, condições associadas do diagnóstico de enfermagem Síndrome de Terminalidade. Rio de Janeiro, 2019

Variáveis	HC I n (%)	HC IV n (%)	Total
Fatores relacionados			
Cuidados paliativos	39(18,0)	178(82,0)	217(100,0)
Doenças crônicas em estágio avançado	39(18)	178(82)	217(100,0)
Incapacidade física crônica	34(16,1)	177(83,9)	211(97,2)
População de Risco			
Idosos	29 (18,5)	128(81,5)	157(72,3)
Condições associadas			
Cuidados ao fim da vida	35 (19,0)	149(81,0)	184(85,0)

A maioria dos participantes foram entrevistados na unidade de referência em cuidados paliativos HCIV- INCA (82%) com a predominância do sexo feminino (57,1%), com a população com a idade entre 60 a 69 anos (38,4%) no HC I e (31,4%) no HC IV. Foi significativo o número de acompanhantes e/ou cuidadores com (89,0%) do total da amostra. Dentre as comorbidades mais relevantes da amostra foram hipertensão com (38,2%) e Diabetes mellitus com (18,0%) as demais com uma porcentagem mínima Alzheimer e hipotireoidismo. Outro dado importante de fator de risco foi o uso de droga lícita como o tabaco, sendo tabagistas (18,0%) e ex-tabagista (28,1%).

DISCUSSÃO

O diagnóstico de Síndrome de Terminalidade foi evidenciado na população com alta ocorrência, portanto, seu uso na prática pode favorecer o raciocínio clínico do enfermeiro. Perante a detecção de variados sinais e sintomas do paciente oncológico em fim de vida detectados pelas escalas amplamente utilizadas, mas que, no entanto, não se articulavam com a linguagem padronizada de enfermagem.

O manejo e controle de sintomas pautado em intervenções que direcionam a resolutividade do diagnóstico sindrômico proporcionam um raciocínio holístico, abrangente e integral, assim como preconizado no cuidado paliativo. Apesar de existir na literatura a descrição do agrupamento de sinais e sintomas em cuidados paliativos chamado de "cluster"⁽¹²⁾ um método de

análise fatorial para ver a ocorrência simultânea dos sinais e sintomas em várias fases do câncer, sua organização em um Diagnóstico de enfermagem ainda não havia sido proposta. Por isso, a proposta de um Diagnóstico de Síndrome que abarque o raciocínio clínico de modo mais preciso e acurado a deterioração física, psíquica, social que o paciente está sujeito a desenvolver.

Como a Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais impacta no desenvolvimento de uma série de outros problemas físicos, como aumento da fadiga, problemas sociais e psicológicos. O paciente quando está na fase de inapetência sente-se psicologicamente demovido por não conseguir fazer ao menos uma refeição ou terminar o que foi ofertado. Os familiares também se demonstram apreensivos quando o ente querido não está conseguindo fazer suas refeições principais⁽⁴⁻⁹⁾.

Esse um momento em que se fazem muitas perguntas sobre a alimentação artificial por cateter nasoenteral. Estudos vem reproduzindo que nos últimos dias de vida, não há benefício de qualidade de vida. Porém existem alguns que demonstram controvérsias. Mas de fato a maioria corrobora para a não alimentação artificial⁽⁹⁾.

O enfermeiro como parte da equipe deve respeitar, identificar ações e intervenções que garantam o direito do indivíduo e do seu representante legal de escolher a melhor decisão sobre sua saúde nessa fase difícil da doença⁽¹⁶⁾.

Outro diagnóstico presente foi o Padrão respiratório ineficaz caracterizado pela presença de falta de ar, tosse, secreção de vias áreas superiores, fadiga, ansiedade, alteração do humor, presença de ronco, sibilos, estertores a ausculta pulmonar. Cerca de 70% da população com diagnóstico de câncer avançado apresenta dispneia, como uma experiência subjetiva de desconforto respiratório, mesmo aqueles que inicialmente não tiveram dispneia, poderão apresentar ela nos seus 4 últimos dias de vida⁽¹⁰⁾.

Os participantes tiveram a ansiedade caracterizada por uma sensação de mal-estar, seguida de sentimento de apreensão causada pela antecipação de um perigo, sofrem com a ansiedade causada pelo medo de sentir dor, proximidade da morte e de ver o seu familiar sofrer. Em um estudo que abordou o controle da dor sob aspectos psicológicos, o estresse emocional, a ansiedade, sofrimento, e a fadiga estiveram presentes em 59%⁽¹¹⁾.

A população brasileira e muitos países em desenvolvimento não são frequentemente educados para discussão de qualidade de morte e CP. O cenário de CP já evolui em alguns anos, o Brasil, está em 42º do rank que trata de qualidade de morte no mundo. Esse fato se deve ao não reconhecimento por parte também dos próprios profissionais de saúde de não conseguirem lidar com o fato

de que a morte faz parte do processo de vida, busca-se excessivos esforços para manter o paciente vivo, isso pode ser um fator contribuinte para baixo índice do diagnóstico de Sofrimento espiritual e Enfrentamento familiar prejudicado⁽¹²⁾.

Como vimos, a literatura corrobora que o sintoma de dor está significativamente associado ao desencadeamento da ansiedade, assim como da fadiga. Logo, a dor é um sintoma importante para o desenvolvimento da Síndrome de terminalidade, pois o mal controle desencadeia os demais sintomas. Isso reitera, a importância do raciocínio do enfermeiro em cuidados paliativos oncológico de modo sintomático^(13,14).

Na amostra a unidade do HC I em uso de dripping de morfina foi de 20,5%, enquanto que com morfina de horário 49,0%, demonstrando que os pacientes estão em condições clínicas complexas. Para a realização das medicações foram utilizadas as vias de acesso periférica, central e por hipodermoclise. O HC I com 90,0% dos acessos periféricos e 10,2% sendo centrais, demonstrando o perfil da unidade que conta com alta tecnologias para a complexidade de tratamentos modificadores da doença. No entanto, observou-se que no HC IV referência em CP oncológicos também se houve um percentual considerável de 86,5% na utilização da via periférica e de 0,5% de acesso central esse último valor se explica pelo fluxograma da própria instituição que recebe pacientes das suas outras unidades como do HC I. A via mais indicada para os pacientes em cuidados paliativos oncológicos é a via hipodermoclise, quando a via oral não pode ser mais utilizada⁽⁷⁾.

Dentre os fatores relacionado para a determinação do diagnóstico de síndrome de terminalidade destaca-se Cuidados Paliativos e doença avançada, que pode ser sustentado pelos valores das escalas de ECOG (escala de Zubrod- PS) e Karnofsky (KPS), onde o PS de 4 com (36,0%) e KPS de 40 com (23,0%) caracterizando cenários de cuidados paliativos em fim de vida⁽¹⁵⁾.

LIMITAÇÕES

Como limitação do estudo, tem-se a própria dos estudos transversais que determina o retrato do paciente naquele momento, e sabe-se que o paciente em cuidados paliativos oncológicos pode sofrer variações ao longo do processo de fim de vida, com manifestação dos sinais e sintomas.

CONCLUSÃO

Os dados da amostra demonstram alta ocorrência do diagnóstico de enfermagem que compõem a Síndrome de terminalidade que junto com a literatura fortalece a discussão da presença em forma de cascata, simultânea

e, contudo, sindrômica. Como por exemplo, quando se trata da dor, as medicações prescritas podem ocasionar constipação, ao tratar a constipação pode desencadear diarreia, que ocasionará aumento da dor, da ansiedade e de outros sinais e sintomas. Contudo, ao abordar a terminalidade sob a perspectiva de uma Síndrome, pode contribuir para o enfermeiro declarar suas intervenções de modo holístico, ampliando junto com a equipe multidisciplinar, a promoção do conforto e qualidade de vida para o paciente.

FINANCIAMENTO E AGRADECIMENTOS

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), em parceria com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) edital 27/2016. Não existe conflitos de interesse por parte dos autores e instituição.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Equipe de pesquisa realizou organização da estrutura, formatação, análise de dados, desenvolvimento da redação do manuscrito, revisão crítica e por fim revisão final.

REFERÊNCIAS

1. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2018-2020/ NANDA internacional; Organizadoras: T. Healthier Herdman, Shigemi Kamitsuru; tradução; Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros [et. al.] Porta Alegre: Artmed, 2015. xx, 468p. il. 23 cm. p. 16.
2. Huffman JL, Waheed A, Harmer B. End of Life. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019-.
2019 Jun 26. cited 2019 July 24; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31334996>.
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). 2017. <http://www.who.int/epor-tuguese/partners/pt/>. Acesso em 21/05/2017.
4. Hui D, dos Santos R, Chisholm GB, Bruera E. Symptom Expression in the Last Seven Days of Life Among Cancer Patients Admitted to Acute Palliative Care Units. *J Pain Symptom Manage*. 2015 Oct;50(4):488-94. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2014.09.003. Epub 2014 Sep 19. PubMed PMID: 25242021; PubMed Central PMCID: PMC4366352. Web 2019 may 26. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4366352/>.
5. ECOG-Acrin- Cancer Rearch Group: Reshaping the fututre of patient care. 2017. cited 2018 march 10; Available from: <http://ecog-acrin.org/resources/ecog-performance-status>.
6. Monteiro DR, Almeida MA, Kruse MHL. Tradução e adaptação transcultural do instrumento Edmonton Symptom Assessment System para uso em cuidados paliativos. *Rev. Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2013 June [cited 2018 Mar 10]; 34(2): 163-171. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000200021&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000200021>.
7. PONTALI G et al. Hipodermóclise em pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem da UFSM, [S.L.]*, v. 8, n. 2, p. 276-287, jun. 2018. ISSN 2179-7692. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/28551>>. Acesso em: 24 jul. 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.5902/2179769228551>.
8. Ward Sullivan C, Leutwyler H, Dunn LB, Miaskowski C. A review of the literature on symptom clusters in studies that included oncology patients receiving primary or adjuvant chemotherapy. *J Clin Nurs*. 2018 Feb;27(3-4):516-545. doi: 10.1111/jocn.14057. Epub 2017 Oct 10. PubMed PMID: 28859255; PubMed Central PMCID: PMC5823712. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5823712/>
9. Cooper C, Burden ST, Cheng H, Molassiotis A. Understanding and managing cancer-related weight loss and anorexia: insights from a systematic review of qualitative research. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2015 Mar;6(1):99-111. doi: 10.1002/jcsm.12010. Epub 2015 Mar 31. PubMed PMID: 26136417; PubMed Central PMCID: PMC4435102. Web 2019 may 26. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4435102/>
10. Bausewein C, Simon ST. Shortness of breath and cough in patients in palliative care. *Dtsch Arztebl Int*. 2013 Aug;110(33-34):563-71; quiz 572. doi: 10.3238/arztebl.2013.0563. Epub 2013 Aug 19. PubMed PMID: 24069091; PubMed Central PMCID: PMC3782037. Web 2019 may 26. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3782037/>.
11. Syrjala KL. et. al. Psychological and Behavioral approaches to câncer pain management. *Journal of Clinical Oncology* 32, no. 16 (June 1 2014) 1703-1711. DOI: 10.1200/JCO.2013.54.4825. Web 2019 may 26. Available from: <https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.2013.54.4825>
12. Sociedade brasileira de geriatria e gerontologia (SBGG). Divulgando índice de qualidade de morte 2015, da economist intelligence unit. São Paulo. Acesso em 10 de junho de 2019. Disponível: <http://www.sbgg-sp.com.br/pro/divulgado-indice-de-qualidade-de-morte-2015-da-economist-intelligence-unit/>
13. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2001. [citado 2014 Jan 20]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor.pdf. [Links]
14. Menezes PA, Lima CP. Sedação paliativa em fim de vida: debates em torno das prescrições médicas. *REVISTA M*. Rio de Janeiro, v. 3, n. 6 p. 405-420, jul./dez. 2018. Acesso em junho de 2019; Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/revistam/article/view/9047/7777>.
15. Castro E K, Barreto SM. Critérios de Médicos Oncologistas para Signi Encaminhamento Psicológico em Cuidados Paliativos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2015 35(1), 69-82. Acesso em 10 de março de 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932015000100069&script=sci_arttext.
16. Cogo, SB, Lunardi, VL, Nietsche EA. Considerações acerca da atuação do enfermeiro na aplicabilidade das diretivas antecipadas de vontade. *Enferm. Foco* 2017; 8 (2): 26-30. Acesso em julho de 2019, disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1061/376pdf>.

ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA DE PACIENTES APÓS TRANSPLANTE PULMONAR

Susana Beatriz de Souza Pena¹, Ana Carine Goersch Silva², Isakelly de Oliveira Ramos³, Aglauvanir Soares Barbosa⁴, Rita Mônica Borges Studart⁵

Objetivo: conhecer as atividades da vida diária através da percepção dos pacientes sobre os cuidados após o transplante pulmonar. **Metodologia:** estudo descritivo, com abordagem qualitativa, através de grupo focal com 10 pacientes, no período de março a abril de 2018. Na análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo. Respeitaram-se os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética com o número 1.146.838. **Resultados:** emergiram três categorias temáticas: Atividades da vida diária; Cuidados após o transplante pulmonar e Nível de entendimento. **Conclusão:** o estudo identificou que os pacientes desenvolveram atividades de autocuidado como tomar banho sozinho e comer sem ajuda, modificaram hábitos alimentares, e aumentaram os cuidados com as medicações prescritas. .

Descritores: Transplante de Pulmão, Autocuidado, Enfermagem.

DAILY LIFE ACTIVITIES OF PATIENTS AFTER LUNG TRANSPLANTATION

Objective: To know the activities of daily living through the perception of patients about care after lung transplantation.

Methodology: a descriptive study with a qualitative approach through a focus group with 10 patients, from March to April 2018. In the data analysis was used the content analysis. The ethical principles of research involving human subjects were respected and the study was approved by the Ethics Committee under number 1.146.838. **Results:** three thematic categories emerged: instrumental activities of daily living; Care after lung transplantation and Level of understanding. **Conclusion:** The study found that patients developed self-care activities such as bathing alone and eating unaided, modified eating habits, and increased care with prescribed medications.

Descriptors: Lung Transplantation, Self Care, Nursing.

ACTIVIDADES DIARIAS DE LA VIDA DE LOS PACIENTES DESPUÉS DEL TRASPLANTE DE PULMÓN

Objetivo: Conocer las actividades de la vida diaria através de La percepción de los pacientes sobre la atención después del trasplante pulmonar. **Metodología:** um estudo descritivo com um enfoque qualitativo através de um grupo focal com 10 pacientes, de março a abril de 2018. En el análisis de datos se utilizo el análisis de contenido. Se respetaron los principios éticos de la investigación en seres humanos y el estudio fue aprobado por el Comitê de Ética con el número 1.146.838. **Resultados:** surgieron tres categorías temáticas: actividades de la vida diaria; Atención después del trasplante de pulmón y nivel de comprensión. **Conclusión:** el estudio encontro que los pacientes desarrollaron actividades de autocuidado como bañarse solo y comer sin ayuda, hábitos alimenticios modificados y uma mayor atención con medicamentos recetados.

Descriptores: Trasplante de Pulmón, Autocuidado, Enfermería.

Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem, acordo COFEN, Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, Ce.

Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem, acordo COFEN, Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, Ce.

Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem, acordo COFEN, Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, Ce.

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab), Redenção, Ce.

Doutora em Enfermagem. Docente do Mestrado profissional em Enfermagem, Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, Ce. Autor correspondente:

Aglauvanir Soares Barbosa. E-mail: glauasb1@gmail.com

INTRODUÇÃO

O transplante pulmonar não significa cura, mas a possibilidade de uma nova perspectiva de vida frente ao tratamento. O paciente conta com assistência contínua de uma equipe multiprofissional que prescreverá toda terapêutica a fim de reduzir os riscos de rejeição, porém para tal sucesso é primordial que esse transplantado tenha adesão às orientações rigorosas estabelecidas pelos profissionais de saúde^(1,2).

No Brasil, de acordo com dados do Registro Brasileiro de Transplantes (2019), foram contabilizados 1.180 transplantes absolutos de pulmão, com registros que vão desde 1997. Até março deste ano, haviam 177 pacientes ativos em lista de espera, para um trimestre que notificou 27 transplantes pulmonares no país, com seis equipes ativas em três estados: Ceará, Rio Grande do Sul e São Paulo.

De acordo com dados internacionais, as taxas de sobrevida apontam números elevados no primeiro ano, entre 75 e 85%. Porém, no Brasil, essa sobrevida é reduzida para 68%^(3,4). Esse aspecto de sobrevida tem relação com aumento de doadores, melhora do desempenho funcional precoce, diagnóstico mais efetivo das infecções do pós-operatório imediato e tardio, manejo das complicações relacionadas com rejeição crônica, sobretudo a adesão ao tratamento⁽⁵⁾.

Sendo assim, a alta hospitalar significa um momento de grande felicidade para os pacientes e familiares, mas ao mesmo tempo um momento de medo e insegurança por não ter mais a equipe de saúde ao seu lado. Isso gera uma demanda de informações a respeito do procedimento e dos cuidados necessários, que poderão se perder ao longo dos dias, sendo importante receber orientações sobre os cuidados necessários na sua rotina diária.

Nesse contexto, as atividades da vida diária são resultados esperados, conforme o Nursing Outcomes Classification (NOC), associados ao diagnóstico de enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) onde o autocuidado é objeto desse trabalho na ótica da percepção dos pacientes sobre os cuidados após o transplante pulmonar. Além disso, são instrumentos notórios e que qualificam a consulta de enfermagem, conforme Resolução COFEN nº 358/2009.

Logo o êxito no transplante depende da participação do paciente no processo de autocuidado, ou seja, no engajamento ao seu tratamento contínuo^(6,7). O autocuidado é uma função reguladora que permite às pessoas desempenharem atividades que visem à preservação da vida, da saúde, do desenvolvimento e do bem-estar⁽⁸⁾. Além disso, o autocuidado é entendido como resultado do cuidado de enfermagem, visto como orientação subjacente à atividade do enfermeiro.

Nesse âmbito, autocuidado está associado a autonomia,

independência e responsabilidade pessoal. É um fenômeno complexo e multidimensional, conceituado por um processo de saúde e bem-estar dos indivíduos, na perspectiva da capacidade de tomada de iniciativa, responsabilidade e funcionarem de forma eficaz no desenvolvimento do seu potencial para a saúde⁽⁹⁾.

Ademais adesão ganha conotação e importância quando se complementa com o sentido do autocuidado. O significado da adesão é algo particular, próprio de cada paciente, que pressupõe o livre direito do paciente escolher em adotar ou não determinada recomendação médica⁽⁵⁾. Portanto, toda a equipe multidisciplinar que assiste o transplantado, precisa conhecer a singularidade deles, considerando sua história, personalidade e visão do paciente em querer aderir a um novo estilo de vida.

Portanto o estudo será de grande relevância para que os profissionais de saúde, em especial enfermeiros, possam promover a saúde do paciente transplantado orientando sobre práticas de autocuidado e importância da adesão ao tratamento. Servirá também de subsídios e aporte para a comunidade científica com o intuito de ampliar conhecimentos.

OBJETIVO

O objetivo do estudo foi conhecer as atividades da vida diária mediante a percepção dos pacientes sobre os cuidados após o transplante pulmonar.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa.

Participantes da pesquisa

Participaram da pesquisa 10 pacientes transplantados que estavam em acompanhamento junto à equipe do ambulatório, de forma intencional, sendo escolhidos em conjunto com o serviço de saúde, considerando-se a disponibilidade dos sujeitos em participar da investigação. Salienta-se que todas as entrevistas realizadas na coleta de informações foram utilizadas na análise.

Os critérios de inclusão foram: ser transplantado pulmonar; estar em acompanhamento ambulatorial; não apresentar déficit cognitivo e ter condições de estabelecer diálogo.

Local do estudo

Este estudo foi realizado no serviço de seguimento ambulatorial do transplante pulmonar, de um hospital

terciário especializado no diagnóstico e tratamento de doenças cardíacas e pulmonares.

Coleta de dados

Utilizou-se como uma das etapas da coleta de dados o grupo focal, técnica na qual a interação é parte integrante, pois permite que os participantes explorem seus pontos de vista sobre determinado assunto e gera perguntas, dúvidas ou respostas em um período não superior a duas horas⁽¹⁰⁾.

Os participantes do grupo focal foram de seis a dez e possuíam, entre si, ao menos uma característica comum, constituindo uma amostra intencional. Para as discussões fez-se necessária a participação de um pesquisador/moderador, que iniciou a temática principal estimulando a interação dos participantes.

A primeira sessão foi realizada com seis pacientes e a segunda com quatro, em razão da abstinência e ausência de pacientes agendados para a consulta. Importante destacar que as cadeiras foram organizadas em círculos com o objetivo de promover o contato visual e favorecer a visão e interação entre eles⁽¹⁰⁾.

Após a apresentação dos objetivos da pesquisa, foi utilizado um roteiro com as seguintes questões focais: Quais as atividades da sua vida diária? Quais são os cuidados que você gostaria de saber depois de ter realizado o transplante? O que você entende sobre seu transplante? O tempo de duração dos grupos focais variou entre 40 minutos e uma hora.

Procedimentos de análise dos dados

Os depoimentos foram gravados, transcritos e organizados em torno dos manejos e cuidados no pós-operatório mediato. Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise do conteúdo, que busca os sentidos encontrados nos documentos, notas de observação de diários de campo, entrevistas gravadas⁽¹¹⁾, permitindo a identificação das categorias temáticas por meio dos depoimentos apresentados pelos sujeitos do estudo e assim facilitando a compreensão do problema em questão.

Procedimentos éticos

Foram respeitados os princípios éticos e legais da pesquisa envolvendo seres humanos preconizados pela Resolução 466/2012 e o estudo recebeu parecer favorável pelo Comitê de Ética com o número 1.146.838.

RESULTADOS

Na apresentação das falas, os participantes foram codificados para garantir seu anonimato com a letra "E" de

entrevistado e um número dado a cada sujeito de 1 a 10. A composição do grupo apresentou a seguinte configuração: média de idade de 32,5 anos, com predominância do sexo masculino.

A análise das falas revelou as seguintes categorias temáticas: Atividades da vida diária; Cuidados após o transplante pulmonar e Nível de entendimento.

Atividades da vida diária

Ao longo do conhecimento empreendido das atividades de vida dos pacientes submetidos ao transplante de pulmão, percebeu-se uma grande mudança, evidenciando novos condicionamentos que corroboraram em sensações positivas na qualidade de vida dos transplantados, como é expresso nas falas a seguir:

[...]tudo diferente, desde voltar a aprender a respirar, aprender a andar, aprender a falar, aprender a comer, aprender a lembrar das pessoas [...] então tudo foi como se fosse um recém-nascido mesmo (E2).

Antes era de cadeira de roda, com oxigênio direto, 24 horas no oxigênio com 6 litros, era bem debilitado, muita dor no corpo, não conseguia fazer nada [...] então minha atividade diária mudou muito, hoje tem que ter outros cuidados (E4).

Antes do transplante eu parei até de estudar, não conseguia comer quase nada, até pra dormir tinha que ser com oxigênio. Era 24 horas. Minhas atividades depois do transplante estão bem diferentes, mas continuo tendo que ter muito cuidado (E5).

A coisa que eu fiz mais festa quando me transplantei, foi para tomar um banho, porque eu tomava banho com uma cadeira ligada na bala de oxigênio [...] em poucos dias (após a cirurgia), eu já estava reabilitada (E10).

O recondicionamento alimentar torna-se fator importante para o paciente, pois além de reduzir possíveis infecções, evita sobrepeso ou baixo peso, bem como doenças associadas à nutrição e metabolismo. Como depreende-se nas falas abaixo:

Minha rotina que mudou mais foi que tive que mudar minha alimentação toda. Camarão eu tive que tirar e refrigerante que eu era viciada (E3).

A alimentação tem sido de acordo com o que a nutricionista passa. Comida sem sal, controle no açúcar. As vezes sinto vontade de comer algo que não deve, algum doce, mas eu tento evitar (E6).

Não andar no sol, pegar poeira, essas coisas [...] me

alimentar direito que aqui, aculá, vacilo [...] e as vezes como carne de porco, perigoso! depois eu penso: será que faz mal? eu fico pensando, valha me Deus (E7).

Cuidados após o transplante pulmonar

A sensibilização do autocuidado é algo desafiante para o paciente, pois o mesmo precisa compreender os riscos, a fim de executar as estratégias de cuidado prescritas. Como podem ser vistos a seguir:

[...]não me importava com alimentação, não me importava com o fato de ter tapetes, cortinas, antigamente, eu tinha tudo [...] a gente passa a se policiar mais (E2).

O meu cuidado agora é onde tem muitas pessoas não posso ficar, né? [...]onde tem muita poeira, fumaça ... não posso ficar. Gente que tão fumando isso ai é um veneno pra mim(E1).

Um fato que se tornou complicado foi o meu trabalho, eu sempre trabalhei e agora pra mim voltar pra minha área não posso volta para minha área que é recursos humanos porque é muito contato com pessoas e documentos (E3).

Tem uma tabelinha em casa na parede, com os remédios embaixo e também uso os alarmes dos telefones. Acordo cedo, mesmo sem querer, tomo os remédios e volto a dormir (E5).

Eu tenho muito cuidado com as medicações, com essas coisas [...] eu gosto muito de comer, mas eu não como nada que eu tenha costume sem perguntar pra elas (E6).

A enfermagem tem papel fundamental em levantar mecanismos de motivação ao seu paciente transplantado, pois são muitas as restrições, conforme é ratificado nas falas:

O cuidado com horário da alimentação e da medicação é prioritário [...] se você tiver esse controle, dá pra levar [...] agora quem não tem esses horários reservados, ai é difícil (E7).

Depois do transplante a higiene dos alimentos é muito séria, a princípio, quando eu

[...]os cuidados é que eu não posso mais mexer com poeira, tomar banho com água quente do sol ne? [...] fumaça, eu não posso também [...] se for pra sentar num banco quente, eu prefiro ficar em pé (E10).

Nível de entendimento

Essa categoria busca explorar o entendimento dos pacientes sobre seu cotidiano e as mudanças presentes no dia-a-dia, associadas ao tratamento, além das principais

dificuldades decorrentes frente à realização de um transplante pulmonar.

Percebem-se nos diálogos seguintes a falta de conhecimento dos pacientes a respeito do transplante, tanto antes, durante e após a cirurgia. Bem como sobre os estilos de vida que precisarão seguir para conduzir o novo órgão:

Então quando sai, sempre uso a máscara, né? É isso ai que é minha orientação. Ter muito cuidado com a minha vida agora. Daqui pra frente. Não sabia nada disso (E1).

Eu pesquisava muito antes de transplantar, então muitas coisas que eles falaram, eu já sabia, mas quando eu acordei entubada, foi a pior parte de todas, essa parte eu não sabia de nada (E4).

Não sabia nada dessa parte de facilidade de ter infecção. A última tomografia que fiz tive que esperar muito porque para desinfetar a máquina porque teve um paciente infectado que fez antes de mim (E9).

Dentre as várias estratégias vigentes no processo instrutivo, verifica-se que os materiais educativos assumem importante papel na promoção da saúde, pois promovem a mediação de conteúdos de aprendizagem e funcionam como recurso disponível, para que o paciente e sua família possam compreender, refletir, além de consultar as recomendações prescritas pela equipe de saúde⁽⁶⁾.

Eu acho que deveria ter mais investimento do governo, pra ser mais divulgado o transplante. Já vai fazer muito tempo que ninguém é transplantado. O pessoal tá piorando bastante e desconhece esse tipo de tratamento (E8).

Essa condição de cronicidade é observada nos recortes abaixo, sobre aspectos do novo cotidiano do transplantado de pulmão:

Os medicamentos que devem ser tomados nos horários certos. Tudo isso você tem que entender [...] eu tinha habito de acordar na hora do almoço, mas hoje em dia acordo as seis horas por conta dos medicamentos, E6).

Temos que entender pra começar a tomar os medicamentos. Eu uso um despertador do celular, sempre. tento estar com o celular na mão. coloco o nome do medicamento e o horário (E7).

As taxas de sobrevida do transplantado têm influência direta com seu autocuidado. Esse aspecto é rotineiramente abordado em toda trajetória do transplantado. Nas consultas ambulatoriais, a equipe de saúde utiliza técnicas

de encorajamento, continuamente, em prol da adaptação ao novo estilo de vida que deve ser adquirido⁽⁷⁾.

Eu acho muito difícil, tem que ter mais cuidado com tudo, por onde você anda, com quem você tá, o que você vai comer, os horários de medicamentos, a hora que vai dormir e acordar... cansa (E2)

Eu tive que aprender todas as medicações, mas no começo não foi fácil [...]Eu moro só, tenho uma filha que mora perto, mas trabalha e não posso contar com ela (E10).

O processo educativo é um instrumento de socialização de conhecimentos, de promoção da saúde e de prevenção de doenças, pois contribui na valorização da autonomia, da autoestima, da autoconfiança e realização, sendo capaz de transformar posturas e atitudes.

É uma função essencial à prática do enfermeiro, não somente por meio da comunicação de conteúdo, mas também, no desenvolvimento e avaliação dos recursos educativos produzidos nos seus clientes para o autocuidado⁽¹⁵⁾.

DISCUSSÃO

O transplante pulmonar é uma cirurgia que não significa a cura, mas a possibilidade de uma nova perspectiva de vida ao tratamento. O paciente submetido a tal intervenção conta com assistência contínua de uma equipe multiprofissional que prescreverá toda a terapêutica a fim de reduzir os riscos de rejeição, porém para tal sucesso é primordial que esse transplantado tenha adesão às orientações rigorosas estabelecidas pelos profissionais de saúde⁽¹²⁾.

O tratamento após o transplante apresenta características de uma condição crônica, de uma patologia permanente que necessita de um acompanhamento especializado contínuo. O que implica em tratamento ininterrupto com regime terapêutico complexo prescrito por uma equipe multidisciplinar em diferentes âmbitos, como: restrições nutricionais, limitações de horários das refeições, abstinência de bebidas alcoólicas e tabagismo, sexo seguro, terapia medicamentosa adequada, exames periódicos permanentes, além de restrições à socialização⁽⁹⁾.

Surge como a única alternativa de sobrevivência do paciente acometido por uma doença pulmonar avançada, na qual já foram esgotadas todas terapêuticas médicas existentes. Essas doenças pulmonares, caracterizam-se por um grupo heterogêneo de enfermidades que possuem letalidade elevada, a despeito do considerável progresso nos tratamentos farmacológicos disponíveis⁽¹³⁾.

Para o êxito do transplante, se faz necessário o entendimento do paciente a respeito da prática de autocuidado,

e que o mesmo se responsabilize e reconheça a importância de sua participação nesse processo. O transplantado requer assistência específica e de qualidade, exigindo do profissional enfermeiro o constante acompanhamento das necessidades do paciente, além de permanente estímulo e motivação à prática do autocuidado⁽⁷⁾.

O paciente submetido ao transplante pulmonar acaba, ao longo do tempo, perdendo a motivação na contínua adesão, e esse descumprimento para alguns autores⁽⁵⁾, não pode ser entendido como desobediência. A relação entre profissionais de saúde, familiares e pacientes deve atingir a coesão, e isso pode ser atingido através do treinamento na habilidade da equipe em comunicar-se, resultando em taxas de adesão significativamente maiores⁽⁵⁾.

Dentro das funções que o enfermeiro, ao longo de seu percurso acadêmico e profissional, aprender a ter é a responsabilidade do cuidar do paciente e de ensinar o autocuidado, promovendo e recuperando a saúde. Sendo assim, uma das preocupações que se deve ter é educar o paciente a se cuidar, provendo e gerenciando o autocuidado em sua rotina, buscando promoção da saúde, recuperando-se de doenças ou injúrias, convivendo com seus efeitos⁽¹⁴⁾.

A falta de conhecimento contínuo e constante pelos pacientes podem levá-los a condições de riscos e possíveis rejeições, afetando o enxerto. Há também a constatação de que apesar de todo sacrifício não existe a possibilidade de cura após um transplante permanecendo a necessidade do contato com a equipe de saúde e o comprometimento com as medicações, assim como as limitações tanto alimentares como as que exigem um cuidado corporal^(15,16).

O comprometimento no autocuidado acontece quando o paciente se vê atuante no seu processo de saúde-doença, ou seja, quando há o empoderamento no seu estilo de vida⁽⁸⁾. Sendo imprescindível uma equipe de saúde comprometida com o cuidado aos seus pacientes, onde todas as orientações possam ser repassadas da forma mais simples possível, de maneira que o paciente saiba seus riscos e benefícios, bem como os cuidados necessários para uma melhor sobrevida com o enxerto.

Limitações do estudo

A limitação deste estudo refere-se ao desafio da pesquisa de entrevistar pacientes após o transplante, um procedimento delicado, precisando de manejo adequado do profissional da saúde para abordagem eficaz, e ainda um grupo pequeno e apenas de um centro de transplantes.

Contribuições do estudo para a prática

A contribuição desta pesquisa é de explicitar as atividades desenvolvidas sob o relato dos pacientes, sendo de extrema

relevância para fomentar novas publicações relacionadas à aos transplantados.

CONCLUSÃO

O estudo identificou que os pacientes desenvolveram atividades de autocuidado como tomar banho sozinho e comer sem ajuda, modificaram hábitos alimentares, e aumentaram os cuidados com as medicações prescritas. Nesse contexto, mediante a percepção dos pacientes sobre os cuidados após o transplante pulmonar, evidenciou através das falas dos pacientes que o tratamento é complexo e exige compromisso de todos os envolvidos.

Nessa perspectiva, percebe-se nas falas dos pacientes que a rotina diária é cansativa e ao longo dos anos torna-se cansativa favorecendo a má adesão do tratamento. Sendo assim sugere-se que as técnicas e decisões não devem ser impostas pela equipe interdisciplinar, sendo preciso conhecer a singularidade, as características e dificuldades de cada pessoa em aderir o tratamento complexo do transplante.

Contribuições dos autores

Concepção e/ou desenho: Pena SB de S e Studart RMB; Redação, Análise e interpretação dos dados: Pena SB de S; Studart RMB; Barbosa AS; SILVA ACG e Ramos I de O; Revisão crítica: Pena SB de S; Studart RMB e Barbosa AS.

REFERÊNCIAS

1. Gomes Neto A, Monteiro Nogueira AS, Lopes De Medeiros I, Fernandes Viana De Araujo R, Carvalho Santos R, Sampaio Viana CM, et al. Single and Double-Lung Transplantation: Results of an Initial Experience of 39 Cases in Ceará (Northeast Brazil). *Transplantation Proceedings* [internet]. 2018 [cited 2019 ago 16];50(3):815-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/296614442>.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/296614442>. Marinho BBO, Santos ATF, Figueredo AS, Cortez LSAB, Viana MCA, Santos GM, et al. Challenges of Organ Donation: Potential Donors for Transplantation in an Area of Brazil's Northeast. *Transplantation Proceedings* [internet]. 2018 [cited 2019 ago 16];50(3):698-701. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29661419>.
3. Camargo PCLB, Teixeira RHO, Carraro RM, Campos SV, Afonso Junior JE, Costa AN, Fernandes LM, Abdalla LG, Samano MN, Fernandes PMP. Transplante pulmonar: abordagem geral sobre seus principais aspectos. *J Bras Pneumol*. [internet]. 2015 [cited 2019 ago 16];41(6):547-553. Available from: http://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe_artigo.asp?id=2464.
4. RBT. Registro Brasileiro de Transplantes. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2010-2017). Veículo oficial da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO)[internet]. 2017 [cited 2019 ago 16];Ano XXIII:4. Available from: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2017/rbt-imprensa-leitura-compressed.pdf>.
5. Costa AN, Hojaij EM, Mello LS de, Melo FX de, Camargo PCLB de, Campos SV, et al. Falta de adesão ao tratamento em pacientes submetidos a transplante pulmonar: uma questão de vida ou morte. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* [internet]. 2015 [cited 2019 ago 16];41(1):95-7. Available from: http://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe_artigo.asp?id=2376.
6. Moura IH de, Silva AFR da, Rocha A do ES de H, Lima LH de O, Moreira TMM, Silva ARV da, et al. Construção e validação de material educativo para prevenção de síndrome metabólica em adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2017 [cited jun 20];25. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100383&lng=en&nr=iso&tlng=pt.
7. Custódio IL. Avaliação do autocuidado de pacientes após transplante cardíaco acompanhado na consulta de enfermagem. Dissertação de mestrado. Mestrado em enfermagem na promoção da saúde. Universidade Federal do Ceará [internet]. 2012. [cited 2019 ago 16]. Available from: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/3993>.
8. Galvão MT dos RLS, Janeiro JM da SV. O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *Revista Mineira de Enfermagem* [internet]. 2013 [cited 2019 ago 16];17(1):226-36. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/593>.
9. Queirós PJP, Vidinha TS dos S, Almeida Filho AJ de. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência* [internet]. 2014 [cited ago 16];serieIV:3. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vse-riVn3/serIVn3a18.pdf>.
10. Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O Mundo da Saúde* [internet]. 2011 [cited 2019 ago 16];35(4):438-42. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_dados_pesquisa_qualitativa.pdf.
11. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. 2011 [cited 2019 ago 16];16(7):3061-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006.
12. Ionta MR. Análise do perfil clínico e epidemiológico dos pacientes que realizaram transplante renal em um hospital beneficente. *Revista Paranaense de Medicina* [internet]. 2013 [cited 2019 ago 16];5. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2013/v27n4/a4080.pdf>.
13. Mariani AW, Pêgo-Fernandes PM, Abdalla LG, Jatene FB. Recondicionamento pulmonar ex vivo: uma nova era para o transplante pulmonar. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* [internet]. 2012 [cited 2019 ago 16];38(6):776-85. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132012000600015.
14. Orem DE, Taylor SG. Reflections on Nursing Practice Science The Nature, the Structure, and the Foundation of Nursing Sciences. *Nursing science quarterly* [internet] 2011 [cited 2019 ago 16];24(1):35-41. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21220574>.
15. Oliveira SC de, Lopes MV de O, Fernandes AFC. Development and validation of an educational booklet for healthy eating during pregnancy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [internet]. 2014 [cited 2019 ago 16];22(4):611-20. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00611.pdf.
16. Afonso Júnior JE, Werebe E de C, Carraro RM, Teixeira RH de OB, Fernandes LM, Abdalla LG, et al. Lung transplantation. *Einstein (São Paulo)* [internet]. 2015 [cited 2019 ago 16];13(2):297-304. Available from: http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n2/pt_1679-4508-eins-13-2-0297.pdf.

CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE PASSAGEM DE PLANTÃO

Tânia Roberta Limeira Felipe¹, Wilza Carla Spiri²

Objetivo: descrever a construção de um instrumento de passagem de plantão utilizando a metodologia SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation). **Método:** trata-se de estudo metodológico para construção de um instrumento de passagem de plantão em uma enfermaria de gastroenterologia cirúrgica. Foi realizada uma revisão bibliográfica abrangente sobre a metodologia SBAR. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição cenário da pesquisa. **Resultados:** os itens constantes do instrumento foram: dados de identificação do paciente que incluíram: data, leito, nome, idade sexo, data de admissão; indicadores: sistema de classificação de paciente, presença de acompanhante; Situação (S): diagnóstico médico e diagnósticos de enfermagem; Breve história (B): alergias, co-morbidades, histórico cirúrgico, isolamento/precauções e barreiras para a comunicação; Avaliação (A): sinais vitais, alimentação, eliminações, curativos, drenos, cateteres e medicamentos; Recomendação (R): interconsultas, intervenções de enfermagem e intercorrências. **Conclusão:** O instrumento contribui para a padronização da passagem de plantão dos profissionais de enfermagem.

Descritores: Gerenciamento da prática profissional, Estudos de validação, Sistema de comunicação no hospital, Equipe de enfermagem.

CONSTRUCTION OF A SHIFT CHANGE INSTRUMENT

Objective: to describe the construction of a shift change instrument using the SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation) methodology. **Methodology:** this is a methodological study for the construction of an instrument of a shift change in a surgical gastroenterology ward. A comprehensive bibliographic review was done on the SBAR methodology. The Research Ethics Committee of the scenario research institution approved the study. **Results:** the items included in the instrument were: patient identification data that included: date, bed, name, age, sex, date of admission; indicators: patient classification system, presence of companion; Situation (S): medical diagnosis and nursing diagnoses; Background (B): allergies, comorbidities, surgical history, isolation / precautions and barriers to communication; Assessment (A): vital signs, nutritional aspects, eliminations, dressings, drains, catheters and medications; Recommendation (R): interconsultations, nursing interventions and intercurrents. **Conclusion:** The instrument contributes to the standardization of nurses' change of shift.

Descriptors: Practice management, Validation studies, Hospital communication systems, Nursing team.

CONSTRUCCIÓN DE UN INSTRUMENTO DE PASO DE PLANTÓN

Objetivo: describir la construcción de un instrumento de paso de turno utilizando la metodología SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation). **Método:** se trata de un estudio metodológico para la construcción de un instrumento de paso de turno en una enfermería de gastroenterología quirúrgica. Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva sobre la metodología SBAR. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución escenario de la investigación. **Resultados:** los ítems constantes del instrumento fueron: datos de identificación del paciente que incluyeron: fecha, lecho, nombre, edad sexo, fecha de admisión; indicadores: sistema de clasificación de pacientes, presencia de acompañante; Situación (S): diagnóstico médico y diagnósticos de enfermería; Breve historia (B): alergias, comorbilidades, histórico quirúrgico, aislamiento / precauciones y barreras para la comunicación; Evaluación (A): signos vitales, alimentación, eliminaciones, curativos, drenajes, catéteres y medicamentos; Recomendación (R): interconsultas, intervenciones de enfermería e intercorrências. **Conclusión:** El instrumento contribuye a la padronización de los cambios de turno de los profesionales de enfermería.

Descritores: Gestión de la práctica profesional, Estudios de validación, Sistemas de comunicación en hospital, Grupo de enfermeira.

¹Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

²Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu -UNESP

Autor correspondente: Wilza Carla Spiri. E-mail: wilza.spiri@unesp.br

INTRODUÇÃO

A enfermagem tem como premissa essencial o cuidado, e para realizá-lo com qualidade faz-se necessário utilizar instrumentos em seu processo de trabalho que possibilitem a articulação da teoria com a prática.

Dentre as atividades fundamentais para o trabalho na Enfermagem, a passagem de plantão é um dos elementos cruciais, pois é um processo que se refere a informação específica de pacientes que passam de um profissional de saúde para outro, ou de uma equipe de profissionais assistenciais para outra equipe ou ainda de profissionais de saúde para pacientes e familiares quando esses vão para a casa⁽¹⁾.

No processo de trabalho da enfermagem, a passagem de plantão possibilita a troca de informações entre a equipe que prestou assistência com a equipe que assumirá os cuidados no turno seguinte e a visão geral sobre o cenário, além de diagnosticar, planejar, delegar e aplicar as intervenções necessárias^(2,3).

Algumas estratégias devem ser consideradas na passagem de plantão: 1) assegurar que a organização de saúde implemente, de forma padronizada, a comunicação na passagem de plantão sugerindo o uso da técnica SBAR para essa comunicação; considerar a alocação de tempo suficiente para que as informações importantes sejam comunicadas e a não interrupção durante esse processo; informações referentes a condição do paciente, medicamentos, planos de tratamento e mudanças na condição do paciente são essenciais; 2) assegurar que organizações de saúde implementem sistemas que garantam a alta do paciente com todas as informações necessárias ao seu tratamento, como por exemplo, diagnóstico, plano de tratamento, medicamentos e resultados de exames; 3) incorporar treinamento na comunicação da passagem de plantão de forma permanente; 4) encorajar a comunicação entre a organização de saúde e os prestadores de cuidado (formal e informal)⁽¹⁾.

Cada instituição e cada profissional têm sua dinâmica para realizar a passagem de plantão. O comprometimento e a valorização dessa ação devem ficar claras ao profissional, para que a transmissão da informação seja produtiva e eficaz, independentemente do método que se utiliza ou a unidade de prestação de serviços⁽⁴⁾.

No entanto, fatores como quantidade excessiva ou reduzida de informações, pouca possibilidade de realizar questionamentos durante o processo, informações

inconsistentes, omissão ou informações erradas, não existência de processos padronizados, registros falhos e ilegíveis, interrupções e distrações, além de uma equipe não preparada para esse processo, são aspectos que dificultam essa prática com prejuízo para o paciente⁽⁵⁾.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem explicita a legalidade do processo de passagem de plantão, pois no artigo 38 destaca como dever do profissional " Prestar informações escritas e/ou verbais, completas e fidedignas, necessárias à continuidade da assistência e segurança do paciente"⁽⁶⁾.

O SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation) é uma ferramenta de comunicação que consiste no preenchimento de quatro critérios: S: Situação, B: Breve Histórico, A: Avaliação e R: Recomendação, permitindo a organização da informação que está sendo emitida, tornando-a clara e padronizada, de forma que as informações essenciais do cuidado com paciente não se percam durante a troca de informações⁽⁷⁾. O uso da ferramenta SBAR possibilita o maior foco no paciente, diálogo entre a equipe mais efetivo e menor transcrição de dados. Assim, a ferramenta demonstrou ser concisa, consistente, compreensiva e com o relato focado no paciente⁽⁸⁾.

Na enfermagem, a utilização da ferramenta SBAR para a passagem de plantão é mais recente, especialmente no Brasil, e tem evidenciado tratar-se de uma comunicação efetiva, pois proporciona segurança para a equipe de enfermagem pela acurácia das informações, além de ser simples e contribuir para a segurança do paciente⁽⁹⁾.

Este estudo tem como finalidade construir um instrumento de passagem de plantão com base na ferramenta recomendada pela Organização Mundial de Saúde, o SBAR, pois acredita-se ser esse instrumento necessário para melhorar a qualidade da informação transmitida entre os turnos e até mesmo entre os setores, como, por exemplo, na transferência de pacientes, resultando na continuidade da assistência.

OBJETIVO

Construir um instrumento de passagem de plantão utilizando a metodologia SBAR.

MÉTODO

Tipo de Estudo

Trata-se de estudo metodológico cujo objetivo é trabalhar com instrumentos e ferramentas complexas e desenvolvimento de referenciais metodológicos⁽¹⁰⁾.

Local do Estudo

O instrumento foi construído considerando o cenário de assistência de uma enfermaria de Gastroenterologia cirúrgica de um hospital público de ensino do Estado de São Paulo.

Procedimentos de coleta e análise dos dados

O instrumento foi construído no período de setembro a novembro de 2018, após revisão da literatura sobre passagem de plantão e a metodologia SBAR e das características da enfermaria de Gastroenterologia cirúrgica do hospital.

O método para revisão da literatura foi a revisão integrativa considerando as etapas de identificação do problema; seleção da amostra; definição das características da pesquisa; avaliação/análise dos estudos incluídos na revisão; discussão e interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento⁽¹¹⁾.

A pergunta norteadora foi: qual foi o conhecimento produzido e publicado sobre a passagem de plantão dos profissionais de enfermagem por meio da ferramenta SBAR?

A busca dos artigos e a seleção da amostra ocorreram em julho de 2018, e o instrumento principal utilizado foi a busca na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) com os descritores: passagem de plantão AND enfermagem AND SBAR para os artigos brasileiros e change of shift OR handover AND nursing AND SBAR para a busca dos artigos internacionais. Com a delimitação dos descritores, foi possível selecionar a amostra inicial da pesquisa, que adotou os seguintes critérios de inclusão: artigos na íntegra, encontrados nas literaturas nacional e internacional, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, publicados no período de janeiro de 2008 a julho de 2018.

Com os descritores em português apenas um artigo foi encontrado e com os descritores em Inglês foram encontrados sete artigos.

Após a seleção dos artigos, realizou-se leitura criteriosa do título e do resumo e, em seguida, foram excluídos aqueles que não respondiam à pergunta norteadora.

Procedimentos Éticos

O instrumento, objeto dessa investigação, é a primeira etapa de uma dissertação de Mestrado Profissional em Enfermagem aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa - parecer 3.009.068 e CAAE 02168918.0.0000.5411.

Resultados

Da leitura sistemática sobre o objeto abordado, obteve-se uma amostra final de seis artigos científicos, pois dois deles não se enquadraram nos critérios de inclusão.

Assim, o instrumento foi construído com base na literatura sobre o SBAR e na especificidade da enfermaria da gastroenterologia cirúrgica. Os itens constantes do instrumento abrangeram aspectos considerados essenciais para uma comunicação efetiva entre os membros da equipe de enfermagem.

Foram construídos com os seguintes elementos: dados de identificação, indicadores, situação (S), breve história (B), avaliação (A) e recomendação (R).

Em dados de identificação do paciente, foram incluídos: unidade de internação, data da passagem de plantão, data de admissão do paciente, número do leito, nome do paciente, data de nascimento/idade e sexo. Em indicadores, incluíram-se quedas, lesão por pressão, TEV (tromboembolismo venoso periférico), SCP (sistema de classificação de pacientes), presença ou não de pulseira de identificação do paciente e a presença ou não de acompanhantes.

No item Situação (S) foram descritos o dia da internação, diagnóstico médico, diagnósticos de enfermagem ou levantamento de problemas de enfermagem nas últimas 24 horas e o espaço para identificação do profissional de enfermagem responsável pela coleta dos dados. No item Breve história (B), os elementos propostos foram: alergias, co-morbidades, histórico cirúrgico, isolamento/precauções e barreiras para a comunicação.

Em Avaliação (A), foram incluídos: sinais vitais, oxigenação/ventilação, consciência, locomoção, presença de drenos, cateteres, sondas, realização de exames, aspectos nutricionais, curativos, eliminações, medicamentos nas diferentes vias e intercorrências apresentadas durante o plantão. No item Recomendação (R), os elementos foram: interconsultas, intervenções de enfermagem e outros dados necessários.

Todas as siglas utilizadas no instrumento são de conhecimento dos membros da equipe na unidade de gastroenterologia cirúrgica, cenário da pesquisa; também, foi mantido um glossário nessa unidade. Esses itens visaram abranger elementos essenciais para a passagem de plantão, possibilitando a continuidade da assistência de enfermagem. Para viabilidade da utilização do instrumento, todos os itens foram sintetizados em apenas uma página. O quadro 1 apresenta o instrumento construído:

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo principal descrever o processo de construção de um instrumento de passagem de plantão usando a metodologia SBAR, disponibilizando um impresso prático e fácil de usar, auxiliando profissionais que utilizam a passagem de plantão como instrumento de trabalho diário; uma ferramenta que visa auxiliar e melhorar a comunicação entre as equipes de saúde.

Ressalta-se que a passagem de plantão na enfermaria, cenário desse estudo, acontecia em forma de reunião. Algumas informações consideradas relevantes pela equipe eram anotadas em um papel "rascunho", cuja inutilização ocorria logo após a troca do plantão; por vezes, alguns profissionais optavam apenas por uma passagem de plantão de forma oral.

A construção do instrumento atendeu a proposição da Organização Mundial da Saúde que refere ser importante existir uma forma padronizada de passagem de plantão, sugerindo o uso da técnica SBAR para essa comunicação⁽¹⁾. Destaca-se que as informações entre a equipe de enfermagem sejam de forma objetiva e concisa, abordando os acontecimentos referentes à assistência direta e/ou indireta ao paciente, durante o turno de trabalho, assim como assuntos de interesse institucional⁽¹²⁾.

Estudo destaca que quando há quebra na continuidade do tratamento e na qualidade da assistência decorrente da má comunicação, evidenciam-se prejuízos relevantes, abrindo uma lacuna entre a qualidade e a assistência⁽¹³⁾. A utilização da ferramenta SBAR pode contribuir para que os erros de comunicação diminuam e fatores contribuintes da melhoria de atitudes de segurança sejam incrementados, pois é uma forma padronizada de passagem de plantão que é válida para a comunicação entre a equipe de saúde⁽¹⁴⁾.

A inclusão de itens de acordo com a realidade da enfermaria de gastroenterologia cirúrgica será importante para a adesão dos profissionais de enfermagem na passagem de plantão.

Estudo destaca que o histórico, medicamentos em uso, alergias, resultado de exames relevantes, sinais vitais, impressões clínicas, alterações de exame físico, presença de dispositivos, precauções, exames complementares e específico, além de outras recomendações, são dados importantes na passagem de plantão⁽¹⁵⁾.

A construção da ferramenta SBAR em uma maternidade compreendeu as fases: Situação (Situation), descrição concisa do motivo de internação, tipo de parto e data atual. A segunda, Quadro Atual (Background), englobou os critérios do quadro atual das puérperas e recém-nascidos compreendendo aspectos gerais como o nível de consciência, necessidade de restrição no leito, tipo de dieta e alimentação, necessidade de dispositivo para oxigenação, presença de acesso venoso e específicos como a produção de colostro, característica

da mama, avaliação de lóquios, eliminações fisiológicas, dentre outros. A Avaliação Profissional (Assessment), local para descrição da opinião do profissional sobre o contexto da puérpera e recém-nascido, abordando gravidade e intercorrências, e a quarta e última etapa caracterizou as Recomendações (Recommendation), isto é, o que pode ser feito para corrigir os problemas e a descrição das pendências, recomendações à puérpera e recém nascido⁽¹⁶⁾. Evidenciando assim a necessidade de construir a ferramenta que melhor se adéque ao contexto de sua utilização.

Estudo evidencia que técnicas de comunicação estruturadas como o SBAR melhoram a percepção, entre os membros da equipe de saúde, do processo de passagem de plantão e da colaboração necessária para esse processo, especialmente quando o conteúdo dessa passagem de plantão tem coerência com as necessidades dos pacientes assistidos⁽¹⁷⁾.

Estudos conduzidos nos Estados Unidos da América demonstraram que o uso da ferramenta SBAR para passagem de plantão da equipe de enfermagem promoveu melhor estrutura, consistência, priorização, acurácia e compreensão das informações necessárias ao cuidado. Além disso, o uso da técnica possibilitou melhor comunicação e conhecimento sobre os pacientes assistidos^(7,8).

A construção de ferramentas para passagem de plantão em formato de checklist proporciona o planejamento do cuidado seguro ao paciente, pois contempla informações que contemplam nome do paciente, registro, data, história prévia, cirurgia, tipo de anestesia, dentre outros dados essenciais para conhecer a situação do paciente, sendo a sua objetividade um facilitador à implementação pelos profissionais⁽¹⁸⁾.

Estudo realizado em Unidade de Terapia Intensiva corrobora essa pesquisa, pois evidenciou a necessidade de construção de instrumentos de passagem de plantão com conteúdo apropriado a essa unidade auxiliando na transmissão de informações durante esse processo e contribuindo para garantir a segurança do paciente minimizando os riscos e falhas na comunicação⁽¹⁹⁾.

Estudo que teve como objetivo implementar uma ferramenta de passagem de plantão por meio do acrônimo ISBAR (Identification, Situation, Background, Assessment & Action, Response/Rationale) em uma unidade de pronto atendimento concluiu que é crucial utilizar uma ferramenta padrão, formal e sistematizada para garantir que a transferência dos cuidados seja "eficaz, completa e objetiva" com possibilidade da segurança do paciente e equipe⁽²⁰⁾.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como limitação do estudo, tem-se que o instrumento necessita ser validado para que possa ser colocado na prática. Assim, as etapas posteriores do estudo são a validação por meio de juízes e sua aplicação pelos membros da equipe de enfermagem no cenário para o qual o instrumento foi construído.

Contribuições do estudo para a prática

A existência de um instrumento para a passagem de plantão por meio da ferramenta SBAR possibilitará que os profissionais de enfermagem realizem essa importante etapa de seu processo de trabalho de forma padronizada contribuindo para que as informações garantam a continuidade do cuidado e a segurança do paciente e da própria equipe.

CONCLUSÃO

Construiu-se um instrumento para passagem de plantão na enfermaria de gastroenterologia cirúrgica de um hospital de ensino no Estado de São Paulo utilizando-se a ferramenta SBAR, considerando dados de identificação do paciente; indicadores; Situação (S) (dia da internação, diagnóstico médico, diagnósticos de enfermagem ou

levantamento de problemas de enfermagem nas últimas 24 horas); Breve história (B) (alergias, co-morbidades, histórico cirúrgico, isolamento/precauções e barreiras para a comunicação); Avaliação (A), (sinais vitais, oxigenação/ventilação, consciência, locomoção, drenos, cateteres, sondas, exames, aspectos nutricionais, curativos, eliminações, medicamentos e intercorrências); Recomendação (R) (interconsultas, intervenções de enfermagem e outros dados necessários).

O instrumento contribui para a padronização da passagem de plantão dos profissionais de enfermagem.

Contribuição dos autores:

Ambos autores participaram da: 1) concepção; 2) análise e interpretação dos dados; 3) redação do artigo; 4) revisão crítica e 5) revisão.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization (WHO). World alliance for patient safety. Communication during patient hand-overs. Patient safety solutions [Internet]. 2007 [cited 2019 Mar 08]. Available from: <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf?ua=1>
- Gonçalves MI, Rocha PK, Souza S, Tomazoni A, Paz BPD, Souza AIJ. Segurança do paciente e passagem de plantão em cuidados intensivos neonatais. Rev. Baiana enferm. [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 24];31(2):e17053. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17053/14606>
- Portal KM, Magalhães AMM. Passagem de plantão: um recurso estratégico para a continuidade do cuidado em enfermagem. Rev. Gaúcha Enferm., [Internet]. 2008 [cited 2019 Jun 21];29(2):246-53. Available from: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5588/3198>
- Siqueira ILCP, Kurcgant P. Passagem de plantão: falando de paradigmas e estratégias. Acta Paul Enferm. [Internet]. 2005 [cited 2019 Jun 21];18(4):446-51. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a15v18n4.pdf>
- Gonçalves MI, Rocha PK, Anders JC, Kusahara DM, Tomazoni A. Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. Texto & Contexto Enferm [Internet]. 2016 [cited 2019 Jun 24]; 25(1):e2310014. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-2310014.pdf>
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN Nº 564/2017 [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 08]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html
- Cornell P, Gervis MT, Yates L, Vardaman JM. Impact of SBAR on nurse shift reports and staff rounding. Med. Surg Nursing [Internet]. 2014 [cited 2019 Jun 18];23(5):334-42. Available from: <https://insights.ovid.com/medsurg-nursing/mednu/2014/09/000/impact-sbar-nurse-shift-reports-staff-rounding/12/00008484>
- Cornell P, Gervis MT, Yates L, Vardaman JM. Improving shift report focus and consistency with the Situation, Background, Assessment, Recommendation protocol. JONA [Internet]. 2013 [cited 2019 Jun 18];43(7/8):422-8. Available from: <https://insights.ovid.com/article/00005110-201307000-00011>
- Stewart KR, Hand KA. SBAR, communication, and patient safety: an integrated literature review. Medsurg Nursing [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 18];26(5):297-305. Available from: <https://insights.ovid.com/medsurg-nursing/mednu/2017/09/000/sbar-communication-patient-safety-integrated/3/00008484>
- Polit D. F, Beck C. T. Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem. 7a ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011. 669 p.
- Whittemore R, Knaf K. The integrative review: update methodology. J Adv Nurs. [Internet]. 2005 [cited 2018 May 10];52(5):546-53. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.465.9393&rep=rep1&type=pdf>
- Silva EE, Campos LF. Passagem de plantão na enfermagem: revisão de literatura. Cogitare Enferm [Internet]. 2007 [cited 2019 Jun 16];12(4):502-7. Available from: <https://revistas.ufrpr.br/cogitare/article/view/10077/6929>
- Welsh CA, Flanagan ME, Ebricht P. Barriers and facilitators to nursing handoffs: recommendations for redesign. Nursing Outlook [Internet]. 2010 [cited 2019 Jun 10]; 58(3):148-54. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002965540900195X?via%3Dihub>
- Ting WH, Peng FS, Lin HH, Hsiao SM. The impact of situation-background-assessment-recommendation (SBAR) on safety attitudes in the obstetrics department. Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 15]; 56:171-4. Available from: https://www.researchgate.net/publication/316674002_The_impact_of_situation-background-assessment-recommendation_SBAR_on_safety_attitudes_in_the_obstetrics_department
- Pedro DF, Nicola AL, Oliveira JL. Passagem de plantão entre profissionais de enfermagem hospitalares: análise de fatores influentes. Rev UNINGÁ [Internet]. 2016 [acesso em 2019 Jul 15];25(1):27-31. Available from: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20160102_215634.pdf
- Nascimento JSG, Rodrigues RR, Pires FC, Gomes BF. Passagem de plantão como ferramenta de gestão para segurança do paciente. Rev Enferm UFMS [Internet]. 2018 [cited 2019 Jun 15];8(2):544-59. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/29412>
- Martin HA, Ciurzynski SM. Situation, background, assessment, and recommendation – guide huddles improve communication and teamwork in the emergency department. Journal of Emergency Nursing [Internet]. 2015 [cited 2019 Jun 15];41(6):484-8. Available from: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0099176715002287?token=0C093CB778E4A510A7D9CC11106AF32516B2563A04C449E3B02EEB2910B1FD7C386294BFB406B8D-9472D700A959D82B6>
- Silva SG, Nascimento ERP, Hermida PMV, Sena AC, Klein TCR, Pinho FM. Checklist para passagem de plantão de pacientes em pós-operatório imediato na admissão em terapia intensiva. Enferm Foco [Internet]. 2016 [cited 2019 Jul 11];7(1):13-17. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/658/277>
- Corpolato RC, Mantovani MF, Willig MH, Andrade LAS de, Mattei AT, Arthur JP. Padronização da passagem de plantão em Unidade de Terapia Intensiva Geral Adulto. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2019 [cited 2019 Jul 11];72(Suppl 1):88-95. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000700088&lng=pt <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0745>
- Silva DA, Rocha IMS, Dias FA, Moreira DA, Afonso LN, Brito MJM. Otimização da ferramenta utilizada durante a passagem de plantão em uma unidade de pronto atendimento. SANARE [Internet]. 2017 [cited 2019 Jul 11];16(1):118-23. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1102>

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À LESÃO POR PRESSÃO

Fabiana Resplande de Paula da Costa¹, Maria Liz Cunha de Oliveira²

Objetivo: Conhecer e analisar a produção científica sobre diagnósticos de enfermagem em lesão por pressão e seus estágios.

Método: Revisão integrativa realizada entre julho de 2018 a junho de 2019. A questão norteadora foi “quais os diagnósticos de enfermagem dados à lesão por pressão e seus vários estágios?”. Os critérios de inclusão foram artigos publicados entre 2011 e 2019, nas bases de dados SCIELO, BVS, LILACS e PUBMED, CAPES, MEDLINE e GOOGLE ACADÊMICO em língua portuguesa, disponíveis na íntegra. Os critérios de exclusão foram estudos duplicados e que não atendessem à questão do estudo.

Resultados: A busca resultou em 460 artigos e com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 9 estudos. Os diagnósticos encontrados referem-se apenas ao risco de lesão ainda no NANDA 2015/2017. **Conclusão:** Não foi observado um diagnóstico de enfermagem específico para os estágios da lesão por pressão.

Descritores: Lesão por pressão, Diagnóstico de enfermagem, Terminologia internacional NANDA. Enfermagem

NURSING DIAGNOSES RELATED TO PRESSURE INJURY

Objective: To know and analyze the scientific production on nursing diagnoses in pressure lesions and their stages. **Method:** Integrative review performed between July 2017 and July 2019. The guiding question was “which nursing diagnoses given to pressure injury and its various stages?”. The inclusion criteria were articles published between 2011 and 2019, in the databases SCIELO, VHL, LILACS and PUBMED, CAPES, MEDLINE, in Portuguese language, available in full. Exclusion criteria were duplicate studies that did not address the study question. **Results:** The search resulted in 460 articles and with the application of the inclusion and exclusion criteria, nine studies were selected. The diagnoses found refer only to the risk of injury still in the NANDA 2015/2017. **Conclusion:** A specific nursing diagnosis was not observed for the stages of the pressure lesion.

Descriptors: Pressure injury, Nursing diagnosis, NANDA international terminology.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA RELACIONADOS CON LA LESIÓN POR PRESIÓN

Objetivo: Conocer y analizar la producción científica sobre diagnósticos de enfermería en lesión por presión y sus etapas. **Método:** Revisión integrativa realizada entre julio de 2017 a julio de 2019. La cuestión orientadora fue “cuáles los diagnósticos de enfermería dados a la lesión por presión y sus varias etapas?”. Los criterios de inclusión fueron publicados entre 2011 y 2019 en las bases de datos SciELO, BVS y PUBMED, capas, MEDLINE, en portugués, disponibles en su totalidad. Los criterios de exclusión fueron estudios duplicados y que no respondían a la cuestión del estudio. **Resultados:** La búsqueda resultó en 460 artículos y con la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron siete estudios. Los diagnósticos encontrados sólo se refieren al riesgo de lesión en el NANDA 2015/2017. **Conclusión:** No se observó un diagnóstico de enfermería específico para las etapas de la lesión por presión.

Descriptor: Lesión por presión, Diagnóstico de enfermería, Terminología internacional NANDA.

¹Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde-FEPECS, Brasília-DF.

²Universidade Católica de Brasília. FEPECS.

Autor correspondente: Fabiana Resplande de Paula da Costa. E-mail: fabianapaula2014@gmail.com

INTRODUÇÃO

A lesão por pressão (LP) é considerada qualquer ferida que se desenvolve a partir da pressão prolongada sobre tecidos moles ou superfície da pele que causa dano subjacente, principalmente em proeminências ósseas⁽¹⁾. É uma complicação decorrente de longos períodos de internação de pacientes em unidades hospitalares, principalmente, em unidade de terapia intensiva.

Pela soma dos fatores ligados a essa realidade, o processo de enfermagem na assistência aos portadores de feridas crônicas é significativo na elaboração do diagnóstico de enfermagem que embasará a tomada de decisão e implementação dos cuidados de prevenção e tratamento das LP⁽²⁾.

Atualmente, as taxas globais de prevalência de LP em hospitais giram em torno de 12% em unidades de cuidados gerais e de 23% em unidades de terapia intensiva. Esses índices elevados apontam para um problema que merece atenção e investigação, uma vez que pode ser evitável pela identificação dos fatores de risco e implementação de medidas preventivas⁽³⁾.

Assim, compreende-se que as LP são uma das complicações frequentes em pacientes críticos internados, pois esses estão expostos a fatores de risco para seu desenvolvimento, como idade, déficit no estado nutricional, estado geral comprometido, inconstância hemodinâmica, limitação da mobilidade, decorrentes de patologias diversas⁽⁴⁾.

Todavia, até recentemente, não havia um diagnóstico de enfermagem específico no sistema de classificação da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I) para a condição clínica descrita anteriormente. Na estrutura taxonômica da NANDA-I⁽⁵⁾, LP referem-se ao domínio 11(segurança e proteção) e classe 2. O diagnóstico de enfermagem (DE) para situação de risco de dano à pele, denominado Risco de Integridade da Pele Prejudicada, pela sua definição, indica que é um DE que pode ser usado em diversas situações de risco de alteração de pele⁽³⁾.

A validação de conteúdo de diagnósticos de enfermagem é fonte essencial na busca de evidências para reduzir erros no processo de ações do enfermeiro em aplicar o diagnóstico na sua tomada de decisão. Assim, este presente estudo teve como objetivo desenvolver uma revisão integrativa sobre diagnósticos de enfermagem para LP, conforme taxonomia NANDA-I. Para tanto, utilizou a questão norteadora: "Quais são os diagnósticos de enfermagem dados às lesões por pressão em seus vários estágios?".

A prevenção de LP é importante, porém, quando a lesão já está instalada, faz-se necessário um diagnóstico de

acompanhamento de seus estágios. Nessa lógica, diante da ausência de diagnóstico estabelecido pelo NANDA-I que definisse, de maneira clara, o estágio em se encontram as LP e na busca de evidências para corroborar com a redução de erros no processo de diagnóstico e tomada de decisão pelo enfermeiro, foi proposta esta pesquisa, com o objetivo de conhecer e analisar a produção científica brasileira sobre diagnósticos de enfermagem em LP e seus estágios.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, desenvolvida com a finalidade de reunir e sintetizar achados de estudos realizados, mediante diferentes metodologias, com o intuito de contribuir para o aprofundamento do conhecimento relativo ao tema investigado⁽⁶⁾.

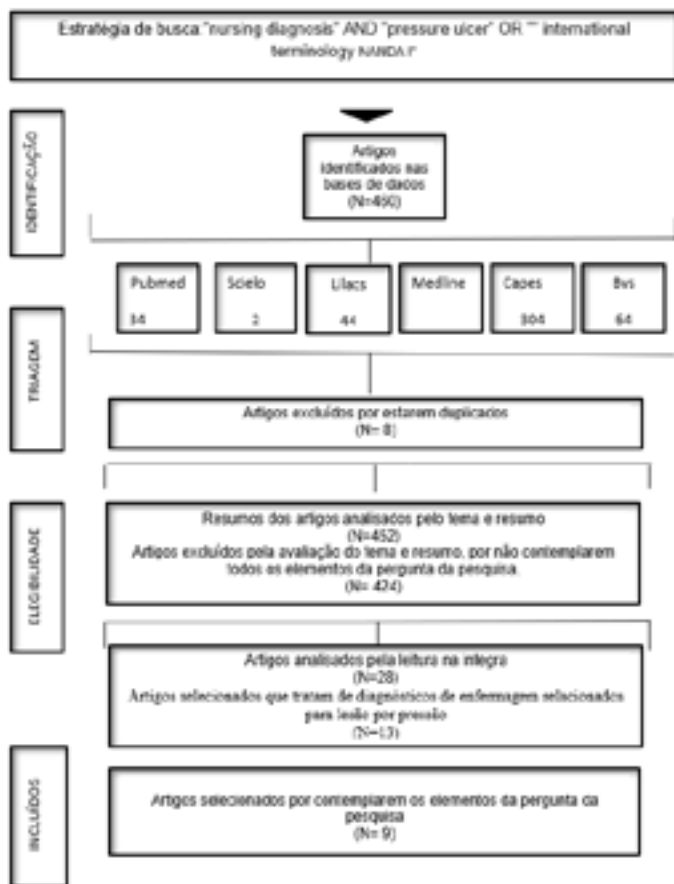
O estudo permeou as seguintes etapas⁽⁷⁾: formulação da questão para a elaboração da revisão integrativa da literatura; especificação dos métodos de seleção dos estudos; procedimento de extração dos dados; análise e avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa da literatura; extração dos dados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento produzido e publicado.

Para a estruturação da questão desta revisão, "quais são os diagnósticos de enfermagem dados às lesões por pressão em seus vários estágios?", recorreu-se à estratégia PICO (8): participantes, intervenção, contexto do estudo e resultados (outcomes). Os descritores utilizados na pesquisa efetuada foram lesão por pressão, diagnóstico de enfermagem, terminologia internacional NANDA-I, todos descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (DeCS-BVS).

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu durante o mês de julho de 2018 a junho de 2019, nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Google Acadêmico, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Pubmed, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Definiram-se como critérios de inclusão as produções científicas entre 2011-2019, com textos completos e gratuitos publicados, disponíveis em português. Como critérios de exclusão, os artigos repetidos, fora do período selecionado. A combinação dos descritores resultou em 460 publicações e, com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e descarte de publicações repetidas, foram selecionados 13 artigos para análise crítica, conforme Fluxograma.

Figura - Fluxograma do processo de inclusão de estudos, Brasília, 2019.



Análise dos dados

Procedeu-se, ainda, à interpretação e discussão dos resultados, destacando-se os trabalhos que trouxeram maior contribuição para responder ao problema da pesquisa. A próxima etapa constitui-se na apresentação, revisão e síntese sobre o uso dos diagnósticos de enfermagem para LP, conforme a taxonomia NANDA-I.

RESULTADOS

Como já apresentado, inicialmente, foram selecionados por títulos 460 artigos, dos quais 28 (452-424=28) foram incluídos após critérios de exclusão, mas somente 9 artigos na íntegra contemplaram elementos da pergunta da pesquisa.

O Quadro 1 mostra a caracterização dos estudos selecionados nos últimos 8 anos. A maior parte dos estudos está voltada para os fatores de risco de LP e outras informações alusivas à compreensão dos fatores predisponentes para o desenvolvimento desse tipo de lesão. O número de publicações, a cada ano, manteve-se constante com média de dois manuscritos; quanto ao número de autores, oscilou entre 3 a 7.

Quadro 1 - Caracterização dos estudos que tratam do diagnóstico de enfermagem relacionado à lesão por pressão, Brasília, 2019.

Título	Revista	Base de dados	Ano	Síntese	Método
Perfil clínico diagnósticos de enfermagem de pacientes em risco de lesão por pressão	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Scielo	2011	Objetivos: Caracterizar os pacientes em risco de desenvolver lesão por pressão (LP) e identificar seus diagnósticos de enfermagem.	Estudo transversal
Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver lesão por pressão	Revista Brasileira de Enfermagem	Lilacs	2011	Objetivo: Identificar diagnósticos de enfermagem em pacientes críticos com risco de desenvolver lesão por pressão.	Estudo tipo transversal
Indicador de qualidade assistencial lesão por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente	Rev. Gaúcha de Enfermagem	Bvs	2013	Objetivo: Comparar os dados notificados em sistema de indicador de qualidade assistencial de lesão por pressão. O diagnóstico de enfermagem mais frequente foi risco de infecção.	Estudo transversal
Mapeamento de cuidados de enfermagem com a NIC para pacientes em risco de lesão por pressão	Rev. Esc. Enfermagem USP	Scielo	2014	Objetivo: Identificar os cuidados de enfermagem prescritos para pacientes em risco de lesão por pressão (LP) e compará-los com as intervenções da NursingInterventions-Classification (NIC).	Estudo com mapeamento cruzado.
Diagnósticos de enfermagem: risco de lesão por pressão validação do conteúdo	Revista Latino-Americana	Medline	2016	Objetivo: Avaliar o conteúdo do novo diagnóstico de enfermagem, denominado risco de lesão por pressão.	Estudo descritivo
Associação dos fatores socioeconômicos e clínicos e o resultado integridade tissular em pacientes com úlceras	Revista Gaúcha de Enfermagem	Scielo	2016	Analisar a associação entre os fatores socioeconômicos e clínicos e os indicadores do resultado de enfermagem Integridade Tissular em pacientes com úlceras venosas.	Estudo transversal
Perfil dos pacientes com úlcera crônica de etiologia diversa, internados em serviço de emergência	Revista Ciência Cuidado e Saúde	Lilacs	2016	Estudo com o objetivo de identificar o perfil dos pacientes com úlcera crônica de etiologia diversa internados em emergência hospitalar com Diagnóstico de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada, segundo a Taxonomia da NANDA-I (2012-2014).	Estudo descritivo

Diagnóstico de enfermagem: risco de úlcera por pressão segundo taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association	Revista Estima	Google academico	2017	Objetivo: Identificar a prevalência dos fatores de risco para o diagnóstico de enfermagem (DE) de risco de lesão por pressão (LP) de acordo com a taxonomia II da North American Nursing-Diagnosis Association (NANDA-I).	Estudo transversal
Principais fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em unidades de terapia intensiva	Cadernos de graduação	Google academico	2018	Objetivo central identificar os principais fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em Unidades de Terapia Intensiva no Brasil.	Estudo qualitativo
Diagnósticos e intervenções de enfermagem do sistema tegumentar da pessoa idosa	Revista Disciplinarum Scientia	Google academico	2018	Objetiva-se, com este estudo, verificar na literatura nacional os diagnósticos e intervenções de enfermagem relativos às alterações da pele no processo de envelhecimento, naturais a eventos patológicos em idosos hospitalizados	Revisão integrativa
Diagnósticos de enfermagem em unidade de Terapia intensiva: revisão integrativa	Cultura cuidados	Google academico	2018	Este estudo objetiva analisar a literatura sobre o uso dos Diagnósticos de enfermagem em unidades de terapia intensiva	Revisão integrativa
Fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em pacientes críticos	Revista enfermagem em foco	Google academico	2019	Identificar a relação entre os fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão e determinar sua incidência em pacientes críticos.	Estudo descritivo de abordagem quantitativa
Diagnósticos de enfermagem em programa domiciliar: mapeamento cruzado e Taxonomia da NANDA-I	Revista Brasileira de Enfermagem	SciELO	2019	Objetivo: identificar diagnósticos de enfermagem em pacientes em atenção domiciliar por meio do mapeamento cruzado de termos obtidos na anamnese e o exame clínico, com a Taxonomia da NANDA-I.	Estudo exploratório descritivo do tipo exploratório.

As revistas em que mais artigos foram publicados sobre a temática foram: Revista Latino-Americana e Revista Gaúcha de Enfermagem, sendo todos os seis artigos produzidos por

enfermeiros. A partir desse achado, foi possível identificar os principais DE, conforme Quadro 2.

Quadro 2 – Identificação dos Diagnósticos de Enfermagem nos artigos analisados, Brasília, 2019.

Diagnósticos	Título do artigo	Ano
Risco de lesão por pressão.	Título, definição e sete fatores de risco foram validados como "muito importante", sendo: imobilidade, pressão, fricção, cisalhamento, umidade, sensações prejudicadas e desnutrição.	2016
Integridade tissular	Associação dos fatores socioeconômicos e clínicos e o resultado integridade tissular em pacientes com úlceras	2016
Diagnóstico de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada, segundo a Taxonomia da NANDA-I (2012-2014).	Perfil dos pacientes com úlcera crônica de etiologia diversa, internados em serviço de emergência	2016
Risco de úlcera por pressão segundo taxonomia II NANDA I.	Diagnóstico de enfermagem: risco de úlcera por pressão segundo taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association	2017
Percepção sensorial, umidade, atividade física, nutrição, mobilidade, fricção e cisalhamento	Principais fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em unidades de terapia intensiva	2018
Diagnóstico de enfermagem: risco de integridade da pele prejudicada/ integridade da pele prejudicada",	Diagnósticos e intervenções de enfermagem do sistema tegumentar da pessoa idosa	2018
Risco de infecção; Risco de integridade da pele prejudicada; Integridade da pele prejudicada; Risco de lesão, Mobilidade no leito prejudicada, Integridade tissular prejudicada, Mobilidade física prejudicada; Risco de perfusão tissular periférica ineficaz;	Diagnósticos de enfermagem em unidade de Terapia intensiva: revisão integrativa.	2018
Fatores de risco: integridade da pele, perfusão tissular da pele, alterações do nível de consciência, déficit nutricional, pressão extrínseca associada à idade avançada, umidade, imobilidade no leito, período prolongado de internação, perfusão tecidual diminuída,	Fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em pacientes críticos.	2019
Integridade da pele prejudicada (00046) Risco de integridade da pele prejudicada (00047) Risco de úlcera por pressão (00249)	Diagnósticos de enfermagem em programa domiciliar: mapeamento cruzado e Taxonomia da NANDA-I	2019

DISCUSSÃO

A existência de artigos sobre o tema indica que, neste período da pesquisa, os autores estavam preocupados e apontando os fatores de risco para o desenvolvimento de LP e que há interesse dos periódicos em publicar artigos sobre a temática do presente estudo, o que explica a sua maioria estarem nas bases de dados da área da enfermagem. Além disso, é importante destacar que os resultados encontrados identificam os principais diagnósticos de enfermagem sobre a temática conforme a taxonomia da NANDA-I.

Em um estudo transversal realizado em uma UTI no hospital de Fortaleza-CE⁽⁹⁾, com uma amostra de 13 pacientes com risco de desenvolver LP, segundo escala de Waterlow, foi evidenciado um total de 45 diagnósticos de enfermagem, dos quais dezessete tinham significância clínica para LP, e, dentre estes, nove apresentaram frequência de 80%, destacando-se: Integridade da pele prejudicada (100%), Deambulação prejudicada (87%), Deglutição prejudicada (80%), Mobilidade no leito prejudicada (80%) e Troca de gases prejudicada (80%).

Foi realizado um estudo transversal⁽¹⁰⁾, no qual pacientes em risco de desenvolver LP foram caracterizados, identificando-se seus DE. A amostra constituiu-se de 219 hospitalizações de pacientes em risco para LP, sendo, a maioria, mulheres com uma média de nove dias de internação, portadoras de doenças neoplásicas, cerebrovasculares, pulmonares, cardiovasculares e metabólicas. Esse estudo⁽¹⁰⁾ confirma a maioria dos estudos encontrados^(2,3,9,10), cujos DE mais frequentes foram os riscos para infecção, déficit do autocuidado, mobilidade física prejudicada, umidade, fricção, cisalhamento, integridade da pele prejudicada, déficit nutricional e risco de lesão por pressão.

Estima-se que 4% a 38% de pacientes internados são acometidos de LP, sendo um agravante à saúde e recuperação desses pacientes⁽¹¹⁾; assim, a prevenção e identificação de fatores de risco é a melhor forma de lidar com essas ocorrências. A incidência de LP, segundo estudos^(1,3,9-11), torna-se um importante indicador de qualidade de assistência de saúde, permitindo identificar e prevenir os casos em pacientes mais vulneráveis a essa condição, traçando um plano de avaliação, prevenção e tratamento no processo de enfermagem.

Em outro estudo realizado em uma UTI da Universidade de Minas Gerais, foi relatado que a maior incidência de LP está no fator idade avançada, pela fragilidade da pele, sarcopenia, comorbidades, como a hipertensão arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. De acordo com a quantidade de lesões detectadas, os estudos mostraram uma variação de 23 a 47 lesões, identificadas como estágio I e II⁽¹²⁾.

Pesquisa realizada em um hospital de Santa Catarina⁽¹³⁾, com pacientes internados na unidade de terapia intensiva, demonstrou alta incidência de LP (49,2%); na mesma UTI, na área de traumatologia, a incidência de lesão por pressão nas regiões occipital e calcâneos foi de 37% e 59,5% na região sacral. Ainda sobre esta pesquisa, os pacientes que desenvolveram LP apresentaram circulação prejudicada, diminuição da perfusão tissular, diminuição da oxigenação tissular e integridade da pele prejudicada, o que confere com os principais fatores de risco dos DE da NANDA-I⁽¹³⁾.

Seguindo a mesma linha do estudo anterior, foi realizado um mapeamento com cuidados da Nursing Interventions Classification (NIC), que identificou cuidados de enfermagem prescritos associados aos diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de LP⁽¹⁴⁾. No mapeamento realizado, chamou a atenção que os cuidados prescritos para os pacientes com o DE Integridade da Pele Prejudicada parecem ser o que melhor descreve a evidência de LP e as intervenções.

Nessa lógica, e diante da ausência de um DE que nomeasse e definisse, de maneira clara, a situação de risco para LP na taxonomia II da NANDA-I International, enfermeiros brasileiros realizaram o estudo que colaborou para o desenvolvimento do DE Risco de Lesão por Pressão, localizado no domínio 11, classe 2 - Lesão física, recentemente publicado na edição 2015-2017⁽¹⁵⁾.

Em estudo recente do tipo transversal⁽¹⁹⁾, foi identificada a prevalência dos fatores de risco para o DE Risco de Lesão por Pressão de acordo com a taxonomia II da NANDA-I International. No estudo desenvolvido em 2016, no ambulatório de clínica cirúrgica de um hospital universitário do Nordeste do Brasil, foi apontado o diagnóstico de Integridade tissular prejudicada associado aos fatores de risco como: idade, condições da pele, sensibilidade, e perfusão tissular⁽¹⁶⁾. Em outro estudo, também de 2016, no serviço de emergência do hospital de Santa Catarina SC-Brasil, foi destacada a

relação do estado de dependência física, verificando-se que 20 (48,7%) desses pacientes estavam acamados e 14 (34,1%) apresentavam dificuldades na mobilização, utilizando muletas, bengala, cadeira de rodas, ou eram auxiliados por profissionais de saúde e familiares para mobilizar-se ou deambular, o que representa 82,8% de pacientes com estado de moderado a elevado grau de dependência⁽¹⁷⁾.

Em estudo transversal de natureza quantitativa realizado em um hospital da rede privada de saúde, foram elencados 20 fatores de riscos; os mais frequentes foram: agentes farmacológicos, alteração na função cognitiva, atrito em superfície, déficit do autocuidado, forças de cisalhamento, incontinência, nutrição inadequada, pressão sobre proeminência óssea, redução na mobilidade, redução na perfusão tissular e umidade da pele.⁽¹⁸⁾

Também, em outro estudo descritivo realizado no Hospital Municipal São José de Joinville, SC, Brasil, pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva foram avaliados. Os resultados da pesquisa demonstram alta incidência de LP (49,2%). As pesquisas e publicações sobre a incidência de LP no território nacional e internacional ainda são pouco recorrentes, devido à influência do resultado dessas análises na classificação da qualidade do serviço⁽¹⁹⁾.

No Brasil, em alguns estudos^(12,19), são indicadas maiores incidências de LP em UTI, atingindo uma média entre 10,6% a 62,5% dos pacientes internados. Diante desse agravamento à saúde do paciente, a prevenção e tratamento adequados dessas lesões reduziria o tempo de internação por infecção, bem como o uso de antibióticos, além de haver uma otimização na qualidade de vida do indivíduo.

Na pesquisa realizada em um programa de atenção domiciliar à saúde, no norte de Minas Gerais, embasado no modelo teórico das Necessidades Humanas Básicas, extraíram-se os termos indicadores de condições que demandavam intervenções de enfermagem, sendo identificados 378 termos e expressões que se referiam a 49 diferentes diagnósticos em 11 dos 13 domínios da Taxonomia da NANDA-I⁽²⁰⁾.

Em outro estudo de revisão integrativa realizado, foram selecionados 8 estudos para a análise, identificando-se 47 diagnósticos com maior frequência de uso em UTI. Esse estudo mostrou, na categoria NANDA I, os resultados que apontam uma tendência

ao uso de diagnósticos na classe repouso, segurança/proteção, eliminação/troca e nutrição, voltados para necessidades psicobiológicas⁽²²⁾.

Os resultados nos estudos obtidos (2,3,5,9-11,13,14,18-21) mostram que ainda há necessidade de desenvolver diagnósticos de enfermagem específicos para LP, relacionando-os com cada estágio apresentado na evolução da ferida, no aspecto de avaliação, prevenção e tratamento.

Limitação do estudo

Como limitação, pode-se apontar um número ainda reduzido de publicações em português sobre lesão por pressão relacionada aos diagnósticos de enfermagem, o que pode ter interferido na identificação dos possíveis diagnósticos; na verdade a NANDA-I ainda não possui conteúdo específico para LP e seus estágios.

Contribuição para a prática

A principal contribuição desta pesquisa está no fato de que, apesar dos artigos analisados não responderem à questão do estudo, demonstram que há a necessidade de desenvolver novos diagnósticos de enfermagem claros e mais precisos relacionado aos estágios da lesão.

CONCLUSÃO

Nesta revisão, não foi observado um DE específico para os estágios da LP, pois a versão anterior à NANDA-I direcionava-se aos fatores de risco para LP.

Espera-se que a última versão da NANDA 2018 favoreça o julgamento acurado dos estágios da LP quando instalada no paciente, a fim de subsidiar o enfermeiro em seu diagnóstico.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Fabiana Resplande de Paula da Costa e Maria Liz Cunha de Oliveira. Os autores declaram não haver conflito de interesse que poderia se constituir em um impedimento para a publicação deste artigo.

Agradecimentos e Financiamento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil e do Conselho Federal de Enfermagem (CAPES/COFEN) - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1. Ascari RA, Veloso J, Silva OM, Kessler M, Jacob AM, Schwaab G. Úlcera por pressão: um desafio para a enfermagem. *Braz. J. Surg. Clin. Res.* [Internet]. 2014 Mar-Maio [citado 2018 Ago 22]; 6(1):11-6. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140301_132755.pdf
2. Araújo TM, Araújo MF, Caetanoll JA, Galvão MTG, Damaceno MMC. Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2011 Jul-Ago [citado 2018 Jul 17]; 64(4):671-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a07v64n4.pdf>
3. Santos CT, Almeida MA, Oliveira MC, Victor MAG, Lucena AF. Desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem risco de úlcera por pressão. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2015 [citado 2019 Abr 24]; 36(2):113-21. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472015000200113&script=sci_arttext&lng=pt
4. Rogenski NMB, Kurcgant P. The incidence of pressure ulcers after the implementation of a prevention protocol. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2012 Abr [citado 2018 Ago 12]; 20(2):333-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692012000200016&lng=en<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000200016>
5. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020. [NANDA International]. Trad. Regina Machado Garcez. 11. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
6. Soares CB, Hoga LA, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Integrative review: Concepts and methods used in Nursing. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2014 Abr [citado 2019 Maio 14]; 48(2):335-45. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200335&lng=en
7. Galvão TF, Pereira MG. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2014 Mar [citado 2018 Set 18]; 23(1):183-4. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742014000100018&lng=pt <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000100018>
8. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2007 Jun [citado 2019 Fev 2]; 15(3):508-11. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300023&lng=en <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>
9. Araújo TM, Araújo MFM, Caetano JA, Galvão MTG, Damasceno MMC. Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2011 Ago [citado 2018 Nov 6]; 64(4):671-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000400007&lng=pt <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000400007>
10. Lucena AF, Santos CT, Pereira AGS, Almeida MA, Dias VLM, Friedrich MA. Perfil clínico e diagnósticos de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2011 Jun [citado 2018 Nov 15]; 19(3):523-30. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000300011&lng=en <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000300011>
11. Santos CT, Oliveira MC, Pereira AGS, Suzuki LM, Lucena AF. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2013 Mar [citado 2019 Abr 24]; 34(1):111-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100014&lng=en <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100014>
12. Castanheira LS, Werli-Alvarenga A, Correa AR, Campos DMP. Escala de predição de risco para lesão por pressão em pacientes criticamente enfermos: Revisão Integrativa. *Enferm. Foco* [Internet]. 2018 [citado 2019 Mar 13]; 9(2):55-61. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1073>
13. Otto C, Schumacher B, Wiese LPL, Ferro C, Rodrigues RA. Fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em pacientes críticos. *Enferm. Foco* [Internet]. 2019 [citado 2018 Nov 17]; 10 (1):7-11. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1323/485>
14. Pereira AGS, Santos CT, Menegon DB, Mello B, Azambuja F, Lucena AF. Mapeamento de cuidados de enfermagem com a NIC para pacientes em risco de úlcera por pressão. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2014 Jun [citado 2018 Ago 24]; 48(3):454-61. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000300454&lng=en <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342014000300010>
15. Santos CT, Almeida MA, Lucena AF. The Nursing Diagnosis of risk for pressure ulcer: content validation. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2016 [citado 2018 Jul 22]; 24:e2693. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100335&lng=en
16. Medeiros ABA, Frazão CMFQ, Fernandes MICD, Andriola IC, Lopes MVO, Lira ALBC. Associação dos fatores socioeconômicos e clínicos e o resultado integridade tissular em pacientes com úlceras. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2016 mar; 37(1):e54105. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.54105>.
17. Tavares BC, Matos E, Maliska ICA, Benedet SA, Salum NC. Perfil dos pacientes com úlcera crônica de etiologia diversa, internados em serviço de emergência. *Cienc Cuid Saude* 2016 Out/Dez; 15(4): 624-629 DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v15i4.29027. disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptBR&as_sdt=0%2C5&q=Perfil+dos+pacientes+com+%C3%BAlcera+cr%C3%B4nica+de+etiologia+diversa%2C+internados+em+servi%C3%A7o+de+emerg%C3%Aancia&btnG=.
18. Sousa Júnior BS, Mendonça AEO, Duarte FHS, Silva CC Diagnóstico de enfermagem risco de úlcera por pressão segundo taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association ESTIMA, v.15 n.4, p. 222-228, 2017 DOI: 10.5327/Z1806-31442017000400006. https://www.researchgate.net/profile/Ana_Elza_Mendonca/publication/322074855_Diagnostico_de_enfermagem_risco_de_ulcera_por_pressao_segundo_taxonomia_II_da_North_American_Nursing_Diagnosis_Association/links/5abcedf8aca27222c7546789/Diagnostico-de-enfermagem-risco-de-ulcera-por-pressao-segundo-taxonomia-II-da-North-American-Nursing-Diagnosis-Association.pdf
19. Ribeiro JB, Santos JJ, Fraga IMN, Santana NA, Nery FS. Principais fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em unidades de terapia intensiva Ciências Biológicas e de Saúde Unit | Aracaju | v. 5 | n. 1 | p. 91-102 | Out. 2018 | periodicos.set.edu.br/ disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/5278>
20. Silva DVA, Sousa INM, Rodrigues CAO, Pereira FAF, Gusmão ROM, Araújo DD. Nursing diagnoses in a home-based program: cross-mapping and NANDA-I Taxonomy. *Rev Bras Enferm.* 2019; 72(3):584-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0323>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v72n3/pt_0034-7167-reben-72-03-0584.pdf
21. Sousa, P.H.G., Avelino, F.V.S.D., Andrade, E.M.L.R., Luz, M.H.B.A. & Carvalho, N.A.R. (2018). Diagnósticos Enfermeiro en La Unidad de Cuidados Intensivos: Revisión integrativa. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 22(52). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.52.21> Disponível em: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/85357/1/Cult-Cuid_52-223-231.pdf

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA NA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

Ângela Beatriz de Castro Lima¹, Bruno Henrique Fiorin¹, Walckiria Garcia Romero¹, Andressa Bolsoni Lopes¹, Lorena Barros Furieri¹, Eliane de Fátima Almeida Lima¹, Mirian Fiore¹

Objetivo: Construir e validar um questionário para avaliação do Conhecimento, Atitude e Prática sobre o processo de Doação de órgãos e Tecidos. **Metodologia:** Estudo metodológico para construção e validação do questionário a ser aplicado para os profissionais que atuam nas Comissões Intra-Hospitalares de Órgãos e Tecidos para Transplantes. Na primeira etapa, foi realizado um levantamento bibliográfico e formulação do conteúdo das questões. Na segunda, ocorreu a seleção dos juízes e validação de face e conteúdo do questionário através do cálculo de Índice de Validade de Conteúdo, com valor de corte superior a 0,79. Na terceira etapa, foi realizada a síntese das revisões dos juízes e estruturação do instrumento. **Resultados:** Foi elaborado um instrumento de 25 questões divididos em conhecimento, atitude e prática. Como juízes, participaram nove profissionais. Todos os Índices de Validade de Conteúdos foram superiores a 0,889. **Conclusão:** O questionário construído apresenta evidências de validade.

Descritores: Obtenção de tecidos e órgãos; Transplante; Enfermagem; Gestão em Saúde, Inquéritos e questionários.
Construction and validation of the questionnaire of knowledge, attitude and practice in the donation of organs

CONSTRUCTION AND VALIDATION OF THE QUESTIONNAIRE OF KNOWLEDGE, ATTITUDE AND PRACTICE IN THE DONATION OF ORGANS

Objective: To construct and validate a questionnaire for the evaluation of Knowledge, Attitude and Practice on the process of Organ and Tissue Donation. **Methodology:** Methodological study for the construction and validation of the questionnaire to be applied to professionals working in the Intra-Hospital Organ and Transplant Tissue Commissions. In the first stage, a bibliographical survey and formulation of the content of the questions was carried out. In the second, the selection of the judges and validation of the face and content of the questionnaire were performed by calculating the Content Validity Index (IVC), with a cutoff value above 0.79. In the third stage, the synthesis of the judges' reviews and the structuring of the instrument were carried out. **Results:** An instrument of 25 questions divided into knowledge, attitude and practice was elaborated. As judges nine professionals participated. All IVCs were greater than 0.889. **Conclusion:** The constructed questionnaire presents evidence of validity.

Descriptors: Obtaining tissues and organs; Transplant; Nursing; Health Management, Surveys and questionnaires.
Construcción y validación del cuestionario de conocimiento, actitud y práctica en la donación de órganos

CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRÁCTICA EN LA DONACIÓN DE ÓRGANOS

Objetivo: Construir y validar un cuestionario para la evaluación del Conocimiento, Actitud y Práctica sobre el proceso de donación de órganos y tejidos. **Metodología:** Estudio metodológico para la construcción y validación del cuestionario a ser aplicado para los profesionales que actúan en las Comisiones Intra-Hospitalarias de Órganos y Tejidos para trasplantes. En la primera etapa, se realizó un levantamiento bibliográfico y formulación del contenido de las cuestiones. En la segunda, ocurrió la selección de los jueces y validación de cara y contenido del cuestionario a través del cálculo del Índice de Validez de Contenido (IVC), con valor de corte superior a 0,79. En la tercera etapa, se realizó la síntesis de las revisiones de los jueces y la estructuración del instrumento. **Resultados:** Se elaboró un instrumento de 25 preguntas divididas en conocimiento, actitud y práctica. Como jueces participaron nueve profesionales. Todos los IVC fueron superiores a 0,889. **Conclusión:** El cuestionario construido y presenta evidencias de validez.

Descritores: Obtención de tejidos y órganos; trasplante; enfermería; Gestión de la salud, encuestas y cuestionarios.

¹Universidade Federal do Espírito Santo-UFES.

Autor correspondente: Bruno Henrique Fiorin. E-mail: brunoenf@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O processo de doação é definido como um conjunto de ações e procedimentos que transforma um potencial doador em doador efetivo, tendo por finalidade o transplante de órgãos e tecidos⁽¹⁾. Em diversas situações, o transplante é a única possibilidade terapêutica para cura e reabilitação, determinando melhoria na qualidade e perspectiva de vida dos receptores⁽²⁾. A dinâmica doação-transplante é um processo complexo e deve ser desenvolvido com suporte legal. Em 1997, a Lei n. 9.434 e o Decreto n. 9.175 regulamentaram a organização do Sistema Nacional de Transplante (SNT) e a lista única para transplantes^(3,4).

A Portaria de Consolidação n.4, publicada em 2017, entre outras providências, traz no Anexo I a regulamentação das atividades das Centrais Estaduais de Transplantes (CET) e da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT)⁽⁵⁾; essas, por sua vez, são responsáveis pelo processo de identificação e manutenção de potenciais doadores em morte encefálica (ME), registro dos casos de possíveis doadores com diagnóstico de morte encefálica e/ou parada cardio-respiratória, abordagem familiar para autorização, triagem clínica e sorológica, sensibilização e capacitação de equipes multiprofissionais^(5,6). O sucesso deste processo se deve em grande parte aos profissionais que estão inseridos nos serviços de constatação e captação dos órgãos, devendo estes profissionais possuírem conhecimento, habilidades e atitudes para conduzir este processo.

A utilização de inquéritos do tipo CAP (Conhecimento, Atitude e Prática) é bastante difundida nos âmbitos nacional e internacional e consiste em um conjunto de questões para mensurar o que um grupo sabe e pensa sobre determinada situação problema e como atua nele. O inquérito do tipo CAP representa um tipo de avaliação formativa, que intui coletar dados de uma parcela populacional e favorecer a elaboração de intervenções⁽⁷⁻⁹⁾.

Uma maneira de avaliar o conhecimento, habilidades e atitudes referentes à doação de órgãos é a aplicação de questionário do tipo CAP. Neste estudo foram consideradas as seguintes definições⁽¹⁰⁾: 1) Conhecimento: capacidade de adquirir e reter informações a serem utilizadas, uma mistura de compreensão, experiência, discernimento e habilidade; 2) Atitude: inclinação para reagir de certo modo a certas situações; ver e interpretar eventos de acordo com certas predisposições; organizar opiniões dentro de uma estrutura inter-relacionada e coerente; e 3) Prática: aplicação de regras e conhecimentos que levam à execução da ação de maneira ética.

Os estudos que avaliam conhecimento, atitude e prática em relação à doação de órgãos e tecidos

para transplantes, em sua maioria, são direcionados a estudantes ou a população geral^(4,7-9); poucos envolvem profissionais de saúde^(4,8). A falta de referências sobre o inquérito CAP voltado para a temática em estudo nos motivou à construção e validação deste instrumento para realização de possíveis coletas de dados. Diante do exposto, objetivou-se construir e validar um questionário sobre conhecimento, atitude e prática sobre o processo de doação de órgãos e tecidos do tipo "Inquérito CAP-Conhecimento, Atitude e Prática".

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de estudo metodológico para construção e validação de conteúdo e face de um questionário do tipo CAP a ser aplicado para a equipe multiprofissional que atua nas CIHDOTTs. O referencial para construção e validação do instrumento foi o de Beason e Clark (1982)⁽¹¹⁾ que defende este processo nas seguintes fases: Planejamento, Construção e Validação, com algumas adaptações propostas por Pasquali (1998)⁽¹²⁾.

O processo de construção e validação foi planejado de acordo com artigo de metodologia semelhante⁽¹³⁾, estruturando-se em duas etapas. O processo de construção, primeira etapa, ocorreu nos meses de janeiro a março de 2017 e constituiu-se da busca na literatura científica pelo acesso às bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, com busca na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) na qual foi possível selecionar trabalhos científicos sobre a temática do estudo.

Os descritores utilizados foram: Transplante, Morte Encefálica e Unidade de Terapia Intensiva. Foram adotados os seguintes procedimentos para levantamento e análise da documentação bibliográfica: busca, seleção, impressão/solicitação e análise dos textos. Assim, foi possível a construção do questionário, em sua versão inicial, baseado em estudos científicos prévios, que analisaram conhecimento^(14,15) e atitudes⁽¹⁶⁾ da equipe multiprofissional no processo de doação de órgãos de tecidos e prática⁽¹⁷⁾, baseado nas diretrizes para avaliação e validação do potencial doador em morte encefálica. Também, foram consultados inquéritos do tipo CAP, em distintas temáticas^(8,13).

Participantes da pesquisa

Após a revisão da literatura, foram selecionados os temas a serem abordados nas questões do questionário

tipo CAP, juntamente com a utilização das legislações pertinentes, sendo então apresentado para apreciação a nove juízes, que redigiram sugestões referentes ao conteúdo a ser abordado no instrumento e outros tópicos de relevância. Para a seleção dos juízes, foram considerados como expertise: ser enfermeiro com pelo menos um ano de atuação prática direta no processo de doação de órgãos e tecidos; ter participação em reuniões e grupos de estudo sobre processo de doação de órgãos e tecidos; e com trabalho atual na Central Estadual de Transplantes do Espírito Santo (CET-ES).

A segunda etapa se constituiu na validação de conteúdo do questionário pelos mesmos nove juízes que contribuíram na fase inicial. O pesquisador deixou claro que a participação nesse processo, seria voluntária e facultativa, garantindo-lhes confidencialidade e sigilo.

Respeitados os preceitos éticos, o objetivo da pesquisa e o questionário construído foram apresentados aos juízes, para que procedessem à validação de face (aparente) e de conteúdo. Para tanto, os mesmos preencheram um cabeçalho com as seguintes informações pessoais e profissionais: sexo, idade, titulação máxima, tempo de graduação, tempo de prática profissional, tempo de atuação na CET-ES. Logo após, receberam um impresso, explicitando o modo de preenchimento da avaliação do instrumento.

Local do estudo

Central Estadual de Transplantes do Espírito Santo (CET-ES), órgão regulador da Secretaria Estadual de Saúde, vinculada, administrativamente, à Subsecretaria de Estado da Saúde para Assuntos de Regulação e Organização da Atenção à Saúde e, tecnicamente, ao Sistema Nacional de Transplantes/Ministério da Saúde.

Procedimentos de análise de dados

Para a avaliação do grau de concordância entre os especialistas, foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que é uma medida ponderada que atribui um peso linearmente mais forte quando o juiz acredita na adequação da questão⁽¹⁹⁾. Para concluir essa etapa, as questões foram pontuadas, de acordo com escala Likert, considerando o grau de importância para a composição do questionário (1=Nada pertinente; 2=Pouco pertinente; 3=Muito pertinente; 4=Muitíssimo pertinente). O escore foi calculado pela soma das respostas para cada item do questionário sinalizado como 3 ou 4 e dividida pela soma total das respostas aos itens. Os juízes deveriam avaliar as questões em relação à importância para aquele domínio, mas também em relação à relevância, abrangência e

compreensibilidade, buscando as adequações semânticas e conceituais pertinentes ao constructo.

Para o cálculo do IVC, foi utilizada a seguinte fórmula: $IVC = \sum \text{respostas "3" e "4"} / \sum \text{respostas}$. Na abrangência de seis ou mais juízes, os itens validados devem ter IVC maior que 0,79⁽²⁰⁾.

A avaliação dos juízes ocorreu nos meses de maio e junho de 2017 e, na segunda etapa, foi realizada a análise do escore de IVC das revisões dos juízes, com a finalidade de formar a versão final do questionário. A validade de face foi avaliada por meio da impressão dos juízes em relação ao instrumento e sua compreensibilidade, aplicabilidade e relevância.

Procedimentos éticos

Após a manifestação de concordância, o juiz participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), estabelecido pela resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466/2012⁽¹⁸⁾. As avaliações dos juízes foram feitas de maneira presencial durante as reuniões periódicas das CIHDOTs. A assinatura do TCLE pelos juízes ocorreu desde a primeira etapa do estudo.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora principal. Os dados foram organizados em uma planilha eletrônica, no programa EXCEL® versão 2007. A pesquisa obteve a aprovação do comitê de ética, mediante o parecer de número 1.856.303 datado de 08/12/2016.

RESULTADOS

Após a revisão de literatura, foi construído o questionário CAP, associando os achados da revisão sistemática e as legislações pertinentes. Após o levantamento dos itens relevantes, esses foram apresentados aos juízes que consideraram apropriados os tópicos a serem trabalhados no instrumento. Diante disso, foi elaborado o questionário com 25 questões, sendo 10 questões sobre o conhecimento, 10 sobre atitude e 5 questões relativas à prática. Tal instrumento trabalha com o constructo relacionado ao diagnóstico de ME, condução do processo de doação e manutenção do potencial doador.

Participaram nove juízes no processo de validade de conteúdo, sendo que seis eram profissionais atuantes nas atividades de plantão operacional, um é o enfermeiro que realiza o gerenciamento do sistema e outro atua na coordenação estadual de CIHDOTT. Também participou dessa etapa, uma enfermeira coordenadora da Central Estadual de Transplantes-Espírito Santo.

Quanto ao perfil socioprofissional dos participantes, cinco (55,6%) tinham entre 31 e 40 anos de idade e oito

eram do sexo feminino. Em relação à maior titulação 8 eram pós-graduados em diversas áreas de conhecimento e somente um apresentou a titulação máxima de mestre. No que se refere ao tempo de formado, 7 referiram possuir mais de 10 anos de término da graduação de enfermagem. Todos os profissionais possuíam mais de três anos de formados; desses, 5 referiram entre 3 e 18 anos de prática clínica e 4 entre 19 e 34 anos. Quanto ao tempo de atuação na CET-ES, 6 trabalham entre 1 a 3 anos e 3 possuem tempo de atuação entre 4 e 19 anos.

As respostas dos juizes foram digitadas em planilhas, objetivando identificar aquelas com Índice de Concordância >0,79, conforme apresentado na Tabela.

Tabela - Cálculo IVC utilizado para sintetizar a validação do Questionário CAP. Vitória, ES, Brasil, 2017

Questões	IVC
Conhecimento	
Q.1 Definição de Morte Encefálica (ME)	1
Q.2 Condições para abertura do protocolo de ME	1
Q.3 Suspensão de Medicamentos Depressores do Sistema Nervoso Central	1
Q.4 Resposta de origem medular durante avaliação neurológica	0,889
Q.5 Contra-indicações absolutas para Doação de órgãos e Tecidos	1
Q.6 Horário do óbito mediante Diagnóstico de ME não concluído	1
Q.7 Manutenção do Potencial Doador	1
Q.8 Entrevista Familiar	1
Q.9 Familiares que legalmente podem autorizar a doação de órgãos	1
Q.10 Notificação dos casos de ME à CNCDO	1
Atitude	
Q.11 Aceitação da ME	1
Q.12 Captação de órgãos versus Coração batendo	1
Q.13 Discussão do tema doação de órgãos com a família	1
Q.14 Apoio à família do Potencial Doador	0,889
Q.15 Benefícios para o receptor	1
Q.16 Aspecto emocional no cuidado ao indivíduo em ME	0,889
Q.17 Experiência e formação adequada para cuidar do Potencial Doador	1
Q.18 Motivo de não ser doador	0,889

Q.19 O desejo de ser doador	1
Q.20 A doação de órgãos e Tecidos de um familiar	1
Prática	
Q.21 Medida de manutenção do Potencial Doador	1
Q.22 Suspensão do suporte hemodinâmico após diagnóstico de ME	1
Q.23 Área física para ações da CIHDOTT	1
Q.24 Estrutura para realização do exame complementar	1
Q.25 Participação de ações de educação permanente sobre a temática	1

Após o cálculo do IVC, observou-se que 4 das 25 questões obtiveram IVC= 0,889 e 21 questões atingiram IVC=1. Esse resultado permitiu que todas as questões propostas permanecessem no questionário. Ainda, nessa etapa, nenhum juiz se manifestou no sentido de sugerir modificações ou acrescentar itens ao questionário.

Do ponto de vista operacional do instrumento para análise dos dados, foi considerado para o conhecimento: questão adequada quando a resposta for “verdadeiro” para as assertivas verdadeiras ou “falso” para as assertivas falsas; questão não adequada quando a resposta for “falso” ou “não sei” para as assertivas verdadeiras ou “verdadeiro” ou “não sei” para as assertivas falsas, atribuindo-se, então, 1,0 ponto por questão respondida corretamente⁽¹⁰⁻¹³⁾.

Em relação à atitude: questão adequada quando a resposta for “concordo” ou “concordo plenamente” para as assertivas verdadeiras ou “discordo” ou “discordo plenamente” para as assertivas falsas; questão não adequada quando a resposta for “discordo”, “discordo plenamente”, “não tenho opinião” para as assertivas verdadeiras ou “concordo”, “concordo plenamente”, “não tenho opinião” para as assertivas falsas, atribuindo-se 1,0 ponto por questão respondida corretamente⁽¹⁰⁻¹³⁾.

Quanto à prática: questão adequada quando a resposta for “sim” e questão inadequada quando a resposta for “não”. As respostas foram consideradas adequadas ou não adequadas, de acordo com a literatura sobre diagnóstico de morte encefálica e manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos, atribuindo-se, então, atribuído 2,0 pontos por questão respondida corretamente^(10,13).

Nesse estudo, o conhecimento, a atitude e a prática foram analisados da seguinte forma: para cada domínio do questionário, foi calculada uma nota em uma escala de 0 a 10, sendo considerada a nota máxima 10 quando todas as questões estavam corretas. O escore final foi a soma dos pontos em cada domínio do questionário, variando

de 0 a 30. As respostas adequadas para os domínios Conhecimento e Prática, encontram-se na discussão apresentada a seguir. Já as questões de Atitude são ações esperadas pelos profissionais, definidas por consenso em estudo anterior⁽¹⁶⁾.

DISCUSSÃO

Essa pesquisa possibilitou a construção e validação de um questionário, do tipo CAP, para ser aplicado aos profissionais que lidam com o processo de doação de órgãos e tecidos. O questionário obteve IVC superior a 0,80 em todas as questões validadas, mostrando adequação dos temas abordados durante a formulação dos enunciados. Cumpre destacar que a seleção do conteúdo abrangido pelo questionário está de acordo com as competências e deveres a serem desenvolvidos pela equipe multiprofissional que compõem a CIHDOTT^(7,11,13).

A validação de face é, geralmente, o primeiro método de validação a ser utilizado em um estudo; é uma medida onde um teste é avaliado por um grupo de pessoas selecionadas, envolvidas naquele campo de atuação do estudo, as quais afirmam que aquele teste é capaz de avaliar aquilo a que se propôs^(21,22). A validade de conteúdo é a determinação da representatividade de itens que expressam um conteúdo, baseada no julgamento de especialistas em uma área específica^(21,23).

A opção pela aplicação do inquérito CAP decorreu da possibilidade de realizar uma avaliação formativa. Além de se obter dados dos profissionais, que permitisse traçar um diagnóstico da população estudada, demonstrando o que as pessoas sabem, sentem e, também, como se comportam a respeito da temática, norteando um possível caminho para um desenho de intervenção⁽⁹⁾.

A construção de um instrumento de mensuração requer a elaboração dos itens que representarão comportamentalmente o construto de interesse⁽²⁴⁾. Neste sentido, o questionário está constituído de temas intrínsecos ao processo de trabalho desenvolvido pelos profissionais que compõem as CIHDOTTs⁽²⁵⁾, baseando-se na revisão de literatura, legislações e parecer dos juízes.

A tentativa em abordar as etapas intrínsecas ao processo de trabalho da equipe CIHDOTT, neste questionário, é uma forma de sintetizar informações importantes para o desenvolvimento da equipe perante estas situações. Obstáculos diante do processo de doação de órgãos e tecidos, frequentemente citados na literatura, representados pela escassez de recursos humanos e materiais e também pelo desconhecimento da equipe multiprofissional referente à área de atuação, sendo a educação apontada como o caminho mais apropriado

para vencer essas dificuldades. Responsabilizar-se pela educação permanente dos funcionários da instituição também é ação descrita em lei para ser desenvolvida pela CIHDOTT⁽⁵⁾.

O questionário em sua versão final contemplou três dimensões passíveis de serem analisadas, sendo elas: conhecimento, atitude e a prática desenvolvida durante o processo de doação de órgãos e tecidos para transplante e, conseqüentemente, a prática profissional dessa população estudada. Nessa perspectiva, o desenvolvimento de uma tecnologia embasada de acordo com o referencial teórico conceitual atualizado, e com o aporte legal vigente, em âmbito nacional.

CONCLUSÃO

Foi possível construir um questionário validado do tipo inquérito CAP, uma tecnologia gerencial, como forma de propiciar inquietações na comunidade acadêmica, a fim de subsidiar ações de ensino e pesquisa que interfiram diretamente na condução, conhecimento, atitude e prática do profissional envolvido no processo, bem como no nível de gestão.

O mapeamento das fragilidades e potencialidades da assistência prestada pelos profissionais é uma forma de alertar as equipes de saúde e o poder público sobre a necessidade, ou não, de intervenções específicas para esse público alvo. A busca por aprimoramento deve ser constante e espera-se que este estudo possa contribuir para o alcance de melhores indicadores no processo de efetivação da doação de órgãos e tecidos.

A escala CAP para doação de órgãos apresenta evidências de validade e pode ser aplicada nos profissionais de saúde envolvidos no processo de doação de órgãos. Outros estudos precisam ser realizados para avaliação da equivalência de mensuração e a fidedignidade da escala.

Contribuição dos autores

Concepção e/ou desenho: Lima A.B.C.; Fioresi M. Análise e interpretação dos dados: Lima A.B.C.; Fioresi M.; Fiorin B.H.; Romero G.W.; Lopes A.B.; Furieri L.B. Redação do artigo: Lima A.B.C.; Fioresi M.; Fiorin B.H.; Romero G.W.; Lopes A.B.; Furieri L.B. Revisão crítica: Lima A.B.C.; Fioresi M.; Fiorin B.H.; Romero G.W.; Lopes A.B.; Furieri L.B. Revisão final: Lima A.B.C.; Fioresi M.

AGRADECIMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) e do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Edital 27/2016.

REFERÊNCIAS

- Correia, Wellington Lucas Bezerra et al. Potencial doador cadáver: causas da não doação de órgãos. *Enfermagem em Foco*, [Internet.], 2018 [cited 2017 jun 19]; 9(3): 30-34. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1150/457>.
- ABTO - Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. São Paulo, [internet] 2009 [acesso em 02 de maio de 2016]. Disponível: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/pdf/livro.pdf>.
- Brasil. Decreto nº 9.175, de 18 de outubro de 2017. Revoga o Decreto n. 2.268 de 30 de junho de 1997. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. *Diário Oficial da União*, Brasília. 2017.
- Brasil. Lei n. 9.434, de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 5 fev. 1997.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Revoga Portaria nº 2600/GM/MS, de 21 de outubro de 2009. Anexo I, Sistema Nacional de Transplantes. *Diário Oficial da União*: 2017.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 1.752, de 23 de setembro de 2005. Determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) em todos os hospitais públicos e filantrópicos com mais de 80 leitos. *Diário Oficial da União* 2005.
- Arcanjo RA, Oliveira LC, Silva DD. Reflexões sobre a Comissão Intra-Hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes. *Rev. Bioét.* [Internet]. 2013, 21(1) [acesso em 22 de novembro de 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000100014>.
- Soares ACO, Caminha MFC, Coutinho ACFP, Ventura CMU. Dor em unidade neonatal: conhecimento, atitude e prática da equipe de enfermagem. *Cogitare Enferm.* [internet] 2016;21(2) [Acesso em: 05 de abril de 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i2.42897>.
- Ministério da Educação (BR). Instituto Nacional do Desenvolvimento da Educação. Manual do Aplicador do estudo CAP. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2002.
- Badran, IG. Knowledge, attitude and practice the three pillars of excellence and wisdom: a place in the medical profession. *East Mediterr Health J* [internet] 1995 [acesso em 07 de novembro de 2017]. Disponível: <http://www.who.int/iris/handle/10665/116905>.
- Benson J, Clark F. A guide to instrument development and validation. *Am J Occup Ther* [Internet] 1982; 36(12): 789-800 [acesso em 07 de maio de 2018]. Disponível: <https://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1887697>.
- Pasquali, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Revista de Psiquiatria Clínica* [Internet] 1998; 25(05) [acesso em 07 de maio de 2018]. Disponível: <https://www.scribd.com/document/275033230/Pasquali-Principios-de-Elaboracao-de-Escalas-Psicologicas>.
- Machado SPC, Samico IC, Braga TDA. Conhecimento, atitude e prática sobre fototerapia entre profissionais de enfermagem de hospitais de ensino. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2012;65(1) [acesso em 01 de abril de 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000100005>.
- Freire ILS, Mendonça AEO, Pontes VO, Vasconcelos QLDAO, Torres GV. Morte Encefálica e cuidados na manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos para transplante. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2012;14(4) [Acesso em: 15 de novembro de 2017]. Disponível: <https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/pdf/v14n4a19.pdf>
- Heliodoro, Ednalva alves; Santa Rosa, Darcy de oliveira. Aspectos éticos e legais da morte encefálica conhecidos por estudantes de enfermagem. *Enfermagem em Foco*, [Internet.], 2019 [cited 2017 jun 19]; 10(1): 140-145. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1489/510>
- Barradas JFG. Atitudes dos enfermeiros perante morte cerebral e transplantação de órgãos. [Dissertação] Faro: Universidade do Algarve. Portugal. 2010. 161p. Disponível: <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/2076/1/Relatorio30-12.pdf>.
- Westphal GA, Garcia VD, Souza RL, Franke CA, Vieira KD, Birkholz VRZ, et al. Diretrizes para avaliação e validação do potencial doador de órgãos em morte encefálica. *Rev. bras. ter. intensiva* [Internet]. 2016; 28(3) [acesso em 01 de fevereiro de 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20160049>.
- Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº 466, 2012. Brasília; 2012.
- Lopes MVO, Silva VM, Araujo TL. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2013;66(5) [acesso em 05 de dezembro de 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000500002>.
- Cubas MR, Nóbrega MML. Atenção primária em saúde: diagnóstico, resultado e intervenções de enfermagem. 1ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.
- Perroca MG, Gaidzinski RR. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 1998;32(2) [acesso em 05 de dezembro de 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62341998000200009>.
- Bright E, Vine S, Wilson MR, Masters RS, McGrath JS. Face validity, construct validity and training benefits of a virtual reality TURP simulator. *Int J Surg.* [internet] 2012;10(3) [acesso em 16 de fevereiro de 2017]. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22366646>.
- Rubio DM, Weger MB, Tebb SS, Lee ES, Rauch S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. *Soc Work Res* [internet] 2003; 27(2) [acesso em 05 de março de 2017]. Disponível: <https://doi.org/10.1093/swr/27.2.94>.
- Pasquali L. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- Magalhães ALP, Lanzoni GMM, Knih NS, Silva EL, Erdmann AL. Segurança do paciente no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos. *Cogitare Enferm.* [internet] 2017;(22)2 [acesso em 01 de dezembro de 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i2.45621>.

AÇÕES COORDENADAS PARA IMPLANTAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM COMPLEXO HOSPITALAR

Graciele Fernanda da Costa Linch¹, Adriana Aparecida Paz¹, Rita Catalina Aquino Caregnato¹, Aline Moraes de Abreu¹, Emiliane Nogueira de Souza¹

Objetivo: relatar as ações coordenadas por meio da integração ensino-serviço para implantação e consolidação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em um complexo hospitalar. **Metodologia:** relatório técnico realizado por docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFCSPA sobre sua atuação no serviço de saúde por meio de projetos do mestrado profissional. Essa experiência ocorre progressivamente, desde 2009, sendo que houve um incremento a partir do convênio CAPES/COFEN, o qual fomentou trabalhos de mestrado profissional vinculados à temática sobre a SAE. **Resultados:** Foram desenvolvidos cinco produtos com ações em diferentes focos como educação, comunicação, aperfeiçoamento do sistema e gestão. Todas as ações estão interligadas e repercutem em melhorias da SAE e junto aos registros eletrônicos de enfermagem. **Conclusão:** Ações desenvolvidas junto ao serviço, por meio de projetos do mestrado profissional, contribuíram para implantação e consolidação da SAE.

Descritores: Enfermagem; Educação de Pós-Graduação em Enfermagem; Formação Profissional; Processo de Enfermagem.

COORDINATED ACTIONS FOR THE IMPLEMENTATION AND CONSOLIDATION OF THE SYSTEMATIZATION OF NURSING CARE IN A HOSPITAL COMPLEX

Objective: to report the implementation of coordinated actions through the teaching-service integration for implantation and consolidation of the systematization of nursing care in a hospital complex. **Methodology:** Technical report by professors of the Postgraduate Program in Nursing / UFCSPA about their work in the health service through the professional master's degree. This experience has taken place progressively since 2009, and there was an incentive for the CAPES / COFEN agreement, which fostered professional master's degrees related to SAE. **Results:** Five products were developed with actions in different areas such as education, communication, improvement of the system, and management. All are interconnected and have repercussions on SAE improvements with electronic nursing records. **Conclusion:** Research developed with the professional master's degree helped in the implementation and consolidation of SAE.

Descriptors: Nursing; Education, Nursing, Graduate; Professional Training; Nursing Process

ACCIONES COORDINADAS PARA IMPLANTACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA SISTEMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

Objetivo: relatar la implementación de acciones coordinadas a través de la integración enseñanza-servicio para implantación y consolidación de la sistematización de la asistencia de enfermería en un complejo hospitalario. **Metodología:** Informe técnico realizado por docentes del Programa de Postgrado en Enfermería / UFCSPA sobre su actuación en el servicio de salud por medio del máster profesional. Esta experiencia ocurre progresivamente desde 2009, siendo que hubo un incentivo del convenio Capes / Cofen, el cual fomentó trabajos de maestría profesional vinculados a la temática sobre la SAE. **Resultados:** Se desarrollaron cinco productos con acciones en diferentes focos como educación, comunicación, perfeccionamiento del sistema, y gestión. Todas están interconectadas y repercuten en mejoras de la SAE junto a los registros electrónicos de enfermería. **Conclusión:** Investigaciones desarrolladas junto al máster profesional auxiliar en la implementación y consolidación de la SAE.

Descritores: Enfermería; Educación de Posgrado en Enfermería; Capacitación Profesional; Proceso de Enfermería

¹Universidade Federal Ciências da Saúde de Porto Alegre-UFCSPA.
Autor correspondente: Graciele Fernanda da Costa Linch. E-mail: gracielelinch@gmail.com

INTRODUÇÃO

A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) vem sendo amplamente discutida. Sua finalidade é organizar o cuidado a partir de um método sistemático, tanto para a gestão quanto para a assistência de enfermagem⁽¹⁾. No entanto, são muitos os desafios para sua implementação, como a falta de conhecimento, ausência de educação permanente e a sobrecarga de trabalho⁽²⁾.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) vem aprimorando a orientação para a execução da SAE. Em 2002, o Conselho publicou a primeira Resolução COFEN 272/2002 que determinou sua implementação em todas as instituições de saúde⁽³⁾. No entanto, muitas instituições tiveram dificuldades para atender a resolução; assim, em 2007, ao reformular o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, a Resolução COFEN 311/2007 definiu as responsabilidades referentes aos registros de enfermagem, cujas determinações só seriam possíveis com a prática da SAE⁽⁴⁾. Contudo, em 2009, foi publicada a Resolução COFEN 358/2009, que revogou a Resolução COFEN 272/2002, reforçando a necessidade de implementação da SAE e realização de todas as etapas do processo de enfermagem (PE) nos serviços de saúde⁽⁵⁾.

Apesar de todo o empenho dos Conselhos, Federal e Regionais, em tornar viável a aplicabilidade do PE para a SAE desde a década de 70, ainda evidencia-se instituições de saúde em diversos níveis de implantação e implementação efetiva da SAE, seja no uso de seus recursos para registros físicos ou digitais, os quais implicam na prática assistencial do enfermeiro⁽⁶⁾. Considera-se que a aplicação da SAE é a única possibilidade do enfermeiro atingir sua autonomia profissional e constitui a essência de sua práxis. Dessa maneira, a formação de recursos humanos qualificados, principalmente junto aos programas de pós-graduação, pode ser uma oportunidade de alavancar e qualificar profissionais e as instituições de saúde nessa temática.

A implementação efetiva da SAE depende de diferentes fatores, sendo considerado, como aspecto fundamental, a pesquisa científica e a interação ensino-serviço. A partir dessa premissa, órgãos como COFEN e CAPES lançaram o edital 27/2016 em prol do desenvolvimento e execução de projetos junto a mestrados profissionais que visem à qualificação dos profissionais de enfermagem com o foco na SAE⁽⁷⁾.

Nesse cenário, o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) - Mestrado Profissional - da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), por meio do seu corpo docente, que

já vem com sólida parceria com serviço (em ensino, pesquisa e extensão), estreita essa relação no sentido de oportunizar a qualificação profissional com importante impacto para a prática. Nesse sentido, o presente manuscrito tem como objetivo relatar a implementação de ações coordenadas por meio da integração ensino-serviço, para implantação e consolidação da SAE em um complexo hospitalar.

METODOLOGIA

Trata-se um relatório técnico realizado por docentes e discente do PPGEnf - Mestrado Profissional, da UFCSPA alinhado ao ensino de graduação e residência multiprofissional e de sua relação com serviço de saúde. Essa experiência de fortalecimento na formação do enfermeiro pela UFCSPA ocorre progressivamente desde 2009. Em 2016, houve um incentivo pelo convênio CAPES/COFEN, o qual fomentou as propostas de projetos de intervenção e pesquisa, gerando produtos da SAE pelos mestrados no PPGEnf.

Cenários

A UFCSPA tem 51 anos de história, mas foi em 2008 que se tornou Universidade e autorizou o Curso de Bacharelado em Enfermagem. No ano seguinte, iniciou a oferta do curso de graduação e a admissão de docentes enfermeiros, semestralmente, era acrescida ao quadro de docentes. Esses docentes tinham o desejo e entendimento da importância em ampliar o desenvolvimento das atividades de pesquisa e a formação de recursos humanos na área de enfermagem. Em 2015, criou-se o PPGEnf, sendo fundamental para ampliar a integração ensino-serviço. Assim, o Mestrado Profissional em Enfermagem enfatiza estudos e técnicas diretamente voltadas ao desempenho de alto nível de qualificação profissional, que busca articular o conhecimento atualizado e o domínio da metodologia pertinente e orientada para a prática profissional. Os produtos gerados neste Programa contribuem para educação em serviço de profissionais enfermeiros nos serviços de saúde, e a conseqüente transformação das práticas nesses locais, por meio de estratégias inovadoras.

Dentre as instituições parceiras que mantém convênios com a UFCSPA, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA) é uma instituição hospitalar pioneira na assistência à saúde em Porto Alegre. A integração ensino-serviço com essa instituição ocorre na medida em que se desenvolvem as práticas assistidas/estágios de disciplinas dos diversos cursos de

graduação e pós-graduação, e da inserção de acadêmicos bolsistas de iniciação científica, de ensino e extensão, de modo que contribui para a qualificação das práticas em saúde e enfermagem. A ISCMPA é considerada como hospital escola para a UFCSPA, composta por sete unidades assistenciais (hospitais) e aproximadamente 1.000 leitos. O quadro de profissionais de enfermagem é constituído em torno de 700 enfermeiros e 2.250 técnicos de enfermagem. Utiliza-se neste complexo hospitalar o sistema de gestão em saúde informatizado, o Philips Tasy, o qual é organizado em módulos, tais como: hotelaria, apoio, suprimentos, faturamento, financeiro, gerencial, assistencial, entre outros. O sistema foi desenvolvido nas plataformas Java e Delphi e o gerenciador para banco de dados de ambas plataformas é o sistema Oracle.

Iniciativas e projetos envolvidos

As atividades, para a inserção do PE informatizado na ISCMPA, iniciaram no ano de 2013, com a constituição de um grupo de trabalho da SAE constituído enfermeiros gestores e líderes das sete unidades assistenciais (hospitais), docentes enfermeiras da UFCSPA e estudantes de graduação em Enfermagem. Na época, foi organizado um curso de extensão ministrado por docentes do Departamento de Enfermagem da UFCSPA, na modalidade presencial com carga horária de 30 horas. Esse curso foi ofertado em três edições, no período de 2013 a 2014, tendo a participação de 90 enfermeiros de diversos serviços e especialidades da ISCMPA. No curso era dado o início para definição dos principais diagnósticos de enfermagem (DE) de acordo com o perfil de admissão de pacientes nas unidades hospitalares. Em 2014, de posse da proposição dos DE prioritários por especialidades de cada unidade assistencial, estes eram apresentados ao grupo de trabalho da SAE para homologação. No entanto, o incremento de trabalho e desenvolvimento de registros eletrônicos, para a enfermagem, iniciou em 2016, agregando a pesquisa e intervenção de uma enfermeira discente do Mestrado Profissional.

Além desse estudo, outras atividades induziram a adesão das enfermeiras ao desenvolvimento de projetos relacionados a temática. Dentre essas, destaca-se reuniões periódicas relacionadas a temática da SAE, com discussões e definições de atividades prioritárias. Outro fator importante, foi a presença de docentes em campo de estágio, assim foi possível discussões diárias sobre novas propostas de estudos a partir das necessidades do serviço.

RESULTADOS

Foram produzidos cinco produtos relacionados ao

convênio CAPES/COFEN, nesse serviço. Diferentes estratégias metodológicas foram utilizadas para o desenvolvimento dessas ações, de acordo com as especificidades dos objetivos de cada proposta. A seguir, apresentam-se os objetivos, métodos, resultados, conclusão e produtos para cada um dos projetos.

Ação 1 - Avaliação do processo e do conteúdo dos registros eletrônicos referentes aos diagnósticos e intervenções de enfermagem

Objetivo: Avaliar o processo e o conteúdo dos registros eletrônicos referentes aos diagnósticos e intervenções de enfermagem, realizados por enfermeiros por meio dos registros em prontuário de pacientes, após implementação da SAE em sistema eletrônico. **Método:** Estudo que incluiu três etapas: análise de prontuários com a aplicação do instrumento denominado Quality of Diagnosis, Interventions and Outcomes (Q-DIO), avaliação dos enfermeiros quanto à realização da SAE no sistema eletrônico, por meio de questionário e elaboração de um instrumento de avaliação institucional dos registros eletrônicos. **Resultados:** Em relação aos registros de enfermeiros, foram analisados 147 prontuários eletrônicos. Quanto à opinião dos enfermeiros foram incluídos 87 enfermeiros que realizaram o registro da SAE no sistema eletrônico. O instrumento de avaliação dos registros dos enfermeiros foi elaborado de acordo com as características do sistema eletrônico. **Conclusão:** Identificou-se inconformidades nos registros eletrônicos dos enfermeiros, relacionando-se evolução, diagnósticos e prescrição de enfermagem. Em relação ao processo de registro no sistema eletrônico, foi identificada a necessidade de melhorias para que os profissionais tenham seu tempo otimizado e de acordo com as especificidades dos pacientes. Implicação prática: As ações desencadeadas por este projeto repercutiram na melhoria da qualidade dos registros eletrônicos de enfermagem. Identificou fragilidades e potencialidades no processo como um todo, uma vez que todos os enfermeiros da instituição estavam envolvidos. **Produtos:** Instrumento de avaliação da qualidade do registro de enfermagem para auditoria; e Relatório de melhorias oriundos do primeiro encontro com enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) cardiológica.

Ação 2 - Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória: avaliando os processos de trabalho do transoperatório

Objetivos: Sistematizar o processo de trabalho para a assistência de Enfermagem no transoperatório e avaliar

os processos de trabalho a partir da Ferramenta de Modos de Falhas e seus Efeitos (FMEA). **Método:** Estudo metodológico, utilizando-se a FMEA, o qual permite analisar falhas existentes, suas causas e efeitos no processo de trabalho, bem como o risco de ocorrência e gravidade, possibilitando a construção de ações corretivas. O índice de risco (IR) foi calculado pela multiplicação dos valores da gravidade, probabilidade de ocorrência e possibilidade de detecção. O campo de ação foi um Centro Cirúrgico (CC). **Resultados:** Constituíram-se grupos de trabalho, com profissionais ligados direta ou indiretamente ao CC, para analisar os processos de trabalho do transoperatório. Realizaram-se dez reuniões com 13 profissionais de diversas áreas, que avaliaram o fluxo de trabalho para “agendamento de cirurgias”, “farmácia satélite”, “Centro de Materiais e Esterilização (CME)” e “Centro Cirúrgico (CC)”. **Conclusão:** os processos com índices de riscos mais elevados identificados foram: agendamento de cirurgias; farmácia satélite; Centro de Materiais e Esterilização (CME); e o próprio Centro Cirúrgico, nesta ordem. Implicação prática: Os índices de riscos calculados e as ações indicadas foram: falha no agendamento de procedimentos cirúrgicos errados, sendo, a ação prática, a revisão do agendamento de cirurgias e melhora da comunicação; erros na montagem de... e revisão de materiais com a ação corretiva informatização e melhora da comunicação; tempo insuficiente de esterilização do material com a ação prática de solicitação com antecedência dos materiais; falha voltada ao reduzido quantitativo de enfermeiras para assistência no transoperatório, indicando a ação de adequação do quadro de profissionais para poder realizar a SAE perioperatória. **Produtos:** Fluxo do processo de trabalho transoperatório; Capacitação da equipe de enfermagem para realização do checklist cirúrgico; e Relatório técnico acerca dos resultados desse estudo para apresentação à Direção do CC.

Ação 3 - Plano de cuidado de enfermagem centrado no paciente oncológico em tratamento radioterápico

Objetivo: Propor um plano de cuidado de Enfermagem para inferência de diagnósticos e intervenções de enfermagem prioritárias a pacientes oncológicos submetidos a tratamento radioterápico, tendo como base o cuidado centrado no paciente. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo convergente assistencial desenvolvida em cinco fases: concepção; instrumentação: identificando as necessidades de saúde e revisão de evidências para fundamentar o cuidado centrado no paciente, perscrutação; análise;

e interpretação. **Resultados:** Todos os pacientes estão expostos aos riscos para integridade da pele prejudicada; 44% de um total de 223 pacientes tiveram integridade da pele prejudicada por ações da radioterapia. Os Diagnósticos de Enfermagem (DE) memória prejudicada relacionada à radioterapia foi constatado em 8% dos pacientes avaliados, e o DE mobilidade física prejudicada foi identificado em 17% dos pacientes. **Conclusão:** No primeiro momento, assim como o prejuízo à deglutição, também foram verificados outros problemas iniciais que não foram identificados nos demais momentos, sendo possível depreender que alguns impactos do tratamento radioterápico podem ser somente iniciais, assim como existem impactos verificados que vão surgindo no decorrer do tratamento, principalmente, aqueles voltados para os fatores psicossociais. Implicação prática: A informação individualizada sobre o tratamento do paciente é acessível para todos os profissionais de saúde envolvidos, bem como as informações ao paciente e ao cuidador sobre as opções de tratamento e manejo durante e após o tratamento. **Produto:** Plano de cuidado centrado no paciente em tratamento radioterápico.

Ação 4 - Avaliação de diagnósticos e intervenções de enfermagem em saúde mental para pacientes clínico-cirúrgicos hospitalizados

Objetivo: Avaliar os diagnósticos e intervenções em enfermagem (DE-IE) de saúde mental para pacientes adultos em unidades de internação clínico-cirúrgicos (UICC). **Método:** Trata-se de um estudo transversal realizado em uma instituição hospitalar. Os participantes foram um facilitador e três colaboradores enfermeiros atuantes em UICC, em que se constituiu como um grupo de trabalho. Utilizou-se o método Joint Application Development (JAD) para organizar, desenvolver objetivos e especificações de forma rápida, de modo que se obtenha a consensualidade no resultado/produto desenvolvido. A coleta utilizou um instrumento que contempla a avaliação pela escala de Likert sobre os problemas, sinais e/ou sintomas, DE-IE existentes no Tasy para registro do PE. Esse instrumento foi elaborado pela facilitadora para otimizar as discussões quanto à manutenção, alteração, exclusão e inclusão de problemas e DE-IE. **Resultados:** De 28 problemas existentes para o registro do enfermeiro no Tasy, resultaram em 12 problemas potenciais relacionados às funções psicoemocionais, que foram desmembrados em 40 sinais e/ou sintomas. **Conclusão:** Observou-se que o método JAD contribuiu para a concordância do grupo de trabalho quanto a definição da nova árvore em saúde mental, de modo que passou a priorizar os reais problemas

psicoemocionais dos pacientes e familiares/cuidadores nas UICC. Implicações práticas: A atualização da árvore para 12 problemas potenciais que estão relacionados aos DE-IE em saúde mental no sistema eletrônico Tasy possibilitará ao enfermeiro priorizar e registrar DE-IE no PE. Essa ação poderá contribuir para fortalecer a prática assistencial de enfermagem, com reflexos diretos para o retorno ao ambiente familiar e laboral pelo paciente e familiares/cuidadores, a redução da permanência hospitalar e custos hospitalares. **Produtos:** A “Árvore de saúde mental” para a SAE institucional; e um Curso de Extensão “Atenção de enfermagem em saúde mental para pacientes clínico-cirúrgicos hospitalizados”.

Ação 5 - Indicadores de qualidade assistencial a partir de registros eletrônicos integrantes do processo de enfermagem

Objetivo: Desenvolver indicadores de qualidade assistencial, através da plataforma Power BI, a partir dos registros das etapas do PE realizados em prontuário eletrônico de pacientes. **Método:** Levantamento de necessidades; mapeamento de requisitos; construção de query para consolidação dos dados; criação de interfaces gráficas; validação de conteúdo com revisão de dados nos prontuários eletrônicos; validação de formato com lideranças de enfermagem institucionais. **Resultados:** Foram desenvolvidos quatro tipos de indicadores: Adesão ao registro eletrônico da SAE; Adesão ao registro eletrônico do Histórico de Enfermagem, Acompanhamento de lesões por pressão; Ocorrência de intervenções de enfermagem versus diagnósticos de enfermagem; Ocorrência de diagnósticos de enfermagem. **Conclusão:** Foram gerados relatórios dinâmicos para o uso de gestores e lideranças em enfermagem, com dados em tempo real. Implicações práticas: Instrumentalização de gestores e lideranças em enfermagem quanto à aplicação do PE, monitoramento dos registros e avaliação da qualidade assistencial. **Produto:** Indicadores construídos sob formato de dashboards, através da ferramenta Power BI, obtidos por meio de consulta em banco de dados Oracle.

DISCUSSÃO

Os registros eletrônicos foram implementados na instituição ao final de 2012 e, em 2013, um grupo de docentes já iniciou atividades e estudos com o foco de aumentar a qualidade dos registros em relação ao PE. Para exemplificar, podem ser citados dois trabalhos de conclusão de curso (TCC), sendo um relacionado a intervenções de enfermagem⁽⁸⁾ e outro relacionado a

diagnósticos de enfermagem⁽⁹⁾. Ainda em 2013, iniciou-se um projeto de extensão que desencadeou diversas edições de um curso de capacitação em PE para os enfermeiros do complexo hospitalar. A partir desse curso, foi desenvolvido um estudo para avaliar o impacto de uma intervenção educativa na qualidade dos registros de enfermagem⁽¹⁰⁾.

Quando se pensa em estratégias institucionais para consolidação da SAE, por meio da utilização do PE com o uso de taxonomias, é preciso levar em consideração o contingente de enfermeiros envolvidos e a complexidade do processo envolvendo o setor de TI. Em uma instituição centenária, que tem mais de 700 enfermeiros em exercício da função, com variado tempo de serviço e formação, há o desafio de nivelar o conhecimento sobre o próprio PE e o propósito do uso das taxonomias na prática assistencial dos enfermeiros em paralelo às atividades assistenciais cotidianas. Esse aspecto foi contemplado, em parte, pelas ações do projeto de extensão, pela atuação de professoras em Comissão da SAE e pelo grupo de pesquisa que trabalha a temática. Além disso, há que se considerar também fatores relacionados à implantação de mudanças em processos de trabalho, para as quais muitos colaboradores apresentam resistências e baixa adesão às capacitações e treinamentos, como mencionado em estudos prévios.

Um estudo que avaliou os aspectos que facilitam e dificultam o gerenciamento do cuidado através da informatização da SAE, na prática diária dos enfermeiros em três instituições hospitalares que implantaram a SAE eletronicamente, também na região sul do país, mostra que em algumas realidades existe apenas um enfermeiro que participa dos grupos de manutenção do sistema. Neste sentido, os modelos de gestão utilizados pelas instituições são o que mais dificultam a manutenção da SAE, pois, geralmente adotam a filosofia de que um grupo planeja o processo de manutenção da ferramenta eletrônica e outro o executa⁽¹¹⁾.

No entanto, especificamente sobre os registros de enfermagem no sistema eletrônico, que teve a sua implementação apenas em 2017, ou seja, quase cinco anos depois da implementação do software de gestão hospitalar na ISCMPA, foi possível implementar os módulos que exigiram uma adequação teórica e prática em consonância com a mudança na prática profissional dos enfermeiros. Assim, a partir dos estudos supracitados e de outras ações conjuntas de integração ensino-serviço da UFCSPA e ISCMPA iniciou-se o processo de implantação, que inicialmente ocorreu em UTIs.e,

posteriormente, nas unidades de internação clínica.

Efetivamente, a implementação dos registros eletrônicos de enfermagem com o uso de taxonomias ocorreu como trabalho final (produto) do Mestrado Profissional⁽¹²⁾, pelo fato de ser uma enfermeira assistencial com carga horária de 8 horas diária e disponibilizada pelo serviço para atividades relacionadas ao planejamento e desenvolvimento da árvore de raciocínio para inclusão das etapas do PE no software. Após a implantação da SAE no sistema de gestão da instituição, fez-se necessária sua avaliação, tanto do processo de registro como da qualidade do registro. Assim, foi elaborado um projeto, por enfermeira do complexo hospitalar, com esse foco, para que melhorias e novas capacitações fossem planejadas e executadas (Ação 1). Dentre o levantamento realizado junto aos enfermeiros, ficou evidenciado aspectos que requerem melhorias e/ou modificações como, por exemplo, a associação entre materiais, ações de cuidado e diagnóstico de enfermagem. Além disso, a necessidade de treinamentos periódicos e continuados, tendo em vista a rotatividade de colaboradores e o raciocínio clínico esperado para dar início à entrada de dados na SAE informatizada. Já em relação ao conteúdo das informações que alimentam o sistema, na interface da SAE, foi identificado falhas em atribuir diagnósticos de enfermagem e ações de cuidado em detrimento de material a ser gerado para as necessidades da prática assistencial. Estes aspectos levantados na Ação 1, de avaliação do que já estava sendo realizado, caracterizam-se como subsídios para ações posteriores de planejamento e execução que visam melhorar o processo e conteúdo de registros eletrônicos relacionados à SAE. Dentre as novas ações está a revisão e definição de DE prioritários e de risco de acordo com perfis de pacientes pelos enfermeiros e a geração de um relatório, criado pela Comissão da SAE, sobre as melhorias necessárias a serem desenvolvidas pela TI da instituição. Nesse contexto, a enfermeira mestranda e docentes estão envolvidos, participando ativamente das reuniões da Comissão da SAE e de reuniões com enfermeiros de setores, com apoio do serviço de enfermagem da instituição.

Áreas mais específicas como centro cirúrgico e radioterapia também necessitam de mais estudos. As Ações 2 e 3 exemplificam produtos desenvolvidos para essas áreas. Outra especificidade foi a questão da saúde mental como um todo (Ação 4), na qual, para tal cenário, foi desenvolvido um aperfeiçoamento no sistema pelos próprios profissionais, incluindo a liderança de enfermagem e especialistas em enfermagem na saúde mental, de unidades de internação, com auxílio de uma mestranda que atuava em unidade de internação

neurológica. E, por fim, foram criados a partir de uma ferramenta do sistema Philips Tasy, os indicadores gerais para auxiliar a gestão na tomada de decisão nos processos relacionados a SAE da instituição (Ação 5).

Diante dessa evolução cronológica e prática de diferentes ações que refletem em mudanças relacionadas à SAE, em uma instituição de grande porte, pode-se perceber que o Mestrado Profissional, seja pelo convênio CAPES-COFEN e pelo ingresso regular dos mestrandos, está cumprindo o seu papel de formar recursos humanos capazes de transformar a sua prática e contribuir para melhorar a qualidade dos serviços. Essa modalidade strictu sensu visa desenvolver competências para que o enfermeiro possa utilizar a pesquisa de modo a agregar valor às suas atividades de interesse profissional, pessoal e social⁽¹³⁾. Nesse sentido, espera-se que os TCCs, descritos ao longo das cinco ações, possam contribuir para além dos cenários de inserção desses enfermeiros, que estão em fase final para a conclusão do mestrado, e que a contribuição seja para o desenvolvimento da enfermagem de maneira ampliada, com o devido impacto na saúde, econômico e social.

Limitações do estudo

Importante mencionar que as ações já foram realizadas, encontrando-se ainda em fase de redação de relatório do TCC, pois está encerrando-se o período de dois anos das discentes no PPGEnf/UFCSPA pelo convênio CAPES-COFEN. Contudo, novas propostas para consolidação da SAE, nesta instituição, a cada processo seletivo, são realizadas pelos novos discentes com vínculo empregatício com a ISCMPA.

Contribuição do estudo para a prática

Esse estudo contribui para a prática profissional na medida em que auxilia o serviço de enfermagem do hospital escola, parceiro da UFCSPA, a consolidar o PE e SAE na integralidade, conforme preconizado pelo COFEN (Resolução 358/2009). Ainda, demonstra o desenvolvimento de estratégias de sucesso das ações realizadas para que possam ser replicadas em outros cenários hospitalares. As atividades desencadeadas pelas ações dos projetos de mestrandos envolveram muitos enfermeiros assistenciais e a gestão do serviço de enfermagem da ISCMPA. Quinzenalmente, a Comissão da SAE e docentes do PPGEnf se reúne para apresentar e discutir o que está sendo realizado na instituição. Enfermeiros supervisores e assistenciais de diferentes áreas participam e são comunicadores das informações para os demais profissionais e equipe de enfermagem.

CONCLUSÃO

Os relatos das ações coordenadas por meio da integração ensino-serviço para implantação e consolidação da SAE em um complexo hospitalar demonstram a importância e o impacto dos produtos do Mestrado Profissional na prática. O desenvolvimento dos produtos estimulam a gestão participativa na resolução de problemas e inovação na prática assistencial, fortalecendo o trabalho organizado da enfermagem.

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de

Nível Superior - Brasil (CAPES) e do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) através de auxílio do Edital 27/2016. Estende-se o reconhecimento à gestão e liderança da enfermagem da ISCMPA pela valorização dessa integração ensino-serviço com a UFCSPA.

Contribuição dos Autores

Concepção e/ou desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final: Graciele Fernanda da Costa Linch, Adriana Aparecida Paz, Emiliane Nogueira de Souza; Concepção e/ou desenho, redação do artigo, e revisão final: Rita Catalina Aquino Caregnato, Aline Moraes de Abreu.

REFERÊNCIAS

- Silva R et al: Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da equipe. *Rev Enferm em Foco* [internet] 2016 [citado em 28 mai 2019] 7 (2): 32-36. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/803/328>.
- Mainelli NP, Silva ARA, Silva DN. Sistematização da assistência de enfermagem desafios para a implantação. *Rev Enferm Contemp* [Internet]. 2015 jul.-dez [citado em 1 jun 2019] 4(2):254-63. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/523>.
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº. 272/2002, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem - SAE- nas instituições de saúde brasileiras. *Diário Oficial da União* [Internet]. 27 ag. 2002 [citado em 1 jun. 2019].
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n.º 311/2007, de 08 de fevereiro de 2007. Dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2007 [citado em 01 jun. 2019].
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n.º 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. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2009 [citado em 01 jun. 2019].
- Barros ALBL, Lopes JL. A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. *Rev Enferm Foco* [Internet]. 2010 [citado em 1 jun 2019];1(2) 63-5. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/17>.
- Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Pessoal de Ensino Superior. Apoio a programas de pós-graduação da área de enfermagem - modalidade mestrado profissional. [Internet]. 5 dez 2016 [citado 1 maio 2019]. Disponível em: <https://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/05122016-Edital-27-Capes-COFEN.pdf>.
- Duarte RT, Linch GFC, Caregnato RCA. The immediate post-operative period following lung transplantation: mapping of nursing interventions. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. out. 2014 [citado em 1 jun. 2019]; 22(5): 778-784. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000500778&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3626.2480>.
- Costa C, Linch GFC, Nogueira ES. Nursing Diagnosis Based on Signs and Symptoms of Patients With Heart Disease. *Internat J Nursing Knowl* [Internet]. 2016 [citado em 1 jun. 2019];1. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26992134>
- Linch GFC et al. Impacto de una intervención educativa en la calidad de los anotaciones de enfermería. *Rev Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2017 [citado em 1 junho 2019];25(s.n.):e2938. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100385&lng=en. Epub Oct 30, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1986.2938>.
- Ribeiro JC, Ruoff AB, Baptista CLBM. Informatização da Sistematização da Assistência de Enfermagem: avanços na gestão do cuidado. *J Health Inform*. 2014 [citado em 20 junho 2019] Julho-Setembro; 6(3): 75-80. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/296>.
- Costa C, Linch GFC. Implementation of electronic records related to nursing diagnoses. *Int J Nurs Knowl*. [Epub ahead of print]. 2018 Jul 24 [citado em 1 jun 2019] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30040237> doi: 10.1111/2047-3095.12219.
- Scochi CGS, Gelbecke FL, Ferreira MA, Alvarez AM. Mestrado profissional: potencial contribuição para a Enfermagem De Prática Avançada. *Rev Bras Enferm*. [internet] 2015. dez. [citado em 30 maio 2019]; 68(6): 1186-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000601186&lng=en <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016680626i>.

SISTEMA INFORMATIZADO À DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM: UMA CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO NA ONCOLOGIA

Gisele Martins Miranda¹, Luciana Martins da Rosa², Kátia Cilene Godinho Bertocello¹, Nen Nalú Alves das Mercês³, Lúcia Nazareth Amante¹
Ana Graziela Alvarez¹

Objetivo: Descrever a construção e a validação dos registros eletrônicos do processo de enfermagem em uma instituição oncológica. **Metodologia:** Estudo de desenvolvimento metodológico realizado em Santa Catarina, entre 2015 e 2018, sustentado pela Teoria de Elaboração de Instrumental Psicológico. Os procedimentos teóricos incluíram estudo de revisão, oficinas de discussão e de capacitação com validação semântica por consenso entre enfermeiros do cenário do estudo. Nos procedimentos experimentais realizou-se teste piloto e concluiu-se a validação semântica. **Resultados:** Incluíram-se 62 enfermeiros. Histórico de Enfermagem construído incluiu cinco domínios, 90 itens, 568 subitens. Selecionou-se das Taxonomias da North American Nursing Diagnosis Association 132 Diagnósticos, 143 Resultado e 176 Intervenções de Enfermagem, alimentados no sistema de informação na forma interconectada. Para os conteúdos da Avaliação de Enfermagem utilizou-se a matriz de dados do instrumento Histórico de Enfermagem. **Conclusão:** Os cadastros interconectados construídos favorecem a tomada de decisão do enfermeiro e qualificam o cuidado.

Descritores: Informática em enfermagem; Estudos de validação; Processo de enfermagem; Oncologia; Registros Eletrônicos de Saúde.

CLINICAL DECISION COMPUTERIZED SYSTEM IN NURSING: A CONSTRUCTION AND VALIDATION IN ONCOLOGY

Objective: To describe the construction and validation of electronic records of the nursing process in an oncological institution. **Methodology:** A methodological development study carried out in Santa Catarina, between January and April 2019, supported by the Theory of Elaboration of Psychological Instrumental. Theoretical procedures included review study, discussion and training workshops with semantic validation by consensus among nurses in the study setting. In the experimental procedures a pilot test was performed and the semantic validation was concluded. **Results:** 62 nurses were included. Built Nursing Historic included five domains, 90 items, 568 subitens. From the North American Nursing Diagnosis Association Taxonomies, 132 Diagnoses, 143 Outcomes, and 176 Nursing Interventions were selected. Subsequently inserted into the management system in interconnected form. For the contents of the Nursing Evaluation, the data matrix of the Nursing Historic instrument was used. **Conclusion:** The interconnected records built favor nurses' decision making and qualify care.

Descriptors: Nursing informatics; Validation studies; Nursing process; Oncology; Electronic Health Records.

SISTEMA INFORMATIZADO A LA DECISIÓN CLÍNICA EN ENFERMERÍA: UNA CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN EN LA ONCOLOGÍA

Objetivo: Describir la construcción y validación de registros electrónicos del proceso de enfermería en una institución de oncología. **Metodología:** Estudio de desarrollo metodológico realizado en Santa Catarina, entre 2015 y 2018, apoyado por la Teoría del Desarrollo de Instrumentos Psicológicos. Los procedimientos teóricos incluyeron estudio de revisión, talleres de discusión y capacitación con validación semántica por consenso entre las enfermeras en el entorno del estudio. En los procedimientos experimentales se realizó una prueba piloto y se concluyó la validación semántica. **Resultados:** Se incluyeron 62 enfermeras. Histórico de Enfermería construído incluyó cinco dominios, 90 artículos, 568 subpuntos. De las Taxonomías de la North American Nursing Diagnosis Association, se seleccionaron 132 Diagnósticos, 143 Resultados y 176 Intervenciones de enfermería, alimentados al sistema de información en forma interconectada. Para los contenidos de la Evaluación de Enfermería, se utilizó la matriz de datos del instrumento Histórico de Enfermería. **Conclusión:** Los registros interconectados creados favorecen la toma de decisiones de las enfermeras y califican la atención.

Descriptor: Informática aplicada a la enfermeira; Estudios de Validación; Proceso de enfermería; Oncología; Registros Electrónicos de Salud.

¹Centro de Pesquisas Oncológicas- CEPON

²Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC.

³Universidade Federal do Paraná-UFPR.

Autor correspondente: Luciana Martins da Rosa. E-mail: luciana.m.rosa@ufsc.br

INTRODUÇÃO

Os sistemas de informação no Processo de Enfermagem (PE) tem contribuído de forma positiva para os registros do cuidado e gestão. Estudos sobre a implementação de um sistema de informações nos documentos de enfermagem apontam que a qualidade dos registros de enfermagem melhora significativamente a segurança, reduz riscos e contribui com a eficiência do trabalho de enfermagem⁽¹⁻³⁾.

No Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), uma instituição de Santa Catarina (SC), a implantação do PE em prontuário físico ocorreu em 1997. O referencial teórico escolhido pelos enfermeiros para sustentar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) foi a associação das Teorias de Orem e Peplau⁽⁴⁾. Das cinco etapas do PE, quatro foram implantadas, a etapa dos Diagnósticos, naquele momento, limitou-se à identificação dos problemas em saúde.

Entre 1997 e 2011, o CEPON ampliou sua estrutura e a atenção ofertada à população e o uso das taxonomias de enfermagem ganhou relevância. Somado a esses fatos, em 2011, o CEPON adotou um software com linguagem de programação Delphi - Sistema de Gestão em Saúde TASY.

Em 2015, a alta gerência do CEPON identificou a necessidade de informatização do PE e necessidade de atendimento à Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem. Por conseguinte, a informatização dos registros eletrônicos do PE no CEPON vem sendo desenvolvida por um movimento crescente. A aproximação e a participação da enfermeira do CEPON responsável pela informatização do PE com Curso de Mestrado Profissional alicerçou cientificamente esse processo de construção e estimulou o compartilhamento da experiência no meio científico.

Portanto, este estudo objetiva descrever a construção e a validação dos registros eletrônicos do processo de enfermagem em uma instituição oncológica.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Estudo de desenvolvimento metodológico, para construção e validação de instrumentos para registro eletrônico do processo de enfermagem, sustentado pela Teoria de Elaboração de Instrumental Psicológico de Luiz Pasquali⁽⁵⁾.

Os estudos de validação referem-se à propriedade de um instrumento medir/verificar o que se propõe. A confiabilidade e a validade são consideradas as principais propriedades de medida dos instrumentos construídos,

que desempenham um importante papel na prática clínica e na avaliação de saúde⁽⁶⁾. Por este motivo, a Teoria de Elaboração de Instrumental Psicológico foi escolhida para a elaboração dos produtos de enfermagem aqui apresentados.

Local do estudo

CEPON é uma instituição referência em SC desde 1986, que disponibiliza atendimento hospitalar (75 leitos) e atendimento ambulatorial as pessoas com todos os tipos de câncer. Em 2018, realizou 107.447 atendimentos ambulatoriais, 4.087 internações e 8.217 atendimentos de pronto socorro. A equipe de enfermagem do CEPON se constitui de 84 enfermeiros e 201 técnicos de enfermagem.

População do estudo

Foram incluídos enfermeiros atuantes no CEPON, coordenadores e enfermeiros assistenciais dos setores ambulatoriais e de internação, com atuação de, no mínimo, um ano na instituição e enfermeira atuante no Setor de Informática (TI) do CEPON.

Coleta e análise dos dados

A coleta e análise dos dados no estudo de desenvolvimento metodológico configuram as etapas de construção e de validação dos instrumentos. Resultados parciais são obtidos no transcorrer do processo de construção, até finalização da validação.

Dentre os procedimentos teóricos e experimentais, Pasquali propõem seis passos para a construção e validação do constructo de interesse⁽⁵⁾. Os conceitos de cada passo e as estratégias adotadas neste estudo serão apresentados a seguir na forma descritiva. Dividiu-se a descrição em procedimentos teóricos realizados no primeiro e segundo momento da construção e procedimentos experimentais.

Pasquali⁽⁵⁾ ainda sugere a realização de procedimentos analíticos, mas apesar dos mesmos terem sido realizados, considerando o volume de dados, esta etapa não será apresentada neste artigo.

Procedimentos teóricos - primeiro momento

A Teoria de Elaboração de Instrumental Psicológico aponta a necessidade de definição inicial de um problema para sua aplicação. O problema encontrado foi à ausência de registros eletrônicos nas cinco etapas do PE e a existência apenas de registros em campos descritivos no prontuário do paciente. Diante desta problemática, enfermeira, com competência em informática foi escolhida, pela Gerência de Enfermagem, para atuar na TI do CEPON e informatizar o PE - criação dos registros eletrônicos de enfermagem.

Passos para a construção dos procedimentos teóricos

1º passo - Sistema psicológico: ocorre a definição das ideias dos conteúdos dos instrumentos que devem ser construídos⁵. Neste estudo, constituiu-se pela definição da necessidade da criação dos conteúdos para registro eletrônico das etapas do PE - um instrumento para o Histórico de Enfermagem voltado ao contexto da enfermagem oncológica e outro instrumento contendo os Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem.

Para que isso ocorresse, a enfermeira atuante na TI iniciou estudo para compreender os parâmetros e cadastros do PE no TASY, utilizando a base de testes e homologações de versão do sistema.

2º passo - Propriedade do sistema psicológico: são delimitados os aspectos específicos que se deseja estudar e para os quais se quer construir um instrumento de medida⁽⁴⁾. Neste contexto, realizou-se revisão narrativa (incluiu 20 publicações), livros textos e artigos científicos indexados em diversas bases de dados, que apresentavam as temáticas PE, informatização do PE e taxonomias de enfermagem.

A revisão narrativa inspirou a ideia de como elaborar o instrumento com adequação aos campos dos cadastros do Tasy, que contém campos de seleção simples, multisseleção e descrição e a necessidade de definir-se com os enfermeiros do CEPON qual linguagem padronizada seria adotada para os registros dos Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem.

3º passo - Dimensionalidade do atributo: obtêm-se as respostas se o atributo é uma unidade semântica única ou uma síntese de componentes diferentes ou até independentes⁵. Para tanto, fez-se a análise da Teoria de Orem e de Peplau, em revisão narrativa (15 publicações incluídas) e definiu-se que a estrutura interna do instrumento seria multifatorial.

4º passo - Definição dos construtos: divide-se em definição constitutiva e operacional, a primeira é aquela quando o construto é definido através de outros construtos⁴. Neste estudo utilizou-se as Teorias de Orem⁽⁷⁾ e Peplau⁽⁶⁾ e os Padrões de Saúde Funcional⁽⁹⁾ como constructos orientadores. A segunda sustenta a legitimidade da representação empírica comportamental⁽⁵⁾. Neste estudo, esta definição vinculou-se ao perfil oncológico dos pacientes em relação aos instrumentos que se pretendia construir. Sequencialmente, os conteúdos definidos foram listados e categorizados.

5º passo - Operacionalização do construto: dá-se pela construção dos itens que representarão o construto⁽⁵⁾. Assim, agruparam-se os conteúdos categorizados, formando a 1ª versão do instrumento Histórico de

Enfermagem. Esta construção foi digitada em arquivo do Programa Word da Microsoft. Os cinco primeiros passos foram realizados pela enfermeira atuante na TI.

Oficina de capacitação e de discussão com os enfermeiros foi realizada com objetivo de revisão dos conceitos sobre o PE e apresentação do Tasy, com demonstração do preenchimento e funcionalidades dos registros no sistema. Ainda nesta oficina, iniciou-se a validação semântica por consenso (6º passo apresentado a seguir), disponibilizando-se aos enfermeiros uma cópia da 1ª versão do instrumento Histórico de Enfermagem, para que pudessem verificar se os conteúdos eram compreensíveis e aplicáveis no cuidado ao paciente oncológico. Participaram dessa primeira oficina 18 enfermeiros. As contribuições dos enfermeiros foram agrupadas analisadas, quando construiu-se a 2ª versão do instrumento.

Segunda oficina foi organizada para apresentação das taxonomias de enfermagem: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®, North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) - Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-Internacional (NANDA-I), Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) e Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)⁽⁹⁻¹¹⁾. O objetivo desta oficina foi a definição da linguagem padronizada a ser adotada na instituição. Decidiu-se pela adoção das taxonomias da NANDA-I (NANDA NNN)⁽⁹⁻¹¹⁾. Nesta oficina participaram dez enfermeiros.

Sequencialmente realizou-se nova revisão narrativa, com o objetivo de identificar-se os Diagnósticos de Enfermagem mais utilizado no contexto oncológico (12 publicações incluídas). Posteriormente, realizou-se mapeamento cruzado⁽¹²⁾ entre os conteúdos do instrumento Histórico de Enfermagem com as características definidoras e fatores relacionados e de risco da NANDA-I para eleição dos Diagnósticos que deveriam ser selecionados para cadastramento no Tasy. Os achados foram cruzados com os resultados obtidos estudo de revisão, o que culminou na seleção final dos Diagnósticos, esses cruzados⁽¹²⁾ com as taxonomias NOC e NIC para seleção dos Resultados e Intervenções de Enfermagem para cadastro no sistema.

No desdobramento das atividades, construiu-se uma planilha no Programa Word contemplando a seleção dos Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem⁽⁹⁻¹¹⁾ e determinou-se os grupos de dados e de ligações entre os mesmos. Assim, construiu-se os conteúdos do segundo instrumento proposto na definição das ideias nos procedimentos teóricos.

Em posse dos conteúdos dos dois instrumentos construídos, iniciou-se o cadastramento dos conteúdos

no Tasy. Após o cadastro no sistema foram ajustados os dados no banco de dados relacional e trabalhadas as configurações para a funcionalidade da ferramenta, ou seja, elaborou-se banco de conteúdos para registro do PE, sendo as quatro primeiras etapas construídas na forma inter-relacionadas no sistema informatizado (cadastros interconectados). Os cinco primeiros passos foram realizados em 2015.

Esta estratégia permite que o sistema, após preenchimento do Histórico de Enfermagem pelo enfermeiro, gere sugestões de Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem, que devem ser confirmadas ou não pelos enfermeiros. A relação dos dados nos cadastros do sistema ocorre através de algoritmos em uma linguagem de programação.

6º passo - Análise teórica dos itens: constitui-se pela análise dos conteúdos por juizes com o intuito de estabelecer a compreensão dos itens (análise semântica) e a pertinência dos mesmos ao atributo que se pretende medir (análise de conteúdo - procedimentos analíticos não apresentados neste artigo)⁽¹³⁾. Neste estudo os juizes na análise semântica foram os enfermeiros do CEPON.

A validação semântica sobre os conteúdos dos instrumentos foi realizada por consenso entre os enfermeiros participantes do estudo e ocorreu em 2016 com o desenvolvimento de mais uma oficina de discussão e capacitação.

Assim, realizou-se a terceira oficina para apresentação aos enfermeiros dos registros eletrônicos no prontuário do paciente. Participaram desta oficina oito enfermeiros, que após a apresentação dos conteúdos discutiram os conteúdos apresentados e validaram por consenso a sequência dos conteúdos e layout dos registros eletrônicos que deveriam compor os instrumentos. Frente às recomendações construiu-se 3ª versão do instrumento Histórico de Enfermagem. Em relação aos instrumentos contendo os Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem os conteúdos foram aceitos na totalidade. Os enfermeiros apontaram que como os mesmos foram selecionados das taxonomias da NANDA, validação semântica não se fazia necessária.

Descrição dos procedimentos experimentais

Os procedimentos experimentais abrangeram a aplicação do teste piloto (três meses). Participaram desta etapa oito enfermeiros atuantes na Central de Quimioterapia. Iniciou-se o teste piloto em 2016, com a realização de uma consulta de enfermagem por dia. Ao término de cada consulta, a enfermeira da TI, in loco,

orientava e auxiliava os enfermeiros na realização dos registros eletrônicos.

Neste momento, era solicitado um feedback do enfermeiro em relação ao uso da ferramenta informatizada, as recomendações dos enfermeiros eram analisadas pela enfermeira atuante na TI e os ajustes solicitados incorporados aos instrumentos informatizados.

Ampliou-se o teste piloto (três meses) com 18 enfermeiros atuantes na unidade de internação Cuidados Paliativos e Ambulatório de Adultos Jovens, com capacitação prévia dos profissionais. Neste período, quarta oficina de capacitação foi desenvolvida, com 18 enfermeiros, abordando a temática exame físico, pois observou-se incompletude dos registros de enfermagem. A análise dos dados para verificação da incompletude foi realizada pelas ferramentas disponíveis no Tasy.

Ao término do teste piloto construiu-se a 4ª versão do instrumento Histórico de Enfermagem, considerando as contribuições dos enfermeiros. Sequencialmente, deu-se início a implantação nos demais setores institucionais, quando construiu-se instrumento para os registros da Avaliação de Enfermagem. Para embasar esta construção, utilizou-se a matriz de dados do instrumento Histórico de Enfermagem, definiram-se itens de preenchimento obrigatório e adotou-se os cadastros interconectados do sistema. Desde o término do teste piloto, os registros do PE foram liberados para uso de todos os enfermeiros e pequenos ajustes dos conteúdos foram sendo incluídos, conforme solicitação da equipe.

Procedimentos teóricos - segundo momento

Na análise constante da equipe sobre os registros eletrônicos na prática clínica, evidenciou-se a fragilidade nos constructos do instrumento Histórico de Enfermagem incluindo a sustentação teórica proposta por Orem e Peplau⁽⁷⁻⁸⁾.

Nesse momento foi consensuado com os enfermeiros o aperfeiçoamento dos propósitos da Fase de Orientação da Teoria de Peplau e os Requisitos de Autocuidado Universal, Desenvolvimentais e Desvio de Saúde de Orem⁽⁷⁻⁸⁾ nos conteúdos do Histórico de Enfermagem e definiu-se a necessidade de validação analítica com experts nas Teorias de Orem e Peplau, externos ao CEPON.

Então, voltou-se à literatura para nova aproximação com as teorias norteadoras da SAE no CEPON. Este fazer configurou a realização de novos procedimentos teóricos, previstos por Pasquali⁵ que culminou na elaboração da 5ª versão do instrumento submetida à validação analítica.

Cuidados éticos

Respeitou-se os princípios éticos e legais para pesquisas com seres humanos. Apreciação ética registrada sob os números 02799618.1.0000.0121 (proponente) e 02799618.1.3001.5355 (co-participante).

RESULTADOS

Participaram deste estudo 36 enfermeiros nos procedimentos teóricos e 26 nos procedimentos experimentais.

Os procedimentos teóricos e experimentais resultaram na elaboração de cinco versões do instrumento, intitulado "Histórico de Enfermagem" e banco de dados contendo os Diagnósticos, Resultados e Intervenções, segundo taxonomias da Nanda⁽⁹⁻¹¹⁾, cadastrados de forma interconectada no Tasy, ou seja, os registros do Histórico de Enfermagem sugerem Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem que devem ser confirmado ou não pelo enfermeiro em sua tomada de decisão. Os registros eletrônicos construídos no Tasy foram registrados no prontuário do paciente sob o título SAE.

A última versão do Histórico de Enfermagem constitui-se por cinco domínios de conteúdos, 90 itens e 568 subitens, com opção de registro eletrônico para complementação de informações, de acordo com a necessidade identificada por cada enfermeiro. Todos os domínios dos conteúdos foram intitulados, "Fase de Orientação do Processo de Enfermagem".

O primeiro domínio do instrumento "Requisitos de Autocuidado Universal e por Desvio de Saúde" abrangeu a entrevista de enfermagem. O segundo domínio "Requisitos de Autocuidado Desenvolvimentais" abrangeu conteúdos sobre o conhecimento para controle e tratamento das comorbidades e a tomada de decisão do paciente. O terceiro domínio "Déficit de Autocuidado" abrangeu conteúdos sobre a avaliação do autocuidado do paciente. O quarto domínio "Requisito de Autocuidado por Desvio de Saúde" apresentou os conteúdos para registro do exame clínico do paciente. O quinto domínio "Sistemas de Enfermagem" permite o registro da necessidade do sistema totalmente compensatório; sistema parcialmente compensatório; apoio-educativo e independe para o autocuidado do paciente, proposto por Orem.

Foram cadastrados no sistema 132 Diagnósticos (81 com foco no problema, 46 de risco, dois de promoção da saúde e três de síndrome), 143 Resultados e 176 Intervenções de Enfermagem.

DISCUSSÃO

Reestruturar o Histórico de Enfermagem, neste estudo, com o uso de referencial teórico já conhecido e aceito pela equipe de enfermagem facilitou a adesão dos enfermeiros aos registros eletrônicos do PE. A adoção das taxonomias da NANDA⁽⁹⁻¹¹⁾ trouxe cientificidade à tomada de decisão clínica. Destaca-se que a construção dos registros eletrônicos do PE a partir de bancos de dados incluindo cadastros interconectados qualificou e agilizou a tomada de decisão do enfermeiro e vem servindo de exemplo inclusive para outras instituições que procuram a TI do CEPON para orientação das estratégias que devem ser adotadas para construção semelhante. Esta produção vem também favorecendo a capacitação dos profissionais recém admitidos e estudantes de enfermagem.

Entende-se que os instrumentos construídos configuram proposições inovadoras, que trouxeram melhorias e visibilidade à enfermagem oncológica no cenário do estudo⁽¹⁴⁾.

O uso da tecnologia para informatizar os registros do PE abre um leque de benefícios para o paciente/cuidador, profissionais de enfermagem e instituição de saúde. Estes benefícios abrangem: Facilidade no acesso das informações; Agilidade na tomada de decisão e no cuidado; Apoio 24 horas do Serviço de Informática; Segurança das informações e do cuidado; Disponibilidade de mais tempo para o paciente e familiar; Menor deslocamento do setor/local de trabalho; Economia de papel/impresos; Organização dos dados; e Acesso às informações globais do paciente de qualquer lugar da instituição⁽¹⁵⁾.

Com o desenvolvimento tecnológico atual e previsto para o futuro, os enfermeiros devem ser capazes de resolver problemas diante de uma infinidade de situações e condições em meio de diferentes adversidades. O uso do prontuário eletrônico, sistemas da informação e liderança da equipe configuram características indispensáveis para a melhor gestão do cuidado⁽¹⁶⁾.

Estudo aponta que o dimensionamento deficitário de enfermeiros nas instituições e a falta de capacitação vêm abrindo lacunas para a realização do PE, bem como o tempo dispendido para os registros eletrônicos⁽¹⁷⁾. No cenário do estudo também ocorreram queixas dos profissionais relacionadas à quantidade de conteúdos a serem preenchidos no PE informatizado. No entanto, a iniciativa do PE informatizado ter partido da alta gerência e a gestão dos registros de enfermagem por meio do Setor de TI, e ainda, porque o cenário do estudo trabalha com indicadores de qualidade e auditorias periódicas, favoreceu a implementação do PE informatizado.

Ainda destaca-se que, a inclusão dos profissionais de enfermagem do cenário do estudo nos procedimentos teóricos e experimentais foi de extrema valia, pois é o saber desses enfermeiros que estão na assistência direta ao paciente que enriqueceu a definição dos conteúdos dos registros eletrônicos de enfermagem, tornando o uso desta tecnologia mais eficaz.

Limitações do estudo

Como limite do estudo, aponta-se a inexistência de mensuração dos Resultados de Enfermagem, pois o disponibilizado no sistema permite apenas a identificação dos Resultados, assim, configurando uma etapa que necessita ser executada posteriormente.

Contribuições para a prática

A divulgação científica do processo de construção e validação dos registros eletrônicos do PE do CEPON

poderá nortear a implantação em outras instituições.

CONCLUSÃO

A construção e a validação dos registros eletrônicos do processo de enfermagem no CEPON sustentada pela Teoria de Elaboração de Instrumental Psicológico permitiu a construção dos produtos de enfermagem desejados, ou seja, os registros eletrônicos do PE com cadastros interconectados construídos no Sistema de Gestão em Saúde - TASY.

Os resultados obtidos favoreceram a tomada de decisão dos enfermeiros, trouxeram inovação para o contexto oncológico e poderão inspirar novas construções em outros cenários.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) e do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Edital 27/2016.

REFERÊNCIAS

- Schachner B, González ZA, Sommer JA, Recondo FJ, Gassino FD, Luna DR, et al. Computerization of a nursing chart according to the nursing process. *Stud Health Technol Inform* [Internet]. 2016 [cited 2019 May 30];225:133-1337. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27332177>
- Lee J, Lee YJ, Bae JY, Seo MJ. Registered nurses' clinical reasoning skills and reasoning process: a think-aloud study. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2016 [cited 2019 May 30];46:75-80. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.08.017>
- Wang P, Zhang H, Li B, Lin K. Making patient risk visible: implementation of a nursing document information system to improve patient safety. *Stud Health Technol Inform* [Internet]. 2016 [cited 2019 May 30];225:8-12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27332152>
- Rosa LM, Mercês NNA, Marcelino SR, Radünz V. A consulta de enfermagem no cuidado à pessoa com câncer: contextualizando uma realidade. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2007 [cited 2019 May 30];12(4):487-93. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v12i4.10075>
- Pasquali L. Psicometria. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2019 May 30]; 43(Esp):992-9 Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a02v43ns.pdf>
- Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol. Serv. Saude* [Internet]. 2017 [cited 2019 May 31]; 26(3):649-59. Available from: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v26n3/2237-9622-ess-26-03-00649.pdf>
- Taylor SG, Orem DE. Self-care deficit theory of nursing. In: Tomey AM, Allgood MR, editors. *Nursing Theorists and Their Work*. Missouri: Mosby Elsevier; 2006.
- Hagerty TA, Samuels W, Norcini-Pala A, Gigliotti E. Peplau's Theory of Interpersonal Relations: An Alternate Factor Structure for Patient Experience Data? *Nurs Sci Q* [Internet]. 2017 [cited 2019 May 30];30(2):160-167. Available from: doi: 10.1177/0894318417693286
- NANDA International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017; T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru, organização: Regina Machado Garcez, tradução: Alba Lucia Bottura Leite de Barros, et al., revisão técnica. Porto Alegre: Artmed; 2015.
- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman J, Wagner CM. *NIC Classificação das Intervenções de Enfermagem*. Tradução de Denise Costa Rodrigues. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
- Johnson M, Moorhead S, Maas ML, Swanson E. *NOC Classificação dos Resultados de Enfermagem: mensuração dos resultados em saúde*. Alba Lucia Bottura Leite de Barros, organização: Alcir Fernandes, et al., tradução. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
- Frauenfelder F, van Achterberg T, Needham I, Müller Staub M. Nursing diagnoses in inpatient psychiatry. *Int J Nurs Knowl* [Internet]. 2016 [cited 2019 May 30]; 27(1), 24-34. Available from: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12068>
- Pasquali L. *Psicometria: Teoria dos testes na Psicologia e na Educação*. 5 ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2013.
- Silva MCN. Sistematização da assistência de enfermagem: desafio para a prática profissional. *Enferm. foco (Brasília)* [Internet]. 2017 [cited 2019 May 30]; 8(3):. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1534>
- Toney-Butler TJ, Thayer JM. *Nursing Process* [Updated 2019 Jul 30]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019 [cited 2019 May 30]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499937/>
- Costa C, Linch GFC. Implementation of electronic records related to nursing diagnoses. *Int J Nurs Knowl* [Internet]. 2018 [cited 2019 May 30];00(0):1-9. Available from: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12219>
- Andrade PME, Rocha ESB, Amorim SMR, Costa AMA da, Oliveira TAC de, Nolêto LL, et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vantagens e dificuldades na sua aplicação sob a ótica de enfermeiros. *Revista Eletrônica Acervo Saúde* [Internet]. 2019 [cited 2019 May 30]; 11(8):e588. Available from: <https://doi.org/10.25248/reas.e588.2019>

RECEBIDO EM: 01/06/2019.

ACEITO EM: 06/09/2019

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLO DE BANHO NO LEITO PARA PACIENTES ADULTOS CRÍTICOS

Glênio Portilho Stadler¹, Valéria Lerch Lunardi², Sandra Maria Cezar Leal³, Joel Rolim Mancia³, Paulo Renato Vieira Alves⁴, Karin Viegas⁵

Objetivo: implementar e validar um protocolo de banho em pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulta.

Metodologia: pesquisa de implementação, realizada em 2018, utilizando a ferramenta do PDSA (Planejar, Fazer - Do, Estudar - Study e Agir - Act), possibilitando que o processo fosse reavaliado em cada etapa. Validação pelo AGREE II por domínios. A adaptação do protocolo seguiu o instrumento ADAPTE. **Resultados:** Planejamento: visita técnica ao local; composição do grupo de trabalho (enfermeiros, médico, fisioterapeuta e técnicos de enfermagem). Fazer: análise e avaliação do protocolo (AGREE II). Estudar: Inconformidades entre o protocolo e a realidade local reavaliadas e corrigidas, baseadas na melhor evidência científica. Agir: teste piloto; após adaptação, implantado no turno da manhã. **Considerações Finais:** Apesar do benefício da implementação do protocolo de banho, o mesmo deve ser objeto frequente de discussão, pois compreende parte central do cuidado de enfermagem, devendo ser praticado de forma segura, buscando-se minimizar riscos para pacientes.

Descritores: Banho de leito; Paciente crítico; Unidade de Terapia Intensiva; Protocolo; Enfermagem; Higiene.

NURSING CARE SYSTEMATIZATION IN AN INTENSIVE THERAPY UNIT: IMPLEMENTATION OF BEDROOM BATH PROTOCOL FOR ADULT CRITICAL PATIENTS

Objective: To implement and validate a bath protocol in patients admitted to an Adult Intensive Care Unit. **Methodology:** Implementation research, conducted in 2018, using the PDSA tool (Plan, Do, Study and Act), enabling the process to be re-evaluated at each stage. Validation by AGREE II by domains. The protocol adaptation followed the ADAPTE instrument.

Results: Planning: technical visit to the site; composition of the working group (nurses, physician, physiotherapist and nursing technicians). Do: protocol analysis and evaluation (AGREE II). Study: Nonconformities between protocol and local reality reevaluated and corrected, based on the best scientific evidence. Act: pilot test; after adaptation, implanted in the morning shift. **Final Considerations:** Despite the benefit of the implementation of the bath protocol, it should be a frequent subject of discussion, as it comprises a central part of nursing care and should be practiced safely, seeking to minimize risks to patients.

Descriptors: Bed bath; Critical patient; Intensive care unit; Protocol; Nursing; Hygiene.

SISTEMATIZACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA: IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE BAÑO DE DORMITORIO PARA PACIENTES CRÍTICOS ADULTOS

Objetivo: Implementar y validar un protocolo de baño en pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos para Adultos. **Metodología:** Investigación de implementación, realizada en 2018, utilizando la herramienta PDSA (Plan, Do, Study and Act), permitiendo que el proceso sea reevaluado en cada etapa. Validación por AGREE II por dominios. La adaptación del protocolo siguió el instrumento ADAPTE. **Resultados:** Planificación: visita técnica al sitio; composición del grupo de trabajo (enfermeras, médico, fisioterapeuta y técnicos de enfermería). Hacer: análisis y evaluación de protocolos (ACUERDO II). Estudio: Las no conformidades entre el protocolo y la realidad local reevaluados y corregidos, con base en la mejor evidencia científica. Acto: prueba piloto; después de la adaptación, implantado en el turno de la mañana. **Consideraciones finales:** a pesar del beneficio de la implementación del protocolo de baño, debe ser un tema de discusión frecuente, ya que comprende una parte central de la atención de enfermería y debe practicarse de manera segura, buscando minimizar los riesgos para los pacientes.

Descriptores: Baño de cama; Paciente crítico; Unidad de terapia intensiva; Protocolo; Enfermería; Higiene.

¹Hospital Mãe de Deus, Porto Alegre/RS.

²Universidade Federal do Rio Grande-FURG/RS.

³Universidade do Vale do Rio dos Sinos- UNISINOS, Porto Alegre/RS.

⁴Hospital Moínhos de Vento, Porto Alegre/RS.

⁵Universidade Federal Ciências da Saúde de Porto Alegre-UFCSPA/RS.

Autor correspondente: Joel Rolim Mancia, joelmancia@gmail.com

INTRODUÇÃO

A unidade de terapia intensiva (UTI) é um ambiente complexo e dinâmico que necessita de profissionais especializados e em constante atualização. É uma área assistencial que tem como objetivo, restabelecer as funções vitais do paciente crítico em um ambiente que lhe proporcione o máximo de segurança e que possa devolvê-lo à sociedade com qualidade de vida, sem exposição a riscos desnecessário ou falhas humanas^(1,2). A internação na UTI acarreta fragilidade aos pacientes hospitalizados, ao deixá-los vulneráveis. Concomitantemente a isso, ocorre a perda de sua privacidade e de sua autonomia, ao aumentar a dependência em atividades simples como: sua própria higienização, que acaba por ser limitada ao banho de leito⁽³⁾. Essa prática surge da necessidade de cuidado quanto à higiene e ao conforto, adjunto à mobilidade alterada observada durante a internação⁽³⁾.

O banho de leito é um dos principais cuidados prestados e realizados pelos profissionais da enfermagem na UTI. Esse procedimento requer, necessariamente, planejamento e organização para sua adequada realização⁽⁵⁻⁷⁾. A introdução de novas tecnologias juntamente com a complexidade no processo de cuidar aumenta os riscos adicionais para a prestação do cuidado.

O uso de protocolos, juntamente com a educação permanente em saúde pode vir a servir de barreiras na segurança aos pacientes e diminuir as diversas condutas entre profissionais durante a assistência. Estratégias simples e efetivas podem ajudar na redução de riscos e danos causados aos pacientes⁽⁸⁾.

A evidência científica serve de base para a construção dos protocolos, adaptando-os para a realidade local ou institucional. Os protocolos assistenciais devem ter suas condutas claras, precisas e detalhadas, orientando as ações operacionais a serem realizadas por profissionais, especificando o modo de execução, oferecendo segurança para profissionais/pacientes e permitindo elaborar indicadores de resultados, aprimorando a assistência e o uso racional de recursos^(9,10).

Desta forma, o objetivo desse trabalho é implementar e validar um protocolo de banho em pacientes adultos criticamente enfermos internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulta na região metropolitana de Porto Alegre - RS.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de implementação, realizada em 2018. Estudo inserido no projeto "Pesquisa

e intervenção em enfermagem: Sistematização da Assistência de Enfermagem para fortalecimento da Rede de Saúde de São Leopoldo/RS", acordo CAPES/COFEN - Edital nº 27/2016. O protocolo de Banho foi desenvolvido para pacientes criticamente enfermos internados em CTI Adulta⁽¹¹⁾.

Participantes da pesquisa

Inicialmente, foi constituído um Grupo de Trabalho (GT) multiprofissional. Os critérios de inclusão foram: enfermeiras e técnicos de enfermagem - estarem lotadas na UTI em qualquer turno e realizarem suas atividades laborais a beira do leito; médico - ser rotineiro da UTI em qualquer turno; fisioterapeuta - realizar suas atividades laborais à beira do leito. No transcorrer do processo, todos os profissionais de enfermagem dos turnos manhã e tarde tornaram-se participantes, sendo submetidos a uma capacitação para implementação do protocolo.

Local do estudo

Estudo realizado no Centro de Tratamento Intensivo (CTI) Adulto de um hospital geral na grande Porto Alegre.

Coleta dos dados

Utilizou-se a ferramenta PDSA (Planejar (P), Fazer (Do), Estudar (Study) e Agir (Act), o que possibilitou a sua reavaliação em cada etapa do processo⁽¹²⁾.

Na fase Planejamento, realizou-se, em março de 2018, uma visita técnica ao CTI para o entendimento das suas rotinas e procedimentos da unidade, como do material disponível. Nessa etapa, também, os participantes foram convidados pessoalmente a integrar o GT, o qual foi coordenado pelo pesquisador, agendando-se a primeira reunião de trabalho, quando foi apresentada a proposta e o planejamento das demais atividades. Foram realizadas três reuniões para a discussão, adaptação e validação do protocolo de banho. Cada reunião teve um tempo previsto de, no máximo, duas horas.

Na fase Fazer, o protocolo foi analisado e avaliado pelo GT antes de sua aplicação. A avaliação foi realizada pelo instrumento AGREE II, composto por 25 itens, sendo dois itens de avaliação global e 23 itens organizados em seis domínios de qualidade (Escopo e finalidade; Envolvimento das partes interessadas; Rigor do desenvolvimento; Clareza da apresentação; Aplicabilidade e Independência editorial). Cada item foi avaliado por uma escala Likert com pontuações de um (discordo totalmente) a sete (concordo totalmente). O

cálculo para cada domínio foi realizado pela soma de todas as pontuações dos itens individuais e escalonados como porcentagens da pontuação máxima possível no domínio⁽¹³⁾. A partir desta validação, o mesmo foi adaptado para o contexto local

Na fase Estudar, qualquer inconformidade encontrada no protocolo, em relação à realidade local, foi discutida, reavaliada e corrigida pelo GT. A adaptação do protocolo seguiu o instrumento ADAPTE, constituído por três fases⁽¹⁴⁾: Configuração, Adaptação e Finalização.

Na fase Agir, correu a implantação do banho na UTI Adulto.

Todas as informações referentes às reuniões foram registradas, para caso necessário, poder retomar a discussão.

Procedimentos de análise

Na ferramenta PDSA, a descrição do desenvolvimento de todo ciclo constitui o processo de coleta de dados, acompanhado do processo de sua análise.

Procedimentos éticos

O protocolo seguiu as condições estabelecidas na Resolução 466/12⁽¹⁵⁾. O projeto foi encaminhado à Coordenação de Enfermagem e Presidência do Hospital Centenário para sua execução na UTI Adulta e aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos- UNISINOS sob o parecer de número 2.876.988. Todos os participantes do estudo, nas diferentes fases, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Na primeira etapa P (Planejar): foi realizada visita técnica à CTI Adulto para conhecimento das rotinas e procedimentos realizados. Observou-se que a unidade está localizada no andar térreo do hospital, com 10 leitos para pacientes criticamente enfermos, distribuídos em espaço único, sendo três deles reservados para pacientes em isolamento. O quadro de enfermagem é composto por 04 enfermeiras, 24 técnicos de enfermagem, 02 auxiliares de enfermagem, distribuídos nos turnos manhã, tarde e noite 01, 02 e 03, com responsabilidades distintas. As escalas de banho são distribuídas por turnos e por leito, havendo uma rotatividade semanal, sendo que um turno fica com quatro banhos em sua escala e as outras duas com apenas três banhos.

Juntamente com a chefia de enfermagem foi definido

o grupo de trabalho (GT) para a avaliação e implantação do protocolo de banho para paciente criticamente enfermo, composto por uma equipe multiprofissional, sendo eles: dois enfermeiros, um médico, um fisioterapeuta e dois técnicos de enfermagem que desenvolviam suas atividades laborais na UTI adulta. Os participantes foram convidados a integrar o GT, coordenado pelo pesquisador. No momento do convite foram agendadas as demais reuniões. A primeira reunião teve como atividade: apresentação do projeto, organização e agendamento dos encontros, assinatura do TCLE e apresentação do protocolo e instrumento de avaliação.

Na segunda reunião, foi entregue um kit de trabalho a cada participante, contendo: cópia do protocolo de banho a ser avaliado, cópia da ferramenta AGREE II. Todos os itens do protocolo foram explicados e discutidos pelo mestrando e o auxiliar de pesquisa, bem como os itens da ferramenta de avaliação. Durante a reunião, houve a participação de todos os membros do GT, esclarecendo-se as dúvidas que surgiam. Ao final desta reunião, os participantes levaram o material consigo, com a finalidade de proceder a uma nova leitura e análise, agendando-se sua discussão e validação final para a terceira reunião.

Na fase Fazer, última reunião, o protocolo do banho foi analisado e avaliado, conforme a ferramenta AGREE II, e foram sugeridas várias alterações, conforme a realidade local, sempre preservando a qualidade assistencial e a segurança do paciente. A avaliação dos domínios compreendeu pontuação igual por todos os avaliadores.

Na fase Estudar (S): as inconformidades encontradas no protocolo em relação à realidade local foram discutidas, reavaliadas e corrigidas pelo GT. Todas as correções e adaptações foram baseadas na melhor evidência científica identificada. A adaptação do protocolo seguiu o instrumento ADAPTE. Todas as fases do instrumento foram seguidas; entretanto, os itens de cada etapa foram avaliados e, quando necessário, subtraídos, não inviabilizando a adaptação do protocolo de banho a ser implantado. Após a elaboração do protocolo final e validação, o mesmo iniciou o processo de implantação no CTI Adulto do Hospital.

Na fase Agir (A): foi realizada a implantação do banho na CTI Adulto, planejada com a chefia de enfermagem e os enfermeiros da unidade, procedendo-se, inicialmente, a uma capacitação de todos os profissionais de enfermagem do CTI Adulto, dos turnos manhã e tarde, em relação ao protocolo, durante a jornada de trabalho.

Um teste piloto foi realizado na unidade, no turno da manhã. Após a avaliação do teste inicial e ajustes no processo, teve início sua implantação no turno da tarde. A implantação do protocolo de banho no turno da noite será realizada, gradualmente, pelos próprios funcionários treinados durante o dia.

DISCUSSÃO

Protocolos são ferramentas utilizadas na sistematização da assistência de enfermagem (SAE). Buscam melhorar processos através da excelência do cuidado, recomendando medidas preventivas que possibilitam a redução e a probabilidade de ocorrências de eventos adversos. Utilizar protocolos significa fortalecer e qualificar as melhores práticas assistenciais. Estes são utilizados pela equipe com ações voltadas para minimizar riscos, aumentar a segurança e melhorar o processo de qualidade assistencial, valorizando as habilidades e expertise da equipe multidisciplinar^(16,17).

A prevenção de danos ao paciente, isto é, a segurança, exige um sistema sólido que previna o possível erro. Se o mesmo vir a existir, é preciso que se aprenda com ele e que se desenvolva uma cultura de segurança, onde todos são incluídos, profissionais, pacientes e familiares. O papel da enfermagem frente ao desenvolvimento de processos de segurança é fundamental, pois esta categoria encontra-se em maior número e com maior proximidade do paciente, podendo assim reduzir eventos adversos durante a internação⁽¹⁸⁾.

Como observado no estudo, é necessário sensibilizar a equipe para promover reflexões e discussões com os funcionários em relação ao trabalho que desempenham. É importante também analisar o desempenho da equipe assistencial para facilitar a implantação e melhorias de processos através de ferramentas de gestão para que se alcance os resultados propostos. Há necessidade de capacitações e treinamentos contínuos para profissionais que desempenham a assistência, incluindo, nesse processo, a criação de protocolos e disponibilização de materiais e equipamentos de qualidade assim como, também, dispor de número adequado de profissionais para desenvolverem suas atividades laborais⁽¹⁹⁾.

Utilizou-se o ciclo PDSA para transformar ideias em ações e estas em aprendizados. Iniciou-se construindo um plano determinado e terminando com a ação propriamente dita, sendo que, muitas vezes, há a necessidade de vários ciclos para a realização

do processo desejado⁽²⁰⁾. Medidas quantitativas e o envolvimento de pessoas fazem parte do processo, constituindo-se na base para a implantação do processo PDSA. O modelo é utilizado de forma eficaz possibilitando mudanças, observando resultados e agindo sobre o que é apreendido⁽²¹⁾, o que pode ser constatado na implementação realizada.

Para que haja uma melhor conformidade na produção de protocolos assistenciais, é necessário que a soma dos esforços dos profissionais que atuam na assistência traga mais segurança aos pacientes criticamente enfermos internados em CTI, como o pretendido ao envolver, inicialmente, na fase Planejamento, o grupo de trabalho com uma equipe multiprofissional. Desta maneira, os protocolos são de grande valia, pois permitem uma melhor avaliação e uma melhor intervenção no cuidado ao paciente⁽²²⁾. A importância de ações assistenciais, como um cronograma de treinamentos, foi uma das dificuldades encontradas relacionada com as condições precárias da instituição e, até mesmo, pela falta de organização. O sucesso de melhoria é formado por pessoas envolvidas em processos de mudança, isto é, uma equipe bem estruturada e estimulada. É necessário que se defina objetivos, prazos, selecione mudanças a serem feitas, se estabeleça como será a avaliação das mudanças, identificar as medidas com mais chances para resultar em melhorias e, por fim, a avaliar as mudanças. Desse modo, o ciclo PDSA é uma forma de testar mudanças reais de trabalho⁽²⁰⁾.

Nas unidades de terapia intensiva, a responsabilidade por ações educativas e treinamentos é dos enfermeiros. O uso do protocolo de banho possibilitou o encontro da teoria com a prática, servindo como ferramenta de apoio no dia-a-dia. Se bem utilizado, ele oferecerá subsídios para a elaboração de diagnóstico de enfermagem e de risco para pacientes internados em CTI. O processo de educação deve ser entendido como um exercício contínuo, fato que não ocorre na instituição⁽²³⁾.

Adotar propostas de educação permanente em saúde levam à continuidade do saber, incorporando conhecimentos, potencializando resultados e possibilitando que a educação seja de forma contínua. A educação promove mudanças que são necessárias, não existindo outro caminho que não seja pela educação. Ela melhora a qualidade no atendimento, assegura direitos, minimizando potenciais riscos aos pacientes^(24,25).

Orientar a equipe assistencial para a organização e o fluxo de trabalho permite direcionar intervenções,

auxiliando a equipe na melhor decisão a ser tomada. Observa-se que a cultura de segurança apresenta fragilidades em vários aspectos, necessitando que haja capacitações e treinamentos contínuos, assim com disponibilizar recursos e número adequado de funcionários. Os riscos na prestação do cuidado podem aumentar devido à complexidade dos serviços oferecidos e da incorporação de novos recursos, especialmente em ambientes de terapia intensiva^(8,19).

Há, portanto, muitas vantagens na utilização de protocolos institucionais, como segurança durante o atendimento a pacientes internados, melhor qualificação dos profissionais, melhor aceitação para a introdução de novas tecnologias disponíveis no mercado, inovação na prática do cuidado, uso consciente dos recursos, controle de custos e a utilização de indicadores para possíveis estudos, treinamentos e alinhamento de processos⁽²⁶⁾. O protocolo clínico pode tornar-se complicado, mas ao ser colocado em prática, pode trazer muitos benefícios ao processo de assistência. É preciso estimular os profissionais que atuam na assistência, para que juntos possam não só construir, mas também aplicar os protocolos desenvolvidos, lembrando que essa atividade é constante dentro do processo⁽²⁷⁾.

Ainda, validar instrumentos que padronizem o cuidado é reforçar as ações praticadas pelos profissionais enfermeiros, melhorando a assistência de enfermagem.

Limitações do estudo

Considera-se que a limitação do tempo para realização do estudo impossibilitou um acompanhamento da continuidade do processo de implementação do protocolo de banho no leito na CTI Adulto da instituição.

Contribuições do estudo para a prática

O estudo demonstra como a continuidade, articulação e evolução de pesquisas de uma mesma temática, associadas ao objetivo de qualificar a prática e a assistência de enfermagem podem alcançar êxito nas transformações desejadas na área da Enfermagem. Ainda, constatou-se a necessidade de que outros profissionais direcionem seus estudos para a realização do banho de leito, no sentido de uniformizar condutas embasadas em evidências científicas seguras, assim

como, demonstrou a necessidade de intensificação em capacitações dos trabalhadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação do protocolo de banho de leito na UTI, com base em um protocolo existente, possibilitando o ajuste e adaptações necessários para o local, permitiram ações de enfermagem voltadas para minimizar riscos, aumentar a segurança do paciente e melhorar o processo de qualidade assistencial.

O esforço na orientação educacional à equipe assistencial, bem como a organização do fluxo de trabalho (no banho do paciente grave), direcionar intervenções quanto à indicação do banho de leito no paciente instável hemodinamicamente, auxiliam a equipe assistencial na melhoria da decisão clínica e a uniformizar condutas quanto ao procedimento.

Essa padronização e sistematização, além de melhorar uma prática rotineira no serviço, minimizou a realização do procedimento desnecessário. Entretanto, o monitoramento e acompanhamento da implantação, em todo o serviço, deve ser realizado constantemente, para o acompanhamento da qualidade das ações realizadas durante o procedimento, incentivando a excelência técnica, a autonomia de decisão do enfermeiro e o uso eficiente dos recursos, apesar de limitados, disponíveis.

Esta experiência mostrou que é possível implantar protocolos assistenciais, mesmo em condições de maior precariedade. A definição de estratégias conjuntas com os atores locais possibilitou a sensibilização dos profissionais envolvidos, bem como a validação interna do protocolo pelos profissionais da UTI auxiliou na revisão do processo de trabalho e definição de fluxograma, bem como a avaliação dos resultados e ajustes das inconformidades encontradas.

A partir do momento em que a instituição incluir novas ferramentas e instrumentos de trabalho, será possível readaptar o protocolo de banho para paciente criticamente enfermo na sua íntegra.

Contribuição dos autores

Concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Glênio Portilho Stadler, Valéria Lerch Lunardi, Sandra Maria Cezar Leal, Joel Rolim Mancia, Paulo Renato Vieira Alves, Karin Viegas.

REFERÊNCIAS

- Correio RAPPV, Vargas MAO, Carmagnani MIS, Leal FM, Luz KR. Desvelando competências do enfermeiro de terapia intensiva. *Enferm Foco* [Internet]. 2016 [cited 2019 jun 10]; 6(1/4):46-50. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/576/258>
- Santos MN, Medeiros RM, Soares OM. *Emergência e Cuidados Críticos para Enfermagem: conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para a atuação do enfermeiro*. Porto Alegre (RS): Moriá editora; 2018.
- Favarin SS, Camponogara S. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. *Rev Enferm UFSM* [internet]. 2012 [cited jun 10]; 2 (2):320-29. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/5178>
- Penaforte MHO. O autocuidado higiene: conhecimento científico e ritual. Tese - Programa de Pós-Graduação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Universidade de Lisboa, Lisboa; 2011. 290 f.5. Moller Gisele, Magalhaes AMM. Bed baths: nursing staff workload and patient safety. *Texto contexto enferm* [internet]. 2015 [cited 2019 jun 10]; 24(4):1044-52. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000401044&lng=en&nrm=iso
- Prado ARA, Ramos RL, Ribeiro OMPL, Figueiredo NMA, Martins MM, Machado WCA. Bath for dependent patients: theorizing aspects of nursing care in rehabilitation. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2019 jun 10]; 70(6):1337-42. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n6/pt_0034-7167-reben-70-06-1337.pdf
- Pupulim JSL, Sawada NO. Percepção de pacientes sobre a privacidade no hospital. *Rev Bras Enferm* [internet]. 2012 [cited 2018 jun 21]; 65(4): 621-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/allv65n4.pdf>
- Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Escola Anna Nery* [internet]. 2014 [cited 2018 jun 28]; 18 (1):122-29. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100122&lng=en&nrm=iso
- Woolf S, Schünemann HJ, Eccles MP, Grimshaw JM, Shekelle P. Developing clinical practice guidelines: types of evidence and outcomes; values and economics, synthesis, grading, and presentation and deriving recommendations. *Implementation Sci* [Internet]. 2012.; 7:61. Disponível em: <<https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-7-61>>. Acesso em: 3 Jan. 2019.
- Pimenta CAM, Pastana CASS, Sichieri K, Solha RKT, Souza W. *Guidelines for the construction of nursing care protocols*. Coren-SP. São Paulo; 2015. Available from: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-837122>>.
- Flores GP. Critérios para banho de leito em uma unidade de terapia intensiva adulto: construção de um protocolo assistencial. 2016. 73 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em 50 Enfermagem, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Porto Alegre; 2016.
- Institute for Healthcare Improvement. *QI Essentials Toolkit: PDSA Worksheet*. Boston: Institute for Healthcare Improvement, 2017. Available from: 51-<http://www.ihl.org/education/IHIOpenSchool/resources/Assets/PDSAworksheet_Instructions.pdf>.
- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et. al. AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Canadian Medical Association Journal*, Ottawa, v. 182, p. E839-E842, dez. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC20603348/>>. Acesso em: 10 mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.090449>.
- Melo SM, Oliveira RA, Pesavento TFC, Silva LBN, Bueno LG, Cruz CO et al. ADAPTE: uma ferramenta para adaptação de diretrizes na área da saúde. *Revisão e avaliação crítica da literatura. Diagnóstico & Tratamento*. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 149-156, 2015. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2015/v20n4/a5159.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2018.
- Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília; 2013.
- Camerini FG, Silva LD, Fassarella CS, Henrique DM, Almeida LF, Couto JF. Perfil da coagulação em protocolos guiados por enfermeiros: reduzindo eventos hemorrágicos. *Revista Pró-UniverSUS, Vasculouras*, v. 9, n. 1, p. 28-34, Jan./Jun. 2018. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/issue/view/145>
- Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. *Critérios Diagnósticos de infecções Relacionadas à Assistência à Saúde*. Brasília: Anvisa; 2017.
- Wakefield BJ. Facing up to the reality of missed care. *BMJ Qual Saf.* London, v. 23, n. 2, p. 92-94, Feb. 2014. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/23/2/92> Acesso em: 12 abr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002489>
- Mello JF, Barbosa SFF. Cultura de paciente em segurança em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [internet]. 2013 [cited 2018 jul 20]; 22(4): 1124-33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/31.pdf>
- Langley GJ, Norman CL, Nolan KM, Provost LP, Moen RD, Nolan TW. *Modelo de Melhoria: Uma abordagem prática para melhorar o desempenho organizacional*. Campinas, SP: Mercado das Letras; 2011.
- Silva VFF. Uso do Método PDSA para a elaboração e implementação de um protocolo de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica em uma Unidade de Terapia Intensiva. 2018. Dissertação (Mestrado em Tecnologia e Inovação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2018. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde-05102018-161945/>
- Malfussi LBH, Bertonecello KCG, Nascimento ERP, Silva SG, Hermida PMV, Jung W. Concordância de um protocolo institucional de avaliação com classificação de risco. *Texto Contexto Enferm*, 2018; 27(1):e4200016. Disponível em: . Acesso em: 02 Abr. 2018. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018004200016>
- BRASIL. Decreto nº 94.460 de 8 de junho de 1987. O exercício da enfermagem. *Diário Oficial da União*, seção 1, p. 835-855. Brasília, jun. 1987.
- Duarte MLC, Oliveira AI. Compreensão dos coordenadores de serviços de saúde sobre educação permanente. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2016 Sep 24]; 17(3):506-12. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/29292>
- Oliveira JSA, Cavalcante EFO, MACEDO MLAF, Martini JG, Backes VMS. Practice of permanent education by nursing care in health services. *J Nurs UFPE line* [Internet]. 2013 [cited 2016 Oct 15]; 7(2):598-607. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revista.enfermagem-index.php?previstaarticleview3073pdf_2088
- FERREIRA, Patrícia Cabral et al. Nursing measure in Intensive Care Unit: evidence about the Nursing Activities Score. *Rev. Rene.*, Fortaleza; v. 15, n. 5, p. 888-897, Set./Out. 2014. Disponível: . Acesso em: 24 Set. 2017. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2014000500019>
- Araujo ML. Identificação da Sepse pela equipe de enfermagem em um serviço de emergência de um Hospital Geral. 2014. 25 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialista em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis; 2014. Disponível em: . Acesso em: 15 abr. 2018.

RECEBIDO EM: 20/06/2019.
ACEITO EM: 06/09/2019

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE EXTUBAÇÃO NÃO PROGRAMADA EM RECÉM-NASCIDOS: BUNDLE DE BOAS PRÁTICAS

Mayara Mesquita Mororó Pinto¹, Nádia Rodrigues de Sousa¹, Tainá Souza Ventura Maranhão¹, Karla Maria Carneiro Rolim¹, Fernanda Jorge Magalhães², Suzane Passos de Vasconcelos³, Mirna Albuquerque Frota¹, Henriqueta Ilda Martins Verganista Fernandes⁴

Objetivo: identificar o conhecimento da equipe de Enfermagem acerca da extubação não programada (ENP), os fatores relacionados, as complicações/agravos e as intervenções de Enfermagem como medidas preventivas juntos ao recém-nascido de risco. **Metodologia:** Pesquisa descritiva, qualitativa realizada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital pediátrico de Fortaleza-Ceará, no período de julho a setembro de 2018. **Resultados:** Evidenciou-se a necessidade de pactuação sobre o conceito de ENP entre a equipe. Dentre os principais fatores relacionados teve-se: excesso de manuseio e ausência de comunicação efetiva na equipe. Como intervenções preventivas ressaltou-se o posicionamento do RN e a fixação adequada do tubo. **Conclusão:** a equipe de enfermagem tem preciosos saberes e intervenções que puderam ser visualizados como medidas de boas práticas na prevenção das ENP para construção de um Bundle.

Descritores: Recém-Nascido; Extubação; Cuidados de Enfermagem; Processo de Enfermagem; Prática Clínica Baseada em Evidências.

NURSING INTERVENTIONS FOR THE PREVENTION OF NON SCHEDULED EXTUBATION IN NEWBORNS: BUNDLE OF GOOD PRACTICE

Objective: To identify the knowledge of the Nursing team about non-programmed extubation (ENP), related factors, complications/injuries and Nursing interventions as preventive measures together with the newborn at risk. **Methodology:** Descriptive and qualitative research performed at the Neonatal Intensive Care Unit of a pediatric hospital in Fortaleza, Ceará, from July to September, 2018. **Results:** The need for agreement on the concept of PNS among the team was evidenced. Among the main related factors were: excessive handling and lack of effective communication in the team. As preventive interventions, the positioning of the newborn and adequate tube fixation were emphasized. **Conclusion:** the nursing team has valuable knowledge and interventions that could be visualized as measures of good practices in the prevention of NPS for the construction of a Bundle.

Keywords: Newborn; Extubation; Nursing Care; Nursing Process; Clinical Evidence-Based Practice

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE LA EXTUBACIÓN NO PROGRAMADA EN RECIÉN NACIDOS: BUNDLE DE BUENAS PRÁCTICA

Objetivo: identificar el conocimiento del equipo de Enfermería acerca de la extubación no programada (ENP), los factores relacionados, las complicaciones / agravios y las intervenciones de Enfermería como medidas preventivas junto al recién nacido de riesgo. **Metodología:** Investigación descriptiva, cualitativa realizada en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal de un hospital pediátrico de Fortaleza-Ceará, en el período de julio a septiembre de 2018. **Resultados:** Se evidenció la necesidad de pactación sobre el concepto de ENP entre el equipo. Entre los principales factores relacionados se tuvo: exceso de manejo y ausencia de comunicación efectiva en el equipo. Como intervenciones preventivas se resaltó el posicionamiento del RN y la fijación adecuada del tubo. **Conclusión:** el equipo de enfermería tiene preciosos saberes e intervenciones que pudieron ser visualizados como medidas de buenas prácticas en la prevención de las ENP para la construcción de un Bundle

Descritores: Recién nacido; Extubación; Cuidados de Enfermería; Proceso de Enfermería; Práctica Clínica Basada en Evidencias.

¹Universidade de Fortaleza-UNIFOR/CE.

²Centro Universitário-UNIFAMETRO/CE.

³Estratégia Saúde da Família do Município de Acaraú/CE.

⁴Escola de Enfermagem do Porto-ESEP/Portugal.

Autor correspondente: Mayara Mesquita Mororó Pinto. E-mail: mayaramesquitapinto@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Extubação Não Programada (ENP) é entendida como um evento desprovido de aviso, em que o evento não está preparado para acontecer, o que pode ocasionar consequências evitáveis como: lesões na traqueia e no trato respiratório, o que favorecer ao recém-nascido (RN) complicações como infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS)⁽¹⁾.

Dentre as principais consequências ao RN internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) advinda da ENP tem-se: a necessidade de reintubação, com aumento do tempo de exposição à ventilação mecânica, com prolongamento do tempo de internação hospitalar; aumento do risco de hipoxemia, atelectasia, pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), lesão traqueal, instabilidade hemodinâmica, parada cardíaca e por vezes levar ao óbito⁽²⁾.

A fim de minimizar tais consequências destaca-se a realização do Processo de Enfermagem (PE), como método a ser seguido para o alcance da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), em especial, as etapas de planejamento e implementação, as quais compreendem o momento de propor metas e resultados esperados, bem como intervenções frente a condição clínica do RN em uso de cânula orotraqueal e sob ventilação mecânica (VM)^(3,4).

Vale destacar, que o cuidado a ser implementado precisa ser exercido em sua totalidade, visando a integralidade do indivíduo, a segurança do paciente e a qualidade do atendimento prestado pela equipe multidisciplinar em saúde⁽⁵⁾, com identificação precoce de agravos que podem ser evitados, de modo a minimizar o risco de IRAS, além das sequelas decorrentes da terapia ventilatória.

Diante de tais aspectos, as intervenções de Enfermagem são consideradas de grande valia para o favorecimento do bem-estar físico e psicológico, com prevenção de complicações e condições associadas e incentivo à alta precoce do RN em intubação orotraqueal sob VM⁽⁶⁾. Destaca-se, para isso, os recém-nascidos que estiverem com Diagnóstico de Enfermagem intitulados: Troca de gases prejudicada; Padrão respiratório ineficaz; Ventilação espontânea prejudicada e Risco de Infecção⁽⁷⁾. O que possibilita um julgamento clínico rigoroso do enfermeiro para a prestação de intervenções específicas e qualificados frente à monitorização dos parâmetros ventilatórios, condições hemodinâmicas, cuidados com a integridade da pele, remoção de secreções e higiene bucal do RN^(1,8).

Haja visto, relatos da literatura⁽¹⁾ mostram que 40% a

60% dos pacientes intubados apresentam lesões no trato respiratório as quais variam desde lesões de mucosa até a estenose subglótica, sendo que as mais citadas são: estenose de laringe e/ou traqueia, hemorragia da mucosa, alteração nas cordas vocais, edema, processo infeccioso, o qual pode levar a um processo IRAS, com septicemia e evoluindo para o óbito neonatal.

Após as leituras e reflexões acerca da temática, alguns questionamentos foram levantados: Qual o conhecimento da equipe de Enfermagem acerca da ENP no RN?; O que sabem os enfermeiros e técnicos de Enfermagem acerca dos fatores relacionados da ENP e agravos à saúde do RN? Quais as intervenções de Enfermagem realizadas durante o processo de internamento, que poderiam ocasionar uma ENP? Quais as medidas preventivas que a equipe de Enfermagem propõe e/ou visualiza, para prevenção deste evento adverso?

Compreendendo-se que as intervenções e/ou cuidados de Enfermagem são práticas baseadas em evidências realizadas pelos enfermeiros e sua equipe, os quais devem ser desenvolvidas diariamente garantindo, dentro de sua condição clínica, tenha um tratamento eficaz, com toque carinhoso, individualizado e humanístico, com participação da família no cuidado ao RN, em especial, àqueles com alterações respiratórias, em intubação orotraqueal e sob VM, condição frequente aos recém-nascidos de risco internados em UTIN.

Diante das considerações, o objetivo do estudo foi identificar o conhecimento da equipe de Enfermagem acerca dos fatores relacionados à Extubação Não Programada, os agravos à saúde dos RN e intervenções de enfermagem como medidas preventivas deste evento adverso, subsidiando assim, um dos processos para a construção de um Bundle de prevenção deste evento adverso na UTIN como uma tecnologia em saúde para o grupamento de práticas baseadas em evidências.

METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Pesquisa de caráter exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa⁽⁹⁾, que faz parte de um projeto maior, guarda-chuva, em que a equipe é facilitadora do processo em uma pesquisa convergente assistencial, intitulado: "Abordagem Apoiada Em Tecnologia para Prevenção de Extubações Não Programadas em Recém-Nascidos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal".

Participantes da Pesquisa

Participaram do estudo 17 profissionais da equipe

de Enfermagem que atuavam no cuidado ao RN sob VM na referida Unidade, utilizou-se uma entrevista semiestruturada, quanto aos fatores relacionados da ENP, aos agravos para a saúde do RN e as medidas preventivas para este evento adverso. Como critério de inclusão teve-se profissionais com mais de um ano de experiência com RN e, excluiu-se os profissionais que estavam de férias ou de licença médica no período.

Local do Estudo

A pesquisa de campo realizou-se na UTIN de um hospital infantil de referência em diagnóstico e tratamento infantil, localizado na cidade de Fortaleza-Ceará-Brasil, no período de julho a setembro de 2018.

Coleta de Dados

Realizou-se no período de julho a setembro de 2018, com reuniões em grupo focal com a equipe de enfermagem, utilizando balões coloridos identificados com números com seis questões norteadoras do estudo inseridas em alguns balões.

Embalados ao som de uma música, os participantes jogaram balões ao ar, quem pegasse um balão com uma pergunta, respondia e passava adiante para que os demais participantes também respondessem. Dessa forma, todos tiveram a oportunidade de responder e contribuir com a pesquisa.

Análise dos dados

As respostas dos participantes foram gravadas e transcritas, categorizadas e analisadas sob uma abordagem qualitativa⁽¹⁰⁾. Estabeleceu-se, assim, a compreensão dos dados e a análise de conteúdo.

Procedimentos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), sob o Parecer Nº 2.889.369, conforme a Resolução 466/12⁽¹¹⁾. Os participantes da pesquisa assinaram o TCLE e para garantir o anonimato, estes foram identificados no texto mediante nomes fictícios com as denominações de Participante (P), incluindo Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

RESULTADOS

Dos 17 profissionais que participaram da pesquisa, nove eram enfermeiros e oito técnicos de Enfermagem, com predominância do sexo feminino, faixa etária entre 30 a 69 anos. Com 3 a 30 anos de tempo de experiência e conhecimento na área da neonatologia.

Após a análise extenuante das falas dos profissionais e embasando-se em evidências, categorizou-se em quatro seções para melhor discussão dos resultados: "Conhecimento da equipe de Enfermagem acerca da ENP em recém-nascidos", "Fatores determinantes da ENP"; "Fatores relacionados e agravos da ENP" e "Medidas preventivas para a ENP".

Conhecimento da equipe de Enfermagem acerca da ENP em recém-nascido

Durante a realização do estudo ficou claro o conhecimento da equipe de Enfermagem em relação à ENP em RN, porém, no decorrer das respostas dos participantes, observou-se a necessidade de uma pactuação do conceito de ENP, haja vista que três dos participantes relataram uma outra forma de conceituar o evento.

Os outros 14 participantes relataram que a ENP acontece no momento em que é retirado o TOT de forma não programada, pelo próprio RN ou pela equipe de Enfermagem, no qual não há a redução dos parâmetros respiratórios do RN, como pode-se confirmar na resposta abaixo:

"Uma extubação não programada, é uma extubação que não foi prevista naquele momento, naquela ocasião, e acidentalmente acontece, né? E, colocando aqui, o que seria a programada, é aquela que se antecipa, com redução de parâmetros, avaliando as condições da criança" (P5).

Porém, quando questionados sobre o deslocamento do tubo na traqueia, mesmo com o TOT bem fixado, mas com sinais clínicos de extubação, como a ausência da ausculta pulmonar bilateral, hipossaturação, cianose e desconforto respiratório aparente, participantes definiam como extubação programada, como na fala a seguir:

"Programada, por que o médico vai tirar, por que ele não está entrando no bebê, então é programada" (P10).

Fatores determinantes para a ENP

Durante o encontro, foi muito falado sobre o excesso de manuseio no RN, sendo tal fato causado pela ausência de comunicação entre a equipe multiprofissional. Pois, se houvesse um planejamento conjunto das condutas e procedimentos, seria evitado que vários profissionais manuseassem o RN em momentos diferentes,

dificultando também, o repouso do RN.

Quando questionados quanto aos fatores determinantes da ENP na Unidade em estudo, os profissionais trazem algumas colocações como relatado nas falas de P6 e P12:

“Um fator determinante que já falamos aqui, é a fixação [...], todo mundo sugere um bigode e o local de fixação no tubo, né? A posição adequada do tubo. E eu queria lembrar das traqueias do respirador, né? Na hora que eu tiro esse bebê para higienizar, para pesar, a qualquer movimentação indevida desta tudo, por conta das traqueias do respirador, também pode ser um fator determinante” (P6).

“No meu ponto de vista, é principalmente agitação, esse para mim é o principal fator que a determina. Eu acho que nossos bebês são muito acordados! Existem outros, mas esse é o principal” (P12).

Os fatores determinantes devem ser trabalhados com as equipes de UTIN, para que seja planejado intervenções de Enfermagem baseadas em cada fator que pode relacionar e/ou determinar este evento adverso, tentando reduzi-lo.

Agravos da ENP

Todos os profissionais apresentaram pelo menos um agravo à saúde do RN quando sofria uma ENP, como a reintubação, mostrando na fala a seguir:

“Muitas vezes, vai ser fatal para ele, porque vai ter que passar por todo o processo de novo, de urgência, e, pode interferir na temperatura dele, às vezes tem que sedar. Considero uns 10 passos atrás, eu imagino isso, é ruim para ele, é ruim para a equipe” (P1).

Os profissionais que trabalham na UTIN devem saber os agravos do evento adverso para os RN e prestar intervenções com qualidade, sabendo que podem evitar essas complicações e podendo prestar uma assistência com maior segurança.

Medidas preventivas para a ENP

Quando questionado à equipe de Enfermagem o que eles sugeriam como prevenção para este evento adverso na UTIN, os participantes responderam:

‘Como a sedação faz parte, é uma conduta médica, fico perguntando se eu enfermeira pode sugerir como intervenção: ter mais cuidado com o posicionamento

das crianças, com a fixação, observar realmente se a fixação já está despregando e, quando tiver, realmente trocar essa fixação[...]” (P14).

Nas respostas dos participantes, percebeu-se que alguns achavam que a fixação do TOT era boa, e outros já não concordavam. Porém, todos foram unânimes quanto a necessidade de que a forma da fixação precisava ser melhorada, para reduzir as lesões de pele do RN, ou a técnica de retirada da fixação pelo profissional precisava ser mais delicada:

“Eu acho ótima a fixação, o material, porém tem as desvantagens, né? Se a gente não tomar cuidado, quando precisa ser trocado pode lesionar a pele” (P2).
“Concordo que a fixação é boa, fixa bem, agora tem um, porém é que de tanto a gente tirar quando é preciso trocar, aí lesiona a pele do bebê, às vezes machuca” (P4).

A equipe multiprofissional deve concordar sobre condutas, como o excesso de manuseio dos pacientes. Os profissionais devem planejar e agrupar intervenções/cuidados durante os procedimentos necessários e respeitar os momentos de repouso do RN.

DISCUSSÃO

A ENP define-se como a remoção do TOT pelo paciente, também conhecido como autoextubação ou extubação acidental, que pode ocorrer durante uma intervenção ou manuseio do paciente pela equipe, sem intenções de ocasionar o dano⁽¹²⁾. Portanto, alguns participantes colocaram como extubação programada, o que na verdade era não programada, observando-se a necessidade de pactuação da equipe sobre o conceito de ENP.

A avaliação da ENP deve considerar alguns sinais físicos e clínicos para identificação do evento, como: deslocamento do tubo na traqueia, vocalização presente, escape de ar súbito e inexplicável, distensão gástrica, cianose ou diminuição de saturação periférica de oxigênio repentina, e ausência de movimentos respiratórios e/ou de entrada de ar nos pulmões⁽¹⁾.

Há algumas razões que podem determinar uma ENP, como: o comprimento mais curto da traqueia em recém-nascidos pré-termos, comparados com RN que nascem com 37 semanas ou mais, o uso de tubos endotraqueais não adequados, uso menos rotineiro de sedação e miorelaxantes, método de fixação e procedimentos como pesagem e aspiração do paciente⁽¹³⁾. A anamnese

bem realizada no RN, vigilância constante e cuidado no excesso de manuseio foram fatores discutidos pelos participantes.

As possibilidades de surgimento de alterações no quadro de saúde do RN são provenientes da própria condição fisiológica ou provocadas pelo uso da terapêutica, ambiência e atuação dos profissionais. Por sua vez, a ambiência refere-se ao espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais, o qual deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, garantindo a redução dos riscos à saúde⁽¹⁴⁾. Como colocado por P14 em sua fala, temos que ter cuidado com a ambiência da unidade, para que as crianças possam ficar menos agitadas.

As complicações potenciais da ENP incluem falhas respiratórias, riscos associados a reintubação, aumento da duração da VM e do tempo de internação, hipóxia, pneumotórax, pneumonia secundária, displasia bronco pulmonar, trauma de vias aéreas superiores e atraso do desenvolvimento neuropsicomotor⁽¹⁾.

Estudos indicam que o ambiente da UTIN interfere na maturação e organização do Sistema Nervoso Central do RN. Condutas terapêuticas, rotina de procedimentos e ruídos com elevada pressão sonora, resultam em significativas mudanças nas respostas comportamentais e fisiológicas do RN, como atraso no desenvolvimento cognitivo, emocional, físico, neurológico e sensitivo. Considera-se, portanto, que o planejamento da assistência ao RN de risco constitui um processo complexo que necessita de avaliação rigorosa e progressiva para determinação de sua efetividade⁽¹⁵⁾.

Durante os procedimentos, deve-se atentar quanto a necessidade de uma segunda pessoa para manter o TOT centralizado e bem fixo durante a necessidade de manuseios com a cabeça do RN, pois procedimentos inadequados, com consequências de ENP, também foram citados em mais de 60% de estudos⁽¹⁶⁾. A renovação da fixação do TOT, como colocado pelos participantes, deve ser feito com, no mínimo, dois profissionais.

Diante de tais considerações e frente aos achados do presente estudo percebe-se e corrobora-se com estudioso⁽¹⁷⁾ acerca a necessidade de uma maior abordagem da equipe de enfermagem frente aos fatores de risco para a ENP, bem como a sensibilização da equipe

diante dos cuidados, em especial na formação de vínculo, favorecendo as relações entre profissionais, pais/família e RN, com a promoção de um cuidado individualizado durante a internação, haja vista a complexidade do cuidar e do ambiente neonatal.

Compreende-se, portanto, a abrangência das tecnologias em saúde, como, no presente estudo o "Bundle de Prevenção de Extubação Não-Programada", de forma a sistematizar, continuamente a amplificação das discussões das boas práticas em saúde e educação permanente dos profissionais nos serviços de cuidados intensivos ao RN⁽¹⁸⁾.

Limitações do estudo

Entende-se como limitação do estudo a realização de pesquisa unicêntrica, conseguindo abranger a visão de uma equipe de enfermagem atuante em unidade neonatal acerca das boas práticas clínicas para a prevenção de ENP.

Contribuições do estudo para a prática

O presente estudo trouxe como benefícios e contribuições para a prática clínica o esclarecimento do conhecimento, por parte dos profissionais da equipe de Enfermagem, acerca da ENP, de seus fatores relacionados, das complicações/agravs e das intervenções de Enfermagem como medidas preventivas juntos ao RN de risco. Reforça-se, a possibilidade de discussão e a integração da equipe de Enfermagem na corresponsabilidade do cuidado integral a este RN. Assim, como a sensibilização, capacitação e planejamento de intervenções efetivas, visualizadas e pactuadas pela própria equipe assistencial como medidas preventivas que possam evitar a ENP como evento adverso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre os achados nesta pesquisa, relativos à ENP no RN sob VM, com seus fatores relacionados e agravos à sua saúde, foi observado que, a forma de intervir junto a este paciente deve ser holística visando, criteriosamente, seguir os parâmetros observados em um exame físico complementado pelas funções vitais apresentadas pelo monitor instalado junto ao RN internado em UTIN.

Os profissionais da equipe de Enfermagem mostraram conhecimento sobre o assunto, porém, evidenciou-se

lacunas como: necessidade de pactuação do conceito de ENP, para clarificar e possibilitar um registro coerente, de modo a evitar contabilizar inadequadamente, dificultando a identificação de indicadores e elaboração de ações para prevenção.

Os profissionais elencaram fatores relacionados como: fixação, agitação e necessidade de realizar o procedimento com outro profissional. Quanto às medidas preventivas, foi possível vislumbrar na Unidade, possível proporcionar uma reflexão na equipe, quanto aos limites da Enfermagem e as possibilidades de intervenções frente à alguns fatores como a sedação do RN, utilizada

em pequenas doses na UTIN. Percebeu-se que a equipe precisa implementar essas intervenções de prevenção da ENP de forma planejada, sistematizada e, registrando de forma correta, de modo a reduzir agravos, danos e os riscos de infecção relacionados à ENP.

Percebe-se, portanto, a necessidade de uma pesquisa com maior nível de evidência e que traga contributos mais abrangentes e com grupos multicêntricos de experts no cuidado ao RN de risco sob os diagnósticos de enfermagem: Padrão respiratório ineficaz, Troca de gases prejudicada e/ou Risco de Infecção relacionado à necessidade de procedimento invasivo.

REFERÊNCIAS

- Hu XI, Zhang Y, Cao Y, Huang G, Hu Y, McArthur A. Prevention of neonatal unplanned extubations in the neonatal intensive care unit: a best practice implementation Project. *JBHI Database System Rev Implement Rep* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 13];15(11):2789-98. Available from: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=29135753>
- Castellões TMFW, Silva LD. Ações de Enfermagem para a prevenção da extubação acidental. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2009 [cited 2019 Jun 13];62(4):540-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/08.pdf>
- Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução nº 358 do Conselho Federal de Enfermagem, de 15 de outubro de 2009 [Internet]. 2009 [cited 2019 Jan 21]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
- Chanes M. SAE descomplicada. São Paulo: Guanabara Koogan; 2018.
- Campos ACS, Cardoso MVML. O recém-nascido sob fototerapia: a percepção da mãe. *Rev Latino-am Enfermagem* [Internet]. 2004 [cited 2019 Jun 13];12(4):606-13. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a05.pdf>
- Lanzillott LS, Seta MH, Andrade CLT, Mendes Junior WV. Adverse events and other incidents in neonatal intensive care units. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jun 13];20(3):937-46. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00937.pdf>
- NANDA - International. *Nursing diagnoses: definitions & classification 2018- 2020*. Philadelphia: Wiley-Blackwell; 2018.
- Barbosa AL, Campos ACS, Chaves EMC. Complicações não clínicas da ventilação mecânica: ênfase no cuidado de Enfermagem neonatal. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2006 [cited 2019 Jun 13];19(4):439-43. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n4/v19n4a12.pdf>
- Polit DF, Beck CT. *Fundamentos da pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática de Enfermagem*. Porto Alegre: ArtMed; 2011.
- Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesq Qual* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 13];5(2):1-12. Available from: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>
- Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. 2012 [cited 2019 Jun 13]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Kiekkas D, Aretha D, Panteli E, Baltopoulos GI, Filos KS. Unplanned extubation in critically ill adults: clinical review. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2013 [cited 2019 Jun 13];18(3):123-34. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1478-5153.2012.00542.x>
- Merkel L, Beers K, Lewis MM, Stauffer J, Mjuscje DJ, Kresch MJ. Reducing unplanned extubations in the NICU. *Pediatrics* [Internet]. 2014 [cited 2019 Jun 13];133(5):1367-72. Available from: <https://pediatrics.aappublications.org/content/133/5/e1367>
- Cardoso SNM, Esteche CMGE, Oliveira MMC, Sherlock MSM, Cardoso MVML. Desafios e estratégias das Enfermeiras na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Rene* [Internet]. 2010 [cited 2019 Jun 13];11(4):76-84. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4606/3448>
- Rodrigues YCSJ, Studart RMB, Andrade ÍRC, Citó COM, Melo EM, Barbosa IV. Ventilação mecânica: evidências para o cuidado de Enfermagem. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2012 [cited 2019 Jun 13];16(4):789-95. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n4/21.pdf>
- Sousa MSMS, Vieira LN, Carvalho SB, Monte NL. Os cuidados de Enfermagem com os recém-nascidos na UTI. *Rev Saúde Foco* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jun 13];3(1):94-106. Available from: <http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/923/1004>
- Santos MSN, Rolim KMC, Albuquerque MF, Pinheiro CW, Magalhães FJ, Fernandes HIVM, et al. Relação familiar na unidade de terapia intensiva neonatal: revisão integrativa. *Enferm Foco* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jun 13];9(1):54-60. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1417/428>
- Nóbrega ASM, Cantalice ASC, Cerqueira ACDR, Santos NCCB, Bezerra NA, Chaves TRS. Tecnologias de enfermagem no manejo da dor em recém-nascidos na unidade de terapia intensiva neonatal. *Enferm Foco* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jun 13];9(2):66-72. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1083/448>

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E CLÍNICA AMPLIADA: DESAFIOS PARA O ENSINO DE SAÚDE MENTAL

Cláudia Mara Tavares¹, Lucas Marvilla Mesquita

Objetivo: A Sistematização da Assistência de Enfermagem é uma metodologia para organizar e realizar o cuidado de enfermagem orientado por princípios científicos. A Clínica Ampliada pressupõe uma abordagem singular do sujeito de forma integral, interdisciplinar e compartilhada. Neste artigo fazemos uma reflexão sobre os desafios que essas duas perspectivas trazem para inovar o ensino de saúde mental, procurando identificar interseções e contrapontos teóricos e formas de apropriação pelos enfermeiros de saúde mental. A articulação entre essas duas abordagens amplia a perspectiva de trabalho do enfermeiro em favor do cliente, valorizando suas potencialidades, transformando o processo de cuidar em algo mais dinâmico, participativo e solidário. O principal desafio posto para o ensino de enfermagem em saúde mental é levar o aluno a aprender a agir em cenário de incertezas por meio de práticas profissionais sistematizadas, criativas, autônomo-dialógicas e que levem ao desenvolvimento da profissão considerando o trabalho interdisciplinar.

Descritores: Processo de Enfermagem; Saúde Mental; Ensino em Saúde.

SYSTEMATIZATION OF NURSING AND CLINICAL ASSISTANCE EXPANDED: CHALLENGES FOR MENTAL HEALTH EDUCATION

Objective: The systematization of nursing care is a methodology in order to organize and make nursing care oriented by scientific principles. The expanded clinical assistance presupposes a singular personal approach through an integral, interdisciplinary and shared practices. This essay reflects on the challenges which these two perspectives bring to innovate the mental health education, intending to identify theoretical intersections and counterpoints and also its appropriation by mental health nurses. The articulation between these two approaches expand the working perspective of the nurses in favor of the patient, valuing their potentialities, making the care process more dynamic, interactive and supportive. The main challenge of mental health nursing education is to take the students to learn how to act in uncertain scenarios by professional, systematic, creative, autonomous-dialogical practices which also take them to their professional development considering interdisciplinary work.

Descriptors: Nursing Processes; Mental Health; Health Education.

SISTEMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA Y CLÍNICA AMPLIADA: DESAFÍOS PARA LA ENSEÑANZA DE SALUD MENTAL

Objetivo: La sistematización de la asistencia de la enfermería es una metodología para organizar y realizar el cuidado de la enfermería orientado por principios científicos. La clínica ampliada presupone un enfoque singular del sujeto a través de un enfoque integral, interdisciplinar y compartido. En este artículo hacemos una reflexión sobre los desafíos que estas dos perspectivas traen para innovar la enseñanza de la salud mental, buscando identificar intersecciones y contrapuntos teóricos y formas de apropiación por los enfermeros de salud mental. La articulación entre estos dos enfoques amplia la perspectiva de trabajo del enfermero en favor del cliente, valorizando sus potencialidades, transformando el proceso de cuidar en algo más dinámico, participativo y solidario. El principal desafío puesto para la enseñanza de la enfermería de la salud mental es llevar al alumno a aprender a actuar en un escenario de incertidumbres por medio de prácticas profesionales sistematizadas, creativas, autónomas - dialógicas y que lleven al desarrollo de la profesión considerando el trabajo interdisciplinario.

Descritores: Procesos de Enfermería; Salud Mental; Educación en Salud.

¹Universidade Federal Fluminense/RJ.

Autor correspondente: Cláudia Mara Tavares. E-mail: claudiamarauff@gmail.com

INTRODUÇÃO

Mudanças ocorridas no modelo assistencial em saúde mental e na prática profissional do enfermeiro, engendradas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, exigem inovações equivalentes no processo de formação. Em decorrência dessas mudanças, o leque de ações de enfermagem foi ampliado e ao mesmo tempo posto em interação e interdependência com demais profissionais, visando à integralidade dos cuidados em saúde. Nesse contexto, propõe-se um ambiente de trabalho de intensificação de trocas e afetos entre diferentes atores sociais, desconstrução de práticas de objetivação da doença mental e (re) construção de práticas que consideram a alteridade do sujeito.

O atual modelo assistencial de atenção à saúde mental preconiza a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por dispositivos extra-hospitalares inseridos no território em que vivem os usuários, trazendo maior complexidade na abordagem aos mesmos e suporte às suas famílias. A lógica de trabalho proposta nos serviços é bastante diversa daquela tradicionalmente engendrada na formação em saúde - focada na formação de especialistas, centrado na doença, com sua busca pela verdade no interior do sujeito, preocupado com o manejo de técnicas e tecnologias.

A reorganização das práticas de saúde mental no contexto de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) está diretamente relacionada às atividades desenvolvidas na formação dos profissionais de saúde. Contudo, as instituições de ensino não têm como tradição o diálogo e o trabalho conjunto com os serviços de saúde. A elaboração de projetos que articulem teoria e prática, numa perspectiva ampla do cuidar, favorecendo a formação de profissionais comprometidos com a sociedade e seus problemas de saúde, é um dos desafios que precisam ser enfrentados⁽¹⁾.

Estudos avaliativos mais recentes sobre o ensino mostram que as disciplinas curriculares de saúde mental e psiquiatria são marcadas pelo enfoque do que seja normal e patológico no transcorrer do ciclo vital, centradas na psicopatologia e na instituição psiquiátrica. Ainda que haja algumas iniciativas dos docentes de saúde mental na busca por abordagens pedagógicas progressistas, que propiciem a formação de sujeitos críticos e reflexivos, capacitando-os para intervirem em contextos complexos^(2,3).

Espera-se que o enfermeiro use em sua prática profissional um método de trabalho para planejar, executar e avaliar suas ações em sincronia com o sistema de saúde. Contudo, existem contradições, resistências e desafios a serem superados em sua práxis. Não há consenso nacional sobre que modelo utilizar, nem garantia da estrutura e recursos necessários para o seu desenvolvimento. Há

tensões e conflitos entre modelos de orientação profissional e de assistência multiprofissional em saúde, profissionais da equipe de saúde, instituição de ensino e assistência. Há uma recomendação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) para o uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nos serviços onde haja enfermeiros. Já o Ministério da Saúde, propõe a Clínica Ampliada (CA).

Esse artigo tem como objetivo refletir sobre os desafios engendrados pela proposta da SAE e da CA para o ensino de enfermagem em saúde mental.

METODOLOGIA

Trata-se de uma reflexão teórica sobre os desafios que duas perspectivas sobre a prática de cuidar - SAE e CA - trazem para inovar o ensino de saúde mental, procurando identificar interseções e contrapontos teóricos e formas de apropriação pelos enfermeiros de saúde mental. Realizou-se com base na literatura disponível uma formulação discursiva aprofundada, enfocando o tema em estudo e seus desafios para o ensino de enfermagem, estabelecendo analogias e analisando diferentes pontos de vista teóricos e práticos sobre o assunto.

A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL

A SAE é tida como um instrumento metodológico que orienta e documenta o cuidado profissional de Enfermagem, evidenciando sua contribuição na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional do enfermeiro. Operacionaliza-se por meio do Processo de Enfermagem (PE), organizado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem⁽⁴⁾.

Nos serviços de saúde mental a SAE não é um método usual de trabalho adotado pelos enfermeiros, embora haja algumas experiências bem-sucedidas com sua aplicação. É o caso da experiência relatada por Toledo⁽⁵⁾, que utilizou um instrumento para SAE numa unidade de internação psiquiátrica. Ele verificou que a SAE permitiu à enfermeira a tomada de decisões, oferecendo subsídios para o estabelecimento dos diagnósticos, resultados esperados e ações de enfermagem que sustentam a avaliação do cuidado integral. A SAE constituiu uma alternativa para estabelecer um plano de cuidados coerente com a realidade vivenciada junto ao paciente, fortalecendo a participação do enfermeiro na constituição de projetos terapêuticos no âmbito da equipe multiprofissional.

A SAE vem sendo uma ferramenta útil e importante na tentativa de construir uma prática de enfermagem mais eficaz

no contexto da reabilitação psicossocial. Nesse cenário, a Consulta de Enfermagem (CE) é tida como uma prerrogativa a ser executada no processo de trabalho do enfermeiro, um meio de acompanhamento do cuidado junto ao usuário, integrado ao Projeto Terapêutico Singular (PTS)⁽⁶⁾.

Há escassez de literatura sobre a aplicação, avaliação e eficácia do PE em saúde mental. Os estudos tratam apenas sobre parte do processo de enfermagem. As etapas de histórico e planejamento dos cuidados de enfermagem são as mais executadas, e tidas como contribuição do enfermeiro para a construção do PTS e sua inserção na equipe multiprofissional. Estudos cuja preocupação é construir diagnósticos de enfermagem com a finalidade de criar padrões de cuidado tendem a observar o modelo biológico, estando influenciado pela concepção da prática baseada em evidência e não pela perspectiva relacional, sendo referida a usuários com problemas de saúde cuja reprodução e padronização são factíveis.

Os estudos que versam sobre a prática do enfermeiro em saúde mental pautam-se na descrição de experiências dos enfermeiros sobre o uso da relação terapêutica como foco das intervenções, baseadas na perspectiva de Peplau. Aqueles que propuseram estabelecer diagnósticos de enfermagem em saúde mental, em sua maioria, utilizaram a taxonomia NANDA⁽⁷⁾.

O entendimento presente no campo da Saúde Mental (SM) que o cuidado é singular e que seu foco é a relação terapêutica, opõe-se às proposições da prática de enfermagem baseada em evidências, o que pode explicar a resistência dos enfermeiros para adoção da SAE em SM.

A insuficiência de recursos humanos, excesso de atribuições do enfermeiro, desconhecimento da metodologia de trabalho, escassez de recursos materiais, a resistência ao novo, métodos diferentes de registro dificultam a realização do PE em todas as áreas, além de que o enfermeiro, muitas vezes, deixa de cumprir suas atribuições para dar apoio a outros profissionais⁽⁸⁾.

A visão do cuidado de enfermagem como um fim em si mesmo, com pouca interdependência aos saberes dos usuários e dos demais profissionais da saúde tem levado essa abordagem a ser alvo de muitas críticas, posto que no cenário contemporâneo da saúde, valorizam-se processos participativos de cuidar.

ENFERMAGEM E CLÍNICA AMPLIADA EM SAÚDE MENTAL

A CA propõe rever o cuidado fragmentado por especialidades, ampliando o agir dos diferentes profissionais de saúde com vista à produção do cuidado integral com centralidade no sujeito. É baseada no conceito de saúde integral e compreende a qualidade de vida como o

resultado de fatores biopsicossociais. Seus princípios foram concebidos por Campos⁽⁹⁾ como crítica a clínica tradicional centrada na doença e no ato médico. Nega a predominância da determinação social, biológica ou subjetiva dos processos saúde-doença. Considera que todo profissional de saúde que atenda ou cuide de pessoas, e não apenas o médico, realiza clínica, precisando ter plasticidade suficiente para dar conta da variabilidade biológica, psíquica e social dos casos e da imprevisibilidade da vida.

São proposições fundamentais da CA: o acolhimento com destaque para o poder terapêutico da escuta ampliada ao Sujeito; o trabalho interdisciplinar em saúde na perspectiva do cuidado integral e a participação e autonomia do Sujeito na definição do projeto terapêutico^(9,10).

A CA enquanto diretriz da Política Nacional de Humanização opera por meio de dois dispositivos de gestão da atenção: as Equipes de Referência (ER) e os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS)⁽¹¹⁾. A ER contribui para tentar resolver ou minimizar a falta de definição de responsabilidades, de vínculo terapêutico e de integralidade na atenção à saúde, têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário⁽¹⁰⁾. O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, que incorpora a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões⁽¹²⁾.

A participação da enfermagem na CA é um projeto em construção. Compreendida como prática social, a enfermagem vem atendendo as necessidades sociais da população a partir de determinantes históricos e políticos. Como profissão inserida no SUS e representando uma força de trabalho equivalente há cerca de 50%, não pode estar alheia às diretrizes de atenção à saúde contemporânea.

A prática clínica engendrada por enfermeiros na atenção básica na perspectiva da CA vem se constituindo no interior da prática médica hegemônica, mediada por tensões e conflitos. Nesse contexto, os enfermeiros consideram que desenvolvem uma espécie de "pseudoclínica", já que persistem na maioria das unidades, a centralidade na atividade médica e condições estruturais e organizacionais desfavoráveis. Algumas atividades de enfermagem são consideradas pelos enfermeiros como integrantes da CA pelo grande investimento que fazem em acolhimento nas consultas de enfermagem, visita/atendimento domiciliar, trabalho em grupo, orientação a auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde e o apoio ao atendimento do médico⁽¹³⁾.

A enfermagem na atenção em saúde mental resguarda a noção de cuidado como foco da sua ação, ressaltando a intersetorialidade como um dos atuais dispositivos para a ampliação e o fortalecimento das ações no campo da saúde mental, asseverando que a saúde, sozinha, não dá conta

da complexidade do cuidar, carecendo de outros saberes. O desenvolvimento de intervenções de enfermagem em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde. A perspectiva da integralidade em saúde mostra-se a mais adequada para este campo, sendo o Matriciamento em Rede um dispositivo potente para resolução de problemas⁽¹⁴⁾.

Nos serviços substitutivos as enfermeiras apresentam discursos e concepções de saúde que corroboram para a desconstrução do saber psiquiátrico e para a superação das práticas manicomial, demonstrando compromisso com o desenvolvimento de suas ações profissionais a partir do trabalho interdisciplinar.

Matos⁽¹⁵⁾ destaca que para atuar no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), principal dispositivo de atenção em SM, é indispensável extrapolar as ações e os saberes convencionais de enfermagem, interligando ações próprias a outros campos de saberes e profissões. No CAPES a enfermeira articula casos clínicos, em contato com o território e com outros setores sociais. Quando na gestão da clínica ampliada, desenvolve a função de referência dos casos, constrói e consolida projetos terapêuticos. É sobre as ações nucleares de cuidado direto a pessoa com transtorno psiquiátrico que a enfermagem se aproxima melhor dos princípios da clínica ampliada, havendo, entretanto, maior dificuldade no desenvolvimento das ações gerenciais de enfermagem, ainda arraigadas no modelo tradicional centralizador.

Pelo exposto não há dúvida de que os princípios da clínica ampliada são desejáveis e oportunos para a qualificação da assistência de enfermagem em saúde mental, mas por que eles não se efetivam na prática de enfermagem contemporânea? Vislumbram-se como possíveis explicações: a força do paradigma tradicional ainda dominante nos serviços de saúde; a hegemonia do saber médico; a falta de direcionamento dos gestores de enfermagem para adoção de um modelo assistencial específico; a falta de estrutura e de políticas de saúde adequada; a falta de regulação/monitoramento e avaliação pública dos serviços de saúde; formação inadequada/insuficiente dos profissionais de enfermagem e ausência de processos de educação permanente.

DESAFIOS PARA INOVAÇÃO DO ENSINO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN)⁽¹⁶⁾ orientam a formação do enfermeiro para a integralidade do cuidado, o que exige desenvolver práticas de ensino que favoreçam a

compreensão e desenvolvimento da integralidade na formação acadêmica e profissional.

O ensino de Enfermagem Psiquiátrica/SaúdeMental, além de seguir as DCN, deve orientar-se por princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, buscando principalmente inserir os estudantes nos espaços abertos de atenção à pessoa em sofrimento psíquico e não os manter exclusivamente no âmbito hospitalar⁽²⁾.

Ressalta-se que o modo tradicional como se constituem as práticas de formação e de cuidar ainda não foi superado. Convive-se com a assistência manicomial ao lado dos novos dispositivos assistências em saúde mental. O Brasil tem atualmente cerca de 170 hospitais psiquiátricos⁽¹⁷⁾. A despeito das críticas, o hospital psiquiátrico, continua sendo um importante órgão empregador de enfermeiros e campo de sua formação clínica.

Os reflexos da formação dos enfermeiros em espaços manicomial são sentidos nos demais serviços que integram a rede de atenção em saúde mental. Nos ambulatórios, por exemplo, os enfermeiros ainda encontram resistências e limitações para integrar efetivamente as equipes de saúde mental, reconhecendo que parte desse problema decorre de suas dificuldades para avaliar aspectos psíquicos dos usuários devido à fragilidade de sua formação para a leitura das relações⁽⁷⁾.

A mudança na formação ou o investimento em projetos de educação permanente das equipes são medidas frequentemente apontadas para superar o estágio atual de baixa qualidade da prática de enfermagem em SM ou de seu exercício em bases limitadas nos dispositivos assistenciais de saúde mental. Constatam-se nos serviços de saúde mental dificuldades para o uso da SAE, da CA ou de qualquer outra metodologia de atuação profissional de enfermagem fora dos moldes tradicionais^(2,3,6,18).

A formação em enfermagem depende da qualidade das aprendizagens em contexto clínico, mas os profissionais que se encontram nos serviços de saúde mental precisam de formação/capacitação condizentes às exigências de qualidade assistenciais contemporâneas. Nesse sentido, as instituições de ensino e serviço possuem uma interdependência natural, mas por razões históricas e culturais não atuam de forma sinérgica em prol do fortalecimento do SUS.

Ampliar a visão dos alunos para além do modelo biológico médico-centrado do processo saúde-doença, visando à compreensão do sujeito integrado com o seu meio social, político, econômico e cultural é uma forma de enfrentar a fragmentação da assistência e o trabalho baseado no “modelo funcional”⁽¹⁹⁾.

A interdisciplinaridade é tida como questão central para ultrapassar o aprendizado por meio do saber

instrumental. Ela oportuniza aos discentes de enfermagem compreender a clínica ampliada como dispositivo imprescindível para despertar reflexões e operacionalizar mudanças, capacitando-os para explorar relações entre as disciplinas e, com base nelas, solucionar problemas que ultrapassem os limites pedagógicos do conteúdo, fortalecendo o movimento entre a ação-reflexão-ação e prática-teoria-prática⁽²⁰⁾.

O ensino crítico, integrado, ativo e criativo é apontado como um meio para enfrentar os problemas vivenciados nos serviços de saúde mental, mas insuficiente para superar os desafios impostos à prática de enfermagem. Condições estruturais, políticas, legais, administrativas, culturais e éticas interferem substancialmente na melhoria da atenção à saúde mental^(6,13,15,19).

Vislumbra-se a formação de enfermeiros com maior integração entre as disciplinas e os conhecimentos experimentados em equipe interdisciplinar, colaborando para a formação de profissionais com habilidades e competências que lhes permitam encontrar soluções compartilhadas para problemas complexos⁽¹⁵⁾.

Salienta-se que os projetos de capacitação devam ser estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, objetivando a transformação das práticas profissionais e a organização do trabalho, tendo em vista as necessidades de saúde da população⁽¹⁷⁾.

Assim, para inovar o ensino de saúde mental com base nas necessidades do serviço de saúde mental, é preciso considerar os seguintes desafios: desenvolver experiências mediadas pela perspectiva da interdisciplinaridade, que tem função de alcançar o desenvolvimento de um pensamento complexo nas questões relativas à saúde mental; solidarizar processos de educação permanente; reorientar o currículo de enfermagem com base na perspectiva da clínica ampliada; intensificar o debate sobre os modelos assistenciais em saúde; adotar metodologias de ensino que propiciem maior autonomia do estudante; diversificar experiências de formação para que o estudante de enfermagem amplie competências sociais e comunicacionais; promover currículos integrados, contemplando integração de disciplinas e áreas de conhecimento; aprofundar as bases teóricas que permitam analisar com profundidade as relações terapêuticas com vista o fortalecimento do saber de enfermagem para tomada de decisão em equipe; promover o autoconhecimento do estudante e a consciência do cuidado de si.

Limitações do estudo

É escassa a literatura disponível sobre o trabalho dos enfermeiros em saúde mental, tanto na perspectiva da SAE

quanto da CA o que traz limite para possíveis generalizações do estudo.

Contribuições para a prática

A principal contribuição do estudo é colaborar para a articulação entre a perspectiva da SAE e da Clínica Ampliada no campo da atenção à saúde mental trazendo uma nova perspectiva para o trabalho do enfermeiro. O estudo permite evidenciar que o tema estudado foi pouco explorado demonstrando a necessidade de se avançar na realização de estudos empíricos.

CONCLUSÕES

Tendo em vista que a reforma psiquiátrica proporcionou mudanças voltadas para a inserção da pessoa com transtorno psiquiátrico na comunidade, no ambiente familiar e na sociedade, é preciso ultrapassar limites e desafios existentes na prática profissional e na formação acadêmica para fortalecer a profissão enfermagem e a qualidade dos cuidados em saúde mental.

As pesquisas divulgadas evidenciam práticas profissionais restritas, pouco referenciadas e metodologicamente indefinidas. Não há consenso sobre modelos orientadores da prática de enfermagem e os princípios preconizados para atenção em saúde mental são pouco regulados ou avaliados. Boas práticas de enfermagem e experiências inovadoras existem, mas não foram divulgadas o bastante em periódicos científicos, fato que pode ser explicado pelo afastamento dos enfermeiros da academia ou pelo restrito desenvolvimento de pesquisas no âmbito dos serviços.

Os princípios da CA associados a SAE podem fazer avançar a Enfermagem, contribuindo para a construção do cuidado integral. O PE desenvolvido a partir da relação enfermeiro-paciente pode ser um avanço na construção de laços para um cuidado de maior visibilidade ao saber e fazer da enfermagem. O desafio persistente é a interdisciplinaridade, sendo preciso articular o saber-fazer da enfermagem na direção de um agir ampliado com os demais profissionais de saúde e os usuários em prol da produção de saúde.

Assim, compreendemos, que o principal desafio contemporâneo para o ensino de enfermagem em saúde mental é motivar o aluno para aprender a agir em cenário de incertezas, por meio de práticas profissionais sistematizadas, criativas, autônomo-dialógicas e que levem ao desenvolvimento da profissão considerando o trabalho interdisciplinar e a complexidade do processo de adoecer humano.

Algumas experiências exitosas no campo da integração ensino-serviço indicam caminhos para a política de educação permanente, formação e ensino na

graduação em enfermagem em saúde mental, entre os quais destacamos: incorporação do conceito ampliado de saúde para desenvolver o ensino-aprendizagem; estabelecimento de parcerias com serviços e demais profissionais de saúde visando ampliar as oportunidades para práticas interdisciplinares; desenvolvimento das habilidades relacionais e socioemocionais do estudante; e uso de metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem.

Alerta-se para a necessidade de consolidação, sustentabilidade e divulgação de experiências inovadoras no ensino de enfermagem em saúde mental, para fazer avançar a ciência de enfermagem com compromisso social.

Contribuição dos autores

Concepção e/ou desenho: Cláudia Tavares e Lucas Mesquita; análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão final e revisão crítica: Cláudia Tavares e Lucas Mesquita.

REFERÊNCIAS

- Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis* [Internet]. 2004 June [cited 2019 June 13]; 14(1): 41-65. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=en
- Souza MCBM. O Ensino de Enfermagem Psiquiátrica /Saúde Mental: avanços, limites e desafios. *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas* [Internet]. 2016 [cited 2019 June 2]; 12(3):139-146. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160040>.
- Skupien SV, Pinto AC, Floriano LSM. Avaliação do ensino de psiquiatria e de saúde mental na graduação de enfermagem: revisão de literatura, 2017. Anais do IV Seminário Internacional de Representações sociais, subjetividade e educação, Curitiba, Paraná.
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução N° 358 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. Brasília, DF: Conselho Federal de Enfermagem, 2009. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html
- Pellegrino TV, Nakamura MS, Rigon FGAP. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de internação psiquiátrica. *Revista Baiana de Enfermagem* [Internet]. 2015 [cited 2019 June 13]; 29(2):172-179. Available from: https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/11707/pdf_130
- Bolsoni E, Heusy I, Silva Z, Rodrigues J, Peres G, Moraes R. Consulta de enfermagem em saúde mental: revisão Integrativa. *SMAD* [Internet]. 2016 [cited 2019 June 14]; 12(4):249-255. Available from: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/122268>
- Garcia A, Paula RF, Freitas MIP, Lamas JLT, Toledo VP. Processo de enfermagem na saúde mental: revisão integrativa da literatura. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 14]; 70(1): 220-230. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000100220&lng=pt
- Santos MG et al. Etapas do processo de enfermagem: uma revisão narrativa. *Enferm Foco*. [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 15]; 8 (2): 49-56. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1032/416>
- Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.
- Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2007 [cited 2019 Jun 14]; 23(2): 399-407. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=pt
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: clínica ampliada e compartilhada* [Internet]. Brasília (DF). 2009. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2.ª edição*. Brasília: Série B. Textos Básicos de Saúde, 2007.
- Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2011 [cited 2019 June 13]; 19(1): 123-130. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100017&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100017>.
- Alves S. Os sentidos sobre cuidado na atenção à saúde mental no contexto da enfermagem. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, 2015.
- Mattos NFMS. O processo de trabalho da enfermagem no CAPS III de Campinas a partir da clínica ampliada e compartilhada. Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 2016.
- Ministério da Educação. (BR). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 3, de 7 novembro de 2001. Institui as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília (DF), 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 37.
- Castro M. Com reforma, número de leitos psiquiátricos no SUS diminuiu 40%. *Barbacena*, 22/08/2015. TV Brasil. <http://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2015-08/com-reforma-numero-de-leitos-psiquiaticos-no-sus-diminuiu-40-em>
- Tavares CMM, Gama LN, Souza MMT e, Paiva LM, Silveira PG, Mattos MMGR. Competências específicas do enfermeiro de saúde mental enfatizadas no ensino de graduação em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [Internet]. 2016 [citado 2019 Jun 13]; (spe4): 25-32. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000400004&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0137>.
- Teixeira GV, Oliveira NR. Considerações sobre a clínica ampliada no processo de enfermagem. *Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 [cited 2019 Mai 13]; 7(38):61-66. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84212375006>
- Feitosa RMM, Lima DWC, Almeida ANS, Silveira LC. Pensar e fazer na enfermagem: a interdisciplinaridade na perspectiva da clínica ampliada. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2011 [cited 2019 Mai 13]; 25(1): 75-88. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/4718/4331>

RECEBIDO EM: 18/06/2019.
ACEITO EM: 06/09/2019

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA-CLÍNICA E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA ENFERMARIA PEDIÁTRICA

Suelen Reiniack¹, Jamile Pascoal Franco Gonçalves¹, Alexandre Sousa da Silva¹, Teresa Tonini¹

Objetivo: caracterizar o perfil de pacientes internados na enfermaria de pediatria e identificar os Diagnósticos de Enfermagem mais prevalentes, de acordo com a taxonomia NANDA-I. **Metodologia:** estudo descritivo realizado a partir de prontuários de 100 pacientes. Foram consideradas variáveis como: idade, gênero, sistema de classificação de pacientes, diagnóstico clínico e de enfermagem. Utilizou-se o programa Rcommander® para realização da análise exploratória e testes de hipóteses não-paramétricos, sendo considerado nível de significância de 5%. **Resultado:** predominância do sexo masculino (71%), idade média de 7,32 anos, o Cuidado Intermediário (49%) foi o mais frequente, Pediatria foi a clínica com maior número de internações (39%), encontrados 44 diagnósticos médicos e 46 diagnósticos de enfermagem, sendo 27 considerados preponderantes. **Conclusão:** a realização do diagnóstico situacional possibilita um caráter norteador para as demais etapas do Processo de Enfermagem e direciona as ações de cuidado, contribuindo para a melhora contínua da qualidade e segurança dos cuidados.

Descritores: Processo de Enfermagem, Diagnósticos de Enfermagem, Enfermagem Pediátrica.

CLINICAL SOCIODEMOGRAPHICAL AND DIAGNOSTIC CHARACTERIZATION OF NURSING IN PEDIATRIC NURSING

Objective: to characterize the profile of hospitalized patients in the pediatric ward and to identify the most prevalent Nursing Diagnoses, according to the NANDA-I taxonomy. **Methodology:** descriptive study based on medical records of 100 patients. Variables such as: age, gender, patient classification system, clinical and nursing diagnosis were considered. The Rcommander® program was used to perform the exploratory analysis and tests of non-parametric hypotheses, being considered level of significance of 5%. **Results:** predominance of males (71%), mean age of 7.32 years, Intermediate Care (49%) was the most frequent, Pediatrics was the clinic with the greatest number of hospitalizations (39%), 44 medical and 46 nursing diagnoses, of which 27 were considered as preponderant. **Conclusion:** the accomplishment of the situational diagnosis allows a guiding character for the other stages of the Nursing Process and directs care actions, contributing to the continuous improvement of quality and safety of care.

Descriptors: Nursing Process; Nursing Diagnostics; Pediatric Nursing.

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y DIAGNÓSTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

Objetivo: caracterizar el perfil de pacientes internados en la enfermería de pediatria e identificar los Diagnósticos de Enfermería más prevalentes, de acuerdo con la taxonomía NANDA-I. **Metodología:** estudio descriptivo realizado a partir de prontuarios de 100 pacientes. Se consideraron variables como: edad, género, sistema de clasificación de pacientes, diagnóstico clínico y de enfermería. Se utilizó el programa Rcommander® para realizar el análisis exploratorio y pruebas de hipótesis no paramétricas, siendo considerado nivel de significancia del 5%. **Resultado:** En la mayoría de los casos, el cuidado intermedio (49%) fue el más frecuente, la Pediatría fue la clínica con mayor número de internaciones (39%), encontrados 44 diagnósticos médicos y, 46 diagnósticos de enfermería, siendo 27 considerados preponderantes. **Conclusión:** la realización del diagnóstico situacional posibilita un carácter orientador para las demás etapas del proceso de enfermería y dirige las acciones de cuidado, contribuyendo a la mejora continua de la calidad y seguridad del cuidado.

Descritores: Proceso de Enfermería; Diagnósticos de Enfermería; Enfermería Pediátrica.

¹Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO/RJ.
Autor correspondente: Suelen Reiniack. E-mail: suelen.reini@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Maior atenção dos enfermeiros brasileiros começou a ser direcionada para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) com os trabalhos de Wanda Horta, nos anos 60, com ênfase no planejamento da assistência, na tentativa de tornar autônoma a profissão e alcançar o estado de ciência. Sabe-se que a implantação da SAE é indispensável e desafiante para a realidade específica das instituições, favorecendo a consolidação da estrutura e processos organizacionais, em especial dos serviços e dos cuidados de enfermagem baseados em evidências clínicas e gerenciais científicas^(1,2,3).

A Resolução COFEN nº 358/2009 reforça a necessidade de implantação da SAE, no sentido em que requer a análise do ambiente organizacional. Esse diagnóstico situacional consiste em uma das etapas de gestão disponíveis para pesquisa das condições e posterior planejamento das ações devendo ser utilizado para conhecimento do perfil da clientela assistida com objetivo de oferecer assistência mais eficaz e eficiente em prol da qualidade^(4,5,2).

A SAE norteia o trabalho profissional quanto aos eixos Método, Pessoas e Instrumentos, tornando possível a eficiente implementação do Processo de Enfermagem (PE). Fundamentado em método científico, há adoção de estratégia de trabalho voltada à identificação de situações de saúde-doença, com oferecimento de ações de assistência de Enfermagem contributivas para a promoção, recuperação e reabilitação da saúde, além de prevenção de agravos do indivíduo, família e comunidade⁽⁴⁾.

O PE é um dos componentes específicos do eixo Método da SAE, como instrumento metodológico para orientação do cuidado profissional e documentação da prática, possibilitando a abordagem holística do paciente e o aprimoramento contínuo na oferta de cuidados de enfermagem. Apresenta-se organizado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes compreendidas por Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem (DE), Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem⁽⁴⁾.

Deve-se estar alerta para fatores influenciadores que dificultam a implantação do PE, tais como: ausência de caracterização do perfil do setor; inexistência de padronização da linguagem; falta de domínio para o uso do PE; visão dos profissionais sobre o PE apenas como mais uma tarefa a ser realizada; subdimensionamento de pessoal; sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem; precárias condições estruturais dos serviços; baixa remuneração dos profissionais; além de fatores políticos e sociais^(6,7,8).

O Processo de Enfermagem baseado em sistemas de linguagem padronizada requer a determinação do perfil da

clientela e o conhecimento dos diagnósticos de enfermagem mais prevalentes desse dado grupo. A taxonomia da North American Nursing Diagnoses Association (NANDA-I) representa uma linguagem bastante difundida e utilizada no Brasil, permitindo a constituição de DE em diversas instituições hospitalares. Os DE estabelecidos com alto nível de coerência em relação aos componentes da característica definidora, fator relacionado ou fator de risco, necessitam ser identificados para que o cuidado possa ser direcionado à solução desses problemas ou redução da gravidade ou risco de ocorrência^(9,10,11).

Apesar de evidências de alguns obstáculos institucionais e gerenciais, a implementação da SAE demonstra melhora efetiva da qualidade da assistência prestada ao paciente. Neste sentido, a utilização dos diagnósticos e prescrição de cuidados de enfermagem representam a mudança de cultura na instituição e o rompimento com o modelo biomédico⁽³⁾.

OBJETIVO

Analisar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes internados na enfermaria de pediatria e determinar os DE mais prevalentes, de acordo com a taxonomia da NANDA-I.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, documental e seccional com abordagem quantitativa.

Participantes da pesquisa

A população do estudo foi constituída por 100 pacientes internados na enfermaria de pediatria, no período de dezembro de 2017 a julho de 2018.

Local do estudo

Realizado na enfermaria de pediatria de um hospital público no município do Rio de Janeiro. Essa enfermaria possui capacidade para 24 leitos, dos quais sete são destinados a pacientes clínicos pediátricos, sete destinados a pacientes com distúrbios onco-hematológicos e 10 leitos destinados a pacientes cirúrgicos eletivos no pré e pós-operatório de cirurgias de pequeno e médio porte, com faixa etária de um dia de vida aos 18 anos de idade.

Coleta dos dados

A partir de um de banco de dados relacionados à gestão da referida enfermaria de pediatria, buscou-se as variáveis idade, gênero, sistema de classificação de pacientes, diagnóstico médico e de enfermagem. A coleta

foi realizada nos meses de agosto a outubro de 2018, por meio de formulário estruturado elaborado pelos próprios pesquisadores deste estudo.

Procedimentos de análise dos dados

Utilizou-se o software Excel® para tabulação dos dados e o programa Rcommander® versão 3.4.4 para elaboração da análise exploratória e testes de hipóteses. Decidiu-se por testes não paramétricos (Teste Exato de Fisher, Wilcoxon e Kruskal-Wallis), após a realização de teste de normalidade de Shapiro -Wilk. Para identificação dos DE mais prevalentes foram considerados 27 preponderantes, que apresentassem o valor maior que 10% de frequência.

Procedimentos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, em 01 de agosto de 2018, sob o Parecer nº 2.793.648.

RESULTADOS

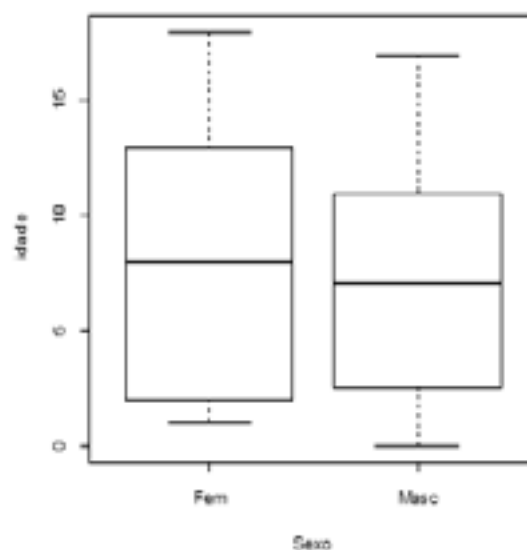
A tabela 1 apresenta a análise das características das variáveis idade, sexo, Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) e clínica de internação:

Tabela 1 - Perfil dos pacientes internados na enfermaria de pediatria. Rio de Janeiro, (RJ), Brasil, 2018.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	29	29%
Masculino	71	71%
Idade		
Média	7,32	
Idade mínima	0	
Idade máxima	18	
Sistema de Classificação de Pacientes		
Cuidados Mínimos	35	35%
Cuidados Intermediários	49	49%
Cuidados Alta dependência	16	16%
Clínica de Internação		
Cirurgia Pediátrica	33	33%
Onco-hematologia	28	28%
Pediatria	39	39%

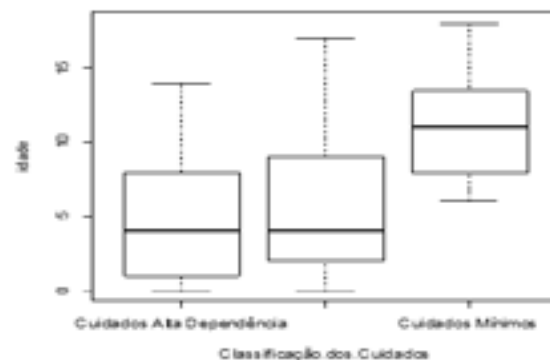
O gráfico 1 apresenta a distribuição da idade entres os gêneros masculino (Masc) e feminino (Fem). Os pacientes do sexo feminino apresentaram média de idade de 7,54 anos e desvio padrão de 5,25, já para o sexo masculino a idade média foi 7,27 e desvio padrão de 5,28. Por meio do teste de Wilcoxon e com p_valor 0,37 pode-se concluir que não existe diferença estatisticamente significativa das idades entre os gêneros:

Gráfico 1- Boxplot da distribuição das variáveis idade e gênero dos pacientes internados na enfermaria de pediatria. Rio de Janeiro, (RJ), Brasil, 2018.



O gráfico 2 apresenta o boxplot da idade por classificação dos cuidados. Percebe-se que pacientes com Cuidados Mínimos (média 7,30, desvio 5,30) são em média mais velhos que os pacientes com Cuidados Intermediários (média 7,20, desvio 5,33) e de Alta de dependência (média 7,38, desvio 5,30). Por meio do teste de Kruskal-Wallis que obteve p_valor 0,0000005487, conclui-se que há ao menos um grupo com idade diferente dos demais:

Gráfico 2 - Boxplot da distribuição das variáveis idade e SCP dos pacientes internados na enfermaria de pediatria. Rio de Janeiro, (RJ), Brasil, 2018.



A Tabela 2 apresenta a frequência absoluta entre a clínica onde o paciente foi internado e SCP. Por meio do Teste Exato de Fisher e p valor 0,00009014 rejeita-se a hipóteses de independência entre a clínica de internação e o SCP.

Tabela 2 – Tabela de contingência de dupla entrada das variáveis Clínica de Internação e SCP. Rio de Janeiro, (RJ), Brasil, 2018.

Clínica de Internação	Cuidados Alta Dependência	Cuidados Intermediários	Cuidados Mínimos
Cirurgia pediátrica	2	20	12
Onco-hematologia	1	10	17
Pediatria	13	19	6

Verificou-se o total de 44 diagnósticos médicos. Após agrupamento, determinou-se os prevalentes, sendo 13 (33%) diagnósticos de doenças respiratórias, seguidos de 11 (28%) de doenças crônicas, 10 (26%) de encefalopatias, e cinco (13%) de doenças infectocontagiosas na clínica de internação da Pediatria. Na clínica da CIPE prevaleceram as cirurgias de fimose, 11 (34%), seguidas das gastrointestinais, sete (21%), outras cirurgias diversas, sete (21%), hérnias inguinais ou umbilicais, cinco (15%), e colocação/retirada de cateter profundo, três (9%). Na clínica de Onco-hematologia, prevaleceu a neutropenia febril, nove (32%), seguida das internações para bloco de quimioterapia, oito (29%), anemias, cinco (18%), investigação hematológica, cinco (18%), e outros, um (3%).

A tabela 3 apresenta os 46 diagnósticos de enfermagem diferentes baseados na NANDA-I, sendo 18 relacionados aos diagnósticos de riscos e 28 relacionados aos diagnósticos com foco no problema. Identificou-se a média de oito DE por paciente:

Tabela 3 – Distribuição dos títulos diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes internados na enfermaria de pediatria (N=100), de acordo com os domínios da taxonomia da NANDA-I. Rio de Janeiro, (RJ), Brasil, 2018.

Domínio	Diagnósticos de enfermagem	N (%)
1. Promoção da Saúde	Proteção ineficaz	39 (39)

2. Nutrição	Volume de líquidos excessivo	26 (26)
	Risco de glicemia instável	22 (22)
	Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	21 (21)
	Risco de desequilíbrio eletrolítico	8 (8)
	Padrão ineficaz de alimentação do lactente	8 (8)
	Volume de líquidos deficiente	5 (5)
	Sobrepeso	1 (1)
	Amamentação interrompida	1 (1)
	Icterícia neonatal	1 (1)

3. Eliminação e Troca	Troca de gases prejudicada	13 (13)
	Constipação	12 (12)
	Motilidade gastrointestinal disfuncional	4 (4)
	Eliminação urinária prejudicada	4 (4)
	Diarreia	2 (2)

4. Atividade/Repouso	Mobilidade física prejudicada	46 (46)
	Fadiga	31 (31)
	Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz	31 (31)
	Mobilidade no leito prejudicada	17 (17)
	Risco de perfusão gastrointestinal ineficaz	16 (16)
	Risco de síndrome do desuso	12 (12)
	Risco de perfusão renal ineficaz	4 (4)
	Risco de função cardiovascular prejudicada	2 (2)
	Insônia	1 (1)

5. Percepção/Cognição	Risco de confusão aguda	29 (29)
	Comunicação verbal prejudicada	16 (16)
	Conhecimento deficiente	10 (10)
6. Autopercepção	Distúrbio da imagem corporal	1 (1)
11. Segurança/Proteção	Risco de quedas	100 (100)
	Risco de infecção	64 (64)
	Integridade da pele prejudicada	63 (63)
	Risco de choque	22 (22)
	Risco de sangramento	20 (20)
	Risco de aspiração	17 (17)
	Hipertermia	16 (16)
	Risco de úlcera por pressão	14 (14)
	Desobstrução ineficaz de vias aéreas	14 (14)
	Risco de resposta alérgica	12 (12)
	Risco de integridade da pele prejudicada	3 (3)
	Mucosa oral prejudicada	3 (3)
	Recuperação cirúrgica retardada	1 (1)
	Risco de lesão na córnea	1 (1)
	Automutilação	1 (1)
Risco de suicídio	1 (1)	
12. Conforto	Dor aguda	49 (49)
	Náusea	15 (15)

DISCUSSÃO

Quanto ao perfil sociodemográfico, identificou-se porcentagem maior do sexo masculino 71 (71%). Tal diferença entre os sexos era esperada, já que a cirurgia de fimose, que acomete indivíduos do sexo masculino, foi a que apresentou maior frequência entre as cirurgias pediátricas, com 11 (34%) ocorrências. Outro fator a ser observado é a ocorrência de neoplasias, que, segundo estudos, são predominantes no sexo masculino, com exceção das leucemias. Neste estudo, 13 (46%) dos pacientes portadores de neoplasias eram do sexo masculino, enquanto quatro (14%) eram do sexo feminino⁽¹²⁾.

A média de idade dos pacientes foi 7,32 anos (desvio padrão 5,27), com amplitude de 18 anos, compreendendo desde o primeiro dia de vida até os 18 anos. Por meio do teste de Wilcoxon, percebe-se que não há diferença estatisticamente significativa da idade entre os gêneros.

Quanto ao SCP, a gestão da unidade utiliza a escala da DINI (2007). Neste estudo, o Cuidado Intermediário foi a variável mais frequente, com 49 (49%) ocorrências, indo ao encontro das expectativas para uma unidade de internação, seguido do Cuidado Mínimo, 35 (35%), e do Cuidado de Alta Dependência, 16 (16%).

O SCP é uma ferramenta para tomada de decisão no processo gerencial em unidades de internação pediátrica que possibilita a classificação de pacientes neonatais e pediátricos em graus de dependência da enfermagem, subsidiando melhor alocação de recursos humanos, favorecendo a melhoria da qualidade assistencial e monitoramento de custos da assistência de enfermagem⁽¹³⁾.

Cabe ressaltar que, em uma unidade de internação em pediatria, todo recém-nascido e criança menor de seis anos deve ser classificado, no mínimo, na categoria de cuidado intermediário, independentemente da presença do acompanhante. No Cuidado Intermediário o paciente está estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, acompanhado em período integral pela mãe ou responsável, em conjunto com a(o) qual realiza ações de autocuidado, mas requer auxílio da enfermagem para seu autocuidado e/ou apoio para o enfrentamento da situação de doença e hospitalização^(14,8,13).

Por meio do teste de Kruskal-Wallis conclui-se que há diferença estatisticamente significativa no comportamento das idades entre as categorias de SCP. Gráfico 2 apresenta o boxplot da idade por SCP e permite observar que os pacientes que requerem cuidados intermediários e de alta dependência são em geral os mais novos.

Observa-se na Tabela 2 a prevalência de cuidados intermediários, com 20 (61%) ocorrências, seguidos de 11 (33%) ocorrências de cuidados mínimos e dois (6%) de cuidados de alta dependência na clínica de internação CIPE. Na clínica de internação de Onco-hematologia prevaleceram os cuidados mínimos, com 17 (61%) ocorrências, seguidos dos cuidados intermediários, com 10 (36%) e dos cuidados de alta dependência, com uma (3%) ocorrência. Em relação à clínica de internação da Pediatria, prevaleceram os cuidados intermediários, 19 (49%), seguidos dos cuidados de alta dependência, 13 (33%), e cuidados mínimos, sete (18%).

Destaca-se que na clínica de Onco-hematologia prevaleceram os pacientes que requeriam cuidados mínimos. Apesar de tratar pacientes com câncer, muitas vezes as ações de enfermagem no contexto da Onco-hematologia são mínimas, compreendendo medidas para minimizar a dor, dar suporte psicológico, promover um ambiente confortável, além de proceder diante dos efeitos colaterais dos quimioterápicos. A oncologia envolve questões de enfrentamento, como a finitude, as mutilações, a agressividade terapêutica e as perspectivas da utilização de terapêuticas antineoplásicas⁽¹²⁾.

Quanto aos diagnósticos médicos verificou-se a prevalência das cirurgias de fimose, 11 (34%), seguidas das doenças respiratórias, 13 (33%) e a neutropenia febril, nove (32%).

É necessário o conhecimento acerca dos diagnósticos clínicos e de enfermagem prevalentes na enfermaria de pediatria de acordo com a realidade da instituição para agilizar o trabalho do enfermeiro, detectando precocemente possíveis agravos, além de diminuir os riscos de morbimortalidade. Para determinar os DE prevalentes utilizou-se os diagnósticos com frequência maior que 10%, resultando em 27 DE na enfermaria de pediatria, separados por um diagnóstico de promoção da saúde, 12 diagnósticos de risco e 14 diagnósticos com foco no problema⁽¹⁵⁾.

O DE é considerado um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos de vida, ou à vulnerabilidade para essa resposta por um indivíduo, família, grupo ou comunidade. Constitui-se a base para a escolha de intervenções de enfermagem para alcançar resultados pelos quais respondem os enfermeiros⁽¹¹⁾.

O DE é a segunda fase do PE, e diagnosticar é um processo que exige conhecimento, habilidade de pensamento lógico, raciocínio, julgamento, interpretação, análise, previsão do significado e

interação enfermeiro-paciente, sendo que a qualidade desta interação afeta diretamente a informação obtida. Sabe-se que os diagnósticos formulados só têm significação no contexto do PE se forem um elo entre o levantamento de dados e a determinação das intervenções necessárias para o alcance dos resultados esperados, não deixando que as ações prescritas se limitem apenas a cuidados de rotina, mas sim, cuidados consistentes e pertinentes com os diagnósticos de enfermagem elencados^(16,11,17).

Quanto ao diagnóstico de Promoção da Saúde, identificou-se apenas o DE Proteção Ineficaz (diminuição na capacidade de proteger-se de ameaças internas ou externas, como doenças ou lesões) em 39 (39%) dos pacientes internados. Destes, prevaleceram os pacientes da clínica de Onco-hematologia, com 21 (21%) casos. Os casos classificados no estudo sob esse diagnóstico apresentavam as seguintes características definidoras: deficiência na imunidade, alteração na coagulação, prejuízo neurossensorial. E seus fatores relacionados: câncer, perfil sanguíneo anormal, distúrbios imunológicos⁽¹¹⁾.

O DE de Promoção da Saúde é considerado o julgamento clínico sobre motivação e desejo de aumentar o bem-estar e concretizar o potencial de saúde humana. Essas respostas são expressas por uma disposição para melhorar comportamentos específicos de saúde e podem ser utilizadas em qualquer condição de saúde. Respostas de promoção da saúde podem ocorrer em indivíduo, família, grupo ou comunidade⁽¹¹⁾.

Encontrou-se 12 DE prevalentes de Risco, sendo que no DE Risco de Quedas houve frequência de 100%, uma vez que a instituição considera que todos os pacientes internados em uma enfermaria de pediatria se encontram sob este risco. O Diagnóstico de Risco é compreendido como julgamento clínico sobre a vulnerabilidade de indivíduo, família, grupo ou comunidade para desenvolvimento de uma resposta humana indesejada a condições de saúde/processos de vida⁽¹¹⁾.

Identificou-se 14 DE prevalentes na categoria Foco no Problema, este considerado o julgamento clínico sobre uma resposta humana indesejada a condições de saúde/processos de vida, existente em indivíduo, família, grupo ou comunidade⁽¹¹⁾.

Importante lembrar que diagnósticos com foco no problema não devem ser entendidos como mais importantes do que os de risco. Muitas vezes, um diagnóstico de risco pode ser o de maior prioridade para um paciente. Após identificação dos diagnósticos,

deve-se priorizar os selecionados para determinar os cuidados prioritários. O diagnóstico prioritário é aquele com necessidade urgente, com alto nível de coerência com as características definidoras, fatores relacionados ou de risco e que necessita ser identificado para que o cuidado possa ser direcionado à solução desses problemas ou redução da gravidade ou risco de ocorrência⁽¹¹⁾.

É fundamental o envolvimento de toda a equipe de enfermagem na aplicação do PE a fim de identificar as necessidades biopsicoespirituais das crianças hospitalizadas, embasando o cuidado à criança e seus familiares de forma humanizada, sistematizada e integral. Nesse sentido, encontra-se a necessidade de estabelecer uma linguagem comum, padronizada, que seja utilizada universalmente pelos profissionais e adaptada às mais variadas culturas e contexto. Esta padronização busca qualificar o cuidado prestado, ofertar atendimento planejado e individualizado, manter a organização do setor, otimizar o tempo ao identificar as prioridades para a tomada de decisões, além de melhorar a comunicação entre os profissionais^(6,18,19).

Para a implementação da SAE de maneira eficiente e eficaz, é primordial o enfoque do eixo Pessoas, para que os profissionais enfermeiros tenham competências e habilidades desenvolvidas com base em conhecimentos científicos, éticos, técnicos e atitudinais, além de responsabilidade com o cuidado do paciente. Quanto às instituições de saúde, estas precisam realizar uma gestão dos serviços em que haja um dimensionamento adequado de pessoal, promoção de capacitações acerca da temática, além de estratégias facilitadoras capazes de otimizar a adesão dos profissionais e gestores⁽¹⁹⁾.

A implementação da SAE em sua totalidade consolida e respalda a profissão, proporciona, autonomia profissional, melhor qualidade no cuidado prestado ao paciente, diminuição no tempo de internação e, conseqüentemente, economia de recursos. A SAE possibilita ao enfermeiro a organização, planejamento e avaliação do cuidado prestado. Constitui-se, ainda, em estratégia fundamental para alcançar a qualidade da assistência, melhorar a comunicação entre a equipe, priorizar as necessidades de cada paciente, desenvolver ações baseadas em conhecimento técnico científico, evidenciando a segurança do paciente^(19,4,20).

Limitação do estudo

O estudo apresenta limitação metodológica e espacial por utilizar de dados secundários de uma única instituição hospitalar, que carecem de fidedignidade em relação aos registros feitos em portuários e fichas.

Contribuições do estudo para a prática

Conhecer o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes internados contribui para o estabelecimento de diagnóstico situacional da unidade como ferramenta de gestão da implantação da SAE. Os diagnósticos de enfermagem prevalentes na enfermaria de pediatria possibilitam a criação de uma proposta para prescrição de enfermagem, com os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem para os pacientes internados na enfermaria de pediatria. Recomenda-se, portanto, a continuidade do processo de implantação do PE.

CONCLUSÃO

A SAE fundamentada em uma teoria de enfermagem e um sistema de linguagem padronizada norteia as etapas do PE, direcionando as ações de cuidado, além de contribuir para o fortalecimento da identidade profissional.

Com a realização do diagnóstico situacional da enfermaria de pediatria, por meio da caracterização do perfil dos pacientes, torna possível dar continuidade à implementação da SAE de forma integral na enfermaria, contribuindo para a melhora contínua da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, permitindo uma assistência individualizada.

Contribuição dos autores

Concepção e/ou desenho: Reiniack S, Gonçalves JPF. Análise e interpretação dos dados: Reiniack S, Gonçalves JPF, Silva AS, Tonini T. Redação do artigo: Reiniack S, Gonçalves JPF. Revisão crítica: Silva AS. Revisão final: Tonini T.

FINANCIAMENTO

Convênio CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior)/ COFEN (Conselho Federal de Enfermagem).

REFERÊNCIAS

1. Souza ATF. Proposta de instrumento para avaliação da implantação da sistematização da assistência de enfermagem - SAE: construção e validação. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2016.
2. Tannure MC, Pinheiro AM. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
3. Benedet SA, Gelbcke FL, Amante LN, Padilha MIS, Pires DP. Nursing process: systematization of the nursing care instrument in the perception of nurses. *J res fundam care online* [Internet]. 2016 [cited 2018 Oct 5];8(3). Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4237>
4. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n.º 358, 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. *Diário Oficial* [da República Federativa do Brasil]. Brasília, Oct 2009 [cited 2017 Apr 10]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen3582009_4384.html
5. Luvisaro BMO, Lima GS, Freire EMR, Martinez MR. Diagnóstico situacional em unidade de terapia intensiva: relato de experiência. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde - RAHIS* [Internet]. 2014 [cited 2018 Sept 3];11(2). Available from: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2012>
6. Andrade JS, Mattos MCT, Vieira MJ, organizadoras. Experiências em Sistematização da Assistência de Enfermagem. Aracaju: editora; 2016 [cited 2018 Oct 10]. Available from: <http://se.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/parte-1.pdf>
7. Silva RS, Almeida ARLP, Oliveira FA, Oliveira AS, Sampaio MRFB, Paixão GPN. Sistematização da Assistência de Enfermagem na perspectiva da equipe. *Enferm Foco* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jun 24];7(2):32-36. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/803/328>
8. Oliveira ALG, Silvino ZR. Prevalência de diagnósticos de enfermagem NANDA-I em um hospital pediátrico. *Nursing* (São Paulo) [Internet]. 2017 Ago [cited 2018 Sept 22];20(231):1792-1796. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/enfermagem/resource/pt/bde-31482>
9. Chaves LD, Solai C. Sistematização da assistência de enfermagem: considerações teóricas e aplicabilidade. 2 ed. São Paulo: Martinari; 2015.
10. Ferreira AM, Rocha EN, Lopes CT, Bachion MM, Lopes JL, Barros ALBL. Diagnósticos de enfermería en terapia intensiva: mapeo cruzado y taxonomía de la NANDA-I. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2016 Mar/Apr [cited 2018 Sept 5];69(2):307-15. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/0034-7167-reben-69-02-0307.pdf>
11. Nanda International. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. Tradução: Regina Machado Garcez. 10ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.
12. INCA. Instituto Nacional de Câncer. Incidência, mortalidade e morbidade hospitalar por câncer em crianças, adolescentes e adultos jovens no Brasil: informações dos registros de câncer e do sistema de mortalidade [Internet]. Brasil; 2017 [cited 2019 Feb 11]. Available from: <http://www1.inca.gov.br/wcm/incidencia/2017/pdf/incidencia.pdf>
13. Dini AP, Guirardello EB. Sistema de classificação de pacientes pediátricos: aperfeiçoamento de um instrumento. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2014 [cited 2018 Aug 12];48(5):787-93. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-787.pdf
14. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n.º 543, de 18 de abril de 2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. *Diário Oficial* [da República Federativa do Brasil]. Brasília, Apr 2017 [cited 2018 Oct 10]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html
15. Reichert APS, Rodrigues PF, Albuquerque TM, Collet N, Minayo MCS. Bond between nurses and mothers of children younger than two years: perception of nurses. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2016 [cited 2018 Aug 5];21(8):2375-2382. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/1413-8123-csc-21-08-2375.pdf>
16. Cruz AF, Rodríguez SP, Fernández IDP, Rabi MH. Sistema de acciones para desarrollar la habilidad diagnosticar en el Proceso de Atención de Enfermería. *Humanidades Médicas* [Internet]. 2015 [cited 2018 Aug 10];15(2):294-306. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=60488>
17. Paiano LAG, Matos FGOA, Richetti MAA, Casarolli ACG, Girardello DTF, Barbosa HB, et al. Padronização das ações de enfermagem prescritas para pacientes clínicos e cirúrgicos em um hospital universitário. *R Enferm Cent O Min*. [Internet]. 2014 [cited 2018 Nov 11];4(3). Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/557>
18. Barros ALBL, Sanchez CG, Lopes JL, Dell'Acqua MCO, Lopes MHBM, Silva RCG; Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Processo de enfermagem: guia para a prática. São Paulo: COREN-SP; 2015 [cited 2018 Sept 20]. Available from: <http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>
19. Kirchesch CL. Estratégias para implementar a sistematização da assistência de enfermagem nos serviços de saúde: revisão integrativa. *R Interd*. [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 11];9(4):173-180. Available from: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1100>
20. Pereira GN, Abreu RNDC, Bonfim IM, Rodrigues AMU, Monteiro LB, Sobrinho JM. Relação entre sistematização da assistência de enfermagem e segurança do paciente. *Enferm Foco* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 24];8(2):21-25. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/985/389>

RECEBIDO EM: 28/06/2019.

ACEITO EM: 06/09/2019

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA: REVISÃO INTEGRATIVA

Marina Prearo¹, Cassiana Mendes Bertonecello Fontes²

Objetivo: identificar e analisar artigos científicos que descrevam a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA). **Metodologia:** revisão integrativa da literatura realizada no mês de maio de 2019, mediante consulta às bases de dados e/ou portais US National Library of Medicine (PubMed), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Embase, Scopus, Web of Science e nos portais da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). **Resultado:** dois artigos compuseram a amostra desta revisão, a qual propôs identificar modelos de registro de SAE na SRPA. **Conclusão:** torna-se evidente a necessidade de estudos que proponham instrumentos para SAE na SRPA. As evidências identificadas possuem elementos que contribuem para a natureza das categorias dos diagnósticos de enfermagem, que podem representar as necessidades de cuidados dos pacientes na SRPA.

Descritores: Enfermagem em Pós-Anestésico, Processo de Enfermagem, Registros de Enfermagem.

SYSTEMATIZATION OF NURSING ASSISTANCE IN THE POST-ANESTHETIC RECOVERY ROOM: INTEGRATIVE REVIEW

Objective: To identify and analyze scientific articles describing the systematization of nursing care (SAE) in the Postanesthetic Care Units (PACU). **Methodology:** integrative review of the literature conducted in May 2019, through consultation of the databases and/or portals US National Library of Medicine (PubMed), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Embase, Scopus, Web of Science and in the portals of the Virtual Health Library (VHL). **Results:** two articles composed the sample of this review, which proposed to identify SAE registration models in the PACU. **Conclusion:** There is a need for studies that propose instruments for SAE in the PACU. The evidence identified has elements that contribute to the nature of the categories of nursing diagnoses, which may represent the care needs of patients in PACU.

Descriptors: Postanesthesia Nursing, Nursing Process, Nursing Records.

SISTEMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN LA SALA DE RECUPERACIÓN POST-ANESTÉSICA: REVISIÓN INTEGRATIVA

Objetivo: Identificar y analizar artículos científicos que describen la sistematización de la asistencia de enfermería (SAE) en la sala de recuperación postanestésica (SRPA). La metodología de la investigación de la literatura en el mes de mayo de 2019, mediante la consulta a las bases de datos y/o portales US National Library of Medicine (PubMed), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Embase, Scopus, Web de Science y en los portales de la Biblioteca Virtual de la Salud (BVS). **Resultado:** dos artículos compusieron la muestra de esta revisión, la cual propuso identificar modelos de registro de SAE en la SRPA. **Conclusión:** Se hace evidente la necesidad de estudios que proponen instrumentos para SAE en la SRPA. Las evidencias identificadas poseen elementos que contribuyen a la naturaleza de las categorías de los diagnósticos de enfermería, que pueden representar las necesidades de atención de los pacientes en la SRPA.

Descriptores: Enfermería Posanestésica, Proceso de Enfermería, Registros de Enfermería.

¹Amaral Carvalho - Jaú/SP.

²Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista-UNESP/SP.

Autora correspondente: Marina Prearo. E-mail: marina.prearo1@gmail.com

INTRODUÇÃO

A utilização da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) configura-se como uma metodologia organizacional embasada em princípios científicos, permitindo ao enfermeiro detectar as prioridades de cada paciente quanto as suas necessidades, fornecendo ações que modifiquem o estado do processo da vida e de saúde/doença⁽¹⁾.

A SAE proporciona a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem e corrobora para a atuação da equipe de forma a promover a segurança do paciente⁽²⁾. Dessa maneira, a SAE é uma forma de organizar e executar o Processo de Enfermagem (PE) à luz de um referencial teórico, do raciocínio e julgamento clínico que subsidiam a tomada de decisão do enfermeiro⁽³⁾.

Santos et al.⁽⁴⁾ menciona que a SAE é uma atividade privativa do enfermeiro e deve ser implementada em todos os campos da prática e do atendimento ao ser humano.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) é um instrumento de trabalho imprescindível para a assistência de enfermagem individualizada, envolvendo a promoção, manutenção e recuperação da saúde do paciente⁽⁵⁾.

A SAEP compreende cinco fases: visita pré-operatória de enfermagem; planejamento da assistência perioperatória; implementação da assistência; avaliação da assistência pela visita pós-operatória de enfermagem e reformulação da assistência a ser planejada⁽⁶⁾.

Compreende-se como período Perioperatório aquele que abrange os momentos entre o pré-operatório, transoperatório e o pós-operatório⁽⁵⁾.

O período pré-operatório inicia-se as 24 horas que antecedem o procedimento cirúrgico, estendendo-se até o encaminhamento do paciente ao Centro Cirúrgico (CC). O transoperatório é compreendido desde o momento em que o paciente é admitido no CC até a saída da sala operatória⁽⁷⁾.

O pós-operatório compreende todo o período após a realização do procedimento anestésico-cirúrgico, e se divide em três momentos: recuperação anestésica, que se inicia na admissão do paciente na SRPA até a sua alta para a unidade de origem; pós-operatório imediato (POI), definido como as primeiras 24 horas após a intervenção anestésico-cirúrgica; pós-operatório mediato, iniciando após as primeiras 24 horas que se seguem à cirurgia e se estendendo até a alta do paciente⁽⁷⁾.

No Brasil, a promoção, a divulgação e as

recomendações das práticas de enfermagem perioperatória são norteadas pela Sociedade Brasileira de Enfermeiros em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC), que recomenda aos enfermeiros a utilização de um instrumento de registro específico para realização da SAEP na SRPA⁽⁸⁾.

A SRPA é uma unidade destinada à pacientes em POI. Tem como objetivos e vantagens, a prevenção e detecção precoce das complicações pós-anestésicas e cirúrgicas, e requer assistência de enfermagem especializada⁽⁹⁾.

Dessa maneira, a implementação de uma sistemática de assistência de enfermagem, baseada nas evidências de qualidade e cultura de segurança, deve ser encorajada.

Em 2004, sobre a segurança do paciente cirúrgico, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou uma campanha "Cirurgias seguras salvam vidas", visando despertar a consciência do profissional para a melhoria da segurança na assistência à saúde, indução de boas práticas assistências e apoio ao desenvolvimento de políticas públicas⁽¹⁰⁾.

A qualidade da assistência de enfermagem perioperatória interfere diretamente nos resultados do procedimento realizado. Nesse contexto, a qualidade deve ser entendida como uma atitude coletiva, que envolve não somente o usuário do sistema, mas também os seus gestores⁽¹¹⁾.

Nas diretrizes preconizadas pela SOBECC, a SAEP deve sustentar as ações de enfermagem no CC, além de promover interação da assistência perioperatória. Ainda as diretrizes citam que o modelo mais difundido no Brasil que fundamenta a SAE, é o das necessidades humanas básicas e que o modelo de PE é o estruturado por Wanda de Aguiar Horta⁽⁸⁾.

Diante disso, a SAE contribui para o processo de cuidar na SRPA, sendo considerada uma das estratégias para obtenção de um processo seguro, devendo ser planejada com qualidade, respeitando a individualidade, a fim de diminuir possíveis riscos, promovendo o cuidado e o restabelecimento do paciente cirúrgico.

OBJETIVO

Identificar e analisar artigos científicos que descrevam a SAE na SRPA.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Para identificar artigos que descrevam a SAE na

SRPA, realizou-se uma revisão integrativa seguindo um processo de elaboração de pesquisa, descritos sucintamente em seis etapas⁽¹²⁾:

- 1ª etapa: elaboração da questão norteadora;
- 2ª etapa: busca de literatura/ estabelecimento de critérios para a inclusão e exclusão de estudos;
- 3ª etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados;
- 4ª etapa: análise crítica dos estudos incluídos;
- 5ª etapa: interpretação dos resultados;
- 6ª etapa: apresentação da revisão/ síntese do conhecimento em quadro resumo.

Local do estudo

A presente revisão foi realizada durante a elaboração de dissertação do Programa de Pós-graduação da Área de Enfermagem - Modalidade Mestrado Profissional do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu da UNESP, no período de 2017-2019.

A definição da questão norteadora é considerada de extrema importância para determinar os estudos incluídos na revisão integrativa. Assim buscou-se responder ao seguinte questionamento: existem modelos de registro de SAE na SRPA?

Coleta de dados

A busca foi realizada no mês de maio de 2019, referentes aos últimos cinco anos, nos seguintes portais e/ou bases de dados: US National Library of Medicine (PubMed), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Embase, Scopus, Web of Science e nos portais da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS).

Durante a busca nas bases de dados, os seguintes descritores foram utilizados: "enfermagem em pós-anestésico", "processo de enfermagem" e "registros de enfermagem". A partir disso, foram elaboradas três estratégias com termos dos Descritores das Ciências da Saúde (DeCS) controlados e combinados por operadores booleanos.

Estratégia 1 para BVS: (Postanesthesia Nursing OR Enfermeria Posanestésica OR Enfermagem em Pós-Anestésico OR Enfermagem Pós-Cirúrgica OR Enfermagem em Sala de Recuperação) AND (Nursing Process OR Proceso de Enfermeria OR Processo de Enfermagem OR Processos de Enfermagem)

AND (Nursing Records OR Registros de Enfermeria OR Registros de Enfermagem OR Anotações de Enfermagem OR Registro de Enfermagem).

Estratégia 2 para CINAHL, SCOPUS, WEB OF SCIENCE E PUBMED: (Postanesthesia Nursing OR Nursing, Post-Surgical OR Nursing, Post-Surgical OR Post-Anesthesia Nursing OR Post Anesthesia Nursing OR Nursing, Recovery Room OR Recovery Room Nursing OR Nursing, Post-Anesthesia OR Nursing, Post Anesthesia OR Nursing, Postanesthesia OR Post-Surgical Nursing OR Post-Surgical Nursing) AND (Nursing Process OR Process, Nursing OR Nursing Processes OR Processes, Nursing) AND (Nursing Records OR Records, Nursing OR Nursing Record OR Record, Nursing).

Estratégia 3 para EMBASE: (Postanesthesia Nursing) OR (Nursing, Post-Surgical) OR (Nursing, Post-Surgical) OR (Post-Anesthesia Nursing) OR (Post Anesthesia Nursing) OR (Nursing, Recovery Room) OR (Recovery Room Nursing) OR (Nursing, Post-Anesthesia) OR (Nursing, Post Anesthesia) OR (Nursing, Postanesthesia) OR (Post-Surgical Nursing) OR (Post-Surgical Nursing)) AND (Nursing Process) OR (Process, Nursing) OR (Nursing Processes) OR (Processes, Nursing) AND (Nursing Records) OR (Records, Nursing) OR (Nursing Record) OR (Record, Nursing).

Análise dos dados

Foram incluídos estudos que atenderam aos seguintes critérios: estar publicado em periódicos acadêmicos indexados nas bases de dados, no período de 2014 a maio de 2019, com acesso aberto a resumo e texto na íntegra, nos idiomas inglês, português e espanhol. Os critérios de exclusão dos artigos foram: duplicidade nas bases, não disponíveis na íntegra e aqueles que não responderam a questão norteadora da revisão.

O instrumento Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) foi utilizado com o propósito de oferecer recomendações sobre como relatar estudos observacionais de forma mais precisa e completa⁽¹³⁾.

O STROBE é formado por uma lista de verificação composta por 22 itens assim subdivididos: título e resumo, introdução, métodos, resultados, discussão e outras informações. Os 22 critérios recebe uma pontuação de zero (não atende) a 1 (atende). Após a análise e somatória dos critérios, o artigo recebe uma nota de 0 a 22⁽¹³⁾.

Para a análise dos níveis de evidências dos artigos

selecionados, utilizou-se a classificação descrita no quadro 1⁽¹⁴⁾:

Quadro 1. Classificação dos níveis de evidências. Botucatu, 2019

Tipo de Evidência	Nível de Evidência	Definição
Revisão sistemática ou metanálise	Nível I	Evidências de todos os ensaios clínicos randomizados controlados relevantes.
Ensaio randomizado controlado	Nível II	Evidências obtidas de um ensaio clínico randomizado controlado e bem delineado.
Ensaio controlado sem randomização	Nível III	Evidências são provenientes de um estudo controlado sem randomização.
Estudo de caso controle ou coorte	Nível IV	Evidências provenientes de um bem planejado estudo caso controle ou coorte.
Revisão sistemática de estudos qualitativos ou descritivos	Nível V	Evidências provenientes de estudos qualitativos ou descritivos para responder a uma questão clínica.
Estudo qualitativo ou descritivo	Nível VI	Evidências de um único estudo descritivo ou qualitativo.
Opinião ou consenso	Nível VII	Evidências provenientes da opinião de autoridades e ou relatórios de comitês de especialistas.

Aspectos éticos

Os aspectos éticos da presente revisão foram preservados e todos os autores e conteúdos dos artigos inclusos foram referenciados fidedignamente. Apresente revisão é parte integrante do projeto de pesquisa aprovado em 28 de maio de 2018, com CAEE na Plataforma Brasil, número 88199518.0.0000.5411; e parecer do Comitê de Ética e Pesquisa número 2.678.773.

RESULTADOS

Os resultados da busca constatarem 303 publicações nas bases de dados e no portal de periódicos selecionados. A seleção dos artigos foi realizada em duas fases:

- 1ª fase - Leitura inicial do título e do resumo: após leitura inicial do título e do resumo, 285 artigos foram eliminados. A eliminação procedeu porque 26 artigos não se encontravam disponíveis na íntegra, oito apresentavam publicações em mais de uma base de dados e 251 não respondiam a pergunta da revisão. Dessa forma, foram selecionados 18 artigos para segunda fase.
- 2ª fase - Leitura na íntegra dos artigos, que mesmo após a leitura do título e do resumo, questionava-se a inclusão: após proceder a leitura na íntegra dos 18 artigos, foram excluídos 16 por não responderem a pergunta de revisão. Dois artigos foram inclusos (Figura 1).

Figura 1. Processo de seleção dos artigos incluídos na revisão integrativa. Botucatu, 2019.



Para a caracterização, análise e síntese dos dois artigos inclusos, foi elaborado um quadro desenvolvido no programa *Microsoft Word* (Quadro 2). Incluíram-se no quadro, para cada artigo, as seguintes características: título, ano, local de publicação e base de dados, tipo de estudo e nível de evidência, objetivos, resumo dos resultados e pontuação, se aplicável, STROBE.

Quadro 2. Caracterização, análise e síntese dos artigos inclusos. Botucatu, 2019

Título/Ano/Local de publicação/Bases de dados	Tipo de estudo/Nível de evidência	Objetivo	Resultados	Pontuação STROBE
- "Sistematização da assistência de enfermagem preoperatória em uma unidade de recuperação pós-anestésica" - 2016 - Brasil - BVS	- Artigo Quantitativo, retrospectivo - VI	Descrever os diagnósticos de enfermagem (DE) em uma SRPA e propor os resultados e intervenções para os riscos mais frequentes.	Foram identificados 613 DE (67 categorias diagnósticas) em 10 Domínios da NANDA-I. Os casos DE mais frequentes foram: dor aguda (100%); riscos de desequilíbrio do volume de líquidos (73,4%); risco de infecção (68,8%); mobilidade no leito prejudicada (66,7%) e ansiedade (34,3%). O conhecimento dos DE mais frequentes, contribui para uma melhor aplicabilidade do FE de forma individual e holística para que possam ser implementadas as intervenções com resultados mais específicos e direcionados às necessidades prioritárias.	18
- "Complicações na sala de recuperação anestésica, fatores de risco e intervenções de enfermagem: revisão integrativa" - 2017 - Brasil - BVS	- Artigo de Revisão integrativa - V	Identificar as complicações e os riscos inerentes a pacientes no pós-operatório imediato e propor um instrumento com as complicações, os riscos e as intervenções de enfermagem individualizadas.	Análise de busca permitiu a análise de 15 artigos. As complicações, riscos e intervenções foram identificadas e assim categorizadas: hipotermia, hipoxemia, agitação, edema agudo de pulmão, tremores, náuseas e vômitos, retenção urinária, prurido, dependência de medicação, distúrbios cardíacos, complicações para; complicações com idades e posicionamento cirúrgico. As complicações e riscos levantados, assim como as intervenções, foram à base para a construção de instrumento.	Não se aplica

Com a análise dos dois artigos inclusos, observou-se que ambas as publicações foram extraídas da BVS, e que apenas uma delas foi pontuada pelo instrumento STROBE, com preenchimento de 18 dos 22 itens do

instrumento. Um dos artigos inclusos é uma revisão integrativa e por esse motivo, não se pontuou o STROBE.

DISCUSSÃO

Dois artigos compuseram a amostra desta revisão de literatura, a qual se propôs identificar modelos de registro de SAE na SRPA.

Silva, Souza e Silva⁽¹⁾, em 2016, utilizou NANDA-International (NANDA-I) para realizar seleção dos DE, das Intervenções de enfermagem (IE) e dos resultados de enfermagem (RE) mais frequentes, embasado nas classificações dessas linguagens, analisou retrospectivamente registros de prontuários de pacientes que foram submetidos a cirurgias gastrointestinais e que permaneceram na SRPA. O objetivo do trabalho foi descrever os DE em uma SRPA e propor os resultados e intervenções para os cinco mais frequentes.

Para essa coleta os autores construíram um instrumento fundamentado no modelo de Horta e nas necessidades Básicas, ou seja, não havia um instrumento pré-definido na literatura para a coleta dos dados desse estudo. Foram identificados 623 DE (67 categorias diagnósticas) em 10 Domínios da NANDA-I. Os cinco DE mais frequentes foram: dor aguda (100%); rcos de desequilíbrio do volume de líquidos (73,4%); rico de infecção (68,8%); mobilidade no leito prejudicada (60,7%) e ansiedade (34,3%)⁽¹⁾.

Ainda sobre o primeiro artigo incluso, Silva, Souza e Silva⁽¹⁾, propuseram para os DE mais frequentes, IE, atividades de enfermagem (AE) e RE, de acordo com a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). Para cada DE eleito, os autores atribuíram IE com AE a serem realizadas e RE com metas a serem atingidas. O conhecimento dos DE mais frequentes contribui para melhor aplicabilidade do PE e para a implementação das IE e respectivos RE direcionados às necessidades prioritárias do paciente na SRPA.

O segundo artigo incluso, revisão integrativa de Ribeiro, Peniche e Silva⁽⁹⁾, não contempla um instrumento que atenda as necessidades dos cuidados de enfermagem na SRPA, porém, os objetivos foram: identificar as complicações e os riscos inerentes a pacientes no POI e propor um instrumento com as complicações, os riscos e as IE individualizadas. A estratégia de busca utilizada permitiu a análise de 15 artigos, a partir da seguinte pergunta norteadora: "Quais as complicações e riscos encontrados

na literatura envolvendo os pacientes na sala de recuperação anestésica?"

Ainda sobre a revisão integrativa de Ribeiro, Peniche e Silva⁽⁹⁾, os artigos inclusos foram classificados de acordo com seis níveis de evidências. Os resultados foram apresentados na forma de fluxograma, e um quadro com a síntese dos estudos que respondiam a pergunta de revisão. As complicações, os riscos e as IE, a seguir citados, foram categorizados e embasaram a proposta de instrumento para avaliação dos pacientes na SRPA: hipotermia, hipoxemia, apneia; edema agudo de pulmão, tremores, náuseas e vômitos; retenção urinária, grau de dependência de cuidados; disritmias cardíacas, complicações gerais; complicações com idosos e posicionamento cirúrgico. O instrumento é composto por uma escala de complicações e um questionário para classificar o nível dos riscos e as IE.

A composição do instrumento, proposto na revisão integrativa inclusa possui uma organização: perguntas simples e curtas com as opções "sim" equivalentes ao número 1 e "não" ao número 0; o grau de risco é identificado em baixo, médio e alto de acordo com a somatória das respostas "sim" dadas ao questionário; a soma dos fatores de risco varia de 0 a 9, e para a classificação do grau de risco, os autores adotaram uma escala numérica, colorida, de acordo com: 0 a 3, considerado baixo risco e atribuído cor verde; 4 a 6, médio risco, atribuído cor amarela; 7 a 9, alto risco, atribuído cor vermelha. As IE e RE estão de acordo com os DE propostos⁽⁹⁾.

Limitações do estudo

As evidências relatadas nos dois artigos inclusos limitam-se à fenômenos que representam necessidades de cuidados a pacientes no ambiente de POI em recuperação anestésica. Não existe na literatura investigada descrição sobre como deve ser operacionalizada e construída modelos de SAE. Os resultados de busca demonstraram que muitos artigos limitaram-se a descrição de conteúdos sobre utilização de fármacos e equipamentos na SRPA.

Contribuições do estudo para a prática

Acredita-se que os resultados desse estudo possam contribuir para implantação de uma assistência de enfermagem em SRPA sistematizada, priorizando a segurança e a qualidade, com objetivo de prevenir as complicações e os riscos inerentes ao paciente, bem como nortear a prática clínica e atribuir ao enfermeiro maior autonomia.

CONCLUSÃO

A revisão demonstrou dois artigos que responderam a pergunta norteadora. Torna-se evidente a necessidade de estudos que proponham instrumentos para SAE na SRPA.

As evidências identificadas possuem elementos que contribuem para a natureza das categorias dos diagnósticos de enfermagem, que podem representar as necessidades de cuidados dos pacientes no ambiente de POI.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por meio do Acordo Capes/

Cofen Edital nº 27/2016 - Apoio a Programas de Pós-graduação da Área de Enfermagem - Modalidade Mestrado Profissional, que contemplou com recursos financeiros o projeto "Tecnologias de apoio à sistematização da assistência de enfermagem: contribuições de curso de mestrado profissional da região centro-sul paulista".

Contribuições dos autores

Marina Prearo: concepção e desenho do estudo de revisão; busca em bases de dados bibliográficas; análise dos resultados, discussão e conclusão. Cassiana Mendes Bertonecello Fontes: concepção e desenho do estudo de revisão; busca em bases de dados bibliográficas; análise dos resultados, discussão e conclusão.

REFERÊNCIAS

1. Silva HVC, Souza VP, Silva PCV. Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória em uma unidade de recuperação pós-anestésica. *Rev Enferm UFPE*. 2016;10(10):3760-7. doi: 10.5205/revuol.9667-87805-1-ED1010201606.
2. Pereira GN, Abreu RNDC, Bonfim IM, Rodrigues AMU, Monteiro LB, Sobrinho JM. Relação entre sistematização da assistência de enfermagem e segurança do paciente. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [cited 2019 Aug 21];8(2):21-5. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/985>.
3. Martins NA, Romera DS, Silva DVB, Alampí FF, Gomes JJ, Silva D. Teoria de Betty Neuman na abordagem de pessoas com Gangrena de Fournier. *Arq Cienc Saude*. 2016;23(2):92-9.
4. Santos BP, Sá FM, Pessan JE, Criveralo LR, Bergamo LN, Gimenez VCA, et al. Formação e práxis do enfermeiro à luz das teorias de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(2):593-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0394>.
5. Pinho NG, Viegas K, Caregnato RCA. Papel do enfermeiro no período perioperatório para prevenção da trombose venosa profunda. *Rev SOBECC*. 2016;21(1):28-36. doi: 10.5327/Z1414-4425201600010005.
6. Bianchi ERF, Caregnato RCA, Leite RCBO. Modelos de assistência de enfermagem perioperatória. In: Carvalho R, Bianchi ERF, organizadores. *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação*. 2a ed. Barueri: Manole; 2016. p. 33-52.
7. Carvalho R, Moraes MW. A inserção do centro cirúrgico no contexto hospitalar. In: Carvalho R, Bianchi ERF, organizadores. *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação*. 2a ed. Barueri: Manole; 2016. p. 1-18.
8. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. *Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde*. 7a ed. São Paulo: SOBECC; 2017.
9. Ribeiro MB, Peniche ACG, Silva SCF. Complicações na sala de recuperação anestésica, fatores de risco e intervenções de enfermagem: revisão integrativa. *Rev SOBECC*. 2017;22(4):218-29. doi: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201700040007>.
10. Gutierrez LS, Santos JLG, Peiter CC, Menegon FHA, Sebold LF, Erdmann AL. Boas práticas para segurança do paciente em centro cirúrgico: recomendações de enfermeiros. *Rev Bras Enferm*. 2018;71 Suppl 6:2940-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0449>.
11. Amaral JAB, Spiri WC, Bocchi SCM. Indicadores de qualidade em enfermagem com ênfase no centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. *Rev SOBECC*. 2017;22(1):42-51. doi: 10.5327/Z1414-4425201700010008.
12. Sousa LMM, Vieira CMAM, Severino SSP, Antunes AV. A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Rev Invest Enferm*. 2017:17-26.
13. Galvão TF, Silva MT, Garcia LP. Ferramentas para melhorar a qualidade e a transparência dos relatos de pesquisa em saúde: guias de redação científica. *Epidemiol Serv Saude*. 2016;25(2):427-36. doi: 10.5123/S1679-49742016000200022.
14. Pinho FM, Sell BT, Sell CT, Senna CVA, Martins T, Fonseca ES, et al. Cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto: revisão integrativa. *Rev Bras Queimaduras*. 2017;16(3):1-7.

O MÉTODO PARA CONSTRUÇÃO DE APLICATIVO-GUIA NO MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

Vanda Aparecida Tolari¹, Márcia Helena de Souza Freire²

Objetivo: Descrever o método de desenvolvimento de uma tecnologia educacional, na modalidade de aplicativo-guia, para o manejo do potencial doador pediátrico, realizada como produto do Mestrado Profissional. **Metodologia:** relato de um método científico aplicado. Utilizou-se os passos propostos por Echer, com a perspectiva de apresentar o percurso para a produção da Tecnologia Educacional. **Resultados:** A construção está sustentada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, nos Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem. Foi realizado mapeamento cruzado, dos indicadores selecionados, a partir das necessidades humanas básicas, decorrentes das alterações fisiopatológicas e as percebidas na avaliação clínica, com os Diagnósticos de Enfermagem, segundo taxonomia de NANDA-I e Intervenções de enfermagem baseadas nos diagnósticos, sob a ótica da manutenção dos órgãos a serem doados. **Conclusão:** O Aplicativo-guia subsidiará o Enfermeiro no planejamento da assistência de enfermagem segura e propiciará um impacto social no processo de transplantes em pediatria.

Descritores: Morte Encefálica, Métodos, Tecnologia Educacional, Processo de Enfermagem.

THE METHOD FOR BUILDING GUIDE APPLICATIONS IN THE NURSING PROFESSIONAL MASTER

Objective: To describe the method of development of an educational technology as a guide application for the management of potential pediatric donors, carried out as a product of the Professional Master. **Methodology:** report of an applied scientific method. The steps proposed by Echer⁵ were used, with the perspective of presenting the path for the production of Educational Technology. **Results:** It is supported by the Theory of Basic Human Needs, Nursing Diagnoses and Interventions. Cross-mapping of selected indicators was performed based on basic human needs, resulting from pathophysiological changes and those perceived in clinical evaluation, with Nursing Diagnoses, according to NANDA-I taxonomy and Nursing interventions based on nursing diagnoses, under the optics of the maintenance of the organs to be donated. **Conclusion:** The Guide application will support the Nurse in the planning of safe nursing care and will provide a social impact on the process of transplantation in pediatrics.

Descriptors: Brain Death, Methods, Educational Technology, Nursing Process.

EL MÉTODO PARA LA APLICACIÓN DE LA GUÍA DE CONSTRUCCIÓN EN EL MAESTRO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Objetivo: Describir el método de desarrollo de una tecnología educativa como una aplicación de guía para el manejo de posibles donantes pediátricos, realizada como producto del Master Profesional. **Metodología:** informe de un método científico aplicado. Se utilizaron los pasos propuestos por Echer⁵, con la perspectiva de presentar el camino para la producción de Tecnología Educativa. **Resultados:** está respaldado por la Teoría de las necesidades humanas básicas, los diagnósticos e intervenciones de enfermería. El mapeo cruzado de los indicadores seleccionados se realizó con base en las necesidades humanas básicas, como resultado de los cambios fisiopatológicos y los percibidos en la evaluación clínica, con los Diagnósticos de Enfermería, de acuerdo con la taxonomía NANDA-I y las intervenciones de Enfermería basadas en diagnósticos de enfermería, bajo La óptica del mantenimiento de los órganos a donar. **Conclusión:** La aplicación de la Guía apoyará a la Enfermera en la planificación de la atención de enfermería segura y proporcionará un impacto social en el proceso de trasplante en pediatría.

Descriptor: Muerte Cerebral, Métodos, Tecnología Educativa, Proceso de Enfermería.

¹Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, UFPR.

²Departamento de Enfermagem da UFPR.

Autor correspondente: Vanda Aparecida Tolari. vanda.tolari@gmail.com

INTRODUÇÃO

No processo de vida e morte, que é permeado por significados sociais e culturais, está inserida a temática da Morte Encefálica, a qual apresenta entre os países diferentes conceitos e abordagens. No Brasil, a Resolução nº 2173/2017, define que “A morte encefálica (ME) é estabelecida pela perda definitiva e irreversível das funções do encéfalo por causa conhecida, comprovada e capaz de provocar o quadro clínico”⁽¹⁾. Normativa que orienta os critérios para abertura do Protocolo de Diagnóstico da ME.

AME prevê várias alterações fisiopatológicas com potencial para a inviabilização dos órgãos e tecidos para doação⁽²⁾. A assistência de enfermagem na suspeita de ME em se tratando de criança, se configura como um processo complexo pois, requer do enfermeiro conhecimento das ciências básicas, da normativa atual, do protocolo estabelecido em seu cenário de prática, para além de entender o processo da ME e, as alterações decorrentes do mesmo.

Nesta perspectiva, o profissional enfermeiro é responsável por traçar um Plano de Cuidados que seja seguro, composto por ações de prevenção e manejo das alterações e também, por compartilhá-lo com a equipe de trabalho, tanto com a de enfermagem como a multiprofissional. Delineamento este indispensável para a manutenção do potencial de doação.

O Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, na Resolução no 358, de 2009, dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e, a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, nos quais desenvolva-se o cuidado profissional de enfermagem. Em seu Art. 3, enfatiza que o Processo de Enfermagem deverá ter base teórica que o oriente nas etapas de: Coleta de Dados; Diagnóstico de Enfermagem; e, no Planejamento das Ações ou Intervenções de Enfermagem. Somente assim estará munido do (re) conhecimento das singularidades de cada indivíduo que está sob seus cuidados e, obterá subsídio para, a posteriori, avaliar os resultados alcançados com suas intervenções⁽³⁾.

Neste cenário, considerando as dificuldades vivenciadas por uma das autoras bem como, relatadas por enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica para o manejo da criança em suspeita de ME, aliada à proposta de um projeto de intervenção na realidade profissional no contexto do curso de pós-graduação profissional, é que emerge a produção de uma Tecnologia Cuidativo-Educacional⁽⁴⁾.

Segundo Nietzsche, Teixeira e Medeiros (2014)⁽⁴⁾, as Tecnologias Cuidativo-Educacionais podem ser definidas pela potencialidade da sua aplicação no processo do planejamento, de cuidar e, de capacitar ou aperfeiçoar o profissional. Entende-se que as tecnologias educacionais tornam o processo de trabalho menos complexo e mediam

o aprendizado como instrumento ou dispositivo utilizado no processo educador/educando.

Com estas considerações se destaca a relevância da presente apresentação que tem como objetivo relatar o método para produção de um protótipo para o manejo da criança em suspeita de morte encefálica, na modalidade de aplicativo-guia móvel.

METODOLOGIA

Como tipo de estudo adota-se o relato do método científico desenvolvido para obtenção da tecnologia. Neste sentido, adaptou-se os passos apontados por Echer⁵ para o desenvolvimento de tecnologia educacional, com a perspectiva de apresentar o percurso metodológico para a produção de uma Tecnologia Cuidativo-Educacional. O desenvolvimento se deu no período de janeiro a junho de 2019.

Será apresentada a seguinte sequência de produção da tecnologia: 1. Submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa; 2. Busca na literatura técnico-científica e, normativa, para o conhecimento específico; 3. Triagem do conteúdo identificado; 4. Sondagem, junto aos participantes da pesquisa, da necessidade de desenvolvimento de tecnologia para o manejo da criança em suspeita de morte encefálica; 5. Elaboração de um formulário com conteúdo técnico-científico e, normativo, a ser utilizado para validação; 6. Qualificação da Tecnologia Cuidativo-Educacional; 7. Definição do lay-out; e, 8. Desenvolvimento de Aplicação Mobile.

O local do estudo foi a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - CHC/UFPR, no município de Curitiba. Quanto aos participantes da pesquisa, foram envolvidos profissionais enfermeiros e médicos de duas unidades do referido hospital público e de ensino, da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e, da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT). E ainda, alguns profissionais da Central Estadual de Transplantes, da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná - CET/SESA/PR.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a definição de um Projeto congruente com a Sistematização da Assistência de Enfermagem e, com referencial teórico na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, a trajetória metodológica para o desenvolvimento de uma Tecnologia Cuidativo-Educacional acompanhou passos sequenciais e sistematizados que serão explanados neste desenvolvimento. Os resultados são apresentados acoplados à discussão de nossa vivência durante este processo.

PASSO 1. Submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), um órgão consultor junto ao Ministério da Saúde e equipamentos do SUS, como também de controle social. Este tem com sua responsabilidade zelar pelos aspectos éticos das pesquisas em seres humanos: análise, acompanhamento, regulamentação, proteção dos participantes, recepção de análise de recursos por qualquer parte interessada, apreciação de propostas para áreas temáticas especiais – “que encerram dilemas éticos mais complexos”. O mesmo recomendou em 1988, a criação da rede nacional de Comitês de Ética (CEP) nas instituições e, na Resolução 196, promulgada em 10 de outubro de 1996, que está vigente, constam as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos⁽⁶⁾.

Assim, a presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa, em Seres Humanos do CHC/UFPR, município de Curitiba, com aprovação em 08 de outubro de 2018, sob o Parecer nº 2.947.877.

O Projeto temático no qual se insere esta Pesquisa foi contemplado pelo Edital no 27/2016, do Acordo CAPES/COFEN nº 30/2016, apoio a Programas de Pós-graduação da Área de Enfermagem – Modalidade Mestrado Profissional. Mais especificamente, em seu Sub-projeto 1, que como objetivo geral apresentava: “Desenvolver tecnologias assistenciais que auxiliem o enfermeiro na avaliação clínica diária de pacientes hospitalizados”. E, foram atendidos com o presente desenvolvimento, os objetivos específicos de “Desenvolver Tecnologia Assistencial para Avaliação do paciente pediátrico em morte encefálica” e “Implantar a tecnologia assistencial desenvolvida na unidade campo da pesquisa”.

PASSO 2: Busca na literatura técnico-científica e normativa

Dentre as evidências em saúde produzidas, as mais atuais e fortes, ou seja, produzidas por estudos com desenhos confiáveis, devem ser aplicadas no desenvolvimento das práticas clínicas em enfermagem, direcionando a melhor qualidade do atendimento, com vistas à obtenção dos melhores resultados⁽⁷⁾. Pesquisadores alertam para o fato de que uma evidência isolada não é suficiente para sustentar uma prática e recomendam que se proceda à busca completa nas fontes e, na sequência, à síntese dos achados disponíveis e adequados ao que se pretende impactar⁽⁷⁾.

Sob esta ótica foi realizada a busca bibliográfica para obtenção do embasamento teórico do conhecimento específico, nas bases de dados: LILACS – Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde; Scientific Electronic Library Online (SciELO) Citation Index (Web of Science); Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC) – Biblioteca Digital; Google Scholar; Web of Science

- Coleção Principal (Clarivate Analytics); Biblioteca Virtual em Saúde – BVS (BIREME) – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Para tanto aplicaram-se os Descritores em Saúde (DECS), na língua portuguesa, espanhola e inglesa, a saber: Morte Encefálica – Brain Death – Muerte Encefálica; Obtenção de Tecidos e Órgãos – Tissue and Organ Procurement – Obtención de Tejidos y Órganos; Tomada de Decisão – Decision Making – Toma de Decisiones; Cuidados Críticos – Critical Care – Cuidados Críticos; Cuidados de Enfermagem – Nursing Care – Atención de Enfermería; Avaliação em Enfermagem – Nursing Assessment – Evaluación en Enfermería; Processo de Enfermagem – Nursing Process – Proceso de Enfermería; Teoria de Enfermagem, – Nursing Theory – Teoría de Enfermería; Diagnóstico de Enfermagem – Nursing Diagnosis – Diagnóstico de Enfermería; Planejamento – Planning – Planificación; Tecnologia – Technology – Tecnología; Tecnologia Educacional – Educational Technology – Tecnología Educacional; Tecnologia Biomédica – Biomedical Technology – Tecnología Biomédica – utilizando-se variadas chaves de busca com arranjos mediados pelos operadores booleanos “AND” e “OR”.

Para o arcabouço normativo foram acessadas Resoluções nacionais e estaduais, assim como, dos Conselhos Federais de Medicina e de Enfermagem. Obtiveram-se 21 documentos, entre leis, Resoluções e Portarias, a saber: Constituição Federal de 1988; a Lei nº 9434/1997 que dispõe sobre a remoção de órgãos e tecidos para transplantes⁽⁹⁾; a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem, COFEN nº 292/2004, que normatiza a atuação do enfermeiro na doação e captação de órgãos e tecidos para transplantes¹⁰. Em 2017, a Portaria de Consolidação no 4, dispõem sobre a Consolidação das normas dos sistemas e subsistemas do Sistema Único de Saúde⁽¹¹⁾ e, revoga: o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplante; o Decreto nº 9174/2017⁽¹²⁾, regulamentando a Lei nº 9434/1997, que trata da disposição dos órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano, para fins de transplante e tratamento. Assim, o Conselho Federal de Medicina atualiza os critérios de diagnóstico de morte encefálica com a Resolução CFM nº 2173/2017⁽¹⁾.

PASSO 3: Triagem do conteúdo identificado

Com o resultado do processo de identificação das melhores evidências técnicas, científicas e normativas, associando-as ao conteúdo de livros-texto e, à prática profissional da pesquisadora mestranda profissional na área, bem como, ao conhecimento teórico e prático dos participantes da pesquisa, foram elencados os conteúdos e organizados sobre os seguintes tópicos teóricos que foram desenvolvidos nos subcapítulos denominados de Referencial conceitual-normativo (Doação de Órgãos e Tecidos; A

Morte Encefálica) e, Revisão Teórico-empírica (Processo de Enfermagem; As Necessidades Humanas Básicas; Taxonomia de NADA-I; As Alterações Fisiopatológica e a Manutenção do Potencial Doador Pediátrico; Tecnologias em Saúde).

Destarte, foi realizada a síntese teórica e normativa que deverá nortear e determinar a assistência adequada e oportuna para o manejo da criança em suspeita de morte encefálica, de acordo com as alterações fisiopatológicas decorrentes do processo, e de sua complexidade.

Nesta sequência processual, foram selecionadas: as Necessidades Humanas Básicas, seus grupos e subgrupos; os Diagnósticos de Enfermagem, suas definições, características definidoras / fatores associados; e, as Intervenções de Enfermagem essenciais para manutenção da viabilização dos órgãos e tecidos a serem doados.

O conteúdo foi elaborado a partir do mapeamento cruzado entre os indicadores - elaborados a partir das necessidades humanas básicas relacionadas às alterações fisiopatológicas decorrentes da morte encefálica, bem como, das percebidas na avaliação clínica do enfermeiro - e, os Diagnósticos de Enfermagem, segundo taxonomia de NANDA-I e Intervenções de enfermagem, para promoção da assistência de enfermagem segura, planejada e humanizada ao potencial doador e familiares, a qual refletirá positivamente na viabilidade captação e transplantação dos órgãos.

Ressalta-se que Schub et al.⁽⁷⁾ ao apresentarem uma revisão sobre a implementação da prática clínica de enfermagem com base em evidências, enfatizaram que, anteriormente à aplicação das evidências aos cuidados de enfermagem, há necessidade de se observar as preferências individualizadas dos pacientes e, relativizá-las considerando os seus atributos - idade, conhecimentos, expectativas, cultura, familiaridade com a tecnologia, dentre outros. Na abordagem em relato, estas considerações deverão ser partilhadas com os familiares da criança em suspeita de morte.

PASSO 4: Legitimação da necessidade pelo desenvolvimento de tecnologia para o manejo da criança em suspeita de morte encefálica

Esta etapa do método também pode ser inserida nos princípios da Evidence-based Nursing Practice - EBNP considerando-a ser um processo de múltiplas etapas, que envolve o trabalho do enfermeiro clínico junto a sua equipe multiprofissional⁽⁷⁾.

Destarte, os enfermeiros que atuam na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica foram solicitados a participar, mediante esclarecimento do objetivo, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Realizou-se a sondagem do conhecimento teórico aplicado na prática de avaliação clínica do paciente sob seus cuidados, bem como,

ao manejo dos pacientes pediátricos em suspeita de morte encefálica.

Para tanto, foi desenvolvido um formulário semi-estruturado no Google-docs e encaminhado via What'sApp. Mediante análise simples das respostas identificou-se que significativo número de enfermeiros apontou para a necessidade de maior conhecimento para o manejo e manutenção do potencial doador pediátrico. Este achado convergiu com o pressuposto que norteou o desenvolvimento da pesquisa de que uma tecnologia que apoiasse o enfermeiro para o manejo do potencial doador, seria oportuna para propiciar o desenvolvimento do Processo de Enfermagem, sobretudo para o Plano de Cuidados.

PASSO 5. Construção de Formulário com conteúdo técnico-científico e, normativo, para validação

Segundo Galdeano⁽¹⁴⁾ validar significa o ato ou efeito de tornar algo válido, legítimo, isto é, tornar algo verdadeiro, algo cuja autenticidade é comprovada. A partir da definição do conteúdo teórico-científico e empírico, optou-se por dividir o cuidado à criança em suspeita de morte encefálica, em quatro Blocos, de tal forma, que contemplassem as fases do protocolo de morte encefálica, definidas pelo CFM, na Resolução nº2173/2017 e, foi criado e denominado de "Formulário para Validação de Conteúdo da Tecnologia Cuidativo-educacional para manutenção do potencial doador pediátrico".

Neste Formulário, cada Bloco foi apresentado em um quadro, com oito colunas identificadas como: Número de Ordem; Diagnóstico de Enfermagem; Intervenções de Enfermagem / Procedimentos; Justificativa; seguidas pelas colunas para opções de concordância ou não, com registros de 'X' para positividade, com a possibilidade de sinalizarem por sua adequabilidade, sendo aplicada a letra 'A'; para quando considerado adequado, 'PA' para parcialmente adequado e, 'I' para inadequado. Assim, foi utilizado o modelo da Escala de Likert, o qual possibilita ao participante, expor o grau de concordância a respeito de uma afirmação⁽¹⁵⁾. Como última coluna havia a abertura para as sugestões para ajustes, que deveria ser preenchida pelos respondentes com sinalizações de itens 'PA' ou 'I' para a intervenção⁽¹⁵⁾ (FIGURA 1).

FIGURA 1: Cabeçalho do Formulário para Validação de Conteúdo da Tecnologia Cuidativo-educacional para manutenção do potencial doador pediátrico, Curitiba, Paraná, 2019

Nº	Diagnóstico de Enfermagem/ Procedimentos	Intervenções de Enfermagem	Justificativa	A	PA	I	Ajustes sugeridos em caso de registro de "PA" e "I"
----	--	----------------------------	---------------	---	----	---	---

Como juízes participantes foram selecionados os profissionais com expertise na temática e que mantinham proximidade da prática profissional de manejo do potencial doador. Os mesmos receberam uma Carta-convite explicativa e, assinaram ao TCLE. O Formulário foi entregue individualmente em mãos, em formato impresso e, foi solicitado que, analisassem o material com base no critério de adequação. O prazo solicitado para devolução do instrumento foi de sete dias, o mesmo foi cumprido pelos avaliadores, alguns deles além de entregar o formulário, solicitaram um período para exposição verbal de suas colocações e valorização do protótipo.

PASSO 6. Qualificação da Tecnologia Cuidativo-Educacional mediante análise do conteúdo

Realizado, pela pesquisadora, a análise das contribuições para o aprimoramento da tecnologia, utilizando o IVC – Índice de Validade do Conteúdo⁽¹⁰⁾, para avaliar o grau de concordância e discordância do Conteúdo da Tecnologia, pelos profissionais juízes. Este mensura a proporção da concordância dos experts sobre cada item exposto para análise, e seu cálculo é feito com a somatória das respostas 'A' (Adequada) dividida pelo número total das respostas em cada uma das alternativas, conforme equação: $IVC = \frac{N^{\circ} \text{ de respostas A}}{N^{\circ} \text{ total de respostas}}$.

A Taxa de Concordância aceitável entre os juízes para avaliação dos itens individualmente deve ser superior a 0,7840 segundo os autores⁽¹⁰⁾, e foi adotada nesta pesquisa. Os itens com IVC inferiores a 0,7840 foram readequados conforme as sugestões dos juízes/experts^(16,17). O resultado da avaliação, foi organizado em outro quadro, agregando-se os itens do conteúdo validado, o IVC e, discriminando-se em redação, os ajustes implementados que atenderam às sugestões dos juízes. Ressalta-se que nesta etapa, com vistas à uma melhor organização visual, e atendendo às solicitações de alguns dos juízes, a disposição no Quadro foi realizada aproximando-se os Procedimentos e, na mesma lógica, os Diagnósticos de Enfermagem. Sob a mesma ótica foi organizado o Bloco I em formato de checklist a ser checado anteriormente à abertura do Protocolo. Os demais blocos mantiveram a estrutura previamente proposta.

PASSO 7. Definição do layout do protótipo

O layout foi definido a partir da estrutura gráfica, utilizando o software adobe XD⁽¹⁸⁾ - ferramenta baseada em vetores, para projetar e criar protótipos de experiência do usuário para aplicativos da Web e móveis (ADOBE, 2018)⁽¹⁸⁾. Esta fase da tecnologia foi desenvolvida pela Associação Júnior de Desenho Industrial "Junior Design", da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

A estrutura gráfica ou mapa conceitual, pode ser compreendida como a representação visual utilizada para compartilhar as definições, considerando que esclarece a maneira que o autor explicita o elo entre os conceitos expostos. Estes, são considerados mais práticos para a transmissão das informações quando comparados aos textos, devido a facilidade de sua acessibilidade e usabilidade⁽¹⁹⁾.

PASSO 8. Desenvolvimento de Aplicação Mobile

Utilizou-se a metodologia ágil de Scrum, aplicada na gestão e planejamento de projetos de softwares. É tida como extremamente ágil e flexível, e se baseia no desenvolvimento incremental das aplicações, centrado na equipe, com ciclos de interação curtos⁽²⁰⁾. Foi desenvolvido pela Associação Junior de Consultoria em Informática "Ecomp", da Universidade Federal do Paraná (UFPR), nos padrões atuais requeridos pela Google Play e App Store.

Limitações do Estudo:

Reitera-se que por se tratar de uma tecnologia envolvendo áreas de designer e informática a produção de aplicação mobile na área de saúde requer a busca e, o aprimoramento do conhecimento específico, com demanda por tempo de dedicação mais prolongado.

Contribuições do estudo para a prática:

Esta tecnologia é inovadora e subsidiará o enfermeiro na identificação das alterações fisiopatológicas, no desenvolvimento do Processo de Enfermagem e adoção das condutas oportunas para o manejo da criança em suspeita de morte encefálica e do potencial doador pediátrico, de modo a manter viáveis os órgãos e tecidos para transplantação. Contribuirá também, para a educação continuada, qualificando e inovando o processo de cuidado para a manutenção do potencial doador pediátrico, com potencial cobertura institucional, regional, estadual e, quiçá, nacional. Considera-se este produto como reproduzível para outros segmentos etários, e, a ele se reserva um impacto social que privilegia a solidariedade, sendo uma tecnologia que prevê impacto social na área do transplante pediátrico.

CONCLUSÃO

Por fim, admite-se como relevante o presente relato sistematizado de método para a construção de uma tecnologia Cuidativo-Educacional, modalidade aplicação mobile, para orientar os enfermeiros no desenvolvimento de outras tecnologias aplicáveis para qualificação de sua prática em cenário específico.

Compreender, analisar e seguir o processo descrito neste estudo pode ser essencial para os pesquisadores e os

profissionais da área de saúde que estiverem preocupados em produzir e aplicar instrumentos confiáveis e, apropriados às suas práticas.

Contribuições dos autores

Concepção e/ou desenho: Tolari VA, Freire, MHS; Análise e interpretação dos dados: Tolari VA, Freire, MHS; Redação do artigo: Tolari VA, Freire, MHS; Revisão crítica: Tolari VA, Freire, MHS; Revisão final: Tolari VA, Freire, MHS.

Agradecimentos:

Agradecemos ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo acordo COFEN/CAPES, Edital 27/2016, que proporcionou financiamento para a produção desta Tecnologia Cuidativo-Educacional e, ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem Profissional da Universidade Federal do Paraná por disponibilizar a oportunidade de ingresso.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2173/2017, de 15 de dezembro de 2017. Define os Critérios de morte encefálica. Acesso em 10/04/18. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171205/19140504-resolucao-do-conselho-federal-de-medicina-2173-2017.pdf>
2. Secretaria Estadual de Saúde de Curitiba. Sistema Estadual de Transplantes do Paraná. Manual para Notificação, Diagnóstico de Morte Encefálica e Manutenção do Potencial Doador de Órgãos e Tecidos. - Curitiba: SESA/SGS/CET, 2018. 62p. Pag.30-5.
3. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358, 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. Acesso em 15/04/2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucofen-3582009_4384.html
4. Nietzsche EA, Teixeira E, Medeiros HP. Tecnologias Cuidativo-educacionais: Uma possibilidade de empoderamento do/a enfermeiro/a?. 1ª edição. Porto Alegre. Moriá. 2014.208p. Pag. 113-50.
5. Echer IC. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2005. Acesso em: 10/06/2019. vol. 13. núm. 5. pp. 754-757. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2814/281421849022.pdf>
6. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS 196/96. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Acesso em 10/11/2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>
7. Schub E, Walsh K, Pravikoff D. Evidence-Based Nursing Practice: Implementing. 2017. Nursing Reference Center. Pag.1-18. Acesso em 20/05/2019. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/nup/delivery?sid=fce4f12d-04ac-42...d%3dfce4f12d-04ac-4203-b614-48b54155a281%2540sessionmgr4006>
8. Brasil. Constituição de 1988, de 05 de outubro de 1988. Constituição da república Federativa do Brasil. Acesso em 10/04/2018. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html>
9. Brasil. Lei nº 9434, de 04 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplantes e tratamento e dá outras providências. Acesso em 10/04/18. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/centraldetransplantes/Lei9434.pdf>
10. Conselho Federal De Enfermagem. Resolução COFEN nº 292 de Junho de 2004. Normatiza a atuação do Enfermeiro na Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos. Acesso em 20/10/2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucofen-2922004_4328.html
11. Ministério da Saúde (BR) Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Acesso em 09/11/2018 Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html
12. Casa Civil (BR). Decreto nº 9175 de 18 de outubro de 2017. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Acesso em 10/04/2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Decreto/D9175.htm
13. NANDA-I. North American Nursing Diagnosis Association International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação - 2018-2020. Porto Alegre: Artmed, 2018. 606 p. Acesso em 10/11/2018. Disponível para uploads em: http://nascecm.com.br/2014/wp-content/uploads/2018/08/NANDA-I-2018_2020.pdf
14. Galdeano LE, Rossi LA, Pelegrino FM. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente. 2008. Acesso em 19/03/2019. Acta paul. Enferm. Vol.21 no.4. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000400003
15. Silva Junior SD, Costa FJ. Mensuração e escalas de verificação: uma Análise Comparativa das Escalas de Likert e Phrase Completion. 2014. Acesso em: 31/05/2019. Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia ISSN: 1983-9456 (Impressa) ISSN: 2317-0123 (On-line). Disponível em: <http://sistema.semead.com.br/17semead/resultado/trabalhosPDF/1012.pdf>
16. Polit DF, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: ArtMed; 2011. Pag.150-3.
17. Alexandre NMC, Colucci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. 2011. Acesso em 10/02/2019 vol.16 no.7 Rio de Janeiro Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006
18. ADOBE "Adobe XD", 2018 Acesso em: junho de 2019. Disponível em: <https://www.adobe.com/br/products/xd.html>.
19. Tavares R. Constructing concept maps. 2007. Acesso em 31/05/2019. vol.12, pp. 72-85. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-58212007000300008&script=sci_abstract&tlng=en
20. Bissi W. SCRUM - Metodologia de desenvolvimento ágil. 2007. Acesso 31/05/2019. Campo Mourão. v.2. n.1.p.3-6. Campo Dig. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=Um+Modelo+%C3%81gil+para+Gest%C3%A3o+de+Projetos+de+Software.&btnG=

PROCESSO DE SUBMISSÃO

O processo de submissão é feito somente no endereço: <http://revista.cofen.gov.br>. O periódico utiliza o sistema de avaliação por pares, preservando o sigilo, com omissão dos nomes de avaliadores e autores. Os artigos submetidos, adequados às normas de publicação, após a pré-análise do Editor Chefe, são enviados aos Editores Associados para seleção de consultores. Finalizada a avaliação dos consultores, o Editor Associado encaminha uma recomendação ao Editor Chefe que decidirá pela aprovação, reformulação ou recusa do artigo. Podem ser submetidos artigos originais, artigos de revisão integrativa, sistemática, de opinião e relato de experiência.

CUSTOS PARA SUBMISSÃO E PUBLICAÇÃO

Para a submissão ou publicação dos artigos, **NÃO HÁ CUSTOS**. A Revista Enfermagem em Foco não aplica taxas ou eventuais cobranças para a submissão, assim como para a publicação.

FORMATO E ESTRUTURA DOS MANUSCRITOS

Os artigos devem ser estruturados com os seguintes tópicos: título, resumos, introdução, objetivo(s), metodologia, resultados, discussão, conclusão e referências. As limitações do estudo devem ser posicionadas no final da discussão dos resultados, bem como as contribuições para a prática.

Artigos originais

São manuscritos que apresentam resultados de pesquisa inédita de natureza qualitativa ou quantitativa. São também considerados artigos originais as reflexões teóricas, opinativas ou analíticas.

Artigos de revisão

São estudos de revisão integrativa da literatura ou de revisão sistemática, com ou sem metanálise.

IDENTIFICAÇÃO DO MANUSCRITO

Título: conciso (até 15 palavras) e informativo;

Autoria: nome(s) do(s) autor(es), indicando a titulação máxima, vínculo institucional, identificador **ORCID** (de todos os autores) e endereço eletrônico do autor correspondente. Os autores devem especificar, em formulário próprio ([modelo 2](#)), a participação na elaboração do manuscrito;

Idioma: serão aceitos textos em português, espanhol e inglês;

Limite de palavras: o número máximo de palavras é de 3.500, incluindo títulos, resumos e descritores nas três línguas (português, inglês e espanhol), não incluindo neste cômputo, as referências;

Formatação: papel A4 (210 x 297 mm), margens de 2,5 cm em cada um dos lados, letra Times New Roman com corpo 12, espaçamento duplo e redigido em Word;

Resumo e descritores: o resumo deverá conter de 100 a 150 palavras, identificando objetivos, metodologia, resultados e conclusões. Os artigos deverão apresentar os resumos em português, inglês e espanhol, sequencialmente na primeira

página, incluindo títulos e descritores nos respectivos idiomas. Os descritores, separados por vírgulas, devem ser em número de três a cinco, sendo aceitos somente os vocábulos incluídos na lista de "Descritores em Ciências da Saúde - DeCS-Lilacs", elaborada pela Bireme (acessível em <http://decs.bvs.br>), ou no Medical Subject Heading - MeSH (acessível em www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh). Para ensaio clínico, apresentar o número do registro ao final do resumo;

Ilustrações: as ilustrações incluem tabelas, figuras e fotos, inseridas no texto, numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem de apresentação. A numeração sequencial é separada para tabelas, figuras e fotos. O título das ilustrações deve ser breve, inserido na parte superior (incluindo local e data) e as notas, quando necessárias, estarem após a identificação da fonte. Em caso do uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados sem apresentar permissão, por escrito, para fins de divulgação científica. As ilustrações precisam ser claras para permitir sua reprodução em 8 cm (largura da coluna do texto) ou 17 cm (largura da página). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores devem citar fonte e referência;

Limitações do estudo: posicionados no final da discussão.

Contribuições para a prática: destacar brevemente.

Referências: as referências estão limitadas a 35, apresentadas no formato Vancouver Style (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). É preciso identificar as referências no texto por números arábicos, entre parênteses e sobrescritos. Quando se tratar de citação sequencial, separe os números por traço (ex.: 3-8); quando intercalados, use vírgula (ex.: 1, 4, 12). Na citação dos autores, quando houver mais de um, liste os seis primeiros seguidos de et al., separando-os por vírgula.

As citações diretas (transcrição textual) devem estar no corpo do texto, independentemente do número de linhas e identificadas entre aspas, indicando autor e página(s) (ex.: 1:20-21);

Agradecimentos e Financiamento: posicionados no fim do texto;

Declarações de conflito de interesse: os autores devem declarar se há ou não conflitos de interesses após os agradecimentos.

Aspectos éticos: manuscritos resultantes de pesquisa com seres humanos ou animais, no ato da submissão, deverão vir acompanhados, no sistema on-line, da cópia da aprovação do Comitê de Ética (no caso brasileiro) ou da declaração de respeito às normas internacionais;

Transferência de direitos autorais: os artigos devem ser encaminhados com as autorizações on-line de transferência de direitos à revista ([modelo 1](#)).

Os autores devem declarar se há conflito de interesse.

O Guia completo e atualizado pode ser obtido em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/pages/view/SubmissaoOnline>

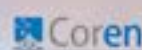
ONDE HÁ VIDA, HÁ ENFERMAGEM

SAÚDE
GESTÃO
CIÊNCIA
PESQUISA

EMPREENDEDORISMO
TECNOLOGIA
LIDERANÇA
CUIDADO

Mostre para o mundo
do que você é capaz

www.nursingnowbr.org



Ministério das Saúdes
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM