



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS: UMA TECNOLOGIA APLICADA AO CUIDADO DE ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA¹

Lucimara Sonaglio Rocha², Neiva Claudete Brondani Machado³, Margot Agathe Seiffert⁴, Rita Fernanda Monteiro Fernandes⁵, Marieli Terezinha Krampe Machado⁶, Marlene Teda Pelzer⁷

¹ Excerto do projeto de tese intitulado “Capacidade Funcional do Idoso Hospitalizado: elaboração e validação de conteúdo de um protocolo assistencial de enfermagem” em andamento junto ao PPGENF FURG, pertencente ao Grupo de Estudo e Pesquisa GEP-GERON, C.A.A.E. 95584418.7.0000.5324 CEPAS/FURG.

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora de Ensino Básico, Técnico e Tecnológico do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha - campus Santo Ângelo. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande. Endereço eletrônico: lucimara.sonaglio@iffarroupilha.edu.br

³ Enfermeira. Mestre em Educação nas Ciências. Professora de Ensino Básico, Técnico e Tecnológico do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha - campus Santo Ângelo. Endereço eletrônico: neiva.machado@iffarroupilha.edu.br

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora de Ensino Básico, Técnico e Tecnológico do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha - campus Santo Ângelo. Endereço eletrônico: margot.seiffert@iffarroupilha.edu.br

⁵ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora de Ensino Básico, Técnico e Tecnológico do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha - campus Santo Ângelo. Endereço eletrônico: fernanda.fernandes@iffarroupilha.edu.br

⁶ Enfermeira. Mestre em Envelhecimento Humano. Professora de Ensino Básico, Técnico e Tecnológico do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha - campus Santo Ângelo. Endereço eletrônico: marieli.machado@iffarroupilha.edu.br

⁷ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada IV da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Endereço eletrônico: pmarleneteda@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO: O aumento da expectativa de vida, torna um desafio, instituir métodos assistenciais que visem à promoção e manutenção da qualidade de vida da população idosa. A implementação do Processo de Enfermagem e a elaboração de protocolos assistenciais constituem-se em métodos que atendem essa proposta. **OBJETIVO:** Apresentar os protocolos de enfermagem como instrumento adequado e válido a ser utilizado na prática da enfermagem gerontológica. **RESULTADO:** É crescente a utilização da metodologia de elaboração de protocolos nas pesquisas na área da enfermagem, fato este que demonstra a aceitação e reconhecimento da importância dessa abordagem. Foi constatada uma diversidade no modo de desenvolver protocolos, porém, tal diversidade não pode interferir na qualidade dos mesmos. **CONCLUSÃO:** Os protocolos mostraram-se como instrumentos capazes de colaborar com a prática clínica da enfermagem gerontológica norteando a identificação e manejo de aspectos ligados à capacidade funcional do idoso, de modo a preservar a sua autonomia e independência.



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

INTRODUÇÃO

O segmento de idosos na população brasileira apresenta taxas de crescimento de mais de 4% ao ano no período de 2012 a 2022. A população com 60 anos ou mais de idade passa de 14,2 milhões, em 2000, para 19,6 milhões, em 2010, devendo atingir 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões, em 2060. Espera-se, para os próximos 10 anos, um incremento médio de mais de 1,0 milhão de idosos anualmente. O rápido envelhecimento da população tem profundas implicações para indivíduos, famílias e sociedade, trazendo importantes desafios. Esse processo não deve ser considerado necessariamente como um problema, mas exige atenção para a discussão das formas de lidar com o fenômeno. Nesse contexto, a preocupação com as condições necessárias à manutenção da qualidade de vida das pessoas idosas tem crescido, e os temas relacionados a políticas públicas e a ações de proteção e cuidado específicos à pessoa idosa vêm adquirindo relevância (BORGES; CAMPOS; SILVA, 2015; BRASIL, 2016).

No documento *Enfermagem gerontológica: conceitos para a prática* (1993), a Organização Pan-Americana de Saúde define a enfermagem gerontológica como um serviço de saúde que incorpora conhecimentos de enfermagem especializados sobre o processo de envelhecimento, a fim de aumentar as condutas saudáveis e diminuir as perdas e limitações de saúde relacionadas ao ser idoso. Com o aumento da expectativa de vida, torna-se um desafio, instituir métodos assistenciais que visem à promoção e manutenção da qualidade de vida da população idosa (LEMES; BACHION, 2016).

A implementação do Processo de Enfermagem e a elaboração de protocolos assistenciais que auxiliem na organização das ações no processo de trabalho em enfermagem constituem-se métodos que atendem essa proposta. Frente ao exposto, este trabalho, excerto do projeto de tese intitulado “Capacidade Funcional do Idoso Hospitalizado: elaboração e validação de conteúdo de um protocolo assistencial de enfermagem” em andamento junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, tem por objetivo apresentar os protocolos de enfermagem como instrumento adequado e válido a ser utilizado na prática da enfermagem gerontológica.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura pautada nas discussões acerca da utilização de protocolos assistenciais de enfermagem como uma tecnologia aplicada ao cuidado prestado ao idoso, na qual serão também abordados os fundamentos para a elaboração destes instrumentos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Protocolos assistenciais: uma tecnologia aplicada ao cuidado

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) desponta com o objetivo de propor um modelo de assistência integral, contínuo, participativo, individualizado, documentado e avaliado, tendo o paciente como sujeito central do cuidado. O Processo de Enfermagem (PE) é parte integrante da SAE e pode ser definido como aplicação prática de um instrumento



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

metodológico para organizar a assistência aos pacientes. É utilizado para favorecer o cuidado em relação à organização das condições necessárias para que este aconteça dentro de parâmetros específicos e baseado em conhecimento clínico metodológico (ALMEIDA *et al.*, 2011).

A Resolução nº 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) considera o PE um instrumento metodológico que deve ser implantado em instituições de saúde pública e privada, a fim de orientar o cuidado do profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional. O PE organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, quais sejam: coleta de dados de enfermagem (ou histórico de enfermagem), diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem. O PE deve estar baseado em um suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados (COFEN, 2009).

Os diagnósticos de enfermagem foram padronizados internacionalmente pela *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) e proporcionam aos enfermeiros uma linguagem comum, permitindo identificar as necessidades do paciente. Trata-se de um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. Eles proporcionam a sustentação para a seleção de intervenções de enfermagem, a fim de atingir resultados pelos quais a enfermagem é responsável (SALLUM; SANTOS; LIMA, 2012; CESTARI *et al.*, 2015). Na representação dos conhecimentos da ciência da enfermagem, a taxonomia oferece uma estrutura para uma linguagem padronizada de comunicação dos diagnósticos. Usando a terminologia da NANDA (os próprios diagnósticos), os enfermeiros conseguem se comunicar entre si e com profissionais de outras disciplinas de atendimento de saúde sobre “aquilo que” torna singular a enfermagem (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

O resultado de enfermagem refere-se a comportamento ou percepção mensurável, demonstrado por indivíduo, família, grupo ou comunidade, que responde à intervenção de enfermagem. A Classificação dos Resultados de Enfermagem (*Nursing Outcomes Classification - NOC*) é um sistema que pode ser usado para selecionar medidas dos resultados relacionadas ao diagnóstico de enfermagem. Define-se uma intervenção como qualquer tratamento baseado no julgamento clínico e nos conhecimentos, que um enfermeiro realiza para melhorar os resultados do paciente/cliente. A Classificação das Intervenções de Enfermagem (*Nursing Interventions Classification - NIC*) é uma taxonomia de intervenções abrangente e baseada em evidências, que os enfermeiros realizam em vários locais de atendimento (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

Os protocolos são recomendações estruturadas com o propósito de orientar decisões de profissionais de saúde e/ou usuários a respeito da atenção adequada em circunstâncias clínicas específicas. Tais recomendações devem ter por base evidências científicas, na avaliação tecnológica e econômica dos serviços de saúde e na garantia de qualidade destes (CATUNDA *et al.*, 2017; ROSENFELD; SHIFFMAN; ROBERTSON, 2013). São considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços (WERNECK, 2009).



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

Quanto à sua natureza, os protocolos podem ser clínicos e/ou de organização dos serviços. Os protocolos clínicos são instrumentos direcionadores da atenção à saúde dos usuários, apresentando características voltadas para a clínica, às ações preventivas, promocionais e educativas. Já os protocolos de organização dos serviços: são instrumentos a serviço da gestão dos serviços, abrangendo a organização do trabalho em uma unidade e no território, os fluxos administrativos contidos na proposta dos serviços em rede, os processos de avaliação e a constituição do sistema de informação, estabelecendo as interfaces entre as diversas unidades, entre os níveis de atenção (marcação de consultas, referência e contrarreferência) e com outras instituições sociais (WERNECK, 2009).

Protocolos clínicos são instrumentos direcionadores da atenção, voltados para a clínica e ações preventivas, promocionais e educativas. Referem-se ao enfrentamento de determinados problemas de saúde, por meio do emprego de conhecimentos e tecnologias eficientes e eficazes, respaldados nas evidências científicas (WERNECK, 2009). Desta forma, podem prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, independentes de enfermagem ou compartilhadas com outros profissionais da equipe de saúde. Há princípios estabelecidos para construção e validação de protocolos de assistência/cuidado, como a definição clara do foco, da população a que se destinam, quem é o executor das ações, qual a estratégia de revisão da literatura e análise das evidências utilizadas. Um protocolo deve descrever também a forma de validação pelos pares, estratégias de implementação e a construção dos desfechos ou resultados esperados (PIMENTA *et al.*, 2015). Trata-se de uma das formas de utilizar a pesquisa na prática assistencial e pode ser considerado como um dos tipos de tecnologia existentes na área da saúde (BESSA, 2012).

Merhy (2000) classifica as tecnologias em saúde em três tipos: tecnologias leves: são as tecnologias relacionais, como aquelas da produção do vínculo, acolhimento, autonomização dos indivíduos; tecnologias leve-duras: considerada as tecnologias-saberes, representados pelas disciplinas que operam o processo de trabalho em saúde, tais como a clínica médica, a pediátrica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, e outras; e, as tecnologias duras: que são as máquinas-ferramentas, como equipamentos, aparelhos, normas e estruturas organizacionais. A importância que cada uma alcança depende de sua relação com o problema e a saúde do usuário e como esta for utilizada para solucionar a necessidade de saúde. De acordo com o exposto, os protocolos assistenciais de enfermagem e o processo de enfermagem podem ser classificados como tecnologia leve-duras, pois, envolvem todo o conhecimento e metodologias assistenciais na execução do cuidado (BESSA, 2012; THOFERN *et al.*, 2014).

De acordo com Pimenta *et al.* (2015), os protocolos são instrumentos legais, assim, dentro dos pressupostos relacionados à sua elaboração e utilização, estão a legislação apresentada a seguir:

- Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, naquilo que diz respeito a ser integrante da equipe de Saúde, na participação, na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde e no Decreto nº



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a profissão. A Lei determina como ação privativa do Enfermeiro a realização da Consulta de Enfermagem e, neste contexto, a prescrição da assistência de enfermagem visando à garantia da integralidade/qualidade do cuidado.

- Resolução COFEN nº 159/93, que dispõe sobre a Consulta de Enfermagem como atividade privativa do Enfermeiro. Esta Resolução prevê, no seu artigo 1º, que a consulta de enfermagem deverá ser desenvolvida durante a assistência de enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde, em instituição pública ou privada, visando à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. O objetivo da Consulta de Enfermagem é a identificação de necessidades de saúde e cuidado, planejamento e implementação de assistência, sendo essas ações embasadas nas melhores evidências científicas disponíveis, descrita em Protocolos e Normativas institucionais.

- Resolução COFEN nº 195/97, que dispõe sobre a solicitação de exames de rotinas e complementares por Enfermeiros. Esta Resolução complementa a Resolução COFEN nº 159/93, estabelecendo que “para a prescrição de medicamentos em programa de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, o Enfermeiro necessita solicitar exame de rotina e complementares para uma efetiva assistência ao paciente sem risco para o mesmo; e que a não solicitação de exames de rotina e complementares quando necessários para a prescrição de medicamentos é agir de forma omissa, negligente e imprudente, colocando em risco seu cliente (paciente)”. - Resolução COFEN nº 358/2009, que estabelece no artigo 1º “O Processo de Enfermagem deve ser realizado de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem”, e no artigo 3º, que “O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados”. Essa Resolução amplia os conceitos de Consulta e da Sistematização da Assistência de Enfermagem, considerados como forma de organização do trabalho profissional. A Sistematização da Assistência de Enfermagem pressupõe a organização de protocolos, procedimentos e rotinas, cuja organização deve pautar-se no uso das melhores evidências em saúde.

- Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 que regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado, prevendo a elaboração de protocolos e procedimentos, entre outros, pelas instituições.

- Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011, que altera a Lei nº 8.080/1990, e dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

saúde no âmbito do SUS. Em seu artigo 19, inciso II, adota a seguinte definição para protocolo clínico e diretriz terapêutica: “documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos [...]”. Embora essa Lei refira-se a protocolo clínico de modo restrito ao diagnóstico e tratamento medicamentoso da doença, sob a ótica médica, é preciso ampliá-la, pois o uso de protocolos deve embasar o trabalho de todos os profissionais da saúde, entre eles, os de enfermagem (PIMENTA *et al.*, 2015, p.16).

É crescente a utilização da metodologia de elaboração de protocolos nas pesquisas na área da enfermagem, fato este que demonstra a aceitação e reconhecimento da importância dessa abordagem (CATUNDA *et al.*, 2017). Oliveira *et al.* (2016), elaboraram um protocolo com o objetivo de subsidiar os cuidados de enfermagem com portadores de traqueostomia em ventilação mecânica. A partir deste, concluíram que os protocolos são importantes recursos para instrumentalizar as orientações e cuidados prestados pelos enfermeiros, subsidiando a sistematização da assistência de enfermagem prestada. Paes *et al.* (2014) elaboraram um protocolo de enfermagem voltado para a assistência a pacientes em situações de distúrbio respiratório agudo. Para os autores, o protocolo em tela contribuiu para a melhor avaliação das necessidades de assistência ao cliente por meio da identificação das prioridades/etapas elencadas. Santos *et al.* (2010) propuseram um protocolo de assistência de enfermagem sistematizada voltado ao paciente idoso internado no centro de terapia intensiva. Segundo o estudo, a instituição de protocolos dessa natureza pode contribuir na redução do tempo de internação hospitalar e, conseqüentemente, na queda dos custos da assistência prestada.

Santos, Oliveira e Feijão (2016) descreveram em seu trabalho o processo de validação de conteúdo de protocolo assistencial de enfermagem para pacientes em cuidados paliativos internados em unidades de terapia intensiva e concluíram ser este um instrumento válido em conteúdo e com potencial de aplicabilidade na prática clínica, assegurando uma assistência mais humana e de qualidade. Melo *et al.* (2016) desenvolveram e validaram um protocolo assistencial para os cuidados de enfermagem em sala de pré-parto, parto e pós-parto. Bessa (2012) elaborou um protocolo de intervenções de enfermagem para idosos em risco de fragilidade direcionado para aos enfermeiros atuantes na atenção básica, realizando também a validação do conteúdo deste junto a especialistas. Neste trabalho, considerou que o protocolo desenvolvido poderá trazer implicações positivas para prática clínica de enfermagem gerontológica, uma vez que permite ao enfermeiro atuar utilizando os princípios da SAE com maior autonomia profissional. Contudo, é importante a discussão sobre como os protocolos vem sendo apresentados e desenvolvidos para que fiquem claros seus percursos metodológicos e assim seja assegurada a qualidade dos mesmos (CATUNDA *et al.*, 2017).

Fundamentos para a elaboração de protocolos assistencias



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

No estudo de Catunda *et al.* (2017) foi constatada uma diversidade no modo de desenvolver protocolos, porém, tal diversidade não pode interferir na qualidade dos mesmos. Apesar das variações nos métodos utilizados para elaboração de protocolos, há etapas comuns, principalmente a revisão da literatura científica e a validação por juízes especialistas na temática do protocolo.

Ribeiro (2010) realizou uma busca na literatura com intuito de encontrar a metodologia mais adequada para a elaboração de protocolos. Entretanto deparou-se com a não uniformidade das mesmas e a existência de algumas que não contavam com o devido amparo científico e validação. Assim, imerso nos resultados de suas buscas por respostas na literatura nacional e internacional, o autor elencou passos para o desenvolvimento de protocolos e indicou opções de instrumentos que garantam a avaliação da qualidade destes. De acordo com o Ribeiro, o processo de desenvolvimento de diretriz/protocolo deve seguir oito pontos importantes: (1) refinar os tópicos/questões; (2) realizar uma revisão sistemática; (3) elaborar recomendações para diversos cenários; (4) programar a atualização da diretriz/protocolo; (5) revisão por especialistas, organizações e profissionais; (6) planejar a disseminação da diretriz/protocolo incluindo localização e avaliação; (7) aprovação do texto; (8) implantação.

(1) Refinar os tópicos/questões

Trata-se de definir o objetivo geral e específicos do protocolo em questão, bem como estabelecer se o protocolo a ser elaborado terá ações de recuperação, reabilitação, promoção ou prevenção da saúde. As ações propostas, direcionadas a esses objetivos, buscarão, além da organização das atividades preventivas e clínicas, a alteração positiva dos condicionantes e determinantes dos problemas a serem enfrentados, bem como deverão considerar a magnitude, transcendência, vulnerabilidade e efeitos dos mesmos (WERNECK, 2009).

(2) Realizar uma revisão sistemática

A revisão sistemática descreve minuciosamente a dúvida clínica, a estratégia de busca da literatura, os critérios para inclusão e exclusão das mesmas, as pesquisas identificadas e incluídas, a análise da sua qualidade dos estudos, a síntese dos seus resultados e caracteriza a qualidade da evidência dos resultados. O risco de omissões de artigos ou posições tendenciosas fica diminuído. Da síntese de estudos deve-se buscar tirar conclusões. Essa síntese permitirá ao profissional ter elementos para a tomada de decisão sobre utilizar ou não essa intervenção (PIMENTA *et al.*, 2015).

Uma das primeiras revisões de que se tem registro data de 1753, realizada por Sir James Lind sobre a prevenção e o tratamento do escorbuto. As revisões consideradas como sistemáticas surgiram na década de 1950. No entanto, o desenvolvimento metodológico dessas pesquisas na área da saúde só se consolidou ao fim da década de 1980. Foram marcos nesse processo a publicação do livro *Effective care during pregnancy and childbirth* e, na década seguinte, a criação da Colaboração *Cochrane*, em Oxford, Reino Unido (GALVÃO; PEREIRA, 2014).

As revisões sistemáticas são consideradas estudos secundários, que têm nos estudos



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

primários (artigos científicos) sua fonte de dados. Quando se verifica que os estudos primários incluídos em revisão sistemática seguem procedimentos homogêneos, os seus resultados são combinados, utilizando-se técnicas de metanálise. Os métodos para elaboração de revisões sistemáticas preveem: (1) elaboração da pergunta de pesquisa; (2) busca na literatura; (3) seleção dos artigos; (4) extração dos dados; (5) avaliação da qualidade metodológica; (6) síntese dos dados (metanálise); (7) avaliação da qualidade das evidências; e (8) redação e publicação dos resultados (PIMENTA *et al.*, 2015; GALVÃO; PEREIRA, 2014).

No tocante à fase de elaboração da pergunta de pesquisa Pimenta (2013) destaca que uma pergunta de pesquisa bem estruturada pode ser obtida por meio da utilização da estratégia denominada PICO. **PICO** representa um acrônimo para **P**aciente, **I**ntervenção, **C**omparação e "**O**utcomes" (desfecho). A estratégia PICO pode ser utilizada para construção de questões de natureza diversas, provenientes do cuidado/assistência, do gerenciamento de recursos humanos e materiais e da busca de instrumentos para avaliação de sintomas, entre outros.

QUADRO 1 - DESCRIÇÃO DA ESTRATÉGIA PICO

ACRÔNIMO	DEFINIÇÃO	DESCRIÇÃO
P	Paciente ou problema	Pode ser um único paciente, um grupo de pacientes com uma condição particular ou um problema de saúde.
I	Intervenção	Representa a intervenção de interesse, que pode ser terapêutica (ex. diferentes tipos de curativo), preventiva (ex. vacinação), diagnóstica (ex. mensuração da pressão arterial), prognóstica, administrativa ou relacionada a assuntos econômicos.
C	Controle ou comparação	Definida com uma intervenção padrão, a intervenção mais utilizada ou nenhuma intervenção.
O	Desfecho ("outcomes")	Resultado esperado.

Fonte: Santos *et al.*, 2007 (adaptado)

Na fase de busca na literatura são rastreados os termos, descritores ou palavras-chaves para cada um dos componentes do PICO, que podem ser combinados de vários modos. Os vocabulários de descritores controlados (padronizados) mais conhecidos são os do MeSH (MEDLINE/PubMed), do DeCS (BIREME), do Emtree (EMBASE) e do CINAHL (CINAHL). A conexão entre os termos escolhidos para a estratégia de busca deve ser estabelecida pelos operadores "booleanos" **AND**, **OR** e **NOT**. Esses termos permitem realizar combinações dos descritores que serão utilizados na busca, sendo **AND** uma combinação restritiva, **OR** uma combinação aditiva e **NOT** uma combinação excludente. Após a seleção dos termos de busca e utilização dos operadores "booleanos" para cada um dos quatro componentes de estratégia PICO, esses devem ser interrelacionados na seguinte estratégia final: (P) **AND** (I) **AND** (C) **AND** (O) (PIMENTA *et al.*, 2015).

Definidos os termos para a busca, deverão ser selecionadas as fontes de informação que



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

serão pesquisadas. As principais fontes de informação são os artigos publicados em periódicos e o principal recurso de busca consiste nas bases de dados eletrônicas. Entre as bases de dados eletrônicas estão aquelas em que os trabalhos encontram-se publicados na sua forma original (fontes primárias), por exemplo, CINAHL, Embase, MEDLINE, LILACS, SciELO. Existem ainda aquelas em que as informações originais foram comentadas e avaliadas criticamente, de acordo com a metodologia da Prática Baseada em Evidências (fontes secundárias), como a rede de colaboração Cochrane, o periódico *Evidence Based Nursing*, o Instituto Joanna Briggs de Revisão Sistemática, o periódico *Evidence Based Medicine*. (PIMENTA *et al.*, 2015).

A seleção dos artigos de interesse do pesquisador deve ser realizada fundamentalmente em duas fases, a primeira diz respeito à avaliação dos títulos e dos resumos de todos os estudos identificados; e, a segunda está relacionada à avaliação do texto completo de todas as publicações selecionada na primeira fase. Para a decisão de quais estudos serão incluídos na revisão sistemática, recomenda-se que sejam obedecidos os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. A extração dos dados deve ocorrer por meio de instrumentos padronizados com as informações relevantes das publicações pré-selecionadas. Esta organização tem por objetivo garantir a precisão e autenticidade dos dados, bem como, reduzir os vieses do pesquisador. Uma sugestão de modelo de protocolo é o disponível no programa *Review Manager* que estrutura a elaboração de um protocolo de revisão sistemática nos moldes exigidos para publicação na Cochrane Library (PIMENTA *et al.*, 2015; BRASIL, 2014).

Após a obtenção dos artigos relevantes e que respondam à pergunta de pesquisa, avalia-se a qualidade do estudo quanto à validade, importância e aplicabilidade na amostra/população de interesse. Diferentes escalas encontram-se disponíveis para a avaliação da qualidade metodológica dos estudos: JADAD; CONSORT (*Consolidated Standards of Reporting Trials*); CASP (*Critical Appraisal Skills Programme*); Van TULDER; Newcatle-Otawa; STARD (*Standards for the Reporting of Diagnostic Accuracy Studies*); GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation*). O sistema GRADE, foi elaborado com o objetivo de estabelecer critérios claros para avaliar a qualidade de evidências científicas e formular recomendações com base nos achados (PIMENTA *et al.*, 2015; BRASIL, 2014).

O sistema GRADE inclui avaliação da qualidade da evidência, com posterior definição da direção e força das recomendações. A qualidade da evidência é graduada em quatro níveis: alta, moderada, baixa ou muito baixa (QUADRO 2). O GRADE tem sido utilizado amplamente por conceituadas organizações como a Organização Mundial da Saúde, American College of Physicians, UpToDate e Cochrane Collaboration (BRASIL, 2014).

QUADRO 2 - QUALIDADE DA EVIDÊNCIA SEGUNDO O SISTEMA GRADE

QUALIDADE	DEFINIÇÃO	METODOLOGIA
-----------	-----------	-------------



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

ALTA	Estamos muito confiantes de que o verdadeiro efeito está próximo da medida de efeito encontrada.	Ensaio clínico randomizado bem delineado e executado, produzindo resultados consistentes e aplicáveis e/ou estudos observacionais muito bem delineados e com grandes estimativas de efeito.
MODERADA	Estamos moderadamente confiantes na medida de associação; é provável que o verdadeiro efeito esteja próximo da medida de efeito encontrada mas há possibilidade de que seja substancialmente diferente.	Ensaio clínico randomizado com grandes limitações ou estudos observacionais bem delineados com grandes estimativas de efeito.
BAIXA	Nossa confiança é limitada: o verdadeiro efeito pode ser substancialmente diferente da medida de efeito.	Estudos observacionais bem delineados e, ocasionalmente, ensaios clínicos randomizados com limitações importantes.
MUITO BAIXA	Temos muita pouca confiança na estimativa de efeito: é provável que o verdadeiro efeito seja substancialmente diferente da medida de efeito encontrada.	Estudos observacionais mal controlados e observações clínicas não sistemáticas (séries ou relatos de casos).

Fonte: Balshem e cols., 2011 (adaptado).

Quanto à força de recomendação, o sistema GRADE a gradua em Forte (quando os efeitos desejáveis de uma intervenção superam, ou não superam, claramente, os efeitos indesejáveis) e Fraca (há um certo grau de incerteza sobre a relação entre vantagens e desvantagens de uma determinada conduta). Há roteiro para se chegar ao nível de evidência (BRASIL, 2014).

No que se refere à metanálise, esta é uma análise estatística que combina os resultados de dois ou mais estudos independentes, gerando uma única estimativa de efeito. Uma revisão sistemática não necessariamente precisa apresentar uma metanálise. Ao contrário, em alguns casos não é apropriado que seja realizada, podendo até mesmo gerar conclusões errôneas (BRASIL, 2014).

(3) Elaborar recomendações para diversos cenários

De acordo com o documento *Global Programme on Evidence for Health Policy* da OMS (2003), nesta etapa identifica-se qualquer compensação entre o custo da aplicação das recomendações sobre uma base populacional e os impactos na saúde da população. Isso permite, àquele a quem compete a tomada de decisão, possa fazer recomendações como parte integrante do processo de localização

(4) Programar a atualização da diretriz/protocolo

As diretrizes não devem ser recomendações fechadas, elas devem estar em constante



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

revisão, uma vez que são baseadas nas evidências daquele momento em que o protocolo fora elaborado. A constância na revisão e atualização dos protocolos permite ao grupo que o está aplicando, a percepção de sua eficácia, a identificação precoce de problemas na sua utilização, assim como a adequação do mesmo (BESSA, 2012).

(5) Revisão por especialistas, organizações e profissionais

Conforme Catunda *et al.* (2017), no processo de validação de tecnologias como os protocolos, a qualificação e o número de juízes que farão a avaliação do instrumento não é consenso. Sabe-se que deve ser levado em conta as características do instrumento, a formação, a qualificação, seja esta relacionada à experiência clínica, à pesquisa e produção de conhecimento na temática e o conhecimento quanto a estrutura conceitual e metodológica do processo de construção de tecnologias, além de disponibilidade dos profissionais necessários (ALEXANDRE, COLUCI, 2011).

Quanto ao número de juízes, Lynn (1986) recomenda um mínimo de cinco e um máximo de dez pessoas. De acordo a ferramenta *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation* (AGREE), é recomendado que cada diretriz seja avaliada por pelo menos dois juízes. Em relação à seleção, deve-se levar em consideração a experiência e a qualificação dos juízes. Recomenda-se, descrever os critérios utilizados nessa seleção. O processo deve ser iniciado com o convite aos juízes. Esses especialistas devem receber uma carta convite explicativa e um questionário desenvolvido especificamente para essa avaliação (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; CATUNDA *et al.*, 2017).

(6) Planejar a disseminação da diretriz/protocolo incluindo localização e avaliação

Dentre os instrumentos mais confiáveis, testados e recomendados para avaliação dos protocolos, encontram-se o AGREE, o *checklist*, elaborado pela OMS e outro elaborado pela Agência de Pesquisa e Qualidade no Cuidado à Saúde - *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) / *National Guideline Clearinghouse* (NGC) (RIBEIRO, 2010; CATUNDA *et al.*, 2017). O Instrumento AGREE, um dos mais utilizados, foi desenvolvido para abordar a variabilidade na qualidade de diretrizes. É uma ferramenta que avalia o rigor metodológico e transparência com que uma diretriz clínica é desenvolvida, seu objetivo é fornecer uma estrutura para: avaliar a qualidade de diretrizes clínicas; fornecer uma estratégia metodológica para o desenvolvimento de diretrizes clínicas; e informar quais e como as informações devem ser relatadas nas diretrizes clínicas. O instrumento é composto por 23 itens-chave organizados em 6 domínios seguido por dois itens de classificação global ("avaliação global"). Cada domínio capta uma única dimensão de qualidade da diretriz (AGREE NEXT STEPS CONSORTIUM, 2009).

Ainda quanto à análise do processo de validação, Catunda *et al.* (2017) destacam em seu estudo a utilização do Índice de Validade de Conteúdo (IVC). O IVC mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Permite inicialmente analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo. Este método emprega uma escala tipo Likert com pontuação de um a quatro. Para avaliar a relevância/representatividade, as respostas podem incluir:



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

- 1 = não relevante ou não representativo;
- 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo;
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo; e,
- 4 = item relevante ou representativo.

O escore do índice é calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por “3” ou “4” pelos especialistas. Os itens que receberam pontuação “1” ou “2” devem ser revisados ou eliminados (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

(7) Aprovação do texto

Após o consenso dos especialistas, é necessário complementar a tecnologia para posterior submissão a um grupo diretivo para aprovação (BESSA, 2012).

(8) Implantação

A OMS (2003) elaborou uma lista de 24 itens que devem ser contemplados na elaboração de protocolos/diretrizes clínicas. O último item diz respeito ao plano de implantação. Um adequado plano de implantação deve prever a adaptação local do instrumento, a existência de recursos financeiros para a adequada disseminação da proposta (realização de treinamentos, capacitações, seminários...) e, finalmente, os critérios para a monitorização do uso nos locais para os quais é destinado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente ao exposto, ainda que o cuidar em enfermagem seja pautado na promoção da vida, conforto, diálogo e no potencial individual de cada sujeito, faz-se necessário construir eixos teóricos e práticos, os quais tenham por finalidade qualificar a assistência prestada. Assim, a elaboração e a implementação de protocolos atendem essa perspectiva, uma vez que se trata de uma ferramenta de apoio teórico-prático, favorecendo o planejamento do cuidado e, conseqüentemente, corroborando a qualidade da assistência individual e coletiva. Desta forma, os protocolos mostram-se como instrumentos capazes de colaborar com a prática clínica da enfermagem gerontológica norteando a identificação e manejo de aspectos ligados à capacidade funcional do idoso, de modo a preservar a sua autonomia e independência.

PALAVRAS CHAVE: Pesquisa Metodológica em Enfermagem; Saúde do Idoso; Enfermagem.

REFERÊNCIAS

AGREE NEXT STEPS CONSORTIUM. **The agree II instrument. 2009.** Disponível em: < <https://www.agreetrust.org/agree-ii/> >. Acesso em: 28 jan. 2018.



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência e saúde coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

ALMEIDA, M.A. *et al.* **Processo de Enfermagem na prática clínica**: estudos clínicos realizados no Hospital de clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Artmed; 2011.

BALSHEM, H. *et al.* GRADE guidelines: rating the quality of evidence. **Journal Of Clinical Epidemiology**, Maryland Heights, v. 64, n. 4, p. 401-406, 2011.

BESSA, M. E. P. **Elaboração e validação de conteúdo do protocolo de intervenções de enfermagem para idosos com risco fragilidade**. 2012. 197 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2012.

BORGES, G.M; CAMPOS, M.B.; SILVA, L.G.C. Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para a sociedade nas próximas décadas. In: Ervatti, L.R.; BORGES, G.M.; JARDIM, A.P.(orgs.). **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro: 2015. p.138-151.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas. **Sistema GRADE**: manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 72 p.

_____. **Síntese de indicadores sociais** : uma análise das condições de vida da população brasileira : 2016, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro : IBGE, 2016. 146 p. -

CATUNDA, H. L. O. *et al.* . Percurso metodológico em pesquisas de enfermagem para construção e validação de protocolos. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 2, 2017.

CESTARI, V. R. F. *et al.* Tecnologias do cuidado utilizadas pela enfermagem na assistência ao paciente politraumatizado: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 701-710, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 358/2009**. 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: 2009.

GALVÃO, T. F. ; PEREIRA, M.G. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 1, p. 183-184, 2014.

HERDMAN, T.H. SHIGEMI, K. **NANDA International Nursing Diagnoses**: definitions and



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

classification, 2015-2017. 10.ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.

LEMES, M.M.D.D.; BACHION, M.M. Hemodialysis nurses rate nursing diagnoses relevant to clinical practice. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 2, p 185-190, 2016.

MELO, G.P. *et al.* Elaboração e validação do protocolo assistencial de enfermagem para sala de pré-parto, parto e pós- parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 18, 2016.

MERHY, E.E. **Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor:** um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo. Campinas. 2000. Tese (Livre Docência) Departamento de Medicina Preventiva e Social. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

OLIVEIRA, A.P.V. *et al.* Protocolo assistencial de enfermagem a portadores de traqueostomia em ventilação mecânica. **HU Revista**, v. 42, n. 1, p. 33-41, 2016.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Enfermería Gerontológica:** conceptos para la practica. Washington: D.C.: 1993.

PAES, G.O. *et al.* Protocolo de cuidados aos distúrbios respiratórios . **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 303-310, 2014.

PIMENTA, C. A.M. *et al.* **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem.** São Paulo: COREN-SP, 2015. 50 p.

RIBEIRO, R.C. Clinical guidelines: how to evaluate its quality? **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 8 , n. 4, p. 350-355, 2010.

ROSENFELD, R.M.; SHIFFMAN, R.N.; ROBERTSON, P. Clinical Practice Guideline Development Manual, third edition: a quality-driven approach for translating evidence into action. **Otolaryngology Head Neck Surgery**, v. 148, n. 1, p. 1-55, 2013.

SALLUM, A.M.C.; SANTOS, J.L.F.; LIMA, F.D. Diagnósticos de enfermagem em vítimas fatais decorrentes de trauma no cenário da emergência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.20, n. 1, 2012.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508-511, 2007.

SANTOS, W.L. *et al.* Protocolo de assistência de enfermagem a idosos em alta complexidade. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 24, n.1/2/3, p. 63-73, 2010.

SANTOS, E.C.; OLIVEIRA, I.CM.; FEIJÃO, A.R. Validação de protocolo assistencial de enfermagem para pacientes em cuidados paliativos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 4, p. 363-373, 2016



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

THOFEHRN, M.B. *et al.* Processo de trabalho dos enfermeiros de um hospital da Espanha: ênfase nas tecnologias de cuidado. **Cogitare Enfermagem**, v.19, n. 1, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines for WHO. **Global Programme on Evidence for Health Policy**. Geneva, Switzerland. 2003

WERNECK, M. A. F. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.