



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSO EM ENFERMAGEM**  
**CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO**

**KISNA YASMIN ANDRADE ALVES**

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM E DA  
SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**

**NATAL**  
**2014**

**KISNA YASMIN ANDRADE ALVES**

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM E DA  
SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Área de Concentração: Enfermagem na atenção a saúde.

Linha de Pesquisa: Desenvolvimento tecnológico em saúde e enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Viviane Euzébia Pereira Santos.

**NATAL**

**2014**

Catálogo da Publicação na Fonte - UFRN  
Biblioteca Setorial Especializada de Enfermagem Prof<sup>a</sup> Bertha Cruz Enders

A474 Alves, Kisna Yasmin Andrade.  
Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do  
paciente em unidades de terapia intensiva / Kisna Yasmin Andrade Alves. –  
2014.  
151 f. : il.

Orientadora: Viviane Euzébia Pereira Santos.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte,  
Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, 2014.

1. Enfermagem - Dissertação. 2. Avaliação em saúde - Dissertação. 3.  
Segurança do paciente - Dissertação. 4. Terapia intensiva - Dissertação. I.  
Santos, Viviane Euzébia Pereira. II. Título.

RN/UF/BS-Enf.


CDU 616-083(043.3)

## PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM E DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

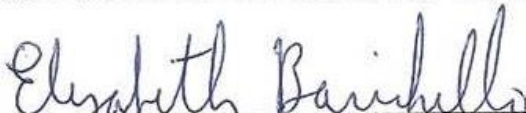
Aprovada em: 7 de fevereiro de 2014.

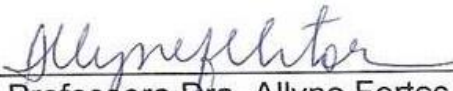
### PRESIDENTE DA BANCA

  
\_\_\_\_\_  
Professora Dra. Viviane Euzébia Pereira Santos  
(Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN)

### BANCA EXAMINADORA

  
\_\_\_\_\_  
Professora Dra. Viviane Euzébia Pereira Santos – Orientadora  
(Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN)

  
\_\_\_\_\_  
Professora Dra. Elizabeth Barichello  
(Universidade Federal do Triângulo Mineiro/UFTM)

  
\_\_\_\_\_  
Professora Dra. Allyne Fortes Vitor  
(Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN)

Dedico aos meus pais, Luiz e Antônia, por mostrar que a educação é um dos principais alicerces para a formação do cidadão. Essa conquista é fruto de todo empenho e dedicação de vocês, durante os meus 27 anos de vida.

## AGRADECIMENTOS

Toda gratidão ao meu Bom Deus, por me levar no colo em todos os momentos dessa caminhada, por mostrar que posso ir além do que imagino ser capaz e por colocar pessoas tão maravilhosas em minha vida. “Eu reconheço que minha história é nada sem o teu amor”.

Aos meus queridos pais, Luiz e Antônia, pelo amor incondicional, educação, carinho, dedicação, zelo, orações, palavras de conforto, puxões de orelhas e por confiar, até mais do que eu, em minhas ações. Vocês são os melhores e maiores exemplos da minha vida. O meu amor por vocês é incondicional, sem limites, sem medidas!

Aos meus irmãos, Eid e Rálfio, pelo amor, carinho e por tornar os meus dias mais belos. Tenho orgulho dos irmãos que tenho! Amo vocês!

Ao meu esposo querido, Assis, que mesmo distante fisicamente, esteve tão presente, tão participativo. Agradeço a Deus pela sua vida e sei que todo o seu amor e carinho foram fundamentais, também, para obtenção dessa conquista! Te amo!

À minha cunhada, uma mulher de Deus, Aline, por todos os esforços em me ver bem e por plantar palavras de fé em meu coração. Você é muito amada!

À todos os meus demais familiares, em especial, tio Manú e tia Diassis, pela torcida e carinho.

À minha querida orientadora Profa. Dra. Viviane Euzébia Pereira Santos, agradeço, inicialmente, a oportunidade de ser sua orientanda. Muitos foram os ensinamentos e conquistas. Obrigada por alegrar os nossos dias, pela confiança depositada durante toda essa caminhada, pelos conselhos, orientações, compreensão, paciência e por tornar a caminhada mais leve! És um exemplo de docente, orientadora e pesquisadora! Orgulho-me de ser orientanda da profa Vivi.

À minha mana do coração, Pétala, uma pessoa do bem e iluminada. Agradeço pela dedicação, contribuições científicas, presença em todas as horas, conselhos, palavras de otimismo, socorros e a “irmandade” de sete anos. Você é muito especial! Você faz parte dessa história!

À amiga Cris pela amizade, carinho, ensinamentos, momentos de alegria, conselhos e prontidão. Você faz parte dessa história!

Ao companheiro de luta, Theo, pela oportunidade de construção mútua de conhecimentos sobre avaliação em saúde. A luta continua! Vamos adiante!

Ao grupo LABTEC pelo acolhimento, conhecimentos compartilhados e trabalho em equipe. Que continuemos a nossa caminhada!

Às professoras Francis Tourinho e Allyne Vitor pelas preciosas contribuições durante a banca de qualificação.

Às amigas do coração, “mamis” Edna, Camila e Aline, pela amizade, carinho, dedicação, preocupações, orações e risadas. Adoro vocês!

À amiga querida Deca, pelo carinho, orações e torcida!

Aos queridos juízes do estudo pelas preciosas contribuições e por permitirem a concretização do “Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva”.

Aos meus colegas da pós-graduação pelos ensinamentos e alegrias compartilhados, em especial, às meninas da “pós-modernidade”, Stephanie, Camila Fernandes e Liva. Obrigada pelo carinho e torcida!

A todos os docentes do programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFRN pelos conhecimentos construídos e o incentivo à busca, incessante, pelo aperfeiçoamento acadêmico.

Aos membros da Banca Examinadora por terem atendido ao convite, pelas contribuições e por participar desse momento tão importante!

Enfim, agradeço a todos que torceram/torcem por mim, bem como contribuíram, de forma direta ou indireta, para a realização desse sonho!

ALVES, K. Y. A. **Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva**. 2014. 151 f. Dissertação de Mestrado - Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, 2014.

## RESUMO

Os relatos sobre eventos adversos datam desde 1990, contemporizando-se até os dias atuais. Conceitualmente, os eventos adversos são injúrias não intencionais e sem relação com a doença de base, provocando lesões mensuráveis em pacientes, prolongamento do período de internação ou óbito. São temáticas que demandam discussões, no tocante à segurança do paciente, melhorias na qualidade do serviço e na prevenção de erros no atendimento ao paciente. Na Unidade de Terapia Intensiva, essa preocupação é ampliada, pois são setores de cuidados intensivos aos indivíduos com alterações hemodinâmicas e iminente risco de morte. Assim, é fundamental a realização de processos avaliativos para investigar os aspectos de qualidade do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nesses espaços. Diante disso, objetivou-se propor o “Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva”. Para alcançá-lo, fez-se necessário: 1) analisar a evolução do conceito “segurança do paciente” empregado nas produções científicas, sob a visão evolucionária de Rodgers; 2) identificar os itens necessários para compor o protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente na Unidade de Terapia Intensiva, a partir das evidências da literatura; 3) construir um instrumento para validação de conteúdo do protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente na Unidade de Terapia Intensiva; e 4) descrever e avaliar a adequação do conteúdo para um protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente na Unidade de Terapia Intensiva. Trata-se de um estudo metodológico, para validação de conteúdo do protocolo supracitado. Para atender os três primeiros objetivos específicos, utilizou-se a revisão integrativa da literatura no Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e no portal do Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente. O quarto objetivo específico foi concretizado pela participação de juízes, localizados através dos currículos *Lattes*, no processo de validação de conteúdo desenvolvido em duas etapas: Delphi 1 e Delphi 2. Como instrumento, utilizou-se o formulário eletrônico do *google docs*. As respostas provenientes dos instrumentos de avaliação são apresentadas, mediante consenso de Delphi e Índice de Validade de Conteúdo (IVC) de todo o protocolo, em tabelas. Os resultados foram sintetizados nos artigos intitulados “A análise do conceito “segurança do paciente: a visão Evolucionária de Rodgers”, “Evidências científicas acerca da segurança do paciente na Unidade de Terapia Intensiva”; “Dispositivo tecnológico para processo de validação de conteúdo: relato de experiência”; e “Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva”. O estudo foi aprovado pelo Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, nº 461.246, sob CAAE nº 19586813.2.0000.5537. Conclui-se que o protocolo, válido em seu conteúdo, constitui uma importante ferramenta de avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Palavras-chave:** Enfermagem. Segurança do Paciente. Terapia Intensiva. Avaliação em Saúde. Estudos de Validação.



ALVES, K. Y. A. **Evaluation protocol of nursing care and patient safety in Intensive Care Units.** 2014. 151 f. Master's Dissertation - Graduate Program in Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, Brazil, 2014.

### **ABSTRACT**

The reports of adverse events date from 1990 up to the present day. Conceptually, these adverse events are unintentional injuries unrelated to the underlying disease, causing measurable lesions in patients, extending the period of hospitalization, or leading to death. These issues require discussions with regard to patient safety, improved quality of service, and preventing medical errors. In the Intensive Care Units, this concern is greater because these are sectors of intensive care to individuals with hemodynamic changes and imminent risk of death. Therefore, it is essential to conduct evaluation processes to investigate aspects of quality of nursing care and patient safety in these spaces. For that reason, we aimed to propose the "Evaluation protocol of nursing care and patient safety in Intensive Care Units." For its achievement, we needed to: 1) analyze the evolution of the "patient safety" concept used in scientific productions, under Rodgers' evolutionary concept; 2) identify the necessary items to build the evaluation protocol of nursing care and patient safety in the Intensive Care Unit, from the available evidence in literature; 3) construct an instrument for content validation of the evaluation protocol of nursing care and patient safety in the Intensive Care Unit; and 4) describe and evaluate the appropriateness of the content for an evaluation protocol of nursing care and patient safety in the Intensive Care Unit. This is a methodological study for the content validation of the abovementioned protocol. To meet the first three specific objectives, we used the integrative literature review in Theses Database of the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel and the portal of the Collaborating Centre for Quality of Care and Patient Safety. The fourth specific objective happened through the participation of judges, located from the Lattes curricula, in the content validation process developed in two stages: Delphi 1 and Delphi 2. As instrument, we used the electronic form of Google docs. We present in tables the answers from the evaluation instruments by Delphi consensus and Content Validity Index (CVI) of the entire protocol. We summarized the results in articles entitled "Analysis of the patient safety concept: Rodgers' evolutionary concept"; "Scientific evidence regarding patient safety in the Intensive Care Unit"; "Technological device for the content validation process: experience report"; and "Evaluation protocol of nursing care and patient safety in Intensive Care Units." The Embodied Opinion of the Research Ethics Committee of the Universidade Federal do Rio Grande do Norte, No. 461,246, under CAAE 19586813.2.0000.5537, approved the study. Thus, we conclude the protocol valid in its content, constituting an important tool for evaluating the quality of nursing care and patient safety in Intensive Care Units.

**Keywords:** Nursing. Patient Safety. Intensive Care. Health Evaluation. Validation Studies.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1: Construção dos itens do instrumento segundo Pasquali, 2014.....</b>	<b>24</b>
<b>Quadro 2: Etapas do método Evolucionário de Rodgers: desenvolvimento contínuo e cíclico do conceito, 2014.....</b>	<b>24</b>
<b>Quadro 3: Itens, conceitos e questionamentos da análise conceitual do termo “segurança do paciente” à luz do método Evolucionário de Rodgers, 2014.....</b>	<b>30</b>
<b>Quadro 4: Classificação das evidências científicas segundo o tipo de estudo, 2014.....</b>	<b>31</b>
 <b>ARTIGO 1</b>	
<b>Quadro 1 – Etapas do método Evolucionário de Rodgers: desenvolvimento contínuo e cíclico do conceito, 2014.....</b>	<b>44</b>
<b>Quadro 2 – Itens, conceitos e questionamentos da análise conceitual do termo “segurança do paciente” à luz do método Evolucionário de Rodgers, 2014.....</b>	<b>45</b>
<b>Quadro 3 – Principais antecedentes e consequentes do conceito “segurança do paciente”, 2014.....</b>	<b>47</b>
<b>Quadro 4 – Termos substitutos do termo “segurança do paciente”, 2014.....</b>	<b>48</b>
 <b>ARTIGO 2</b>	
<b>Quadro 1 – Níveis de evidências e tipos de estudos, 2014.....</b>	<b>58</b>
<b>Quadro 2 – Análise quantitativa das categorias ano, evidência científica, tipo de produção científica e instituição proponente, 2014.....</b>	<b>59</b>
<b>Quadro 3 – Tipos de higienização das mãos x características, 2014.....</b>	<b>65</b>
<b>Quadro 4 – Tipo de hemocomponentes x tempo de infusão, 2014.....</b>	<b>66</b>
 <b>ARTIGO 4</b>	
<b>Quadro 1: Adequações dos itens sem consenso na Técnica de Delphi 1, conforme sugestões dos juízes, 2014.....</b>	<b>94</b>

## LISTAS DE FIGURAS

<b>Figura 1: Etapas metodológicas e combinações de modelos adotados na pesquisa, 2014.....</b>	<b>25</b>
<b>Figura 2: Modelo do Queijo Suíço, 2014.....</b>	<b>27</b>
<b>Figura 3: Esquema metodológico de validação de conteúdo do protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva, 2014.....</b>	<b>28</b>
<b>Figura 4: Seleção de juízes na Plataforma Lattes de Currículos Lattes, 2014.....</b>	<b>34</b>

### ARTIGO 2

<b>Figura 1 – Práticas de segurança do paciente na prescrição, uso e administração de medicamento, 2014.....</b>	<b>66</b>
--	-----------

### ARTIGO 3

<b>Figura 1 – Etapas de construção do “Instrumento de validação de conteúdo do ‘Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva’”, 2014.....</b>	<b>76</b>
<b>Figura 2 – “Instrumento de validação de conteúdo do ‘Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva’” x subdivisão em três formulários, 2014.....</b>	<b>78</b>

### ARTIGO 4

<b>Figura 1: Etapas metodológicas e combinações de modelos adotados na pesquisa, 2014.....</b>	<b>85</b>
--	-----------

## LISTA DE TABELAS

### ARTIGO 4

Tabela 1: Perfil dos juizes do processo de validação do “Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva”, 2014.....	87
Tabela 2: Delphi 1 e grau de importância do Elemento “estrutura” x o cuidado de enfermagem e a segurança do paciente, 2014.....	87
Tabela 3: Delphi 1 e grau de importância da “Segurança do paciente x identificação do paciente”; “Segurança do paciente x Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)”; “Segurança do paciente x registro de enfermagem”; “Segurança do paciente x higiene e conforto do paciente”; “Segurança do paciente x cuidados com drenos, ostomias, coletores, equipos e sondas”; e “Segurança do paciente x oxigenação e ventilação do paciente”, 2014.....	89
Tabela 4: Delphi 1 e grau de importância da “Segurança do paciente x úlcera por pressão” e “Segurança do paciente x queda”, 2014.....	90
Tabela 5: Delphi 1 e grau de importância da “Segurança do paciente x higienização das mãos e uso de luvas”, 2014.....	90
Tabela 6: “Segurança do paciente x terapia medicamentosa e nutrição parenteral”, 2014.....	91
Tabela 7: Delphi 1 e grau de importância da “Segurança do paciente x hemocomponentes”, 2014.....	93
Tabela 8: Delphi 1 e grau de importância da “Segurança do paciente x comunicação entre membros da equipe”, 2014.....	93
Tabela 9: Delphi 2 e grau de importância dos itens com consenso inferior à 70% no Delphi 1, 2014.....	95
Tabela 10: Avaliação dos itens conforme as recomendações de Pasquali <sup>(11)</sup> , 2014.....	96
Tabela 11: IVC Delphi 1 e Delphi 2, 2014.....	96

## LISTA DE SIGLAS

Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (PROQUALIS)

Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

Eventos Adversos (EA)

Índice de Validade de Conteúdo (IVC)

Ministério da Saúde (MS)

Organização Mundial de Saúde (OMS)

Prática Baseada em Evidências (PBE)

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PGENF-UFRN)

Região Metropolitana de Natal (RMN)

Resolução da Diretoria Colegiada (RDC)

Segurança do Paciente (SP)

Serviços da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (CORREIOS)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

Uniform Resource Locator (URL)

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>1.1 Justificativa.....</b>	<b>19</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>21</b>
<b>2.1 Geral .....</b>	<b>21</b>
<b>2.2 Específicos.....</b>	<b>21</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO E CONCEITUAL.....</b>	<b>22</b>
<b>3.1 Validação de conteúdo.....</b>	<b>22</b>
<b>3.2 Segurança do paciente.....</b>	<b>25</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>28</b>
<b>4.1 Tipo de estudo.....</b>	<b>28</b>
<b>4.2 Procedimento teórico.....</b>	<b>29</b>
4.2.1 Análise conceitual.....	29
4.2.2 Revisão da literatura e os níveis de evidências.....	30
4.2.3 Construção do instrumento eletrônico para validação do protocolo de avaliação.....	31
<b>4.3 Procedimento empírico: validação de conteúdo.....</b>	<b>33</b>
4.3.1 Amostra.....	33
<b>4.4 Procedimento analítico.....</b>	<b>35</b>
4.4.1 Validação de conteúdo: Técnica de Delphi.....	36
4.4.2 Procedimentos analíticos.....	37
<b>4.5 Aspectos éticos.....</b>	<b>37</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>39</b>
<b>5.1 Artigo 1: A análise do conceito “segurança do paciente”: a visão evolucionária de Rodgers.....</b>	<b>40</b>
<b>5.2 Artigo 2: Evidências científicas acerca da segurança do paciente na unidade de terapia intensiva.....</b>	<b>53</b>
<b>5.3 Artigo 3: Dispositivo tecnológico para o processo de validação de conteúdo: relato de experiência.....</b>	<b>72</b>
<b>5.4 Artigo 4: Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva.....</b>	<b>82</b>
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>101</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>103</b>
<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>109</b>
<b>APÊNDICE B – Carta de Apresentação do Estudo.....</b>	<b>111</b>

<b>APÊNDICE C – Protocolo Final.....</b>	<b>112</b>
<b>ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da UFRN.....</b>	<b>123</b>
<b>ANEXO B – Normas da Revista <i>Aquichan</i>.....</b>	<b>127</b>
<b>ANEXO C – Normas da Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.....</b>	<b>131</b>
<b>ANEXO D – Normas da Revista Brasileira de Enfermagem.....</b>	<b>139</b>
<b>ANEXO E – Normas da Revista <i>Index de Enfermería Digital</i>.....</b>	<b>145</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Durante a década de 90 e início do século XXI, vários relatos de erro médico e danos à saúde do paciente foram descritos e relacionados às falhas nos sistemas de atendimento médico-hospitalar (VICENT, 2009). Essa realidade ainda contemporiza-se nos dias atuais e representa um motivo de preocupação para todos.

Estudo epidemiológico realizado em 58 hospitais, localizados na Argentina, Colômbia, Costa Rica, México e Peru, aponta que 10 de cada 100 pacientes sofrem algum tipo de dano ao ingressar no ambiente hospitalar. Esse risco duplica dependendo do tempo de internamento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010). Trata-se de um cenário comum às nações desenvolvidas, em desenvolvimento ou subdesenvolvidas. Acredita-se que os países pertencentes a esses últimos grupos apresentam uma realidade estatística pior e menores perspectivas de soluções (JHA et al., 2010).

Os danos à saúde, decorrente do cuidado, são sinônimos de eventos adversos (EA), conceituados como injúrias não intencionais decorrentes do cuidado, não relacionadas à doença de base e que levam a lesões mensuráveis em pacientes, ao prolongamento do período de internação ou ao óbito (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005). Representam importantes indicadores de qualidade e possibilitam estimar a distância entre a assistência prestada e àquela considerada ideal (GONÇALVES et al., 2012).

O Ministério da Saúde (MS), através do portal do Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (PROQUALIS), apresenta dados estatísticos acerca de EA's no Brasil, Califórnia, Nova York, Colorado, Austrália, Nova Zelândia, Inglaterra, Canadá, Dinamarca, Utah, França, Suécia, Espanha, Tunísia, Holanda, Itália, Portugal e Países do Mediterrâneo (BRASIL, 2013a), embora os dados obtidos de estudos, na sua maioria, não serem atuais, publicados no período de 1974 a 2012, é possível evidenciar a gravidade epidemiológica dos EA e vislumbrar um agravamento desse cenário no Brasil, uma vez que se vivencia o sucateamento dos serviços de saúde.

Essa estatística, portanto, aponta que o país com maior número de EA é a Austrália, apresentando uma incidência de 16,6%. A maioria desses eventos



ocorreu durante a internação e poderiam ser prevenidos em 51,2% dos casos. Já àquele com menor incidência, destaca-se os Estados Unidos da América, com 2,9%. O Brasil, por sua vez, apresenta valores de 7,8% de EA, sendo que 66,7% eram evitáveis (BRASIL, 2013a).

No que diz respeito ao espaço topográfico hospitalar que possibilita maiores chances de EA, além das enfermarias, destacam-se as Unidades de Terapia Intensiva (UTI's), pois oferecem cuidados intensivos pelas constantes alterações apresentadas pelos indivíduos, alterações hemodinâmicas e iminente risco de morte, demandando dos profissionais cuidados complexos e tomadas de decisões imediatas (GONÇALVES et al., 2012).

Diante dessa problemática, algumas iniciativas foram idealizadas e implementadas. A exemplo, tem-se: a publicação, em 1999, do relatório sobre erros relacionados ao cuidado intitulado *To err is human: building a safer health system* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro); a 55ª Assembleia da Saúde Mundial, em 2002, a qual impulsionou os países a solidificar a segurança da assistência; a responsabilização da Organização Mundial de Saúde (OMS) da institucionalização de normas e padronizações que auxiliam as práticas de segurança do paciente (SP); e a criação, em maio de 2004, na 57ª Assembleia da Saúde Mundial, da Aliança Mundial para a Segurança, com o objetivo de melhorar, mundialmente, a SP (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009).

A SP é moldada por diversas influências de caráter negativo – como os erros médicos – e caráter positivo – buscas e melhorias na qualidade do atendimento, estando fundamentada na prevenção de erros no atendimento médico-hospitalar, bem como na sua qualidade (VINCENT, 2009).

Diante disso, para superar os obstáculos que anteparam o progresso da consolidação da SP nas instituições de saúde, é indispensável a compreensão da sua complexidade e, posteriormente, atuar sob os seus aspectos de forma adequada, contemplando estratégias institucionais e específicas para o processo de trabalho (VINCENT, 2009). As iniciativas avaliativas são ferramentas potenciais de superação desses obstáculos.

A avaliação é inerente ao planejamento e tem um caráter instrumental, à medida que está direcionada à otimização do desempenho dos recursos (FURTADO, 2001).

Hartz (1997) enfatiza que avaliar consiste em fazer julgamento de valor acerca de uma intervenção ou seus componentes, visando auxiliar a tomada de decisão. O julgamento pode ser de dois tipos: 1) avaliação normativa, quando resulta de aplicações de critérios e normas; e 2) pesquisa avaliativa, elaborado mediante procedimentos científicos. Este estudo pauta-se nos princípios desses dois tipos de julgamento.

A avaliação dos espaços de saúde deve ser pautada na assistência técnica, nos conhecimentos científicos e nas questões de satisfação do paciente e do profissional. Para tal investigação, tem-se a tríade estrutura-processo-resultado. O elemento “estrutura” corresponde aos atributos em que o cuidado é realizado, estando, portanto, relacionado com os materiais, os recursos humanos e a estrutura organizacional. O “processo”, por sua vez, é representado pelas ações de cuidado efetivadas pelos profissionais de saúde e usuários. E, por último, o “resultado”, são os efeitos do cuidado sobre a saúde da população (DONABEDIAN, 1979, 1980).

Observa-se que a avaliação na concepção de Donabedian enfatiza a efetividade, a eficiência e a otimização dos serviços e procedimentos, seguindo os pressupostos da pesquisa avaliativa. De tal modo, é um processo donabediano a transformação de *guidelines* – que no meio científico brasileiro possuem os mesmos princípios e objetivos dos protocolos – em criteriosos padrões de qualidade para um serviço (NOVAES, 2000).

Os protocolos, instrumentos que apresentam diversas nomenclaturas no meio acadêmico, como “protocolos de cuidado à saúde”, objetivam oferecer metas, com detalhamento minucioso de orientações, com recomendações sistemáticas e de padronização de cuidado (FELIX, 2009; LIMA, 2007; SCHWEITZER, 2010).

São essenciais, portanto, à assistência/atenção em saúde, constituindo uma inovação tecnológica, pois são frutos de um processo de concepção e agregação de novas funcionalidades ou características de determinado produto – a saúde – ou método de produção, objetivando mudanças voltadas para a sua qualidade (MARZIALE, 2010), adequação do serviço à realidade do mercado e inserção no processo de trabalho da enfermagem para contribuir com a construção de políticas públicas.

Os “protocolos de cuidado à saúde” podem ser formatados em estruturas textuais ou representação gráfica, mediante os fluxogramas e algoritmos e são classificados em três tipos: 1) protocolos clínicos, compreendido como um

instrumento norteador das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde; 2) protocolos de organização, que concernem às atividades de gestão, contemplando a organização do trabalho, o fluxo dos serviços em rede, às interconexões das unidades de saúde e demais níveis de assistência e outras instituições sociais, sendo o foco deste estudo; e 3) protocolos mistos, instrumentos que apresentam características dos dois tipos de protocolos citados (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Este estudo teve a meta de validar um “protocolo de organização”, denominado de protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas UTI’s, vislumbrando a possibilidade futura de transformação do mesmo em um processo donabediano, como supracitado. Trata-se, também, de uma das etapas metodológicas do projeto intitulado “Avaliação do cuidado e da segurança do paciente em unidades de terapia intensiva”, que objetiva avaliar as condições para o cuidado de enfermagem na perspectiva da segurança do paciente em UTI’s da Região Metropolitana de Natal (RMN).

A validação é um processo de julgamento de determinado instrumento, a fim de avaliar a sua capacidade para mensurar determinado aspecto. São divididos, basicamente, em quatro tipos: 1) validação de face ou aparente, relacionada à evidência superficial da integridade de medida; 2) validação de conteúdo, constituída pela adequação do instrumento por juízes para que o mesmo possa representar o conteúdo a que se destina; 3) validação de critério, corresponde ao padrão-ouro e relaciona o conceito ou fenômeno a um critério externo confiável; e 4) validade de constructo, direcionado a validar a teoria que ampara o teste (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; QUEIJO, 2002).

Para a validação de conteúdo, foco deste estudo, é necessária a conceituação clara e definição dos fatores para os quais se quer construir o instrumento, ambos embasados na literatura. Esses aspectos são categorizados em definições constitutivas e operacionais.

As definições constitutivas correspondem às acepções de termos e de conceitos, situando o constructo – concebido como “termos de conceitos próprios da teoria em que ele se insere” – dentro da sua teoria. Neste estudo, essas definições são apresentadas através dos níveis de evidências. Já quando se concebe a operação concreta e empírica do constructo, como o instrumento de medida finalizado, têm-se as definições operacionais (PASQUALI, 1998).

Assim, com o intuito de nortear a construção do estudo, delimitou-se a seguinte hipótese: o conteúdo do protocolo de avaliação proposto possui preposições válidas para avaliar o cuidado de enfermagem e a SP do paciente na UTI.

Com o intuito de testar a hipótese apresentada, elencou-se a seguinte questão de pesquisa: 1) como deve ser estruturado um protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da SP?

## **1.1 Justificativa**

A motivação para a construção deste trabalho está espelhada na realidade dos EA; dos serviços de saúde que proporcionam um cuidado inseguro pelas péssimas condições de trabalho; da necessidade de ampliação das discussões da temática no meio científico; e a possibilidade de retorno social através de um protocolo de avaliação do cuidado e da SP das UTI's para subsidiar as atividades de avaliação em saúde.

As experiências profissionais da mestrandia em setores de terapia intensiva de uma instituição de saúde da RMN verificaram condições propícias para os EA, principalmente, pelas precárias condições físicas; de equipamentos; de suporte farmacêutico; de insumos necessários para o cuidado; e quantitativo inadequado de profissionais, acarretando sobrecarga de trabalho. Frente a essa realidade, poucas são as iniciativas visíveis e eficazes, demandando construção de novas ferramentas para avaliação do cuidado e da SP nas UTI's, em especial, através da tríade estrutura-processo-resultado proposta por Donabedian (1979).

Articulado a isso, as discussões acerca dessa temática são fundamentais para o fortalecimento, por parte de profissionais e demais sujeitos envolvidos no cuidado, das iniciativas já elaboradas por entidades mundiais, regionais e locais. É imprescindível a sensibilização desses sujeitos quanto aos planos estratégicos para auxiliar essas iniciativas. O norte para a concretização dessas preposições é o conhecimento, pois permitirá a expansão do assunto em todos os contextos da sociedade contemporânea e os programas de certificação e qualidade, por exemplo, “[...] podem colaborar na instituição de uma cultura de segurança do paciente, a

partir da implementação de diretrizes e protocolos necessários a esse processo” (WEGNER; PEDRO, 2012, p. 6).

Outro aspecto que converge para a necessidade de ampliação das discussões é a temática da SP nos currículos das categorias profissionais de saúde, em especial de enfermagem – já que são os responsáveis pelo cuidado ininterrupto e, para tanto, estão mais próximos do paciente, aumentando as chances de falhas na SP. Sobre esse assunto, Wegner e Pedro (2012) dissertam que deve ser tratado como um tema transversal na atenção à saúde.

Além disso, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, institui as ações de segurança do paciente e melhoria de qualidade nas instituições de saúde, perpassando, portanto, mais do que um tema transversal, mas uma condição, se descumprida, de infração sanitária (BRASIL, 2013b).

As discussões sobre a segurança do paciente devem possibilitar repercussões no meio científico e este, por sua vez, transformar conhecimentos em benefícios sociais. Nessa perspectiva, tem-se a pesquisa de avaliação, caracterizada pela propagação de conhecimentos na comunidade científica; a sua metodologia impacta nas ações dos indivíduos avaliados; é desenhada na natureza quantitativa; e apresenta potencial de replicação para obtenção de efeito comparativo (NOVAES, 2000). Este estudo, a partir dessas concepções, correspondeu a uma pesquisa de avaliação.

Por tais características, o estudo permitirá os seguintes benefícios: 1) retorno pessoal e profissional, ao permitir a construção e readequações de conhecimentos para o exercício profissional coerente com os pressupostos para a SP; 2) retorno social, uma vez que o produto deste trabalho é um protocolo de avaliação do cuidado e da SP nas UTI's validado quanto ao seu conteúdo, podendo constituir uma importante ferramenta avaliativa para gestores, gerentes e profissionais de saúde; 3) as informações apresentadas podem ser utilizadas para atualizações profissionais quanto à SP de UTI's; e 4) a pesquisa apresenta-se em consonância com os pressupostos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PGENF-UFRN), especificamente com a linha de pesquisa “Desenvolvimento tecnológico em saúde e enfermagem”, a que vislumbra estudos sobre conhecimento; desenvolvimento, adaptação e avaliação de modelos; arte procedimentos; instrumentos e demais tecnologias direcionadas à saúde e enfermagem.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Propor o protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva.

### **2.2 Específicos**

- ◆ Analisar a evolução do conceito “segurança do paciente” empregado nas produções científicas, sob a visão evolucionária de Rodgers;
- ◆ Identificar os itens necessários para compor o protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da SP na UTI, a partir das evidências da literatura;
- ◆ Construir um instrumento para validação de conteúdo do protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente na UTI;
- ◆ Descrever e avaliar a adequação do conteúdo para um protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da SP na UTI.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO, CONCEITUAL E METODOLÓGICO

#### 3.1 Validação de conteúdo

A validação de conteúdo, objeto principal deste estudo, é um dos métodos mais comuns e exige a concretização inicial da análise do conceito à luz da literatura e, em seguida, a avaliação por juízes, refletindo, assim, o que eles pensam sobre o assunto. Os autores destacam a validação clínica, método que exige alto rigor metodológico e, por esse motivo, menos utilizado nas pesquisas (CARVALHO et al., 2008; GALDEANO; ROSSI, 2006).

Os processos de validação de conteúdo são frequentemente utilizados para a validação de diagnósticos de enfermagem. São vários os modelos empregados e que, dependendo do escopo do trabalho, podem ser aplicados ou não de forma combinadas. Para exemplificar, citam-se o Modelo de Avant; o Modelo de Gordon e Sweeney, o Modelo de Hoskins e o Modelo de Fehring. Os procedimentos metodológicos voltados para validação de instrumentos e de diagnósticos de enfermagem podem ser elucidados pelo método de Pasquali (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008).

O Modelo de Hoskins (1989 apud VITOR, 2010) é constituído por três etapas metodológicas: 1) análise do conceito, momento que se determina os atributos e características de um conceito, representando a estrutura teórica – revisão de literatura e construção do conceito – do processo de validação; 2) validação por especialistas, etapa que visa obter o acordo dos juízes através da pertinência dos itens; e 3) validação clínica, é a investigação em ambiente clínico. Neste estudo foram realizadas as etapas 1 e 2.

A análise conceitual do termo a ser contemplado e validado no instrumento é etapa essencial, uma vez que se evidencia a presença de barreiras conceituais na análise filosófica, instigando a buscar meios fidedignos, como a análise conceitual. Somado a isso, o conceito de determinado termo é um processo cíclico, influenciado pelo significado (*significance*), uso (*use*) e aplicação (*application*). Com outras palavras, o significado de determinado conceito depende do seu uso e aplicação (RODGERS, 2000).

Por sua vez, o método de Pasquali (1989) – direcionado para a construção de escalas psicométricas e outros instrumentos –, baseia-se em três etapas: procedimentos teóricos, relacionados ao embasamento teórico, dependendo, assim, da literatura existente; procedimentos empíricos (experimentais); e procedimentos analíticos (estatísticos).

Os procedimentos teóricos visam esclarecer alguns dos seguintes aspectos: 1) “dimensionalidade”, compreendida pela estrutura interna e semântica; e 2) a “definição dos construtos”, constituído pela “definição constitutiva”, que estabelece os conceitos definidos em termos de outros conceitos, e a “definição operacional”, etapa que se valida o instrumento e a sua operacionalidade e abrangência é fundamental para o processo (PASQUALI, 1989).

Pasquali (1989) traz algumas recomendações para a construção dos instrumentos. Como, já supracitado, o método é direcionado para a construção de escalas psicométricas, apresentando alguns pontos não condizentes com a proposta de construção de protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e SP nas UTI's. Dessa forma, selecionaram-se seis dos doze critérios, visando adequar a proposta de Pasquali (1989) para a construção do protocolo de avaliação proposto (Quadro 1).

Por constatar semelhanças de objetivos entre as etapas metodológicas dos modelos de Hoskins e Pasquali, este estudo lançou mãos de combinações de etapas e recomendações desses. Assim, foram utilizadas as etapas “análise do conceito”, “procedimentos teóricos”, “validação por especialistas”, “procedimentos empíricos” e “procedimentos experimentais”.

Para a consolidação da etapa “análise do conceito” do Modelo de Hoskins, menciona-se o método evolucionário de Rodgers, elaborado pela pesquisadora, enfermeira e professora da Escola de Enfermagem da Universidade de *Wisconsin-Wilwaukee Beth L. Rodgers*. A autora, desde a graduação, no ano de 1980, interessou-se em aprofundar os seus conhecimentos na essência da enfermagem, principalmente por evidenciar a presença de barreiras conceituais na análise filosófica, instigando-a a buscar meios fidedignos, como a análise conceitual (RODGERS, 2000).



**Quadro 1: Construção dos itens do instrumento segundo Pasquali, 2014.**

CRITÉRIOS	RECOMENDAÇÕES
<b>Fontes dos Itens</b>	<b>Literatura:</b> utilização de outros instrumentos que mensuraram o construto. <b>OBSERVAÇÃO:</b> Os itens devem corresponder às definições constitutivas e às operacionais.
<b>Critérios para a construção dos itens</b>	<b>Critério de objetividade ou de desejabilidade:</b> devem permitir uma resposta certa ou errada; <b>Critério da simplicidade:</b> deve expressar uma única ideia. <b>Critério da clareza:</b> o item deve ser compreensível, o que é possível pela utilização de frases curtas, com expressões simples, inequívocas. <b>Critério da variedade:</b> <b>1) Variar a linguagem:</b> a padronização dos mesmos termos em todos os itens podem causar confusões e provocar cansaço e monotonia. Exemplo: começar “(...) quase todas as suas 500 frases com a expressão “I like...” (PASQUALI, 1989). <b>Critério da tipicidade:</b> formar frases com expressões condizentes a temática.
<b>Critérios referentes ao conjunto dos itens</b>	<b>Critério da amplitude:</b> o conjunto dos itens deve cobrir toda a extensão de magnitude da temática.

A sua metodologia segue um modelo indutivo e descritivo utilizado para investigar o consenso e o conhecimento histórico de determinado conceito. É desenvolvido em seis etapas, apresentadas no Quadro 2.

**Quadro 2: Etapas do método Evolucionário de Rodgers: desenvolvimento contínuo e cíclico do conceito, 2014.**

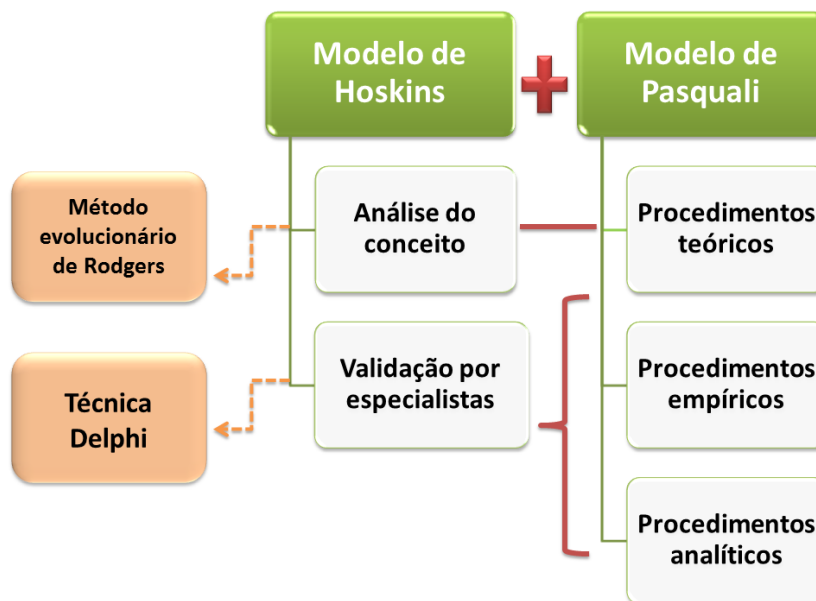
ETAPAS DO MÉTODO EVOLUCIONÁRIO DE RODGERS	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definir o conceito de interesse e as expressões associadas;</li> <li>2. Selecionar o campo para a coleta de dados;</li> <li>3. Destacar os atributos do conceito e bases contextuais (antecedentes e consequentes);</li> <li>4. Analisar as características do conceito (termos substitutos e conceitos relacionados, por exemplo);</li> <li>5. Identificar, se necessário, um exemplo de conceito;</li> <li>6. Determinar as implicações e hipóteses para o conceito.</li> </ol>	<pre> graph TD     1((1)) --&gt; 2((2))     2 --&gt; 3((3))     3 --&gt; 4((4))     4 --&gt; 5((5))     5 --&gt; 6((6))     6 --&gt; 1   </pre>

No que diz respeito à validação por juízes, pode-se citar a técnica Delphi<sup>1</sup>. Trata-se de processo grupal com finalidade de obter, comparar e direcionar julgamento de juízes para um consenso sobre um tópico particular; assim, promove convergência de opiniões, embora nem sempre, em última instância, seja completada. A técnica permite obter consenso de grupo a respeito de um determinado fenômeno (SPÍNOLA, 1984).

<sup>1</sup> O processo grupal da Técnica de Delphi corresponde à agregação de juízes, de forma presencial ou não, para obter, comparar e direcionar o julgamento.

O marco conceitual deste estudo pautou-se nos modelos metodológicos Hoskins/Pasquali, bem como no emprego das estratégias de análise conceitual de Rodgers e da Técnica de Delphi para sistematizar a apreciação dos juízes acerca do protocolo a ser validado o seu conteúdo (Figura 1).

Figura 1: Etapas metodológicas e combinações de modelos adotados na pesquisa, 2014.



### 3.2 Segurança do paciente

O conceito de SP da OMS traz múltiplas faces, contemplando desde políticas governamentais até a cultura dos profissionais e pacientes acerca da prevenção dos danos inerentes ao processo de cuidar. Assim, é vislumbrada como um princípio *sine qua non* do cuidado, apreciando esforços complexos para a melhoria da segurança ambiental e gerenciamento de riscos tais como: controle de infecção nosocomiais, segurança da prática clínica e do ambiente de cuidado e a segurança na utilização de medicamentos e equipamentos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005).

As discussões direcionadas a essa temática não são recentes. A SP direcionada aos pacientes cirúrgicos, por exemplo, é anterior à descoberta da anestesia, que data do ano de 1801 (PAESE, 2010). No entanto, observa-se uma ampliação e intensificação dessas, permitindo tentativas de mudanças paradigmáticas. A constatação da ampliação das discussões pode ser exemplificada

pelos estudos dos países da Austrália, Nova Zelândia, Grã-Bretanha e França, ao quais demonstraram dados alarmantes de insegurança do paciente, em especial, das EA (ZAMBON, 2008).

Já as tentativas de transições paradigmáticas são evidenciadas a partir da propagação de que o erro deve ter uma abordagem sistêmica, o qual institui diversos corresponsáveis pelo gerenciamento de riscos, como a equipe profissional, a instituição de saúde e pacientes. Identificar o erro passa a ser enxergado como fonte de ensinamento e não como uma falha individual – e cabível de punição - são passos fundamentais para a construção da cultura de SP (WEGNER; PEDRO, 2012).

Para compreender o processo que garante a SP é necessário entender o “erro”. Sobre o assunto, Reason (2000) apresenta duas abordagens: a abordagem do sujeito (*person approach*) e abordagem do sistema (*system approach*). A primeira refere-se aos atos inseguros dos indivíduos, refletidos nos seus procedimentos. Já a segunda trata da falibilidade dos seres humanos que, em outras palavras, enfatiza que o erro estará presente mesmo em organizações considerados de excelência.

Diante da condição falível do ser humano, não se pode “[...] mudar a natureza humana, mas que é possível mudar as condições em que os indivíduos trabalham” (NASCIMENTO; TRAVASSOS, 2010, p. 638). O que importa, portanto, não é quem errou, mas como preveni-lo.

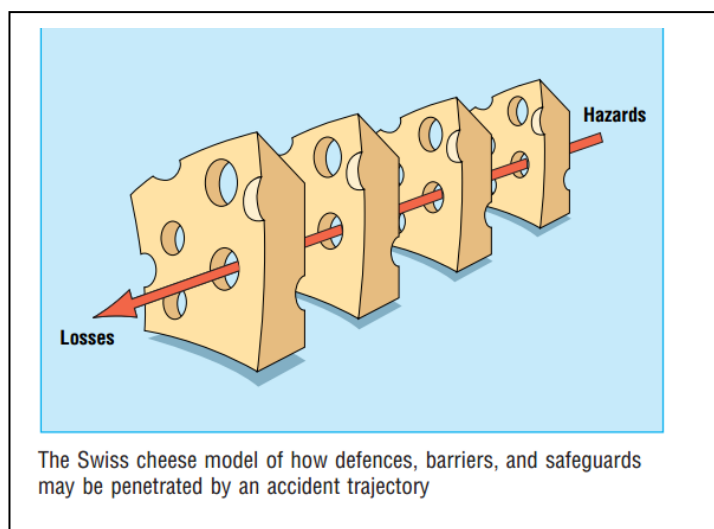
Partindo dessas preposições, Reason (2000) propõe o “Modelo do Queijo Suíço”, direcionado, especialmente, aos sistemas de alta tecnologia, visando evitar vítimas e situações de risco (Figura 2).

No modelo de Reason, as fatias do queijo suíço com suas várias aberturas correspondem às barreiras defensivas. Quando as aberturas das fatias estão dispostas linearmente, permite-se a trajetória do erro pela cadeia de eventos (REASON, 2000).

As aberturas são decorrentes dos erros ativos – atos inseguros por indivíduos que executam as ações junto ao paciente – e erros latentes – originários dos sujeitos que projetam os sistemas, recomendações e rotinas (VINCENT, 2009).

Corroborar-se com Nascimento e Travassos (2010, p. 640) quando dissertam que, ao advogar pela abordagem do sistema como estratégia de prevenção do erro, as ações “[...] pautadas em distintos objetos: no indivíduo, na equipe, na tarefa, no local de trabalho e na instituição como um todo”.

**Figura 2: Modelo do Queijo Suíço, 2014.**



FONTE: Reason (2000).

De tal forma, são sete os fatores que podem levar a EA passíveis de intervenção, conforme Vincent (2009): 1) fatores do paciente; 2) fatores tecnológicos e da tarefa; 3) fatores individuais dos profissionais; 4) fatores da equipe; 5) fatores do ambiente de trabalho; 6) fatores organizacionais e administrativos; e 7) fatores do contexto institucional.

Destarte, neste estudo, a SP é vislumbrada, conceitualmente, na perspectiva da OMS, ou seja, trata-se de um princípio fundamental do cuidado que, para ser garantida, é necessária uma abordagem de sistema, contemplando distintos atores. Já no anteparo de EA, tem-se os protocolos que atuam, semelhantemente, como barreiras do “Modelo do Queijo Suíço” (REASON, 2000).

## 4 METODOLOGIA

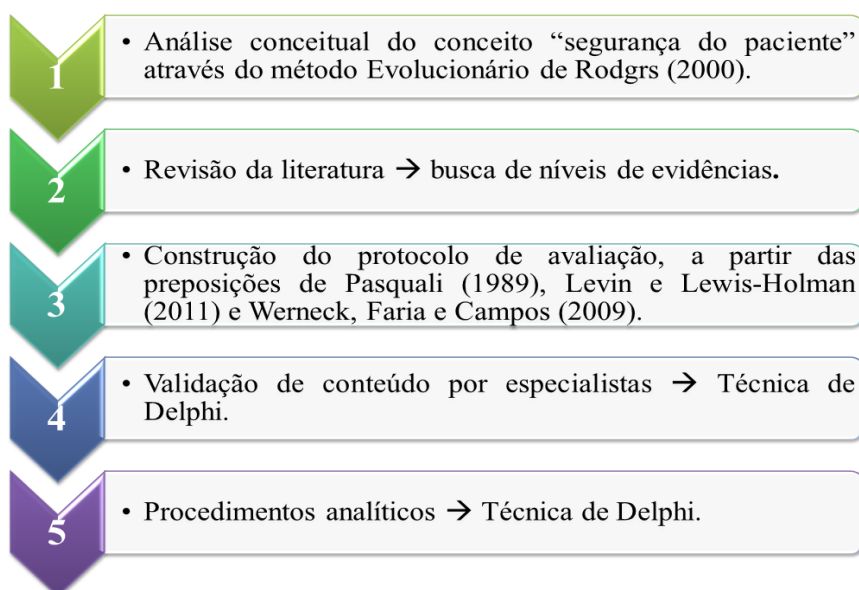
### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico para validação de conteúdo do Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas UTI's.

O estudo metodológico destina-se às investigações, organização e análise dos dados, elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa, possibilitando a obtenção de um instrumento confiável, preciso e utilizável para que possa ser replicado por outros pesquisadores (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Neste âmbito, a validação de conteúdo, para Polit, Beck e Hungler (2004), preocupa-se em adequar o conteúdo a ser medido por meio do julgamento de especialistas na área, permitindo mensurar o grau de representatividade de um fenômeno de interesse, ou seja, a sua acurácia (HULLEY et al., 2006). A Figura 3 esquematiza o caminho metodológico deste estudo.

**Figura 3: Esquema metodológico de construção e validação de conteúdo do protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva, 2014.**



## 4.2 Procedimento teórico

### 4.2.1 Análise conceitual

A análise conceitual se deu pelo método evolucionário de Rodgers, que é compreendido por seis etapas, como já apresentado anteriormente (Quadro 2). Definiu-se, então, como conceito de interesse a “segurança do paciente” na perspectiva dos estudos publicados e indexados acerca da “segurança do paciente” no campo de coleta de dados Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). A escolha por esse banco se deu pela disponibilidade de produções com abordagem mais complexa e profunda sobre as temáticas elegidas.

Para o seguimento do método, utilizou-se um protocolo de pesquisa, validado por professora com doutoramento, para sistematizar a pesquisa, a leitura reflexiva-crítica-indutiva e, por fim, a análise conceitual. Tal protocolo era composto por oito indicadores de coleta de dados: referência; instituição de ensino superior; ano; os atributos/conceito; a base conceitual – antecedentes e consequentes –; termos substitutos; e conceitos relacionados. Esses indicadores representam as etapas do método evolucionário de Rodgers (2002).

A pesquisa ocorreu no Banco de Teses da CAPES, nos meses de março a junho de 2013, mediante formulário de pesquisa, no campo “assunto”, através do uso da palavra “segurança do paciente”, pesquisada na modalidade “expressão exata”. Não se determinou delimitação temporal de publicação para a seleção das produções científicas, já que o principal objetivo era desenvolver uma análise conceitual.

Para a seleção dos estudos, delimitaram-se critérios de inclusão – estudos do tipo dissertação ou teses disponíveis eletronicamente, na íntegra e que abordassem o termo “segurança do paciente” em seus títulos ou resumos – e critérios de exclusão – estudos que não abordassem o tema “segurança do paciente” de forma a contemplar os indicadores de coleta de dados, as quais seguiram as definições e questionamentos adaptados do método Evolucionário de Rodgers (2002), bem como as suas cinco primeiras etapas (Quadro 3).

Foi estabelecido como critérios de inclusão as dissertações e teses pelo fato dessas produções proporcionarem uma análise mais detalhada, o que não ocorreria se a amostra fosse composta por artigos científicos.

**Quadro 3: Itens, conceitos e questionamentos da análise conceitual do termo “segurança do paciente” à luz do método Evolucionário de Rodgers, 2014.**

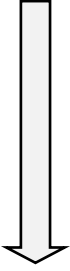
ITEM ANALISADO	CONCEITO	QUESTIONAMENTO
<b>Antecedentes</b>	Representam as situações, eventos ou fenômenos que foram antecessores do conceito de interesse.	Quais eventos contribuíram para o surgimento do termo “segurança do paciente”?
<b>Consequentes</b>	Correspondem aos resultados do emprego do fenômeno analisado.	Quais as consequências após a aplicação do termo “segurança do paciente”?
<b>Termos substitutos</b>	Utilização de diversas palavras ou expressões no decorrer do corpo do texto.	Quais as palavras ou expressões que substituem o termo “segurança do paciente”?
<b>Conceitos relacionados</b>	Correspondem às suposições filosóficas e a rede de outros conceitos que permitem a formulação de um significado para o fenômeno estudado.	Quais as suposições filosóficas que formulam o significado do termo “segurança do paciente”?
<b>Atributos/conceito</b>	Definição real do termo, bem como as expressões ou palavras utilizadas para representarem os fenômenos.	Como os autores conceituam a “segurança do paciente”? Quais as principais características apresentadas pelos autores acerca da “segurança do paciente”?

#### 4.2.2 Revisão da literatura e os níveis de evidências

Os níveis de evidências compreendem provas provenientes de resultados de pesquisas e consenso de especialistas para subsidiar a tomada de decisão (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002) e são classificações voltadas para uma melhor prática, indicando confiabilidade, bem como validade do método de pesquisa (LEVIN; LEWIS-HOLMAN, 2011).

As produções científicas selecionadas foram classificadas, quanto aos níveis de evidências, a partir da combinação e adaptação de Cavalcanti et al. (2011), o qual possibilita contemplar estudos experimentais e não experimentais, se aproximando da atual realidade das pesquisas na enfermagem, voltadas, na sua maioria, para as dimensões biológicas, sociais, filosóficas, políticas e religiosas dos seres humanos. Por essas características, as suas questões de pesquisa podem ser esclarecidas através de estudos não experimentais (GIACCHERO; MIASSO, 2006).

**Quadro 4: Classificação das evidências científicas segundo o tipo de estudo, 2014.**

Classificação das evidências científicas	
10 Revisões Sistemáticas com meta-análise de ensaios clínicos randomizados	 <p>Menor evidência científica</p>
9 Revisões sistemáticas com meta-análise	
8 Ensaios Clínicos Randomizados	
7 Guias de Prática Clínica	
6 Estudos de Coorte e de Caso-Controle	
5 Estudos Observacionais (longitudinais ou transversais)	
4 Casos Clínicos e Série de Casos	
3 Pesquisa Básica Laboratorial	
2 Opiniões de Especialistas	
1 Menor Evidência: Revisões não sistemáticas da literatura	

FONTE: adaptado de Cavalcanti et al. (2011).

Como método de pesquisa aplicado na prática baseada em evidências (PBE), optou-se pela revisão integrativa da literatura por possibilitar a inclusão das evidências na prática clínica e aprofundamento do conhecimento acerca da temática investigada (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A busca ocorreu no mês de agosto de 2013, no Banco de Teses da CAPES e no portal do PROQUALIS. Essas fontes foram selecionadas pelos seguintes motivos: 1) a primeira comporta estudos de qualidade imensurável, constituídos por dissertações e teses; e 2) a segunda apresenta a missão de disseminar informações acerca da segurança do paciente, mediante produções científicas de ótimo nível de evidência.

As pesquisas nos bancos de dados ocorreram através de um protocolo de pesquisa constituído por seis itens: tema de pesquisa; questão norteadora; estratégia de pesquisa; seleção dos estudos – tópico onde são apresentados os critérios de inclusão e exclusão; apresentação de resultados; e avaliação crítica dos estudos. Neste último, apresentou-se um instrumento que sistematiza a coleta das evidências científicas nos bancos de dados. Em seguida, o mesmo foi validado por uma professora com doutoramento.

#### 4.2.3 Construção do instrumento eletrônico para validação do protocolo de avaliação



O protocolo de avaliação foi elaborado a partir dos elementos “estrutura” e “processo” da tríade estrutura-processo-resultado de Avedis Donabedian e das recomendações científicas e legais que norteiam a SP nas UTI’s.

De tal modo, a elaboração dos instrumentos seguiu as evidências científicas de fontes nacionais e internacionais que trabalham na perspectiva da promoção da SP, indexadas no Banco de Teses da CAPES e no portal PROQUALIS, como também os manuscritos legais brasileiros, como leis e portarias.

Para sistematizar o processo de validação do protocolo, lançou-se mãos da ferramenta *google docs*, um pacote de aplicativos disponibilizados pela empresa se serviços *online Google*. Dentre os aplicativos, tem-se os formulários eletrônicos, ferramenta de escolha da mestrandas.

O instrumento cognominado “Instrumento de validação de conteúdo do ‘Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva’”, assim, foi disponibilizado, eletronicamente, através de três endereços:

1) [https://docs.google.com/forms/d/1ifysNch9fkGvg8o7ki9sWMMwVsRHcoxNS3DC\\_8E38Yg/viewform](https://docs.google.com/forms/d/1ifysNch9fkGvg8o7ki9sWMMwVsRHcoxNS3DC_8E38Yg/viewform)

2) [https://docs.google.com/forms/d/1ihvj1UwXTidLnLM0wfAkznDm-fsGxbIXUo4RK\\_tIsSw/viewform](https://docs.google.com/forms/d/1ihvj1UwXTidLnLM0wfAkznDm-fsGxbIXUo4RK_tIsSw/viewform)

3) [https://docs.google.com/forms/d/1873JANTo1jKGgwMXO9NyKsLuoDst5i9Nqc\\_8lizrBJo/viewform](https://docs.google.com/forms/d/1873JANTo1jKGgwMXO9NyKsLuoDst5i9Nqc_8lizrBJo/viewform)

O instrumento foi disposto em três *Uniform Resource Locators* (URL’s) com objetivo de prevenir possíveis perdas de respostas, já que a ferramenta do *google docs* não salva, automaticamente, as mesmas. Assim, dividi-lo em três formulários foi uma estratégia de minimizar possíveis prejuízos durante o processo de validação de conteúdo relacionados às instabilidades na conexão da *Internet*.

O instrumento era composto por cinco campos temáticos: 1) Identificação do juiz; 2) “Tópicos para avaliação do ‘Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva’”, o qual é subdividido em “Elemento ‘estrutura’ x o cuidado de enfermagem e a segurança do paciente”, “Elemento ‘processo’ x o cuidado de enfermagem e a segurança do paciente” e “Nível de segurança do paciente conforme os elementos “estrutura” e “processo””; e 3) “Avaliação dos itens conforme as recomendações de Pasquali (1989)”.

No total, foram 114 itens dispostos em questões de múltiplas escolhas – “concordo” e “discordo” e grau de importância, “sem importância”, “muito importante” e “importante”- e dissertativas. Para cada item do campo temático “Tópicos para avaliação do ‘Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva’”, foram apresentados, também, espaços para comentários e sugestões.

No tópico “Nível de segurança do paciente conforme os elementos ‘estrutura’ e ‘processo’”, questionou-se quanto à estratégia de avaliação dos itens referentes à “estrutura” e “processo” do protocolo. Essa questão aberta foi respondida de forma dissertativa e possibilitou descrever as percepções dos juízes quanto às estratégias de avaliação dos itens.

### **4.3 Procedimento empírico: validação de conteúdo**

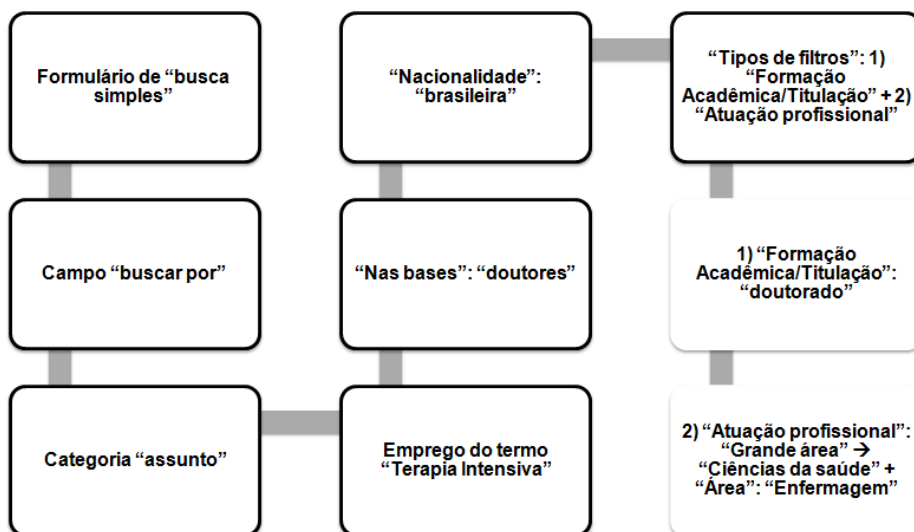
#### 4.3.1 Amostra

A seleção dos juízes ocorreu de forma intencional, através da Plataforma *Lattes* de Currículos *Lattes*, disponível no portal Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (<http://lattes.cnpq.br/>), como apresentado na Figura 4.

Elencaram-se os seguintes critérios de inclusão para a composição do painel de juízes, adaptado do modelo de seleção de juízes de Fehring (1994): 1) ser doutor ou mestre em enfermagem, com tese/dissertação na área de interesse – cuidado de enfermagem na terapia intensiva e os seus aspectos referentes à SP; 2) ter artigo publicado sobre a área de interesse; e 3) ter experiência profissional em UTI, atual ou passada, como integrante do quadro de recursos humanos do serviço de saúde ou como docente de instituição de ensino, de, no mínimo, um ano.

Quanto à proposta de Fehring (1994), obteve-se a pontuação de todos os critérios apresentados, pois a amostra inicial de juízes contemplou todos os critérios supracitados, em especial àqueles com conexões alternativas, como o critério “1” e “3”.

Figura 4: Seleção de juízes na Plataforma Lattes de Currículos Lattes, 2014.



Como critérios de exclusão, foram considerados: os juízes que não cumpriram com uma das etapas metodológicas de validação de conteúdo, durante a Técnica de Delphi, como o envio da resposta de participação, a devolução do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e o preenchimento dos três formulários que compõem o instrumento para a validação de conteúdo do protocolo de avaliação no tempo pré-estabelecido.

A amostra inicial foi constituída pelos 30 primeiros pesquisadores enquadrados nos critérios apresentados. É importante salientar que, para o estudo baseado pela técnica de Delphi, a amostragem não é previsível e não existe um número ideal de participantes (SPÍNOLA, 1984). Contudo, foram seguidas as recomendações de Haynes, Richard e Kubany (1995) quanto ao número de juízes para o processo de validação de instrumentos, os quais orientam um número de seis a vinte. Sobre esse assunto, Pasquali (1998) disserta que seis juízes é suficiente para realizar a validação de conteúdo.

Após a seleção dos juízes, realizou-se a pesquisa no site das Pós-Graduações em enfermagem e metadados de artigos publicados a fim de obter o endereço eletrônico desses. No primeiro contato eletrônico, encaminhou-se o convite e a apresentação do estudo (APÊNDICE B). Para o envio da resposta de participação ou não no estudo – amostra final –, estipulou-se um prazo de 15 dias. Dos 30 juízes, 15 (50%) aceitaram participar da pesquisa. Desses nove completaram a etapa **Delphi 1** e seis, a **Delphi 2**.

Posteriormente, para aqueles que aceitaram participar, disponibilizou-se o TCLE, o Parecer do Comitê de Ética e as orientações para o preenchimento do instrumento – que foram enviados eletronicamente e via Serviços da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (CORREIOS), etapa denominada **Delphi 1**. O prazo para o retorno dos documentos e instrumento preenchidos foi de 30 dias, contando da data de notificação do juiz quanto ao recebimento.

Foram encaminhadas, também, as duas cópias do TCLE, juntamente com um envelope selado para o reenvio. Uma dessas cópias foi assinada e reenviada para a mestrandia através dos CORREIOS e do endereço eletrônico [protocolodeavaliacao@hotmail.com](mailto:protocolodeavaliacao@hotmail.com), na forma digitalizada.

A cada rodada de avaliação do instrumento – etapas Delphi –, ou seja, julgamento destes pelos juízes realizou-se novas orientações quanto ao seu preenchimento. Dentre elas, destacam-se: 1) as limitações da ferramenta *google docs* quanto aos prejuízos em caso de instabilidade da *Internet* e outros problemas que interrompam o preenchimento do instrumento; 2) a notificação do juiz quando do recebimento do envelope; 3) o preenchimento obrigatório dos três formulários constituintes do “Instrumento de validação de conteúdo do ‘Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva’”; e 4) notificação a mestrandia quanto a finalização do preenchimento dos formulários.

Destarte, o instrumento permitiu a avaliação dos itens quanto à sua pertinência para medir a SP nas UTI's, bem como, de modo geral, se o protocolo de avaliação apresentou-se claro, objetivo, simplificado, exequível, atualizado, sem ambiguidade, preciso e coerente no que refere à sequência dos itens (TIBÚRCIO, 2013), a partir dos seis critérios propostos por Pasquali (1989) (Quadro 1). Além disso, os espaços para sugestão presentes no questionário permitiram adequações nos itens.

#### **4.4 Procedimento analítico**

##### **4.4.1 Validação de conteúdo: Técnica de Delphi**

A técnica, também denominada de conferência de Delphi, consiste na análise inicial de um questionário/instrumento pelo grupo respondente – os juízes –, a qual deu subsídio para a elaboração de um segundo, a partir da análise das respostas pela mestrandia (DALKEY, 1969).

Ou seja, os itens que obtiveram consenso são extraídos do questionário para início da próxima etapa de julgamento. Em seguida, a síntese das respostas foi enviada para os juízes e uma nova avaliação ocorreu. A matriz de julgamento retornou ao grupo executante. Destaca-se que a técnica ocorre de forma sistematizada e executada quantas vezes forem necessárias (CASSIANI; RODRIGUES, 1996; SCARPARO et al., 2012). Recomenda-se, no entanto, que o processo de rodadas de questionário repita-se até o alcance do consenso de 70% a 80% – neste estudo definiu-se o consenso de 70% –, que, em média, necessita de duas a três rodadas de julgamento (SCARPARO et al., 2012).

Neste estudo, foram realizadas duas rodadas denominadas **Delphi 1** e **Delphi 2**, realizadas nos meses de novembro e dezembro de 2013 e na primeira quinzena de janeiro de 2014. Na etapa **Delphi 1**, nove juízes participaram da avaliação, o que correspondeu a 60% do quantitativo que aceitou o convite. O prazo para a concretização da etapa foi de 30 dias.

Após avaliação, cinco itens (itens 2, 47, 53, 59 e 84) não obtiveram consenso superior a 70%, iniciando, portanto a etapa **Delphi 2**. Para esta, foram reformuladas as questões, conforme sugestões dos juízes e, em seguida reenviadas para os nove. É válido destacar que para o processo de julgamento dos itens, um novo instrumento foi construído, seguindo a mesma estratégia do *google docs* com algumas diferenciações: ausência do campo “Identificação do juiz”, “Tópicos para avaliação do ‘Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva’” e suas subdivisões; e “Avaliação dos itens conforme as recomendações de Pasquali (1989)”.

Em contrapartida, ocorreu a adição da tabela “Delphi 2: itens com consenso < 70%, 2014” e o tópico “DELPHI 2: Tópicos para avaliação do ‘Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva’”, disponibilizado na URL: <https://docs.google.com/forms/d/1SZiCMTaVPdu7zQvEM8MFDNb2BD0nutCOGmRZDdsDWfo/viewform>.

A análise no Delphi 2 procedeu por seis juízes e resultou em quatro itens validados, com consenso e o item 2 sem consenso (Delphi para “concordo” 50%; Delphi para “discordo” 50%) e sugestões para novas adequações. Esse aspecto não possibilitou a realização da terceira rodada e resultou na decisão pela permanência do item para posterior validação clínica.

Ao final, obteve-se o “Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva” (APÊNDICE C).

#### 4.4.2 Procedimentos analíticos

Os resultados foram armazenados em um banco de dados eletrônicos, compilados para o *software Microsoft Excel 2010* e apresentados em tabelas, correspondendo ao processo de tratamento dos dados.

A análise quantitativa ocorreu através da aplicação do consenso obtido pelo método de Delphi, de cada item e para a análise de todo o protocolo, utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), o qual é calculado pela seguinte fórmula, conforme descrição de Polit, Beck e Hungler (2004).

$$\text{IVC} = \frac{\text{n}^{\circ} \text{ total de itens considerados como relevantes pelos juízes}}{\text{n}^{\circ} \text{ total de itens}}$$

Para o IVC de todo o instrumento, recomenda-se valores superiores à 0.78 (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Nessa perspectiva, foi considerado válido o IVC com valor maior que 0.78 e consenso de mais de 70% da técnica de Delphi.

#### 4.5 Aspectos éticos

O estudo seguiu todos os preceitos éticos apresentados na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013), tendo o início das atividades de coleta após aprovação pelo Comitê de Ética e

Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). O estudo foi aprovado pelo Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, nº 461.246, sob CAAE nº 19586813.2.0000.5537 (ANEXO A).

Para a aplicação do questionário de validação de conteúdo do protocolo de avaliação foram fornecidos esclarecimentos aos juízes, destacando os aspectos referentes à justificativa, objetivos, etapas metodológicas da pesquisa, a garantia do sigilo e privacidade do participante, indenização de despesas provenientes da sua atuação e dos possíveis desconfortos e benefícios, dentre outros aspectos discutidos na Resolução nº 466 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013).

O processo de pesquisa adotou os referenciais básicos da bioética, como a proteção dos sujeitos envolvidos, a beneficência, a não maleficência e autonomia, além de garantir o anonimato dos participantes e a possibilidade de desistência em sua participação em qualquer etapa do processo (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

De acordo com as Normas Gerais de Apresentação do Relatório de Pesquisa, Mestrado Acadêmico e Doutorado, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Atenção à Saúde da UFRN – Regimento 2010, os resultados do estudo dissertativo devem ser apresentados sob a forma de artigos, relacionados com o objetivo da pesquisa.

Nesse íterim, os resultados e discussões do estudo em questão estão delineados a partir de quatro artigos, os quais estão formatados de acordo com as regras de preparo de manuscritos das revistas a que serão submetidos, a saber:

- ◆ Artigo intitulado “A análise do conceito “segurança do paciente”: a visão evolucionária de Rodgers”, formatado nas normas da revista *Aquichan*, de *qualis* B1 (ANEXO B);

- ◆ Artigo intitulado “Evidências científicas acerca da segurança do paciente na unidade de terapia intensiva”, formatado nas normas da Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, de *qualis* A2 (ANEXO C);

- ◆ Artigo intitulado “Dispositivo tecnológico para o processo de validação de conteúdo: relato de experiência”, a ser enviado para a Revista Brasileira de Enfermagem, de *qualis* A2 (ANEXO D);

- ◆ Artigo intitulado “Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva”, formatado nas normas da revista *Index de Enfermería Digital*, de *qualis* B1 (ANEXO E).



## 5.1 Artigo 1: A análise do conceito “segurança do paciente”: a visão evolucionária de Rodgers

**A ANÁLISE DO CONCEITO “SEGURANÇA DO PACIENTE”: A VISÃO  
EVOLUCIONÁRIA DE RODGERS  
CONCEPT ANALYSIS OF “PATIENT SAFETY”: RODGERS’ EVOLUTIONARY  
VIEW  
ANÁLISIS DEL CONCEPTO “SEGURIDAD DEL PACIENTE”: LA VISIÓN  
EVOLUTIVA DE RODGERS**

**Kisna Yasmin Andrade Alves<sup>1#</sup>**

**Viviane Euzébia Pereira Santos<sup>2</sup>**

**Cilene Nunes Dantas<sup>3</sup>**

### RESUMO

**Objetivo:** analisar a evolução do conceito “segurança do paciente” empregado nas produções científicas, sob a visão evolucionária de Rodgers. **Método:** trata-se de uma análise conceitual na visão evolucionária de Rodgers acerca do conceito “segurança do paciente”. Para tanto, foram analisados, a partir de uma leitura reflexiva-crítica-indutiva, oito produções científicas, sendo quatro dissertações de mestrado e quatro teses de doutoramento. **Resultados:** os resultados são apresentados em três pilares temáticos: antecedentes e consequentes do

---

<sup>1#</sup>Mestranda do PPGENF – UFRN. Enfermeira do Estado do Rio Grande do Norte. Membro do grupo de pesquisa Laboratório de Investigação do Cuidado, Segurança e Tecnologia em Saúde e Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: [kisnayasmin@hotmail.com](mailto:kisnayasmin@hotmail.com)

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunto do Departamento de Enfermagem e Pós- Graduação em Enfermagem e Vice-Líder do grupo de pesquisa Laboratório de Investigação do Cuidado, Segurança e Tecnologia em Saúde e Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: [vivianeepsantos@gmail.com](mailto:vivianeepsantos@gmail.com)

<sup>3</sup>Doutoranda do PPGENF – UFRN. Educadora do curso de Enfermagem da UNIFACEX/RN. . Membro do grupo de pesquisa Laboratório de Investigação do Cuidado, Segurança e Tecnologia em Saúde e Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: [cilenunesdantas@bol.com.br](mailto:cilenunesdantas@bol.com.br)

conceito “segurança do paciente”; termos substitutos e conceitos relacionados da “segurança do paciente”; e atributos e conceitos da “segurança do paciente”. **Considerações finais:** destarte, almeja-se promover reflexões acerca da temática; proporcionar embasamento conceitual para os diversos estudos acerca da “segurança do paciente”, independente de sua metodologia; fortalecer a cultura de segurança de paciente; e desmotivar as respostas punitivas frente aos erros individuais.

**Descritores:** Brasil, Enfermagem, Pesquisa em Enfermagem, Formação de conceito, Segurança do paciente.

### ***ABSTRACT***

**Objective:** to identify how the concept of “patient safety” is used in scientific production, in the perspective of Rodgers’ evolutionary view, characterizing its contextual basis, its substitute terms and its related concepts. **Method:** in this study, we used the Rodgers’ evolutionary concept analysis on the concept of “patient safety”. Therefore, we analyzed from a critical-reflexive-inductive reading eight scientific productions, being four master’s theses and four doctoral dissertations. **Results:** the results are presented in three thematic axes: antecedents and consequences of the concept “patient safety”; substitute terms and related concepts of “patient safety”; and attributes and concepts of “patient safety”. **Final considerations:** thus, we aim to promote reflections on the subject; provide conceptual background to the various studies about “patient safety”, regardless of their methodology; strengthen the culture of patient safety; and discourage punitive responses against individual errors.

**Descriptors:** Brazil, Nursing, Nursing Research, Concept formation, Patient safety.

### ***RESUMEN***

**Objetivo:** identificar cómo se utiliza el concepto de "seguridad del paciente" en las producciones científicas, según la visión evolutiva de Rodgers, caracterizándose su base

contextual, sus términos sustitutos y sus conceptos relacionados. **Método:** se trata de un análisis contextual bajo la vista evolutiva de Rodgers acerca del concepto "seguridad del paciente". Fueron analizados, a partir de lectura reflexiva-crítica-inductiva, ocho producciones científicas, cuatro tesis de maestría y cuatro de doctoramiento. **Resultados:** los resultados se presentan en tres pilares temáticos: antecedentes y consecuencias del concepto "seguridad del paciente"; términos y conceptos relacionados a la "seguridad del paciente"; y los atributos y los conceptos de "seguridad del paciente". **Consideraciones finales:** por lo tanto, se desea promover reflexiones sobre el tema, proporcionar fundamentación conceptual de los diferentes estudios acerca de "seguridad del paciente", independientemente de su metodología; fortalecer la cultura de seguridad del paciente; y desalentar respuestas punitivas contra los errores individuales.

**Descriptor:** Brasil, Enfermería, Investigación en Enfermería, Formación de concepto, Seguridad del paciente.

## INTRODUÇÃO

O conceito de segurança do paciente (SP) é moldado por diversas influências de caráter negativo - como os erros médicos - e caráter positivo - busca e melhorias na qualidade do atendimento. Assim, a SP está relacionada com a prevenção de erros no atendimento médico-hospitalar, bem como a sua qualidade (1).

O Instituto de Medicina dos Estados Unidos (Institute of Medicine) define a SP como ausência de lesão acidental e não a falta de erros (2), substituindo a prática da culpabilidade individual pela ideia de repensar em processos da assistência que possam fazer as correções necessárias, criando mecanismos que antecipem os erros e permita preveni-los antes dos danos (3). Observa-se que o conceito da SP apresenta diversas faces e interfaces contextuais e conceituais.

A SP foi estudada em vários países, como na Austrália, Nova Zelândia, Grã-Bretanha e França. Os estudos demonstraram dados alarmantes de insegurança do paciente, em especial, de injúrias como os eventos adversos (EA), os quais são relacionados à assistência e ocasionam incapacidades temporárias ou permanentes, com prolongamento de internação ou óbito. Os mesmos estudos revelam ainda que cerca de 30% a 60% das situações descritas seriam evitáveis(4).

Frente a esses problemas, algumas iniciativas foram idealizadas e implementadas a fim de minimizar as estatísticas e as sequelas físico-emocionais-sociais nos pacientes. Exemplificando, a 55ª Assembleia da Saúde Mundial, em 2002, impulsionou os países a solidificar a segurança da assistência. Assim, a Organização Mundial de Saúde (OMS) assume a responsabilidade de estabelecimento de normas e padronizações que auxiliam os países a praticarem políticas públicas e práticas de SP. Como produto, em maio de 2004, a 57ª Assembleia da Saúde Mundial cria a Aliança Mundial para a Segurança, objetivando melhorar, mundialmente, a SP (5).

Diante desse contexto, enxergou-se a necessidade de compreender mais aprofundadamente a SP, mediante uma análise conceitual das produções científicas brasileiras acerca do conceito “segurança do paciente”, a qual permitirá as autoras e aos leitores desvendar as faces e interfaces deste termo, auxiliando em discussões e futuros estudos referente à temática.

Partindo dessa preposição, para nortear o estudo, questiona-se: como o conceito “segurança do paciente” é empregado nas produções científicas? Qual a base contextual, os termos substitutos e os conceitos relacionados ao conceito “segurança do paciente”?

Portanto, objetiva-se analisar a evolução do conceito “segurança do paciente” empregado nas produções científicas, sob a visão evolucionária de Rodgers.

## MÉTODO EVOLUCIONÁRIO DE RODGERS: REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

O método evolucionário de Rodgers foi elaborado pela pesquisadora, enfermeira e professora da Escola de Enfermagem da Universidade de Wisconsin-Wilwaukee Beth L. Rodgers, a qual desde a graduação, no ano de 1980, interessou-se em aprofundar os seus conhecimentos na essência da enfermagem, principalmente por evidenciar a presença de barreiras conceituais na análise filosófica, instigando-a a buscar meios fidedignos, como a análise conceitual (6).

O método evolucionário de análise conceitual – outra denominação para o método evolucionário de Rodgers - é caracterizado por considerar os aspectos contextuais como influenciadores do conceito de determinado termo. Trata-se de um processo cíclico e conduzido por três elementos: significado (*significance*), uso (*use*) e aplicação (*application*). Com outras palavras, o significado de determinado conceito depende do seu uso e aplicação (6).

O método evolucionário de Rodgers corresponde a um modelo indutivo e descritivo utilizado para investigar o consenso e o conhecimento histórico de determinado conceito (6). É desenvolvido em seis etapas, apresentadas no quadro 1.

**Quadro 1** – Etapas do método Evolucionário de Rodgers: desenvolvimento contínuo e cíclico do conceito, 2014.

<b>Etapas do método evolucionário de Rodgers</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definir o conceito de interesse e as expressões associadas;</li> <li>2. Selecionar o campo para a coleta de dados;</li> <li>3. Destacar os atributos do conceito e bases contextuais (antecedentes e consequentes);</li> <li>4. Analisar as características do conceito (termos substitutos e conceitos relacionados, por exemplo);</li> <li>5. Identificar, se necessário, um exemplo de conceito;</li> <li>6. Determinar as implicações e hipóteses para o conceito.</li> </ol>	<pre> graph TD     1((1)) --&gt; 2((2))     2 --&gt; 3((3))     3 --&gt; 4((4))     4 --&gt; 5((5))     5 --&gt; 6((6))     6 --&gt; 1   </pre>

Fonte: adaptado de Rodgers (2000).

Para este estudo, definiu-se como conceito de interesse a “segurança do paciente” na perspectiva dos estudos publicados e indexados acerca da “segurança do paciente” no campo de coleta de dados Banco de Teses da CAPES. Escolheu-se esse banco pela disposição de produções com discussões mais complexa e detalhadas sobre as temáticas elegidas.

O seguimento da pesquisa pautou-se em um protocolo de pesquisa, validado por professora com doutoramento, o qual sistematizou a pesquisa, a leitura reflexiva-crítica-indutiva e, por fim, a análise conceitual. Este é constituído por oito indicadores de coleta de dados: referência; instituição de ensino superior; ano; os atributos/conceito; a base conceitual - antecedentes e consequentes-; termos substitutos; e conceitos relacionados. Observa-se que esses indicadores representam as do método Evolucionário de Rodgers, como supracitado.

Assim, a pesquisa no Banco de Teses da CAPES foi desenvolvida nos meses de março a junho de 2013, mediante o campo “assunto”, através do uso do descritor “segurança do paciente”, pesquisa na modalidade “expressão exata”. Não se determinou delimitação temporal de publicação para a seleção das produções científicas, já que o principal objetivo é desenvolver uma análise conceitual.

Os estudos foram selecionados a partir dos critérios de inclusão – estudos do tipo dissertação ou teses disponíveis eletronicamente, na íntegra e que abordem o termo “segurança do paciente” em seus títulos ou resumos – e critérios de exclusão – estudos que não abordem o tema “segurança do paciente” de forma a contemplar os indicadores de coleta de dados.

Os indicadores de coleta de dados foram norteados pelas definições e questionamentos do método Evolucionário de Rodgers de apresentados no quadro 2. Neste estudo, foram utilizadas as cinco primeiras etapas.

**Quadro 2** – Itens, conceitos e questionamentos da análise conceitual do termo “segurança do paciente” à luz do método Evolucionário de Rodgers, 2014.

ITEM ANALISADO	CONCEITO	QUESTIONAMENTO
<i>Antecedentes</i>	Representam as situações, eventos ou fenômenos que foram antecessores do conceito de interesse.	Quais eventos contribuíram para o surgimento do termo “segurança do paciente”?
<i>Consequentes</i>	Correspondem aos resultados do emprego do fenômeno analisado.	Quais as consequências após a aplicação do termo “segurança do paciente”?
<i>Termos substitutos</i>	Utilização de diversas palavras ou expressões no decorrer do corpo do texto.	Quais as palavras ou expressões que substituem o termo “segurança do paciente”?
<i>Conceitos relacionados</i>	Correspondem às suposições filosóficas e a rede de outros conceitos que permitem a formulação de um significado para o fenômeno estudado.	Quais as suposições filosóficas que formulam o significado do termo “segurança do paciente”?
<i>Atributos/conceito</i>	Definição real do termo, bem como as expressões ou palavras utilizadas para representarem os fenômenos.	Como os autores conceituam a “segurança do paciente”? Quais as principais características apresentadas pelos autores acerca da “segurança do paciente”?

FONTE: adaptado de Rodgers (2000).

### CONCEITUANDO A “SEGURANÇA DO PACIENTE”

A amostra é composta por oito produções científicas, sendo quatro dissertações de mestrado e quatro teses de doutoramento, as quais proporcionaram concretizar a análise contextual do conceito “segurança do paciente” à luz do método evolucionário de Rodgers.

#### *Antecedentes e consequentes do conceito Segurança do Paciente*

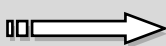
O conceito “segurança do paciente” foi antecedido, na perspectiva da visão evolucionária de Rodgers, por diversas situações, eventos ou fenômenos. As produções mostraram que os índices dramáticos de mortes evitáveis e decorrentes de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, infecções hospitalares, erros na administração de medicamentos e outros danos inerentes do processo de cuidado, foram motivadores para o fomento de pesquisas referente à temática (7-10) e discussão deste conceito.

O relatório “*To Err is Human*” (errar é humano), elaborado pelo Comitê para a Qualidade do Cuidado à Saúde na América, publicado em 2000, foi uma importante situação

que contribuiu para a conceituação da “segurança do paciente” (8, 11-14), uma vez que apresenta a frequência de eventos adversos no cuidado e enfatiza que pessoas que trabalham em sistemas complexos estão susceptíveis a cometer erros e, portanto, é necessária a mudança da cultura de culpa, a qual está centrada no erro individual e reparos de curta duração, convergindo para o aprendizado com base nos erros (1).

O quadro 3 apresenta os principais antecedentes e consequentes evidenciados nas produções científicas.

**Quadro 3** - Principais antecedentes e consequentes do conceito “segurança do paciente”, 2014.

ANTECEDENTES	 CONSEQUENTES	Nº DO ESTUDO
Índices dramáticos de mortes evitáveis	Elaboração de estratégias e recomendações para a SP; Eliminações de barreiras culturais para a SP.	8
+		
Danos inerentes do processo de cuidado	Trabalho seguro e ético; Ambiente seguro; Bem-estar profissional; Melhoria da sobrevida dos pacientes; Melhoria emocional dos envolvidos.	9, 12
+		
Relatório “To Err is Human”	Orientação profissional de técnicas corretas.	10, 13
	Fortalecimento da cultura de segurança.	7
	Proteção integral da saúde.	14

***Termos substitutos e conceitos relacionados da Segurança do Paciente***

Os termos substitutos e os conceitos relacionados correlacionam-se com os aspectos inerentes do processo de cuidado, abrangendo desde os princípios medulares do cuidado até o nível de satisfação dos envolvidos. Nessa perspectiva, o quadro 4 revela os principais termos substitutos relacionados às produções científicas.

No que diz respeito aos conceitos relacionados à “segurança do paciente”, pode-se categorizar três grupos de suposições filosóficas: 1) suposição de processo de trabalho; 2) suposição de educação; e 3) suposição de avaliação em saúde.



**Quadro 4** – Termos substitutos do conceito “segurança do paciente”, 2014.

<b>TERMOS SUBSTITUTOS</b>	<b>Nº DO ESTUDO</b>
Atributo que expressam a qualidade do cuidado	8
Princípio fundamental do cuidado	8, 10
Segurança no cuidado à saúde	8, 14
Assistência segura	10
Prática segura	11
Segurança	7, 14
Cultura de segurança	7, 10

As suposições de processo de trabalho perpassam desde os princípios éticos até a satisfação dos pacientes e profissionais. Assim, a ética; os aspectos legais; a organização hospitalar e de profissionais; a elaboração e uso de protocolos; o trabalho em equipe; os recursos tecnológicos; as intervenções baseadas em evidências; e o fortalecimento da comunicação entre profissionais são condições inerentes para a “segurança do paciente” (8-9).

Articulada a essa suposição, cita-se, também, o estresse vivenciado pelos profissionais (7,9), em especial, àqueles que atuam no serviço público de saúde. Diante disso, reflete-se sobre o cuidar de si ao cuidar do outro, conceitos atuais e que abordam a importância dos profissionais adotarem uma relação saudável consigo e, portanto, colaborando com a melhoria da saúde do outro (15). Acredita-se que, ao cuidar de si, o profissional adota uma atitude que reflete em sua prática e possibilita a SP.

As suposições educativas, por sua vez, reforçam a educação como eixo basilar para a construção de ambiente e instrumentos para a “segurança do paciente”. Os estudos elucidam a importância da gestão do conhecimento; das respostas não punitivas aos erros; da educação para o cuidado seguro; da tecnologia para a segurança do paciente; e dos sistemas de informações eficazes e sistemáticos (10).

A avaliação em saúde mediante a tríade estrutura, processo e resultado de Donabedian; o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde; a acreditação hospitalar; a notificação dos eventos adversos; e a atuação da Vigilância Sanitária (7-8,11-14), compõem o grupo da suposição de avaliação em saúde.

### *Atributos e conceitos da Segurança do Paciente*

De modo geral, observa-se que as produções científicas elegem conceitos apresentados por entidades internacionais como a Organização Mundial de Saúde, a Agency for Healthcare Research and Quality, Institute of Medicine, The Canadian Patient Safety Dictionary e Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations.

Assim, a “segurança do paciente” é compreendida como um elemento fundamental para a qualidade da assistência, como também o princípio basilar para o cuidado do paciente, constituindo-se, portanto, como um conjunto de ações e esforços complexos almejando a melhoria da segurança dos fatores ambientes e gerenciamento de riscos, como a segurança no manuseamento de medicamentos, equipamentos, prática clínica e ambiente de cuidado (8,10).

A redução, a um mínimo aceitável, ou ausência do risco de um dano – conceituado como prejuízo a estrutura ou função do corpo na unidade física-social-psicológica decorrente de efeito deletério, como doença, lesão, disfunção, incapacidade, sofrimento e morte – à saúde do paciente, representa uma das faces conceituais da “segurança do paciente”. Compreende-se que este termo é um produto de combinações multifatoriais organizacionais, individuais, grupais e de pacientes. Assim, evidencia-se a necessidade de adaptação das instituições de saúde aos riscos humanos, como também aqueles referentes às condições de trabalho. É fundamental, com outras palavras, o “manejo do ato inseguro” (9,12-14).

Além da ideia de prevenção de lesões acidentais, a “segurança do paciente” relaciona-se a estabilização de sistemas e processos operacionais que minimizem a probabilidade do erro e a interceptação desses quando eles ocorrem (7,11), representando, portanto, uma norma; uma atitude; uma crença; uma prática; uma política; um valor; um comportamento da equipe, da instituição, do paciente (7,14), e uma dimensão da qualidade do cuidado (11).

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A análise conceitual das produções científicas na perspectiva da visão evolucionária de Rodgers acerca da “segurança do paciente” demonstrou as múltiplas faces e interfaces do conceito, as quais abarcam desde políticas governamentais até a cultura dos profissionais e pacientes acerca da prevenção dos danos inerentes ao processo de cuidar.

De tal modo, a identificação desses aspectos permite compreender e melhor intervir no contexto da insegurança do paciente, fundamentando novos estudos e redirecionamento outros. Percebe-se que, a SP perpassa um ambiente com riscos eliminados ou ausentes à saúde do paciente, mas alcança, por exemplo, gestão, serviços de saúde e profissionais organizados para atuar diante do erro. Afinal, “*to err is human*”.

Assim, a SP é conceituada como um princípio e um qualificador do cuidado, concretizado a partir de medidas estruturais, organizacionais, gerenciais, de responsabilidade e formação profissional que anteparem as possibilidades de erros e, simultaneamente, garantem a satisfação do binômio paciente-profissional.

A partir dessas concepções, almeja-se promover reflexões acerca da temática, como também o embasamento conceitual para os diversos estudos acerca da SP, independente de sua metodologia. Adicionalmente, deseja-se fortalecer a cultura de SP e desmotivar respostas punitivas frente aos erros individuais.

## **REFERÊNCIAS**

1. Vincent C. Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos. São Caetano (SP); 2009.
2. Leape LL. Scope of Problem and History of Patient Safety. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2008; 35(1):1-10.
3. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre: Artmed; 2010.

4. Zambon LS. Riscos e eventos adversos: uma realidade alarmante [internet] 2009 [acesso em 2013 Jul 15]. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/ler.vxlpub?codconteudo=901&menu=gerenciamento>
5. Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2009.
6. Rodgers BL. Concept Analysis: an evolutionary. In: Rodgers BL, Knafl KA. Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications. 2nd ed. USA: Second Edition; 2000. p.77-101.
7. Clinco SDO. O hospital é seguro? Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente [dissertação]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo; 2007. 98 f.
8. Gomes AQF. Iniciativas para segurança do paciente difundidas pela internet por organizações internacionais: estudo exploratório [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2008. 225f.
9. Gimenes FRE. A segurança de pacientes na administração de medicamentos em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital geral do interior paulista: a abordagem restaurativa em saúde [doutorado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2011. 231p.
10. Paese F. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde [dissertação]. Florionópolis: Universidade Federal de Santa; 2010. 181 p.
11. Corrêa LRC. Os Hospitais de Pequeno Porte do Sistema Único de Saúde Brasileiro e a Segurança do Paciente [dissertação]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo; 2009. 126 f

12. Dias MAE. Segurança do paciente: rastreamento de resultados adversos no Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2010. 74p.
13. Nascimento NB. Segurança do paciente: violação às normas e prescrições em saúde [doutorado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2010. 183p.
14. Wegner W. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil [doutorado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011. 156p.
15. Silva IJ, Oliveira MFV, Silva SED, Polaro SHI, Radünz V, Santos EKA et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. Rev. esc. enferm. USP 2009; 43(3): 697-703.

## 5.2 Artigo 2: Evidências científicas acerca da segurança do paciente na unidade de terapia intensiva

### Evidências científicas acerca da segurança do paciente na unidade de terapia intensiva

#### Scientific evidence about patient safety in the intensive care unit

#### Evidencias científicas acerca de la seguridad del paciente en la unidad de cuidados intensivos

Kisna Yasmin Andrade Alves<sup>1</sup>

Viviane Euzébia Pereira Santos<sup>2</sup>

Allyne Fortes Vítor<sup>3</sup>

Francis Solange Vieira Tourinho<sup>4</sup>

Pétala Tuani Candido de Oliveira Salvador<sup>5</sup>

Cláudia Cristiane Filgueira Martins<sup>6</sup>

---

<sup>1</sup>Mestranda do PPGENF-UFRN. Enfermeira do Estado do Rio Grande do Norte. Membro do grupo de pesquisa Laboratório de Investigação do Cuidado, Segurança e Tecnologias em Saúde e Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: [kisnayasmin@hotmail.com](mailto:kisnayasmin@hotmail.com)

<sup>2</sup>Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem e Pós Graduação em Enfermagem e Vice-líder do grupo de pesquisa Laboratório de Investigação do Cuidado, Segurança e Tecnologias em Saúde e Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: [vivianeepsantos@gmail.com](mailto:vivianeepsantos@gmail.com)

<sup>3</sup>Doutora em Enfermagem, Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem e PGENF-UFRN e Vice-líder do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Clínica (NEPEC) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: [allynenf@hotmail.com](mailto:allynenf@hotmail.com)

<sup>4</sup>Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente, Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem e PGENF-UFRN e Líder do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: [francistourinho@gmail.com](mailto:francistourinho@gmail.com)

<sup>5</sup>Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFRN (PPGENF-UFRN). Professora da Escola de Enfermagem de Natal e membro do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: [petalatواني@hotmail.com](mailto:petalatواني@hotmail.com)

<sup>6</sup>Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFRN (PPGENF-UFRN). Professora Substituta do Departamento de Enfermagem e membro do grupo de pesquisa laboratório de investigação do

**Resumo:** Objetivou-se realizar uma síntese das evidências científicas acerca do cuidado de enfermagem e a segurança do paciente na Unidade de Terapia Intensiva à luz da Tríade de Donabedian. O estudo foi desenvolvido a partir de uma revisão integrativa da literatura nos Banco de Teses da CAPES e no portal PROQUALIS e os princípios da Tríade de Donabedian. As evidências científicas proporcionaram dissertar sobre três pilares teóricos, os quais permitiram compreender o cuidado de enfermagem e a segurança do paciente na Unidade de Terapia Intensiva a partir dos elementos “estrutura”, “processo” e “resultado”. A análise das evidências científicas demonstraram as melhores práticas para a segurança do paciente e, simultaneamente, revelaram as fragilidades organizacionais, estruturais e humanos dos serviços de saúde, que privam os profissionais e usuários de condições mínimas e necessárias para a sua garantia.

**Descritores:** Enfermagem; Segurança do paciente; Terapia intensiva.

**Abstract:** This study aimed to create a synthesis of the scientific evidence on nursing care and patient safety in Intensive Care Units in the light of Donabedian’s Triad. We developed the study from an integrative literature review in the CAPES Thesis Bank and PROQUALIS portal, and the principles of Donabedian’s Triad. The scientific evidence enabled discuss the three theoretical pillars, which allowed us to understand nursing care and patient safety in the intensive care unit from the elements “structure”, “process” and “outcome.” The analysis of scientific evidence demonstrated the best practices for patient safety and simultaneously revealed the organizational, structural and human weaknesses of health services, which deprive practitioners and users of minimum and necessary conditions for their achievement.

**Descriptors:** Nursing; Patient safety; Intensive care.

**Resumen:** El objetivo fue realizar síntesis de las evidencias científicas sobre la atención de enfermería y la seguridad de pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos a la luz de la Triada de Donabedian. Estudio llevado a cabo a partir de revisión integradora de la literatura en los bancos de tesis de la CAPES y en el portal PROQUALIS y los principios de la Triada Donabedian. Las evidencias científicas permiten desarrollar sobre tres pilares teóricos, los que permiten entender la atención de enfermería y la seguridad del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos a partir de los elementos "estructura", "proceso" y "resultado". El análisis de los datos científicos señalaron mejores prácticas para la seguridad del paciente y, al mismo tiempo, señalaron debilidades organizativas, estructurales y humanos de los servicios de salud, que privan a los profesionales y usuarios de condiciones mínimas y necesarias para sus garantía.

**Descriptores:** Enfermería; Seguridad del paciente; Cuidados intensivos.

## INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um princípio *sine qua non* do cuidado, compreendida desde políticas públicas até a cultura dos profissionais e pacientes sobre a prevenção de danos, demandando, para a sua consolidação, esforços voltados para a melhoria da segurança ambiental e gerenciamento de riscos<sup>(1)</sup> que podem desencadear eventos adversos (EA).

---

cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: [claudiacrisfm@yahoo.com.br](mailto:claudiacrisfm@yahoo.com.br)

Autor Correspondente: Kisna Yasmin Andrade Alves. Endereço: Rua da Tainha, nº 99, Vida Nova. CEP: 59.147-535 – Parnamirim (RN), Brasil. E-mail: [kisnayasmin@hotmail.com](mailto:kisnayasmin@hotmail.com)

Por evento adverso (EA) entende-se como injúrias não intencionais, provenientes do cuidado, sem relação com a doença de base e que resultam em lesões mensuráveis em pacientes, prolongamento do período de internação e/ou óbito. Por essas características, representam importantes indicadores de qualidade e possibilitam estimar a distância entre a assistência prestada e àquela considerada ideal<sup>(1)</sup>.

Estudo epidemiológico realizado em 58 hospitais, localizados na Argentina, Colômbia, Costa Rica, México e Peru, aponta que 10 de cada 100 pacientes sofrem algum tipo de dano ao ingressar no ambiente hospitalar. Esse risco duplica dependendo do tempo de internação<sup>(1)</sup>.

O portal do Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (PROQUALIS), uma entidade do Ministério da Saúde (MS), revela estudos epidemiológicos acerca de EA de diversos países: Brasil, Califórnia, Nova York, Colorado, Austrália, Nova Zelândia, Inglaterra, Canadá, Dinamarca, Utah, França, Suécia, Espanha, Tunísia, Holanda, Itália, Portugal e Países do Mediterrâneo<sup>(2)</sup>. As publicações foram divulgadas nos anos 1974 a 2012 e destacam a gravidade epidemiológica dos EA, em especial, no cenário no brasileiro.

Esses estudos indicam que a Austrália é o país com maior quantitativo de EA, com a cifra de 16,6% de incidência. A maioria desses eventos ocorreu durante a internação e poderiam ser prevenidos em 51,2% dos casos. Já o país com menor incidência é os Estados Unidos da América, com 2,9%. O Brasil, por sua vez, é responsável por 7,8% de EA, sendo que 66,7% eram evitáveis<sup>(2)</sup>.

Os EA são comuns aos serviços de saúde das nações desenvolvidas, em desenvolvimento ou subdesenvolvidas. Acredita-se, contudo, que os países pertencentes a esses últimos grupos, por diversos problemas econômicos, políticos e sociais, apresentam menores perspectivas de soluções<sup>(1)</sup>.

Quando se investiga o risco para EA, atenta-se para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), uma vez que os indivíduos internados neste setor são hemodinamicamente instáveis, aspecto que determina cuidados complexos e decisões imediatas dos profissionais, em especial, os da enfermagem.

Frente a esse cenário, encontra-se a necessidade de melhor compreender o cuidado de enfermagem e os aspectos referentes à segurança ou insegurança do paciente. Dentre as estratégias para concretização de tal aspecto, têm-se os processos avaliativos que constituem julgamento de determinado componente da saúde, neste caso, para o subsídio na tomada de decisão.



Os processos avaliativos podem ser classificados em avaliação normativa, pautada em critérios e normas, e a pesquisa avaliativa, realizada através de procedimento científico<sup>(3)</sup>.

Na avaliação normativa o julgamento contempla a organização, os serviços ou os bens produzidos e os resultados obtidos<sup>(3)</sup>. Para tal investigação, destaca-se a tríade estrutura-processo-resultado. O elemento **estrutura** corresponde aos atributos em que o cuidado é realizado, estando, portanto, relacionado com os materiais, os recursos humanos e a estrutura organizacional. O **processo**, por sua vez, é representado pelas ações de cuidado efetivadas pelos profissionais de saúde e usuários. E, por último, o **resultado**, são os efeitos do cuidado sobre a saúde da população<sup>(4)</sup>.

Diante desses aspectos e da necessidade de disseminação de evidências científicas acerca do cuidado de enfermagem e a segurança do paciente na UTI, para melhorar compreendera temática, questiona-se: como deve ser caracterizado o cuidado de enfermagem e a segurança do paciente na UTI à luz da tríade estrutura-processo-resultado?

Assim, objetivou-se realizar uma síntese das evidências científicas acerca do cuidado de enfermagem e a segurança do paciente na Unidade de Terapia Intensiva à luz da Tríade de Donabedian.

## MÉTODO

Estudo do tipo revisão integrativa da literatura acerca do cuidado de enfermagem e a segurança do paciente na UTI à luz da tríade estrutura-processo-resultado<sup>(4)</sup>.

A revisão integrativa da literatura é um dos métodos comumente utilizados na Prática Baseada em Evidências, possibilitando a inclusão de evidências no fazer profissional a partir do aprofundamento do conhecimento do tema investigado<sup>(5)</sup>.

Esse método é efetivado em seis etapas: 1) identificação do tema e seleção da hipótese e/ou questão de pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão e exclusão da amostragem; 3) categorização dos estudos, elencando as informações a serem extraídas dos estudos; 4) avaliação dos estudos selecionados; e 5) interpretação dos resultados; e 6) apresentação da síntese de conhecimento<sup>(5)</sup>.

**Etapa 1, 2 e 3:** realizou-se, no mês de agosto de 2013, uma pesquisa nos Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e no portal PROQUALIS, através de um protocolo de pesquisa validado por professora com doutoramento. Esse instrumento é constituído por seis itens: tema de pesquisa; questão norteadora; estratégia de pesquisa; seleção dos estudos – tópico em que são dispostos os

critérios de inclusão e exclusão; apresentação de resultados; e avaliação crítica dos estudos. Neste último, encontra-se o instrumento que sistematiza a coleta das evidências científicas nos bancos de dados.

A pesquisa no Banco de Teses da CAPES se deu através do campo “assunto”, com seleção da ferramenta de pesquisa “todas as palavras” e a combinação de palavras-chave “segurança do paciente; terapia intensiva”. Já àquela no portal PROQUALIS, se deu através de uma abordagem exploratória a fim de se selecionar as produções condizentes com os critérios de seleção.

Essas fontes foram selecionadas pelos seguintes motivos: 1) o Banco de Tese da CAPES comporta estudos de qualidade imensurável, constituídos por dissertações e teses; e 2) o PROQUALIS, um portal financiado pelo Ministério da Saúde, tem a importante missão de disseminar informações acerca da segurança do paciente e qualidade do cuidado, mediante produções científicas de ótimo nível de evidência, possibilitando maior extração de estudos sobre o objeto deste estudo.

A seleção das produções seguiu critérios de inclusão – dissertações, teses, artigos científicos, manuais, informativos, protocolos, documentos de amparo legal que versem sobre a segurança do paciente na Unidade de Terapia Intensiva ou hospitalar; em textos completos, disponíveis eletronicamente; escritos em português, inglês e/ou espanhol – e de exclusão – produções científicas que versem sobre a segurança do paciente em UTI infantil/neonatal, pesquisas laboratoriais, pesquisas de produtos comerciais e estudos que não abordem a temática pertinente para o alcance do objetivo.

Foram acatadas e adaptadas as recomendações, referentes à classificação dos níveis de evidências<sup>(6)</sup>, o qual possibilita contemplar estudos experimentais e, em especial, não experimentais, se aproximando da atual realidade das pesquisas na enfermagem (Quadro 1).

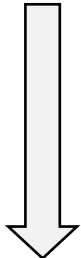
Como a amostra dos estudos selecionados no Banco de Tese da CAPES foi constituída de 100% (n=8) de estudos descritivos, sendo categorizados pelos autores com as metodologias de estudos observacionais (50%; n=4) e exploratório (50%; n=4), realizou-se o acréscimo do trecho “[...] e demais estudos descritivos” no nível de evidência 5, “Estudos Observacionais (longitudinais ou transversais)”<sup>(6)</sup>.

**Etapa 4:** a partir da análise das produções, foi possível categorizar os resultados em três pilares teóricos, sobre a tríade estrutura-processo-resultado<sup>(4)</sup>:

◆ Um olhar sobre a “estrutura”, o cuidado de enfermagem e a segurança do paciente na UTI;

- ◆ Um olhar sobre o “processo”, o cuidado de enfermagem e a segurança do paciente na UTI;
- ◆ Um olhar sobre o “resultado”, o cuidado de enfermagem e a segurança do paciente na UTI.

**Quadro 1** – Classificação das evidências científicas segundo o tipo de estudo, 2014.

<b>Classificação das evidências científicas</b>	
10 Revisões Sistemáticas com meta-análise de ensaios clínicos randomizados	 Menor evidência científica
9 Revisões sistemáticas com meta-análise	
8 Ensaios Clínicos Randomizados	
7 Guias de Prática Clínica	
6 Estudos de Coorte e de Caso-Controle	
5 Estudos Observacionais (longitudinais ou transversais) e demais estudos descritivos	
4 Casos Clínicos e Série de Casos	
3 Pesquisa Básica Laboratorial	
2 Opiniões de Especialistas	
1 Menor Evidência: Revisões não sistemáticas da literatura	

Fonte: Cavalcanti, Freires, Carreiro Júnior, et al<sup>(6)</sup>

As etapas 5 e 6 são contempladas na análise dos resultados encontrados, no decorrer dos tópicos Resultados e Discussão.

## RESULTADOS

Foram analisadas 21 produções científicas, sendo 13 selecionadas no portal PROQUALIS e oito no Banco de Teses da CAPES. O Quadro 2 aborda o quantitativo referente às categorias de análise: ano, evidência científica, tipo de produção científica e instituição proponente.

A maioria das produções (33%; n=7) foi publicada no ano de 2013. Dessa amostra, seis foram publicadas no Brasil, em idioma português. Sobre esse aspecto, nesse mesmo ano, com o objetivo de melhorar as ações de segurança do paciente e melhoria da qualidade do cuidado nos serviços de saúde, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Resolução RDC nº 36, em 25 de julho de 2013<sup>(7)</sup>. Esse aspecto pode ter colaborado com o processo de ascensão de produções científicas referentes à temática.

Para categorizar os níveis de evidências, consideraram-se as produções intituladas como protocolos, *guidelines* e guias como elementos dos “Guias de Prática Clínica”<sup>(6)</sup>.

**Quadro 2** – Análise quantitativa das categorias ano, evidência científica, tipo de produção científica e instituição proponente, 2014.

CATEGORIA DE ANÁLISE		QUANTITATIVO	
		PROQUALIS	BANCO DE TESES DA CAPES
Ano	2007	0	1
	2008	1	0
	2009	1	2
	2010	3	2
	2011	1	2
	2012	0	1
	2013	7	0
Evidência Científica	N.V* – 1	0	0
	N.V – 2	3	0
	N.V – 3	0	0
	N.V – 4	0	0
	N.V – 5	0	8
	N.V – 6	0	0
	N.V – 7	8	0
	N.V – 8	1	0
	N.V – 9	1	0
	N.V – 10	0	0
Tipo de produção científica	Artigo científico	2	8
	Protocolo	5	0
	Guideline	3	0
	Relatórios/ opiniões de especialistas	3	0
Instituição proponente	Annals of Internal Medicine	1	Universidade do Estado do Rio de Janeiro 2
	Brasil/ Ministério da Saúde	7	Universidade de São Paulo 3
	<i>Health Care Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)</i>	1	Universidade Estadual de Maringá 1
	The Journal of the American Medical Association	1	Centro Universitário São Camilo 1
	Organização Mundial de Saúde	1	Universidade Federal da Bahia 1
	Conselho Regional de Enfermagem – São Paulo	1	
	Centre for Health Protection	1	
<b>SUBTOTAL</b>		<b>13</b>	<b>08</b>
<b>TOTAL</b>		<b>21</b>	

\*N.V: nível de evidência

Das 21 produções analisadas, 38% (n=8) são classificadas no nível de evidência 5 e categorizadas em protocolos e *guidelines*. Embora, não seja possível a identificação do processo metodológico de construção desses, conceitualmente, as suas elaborações se dão pelas percepções de profissionais experientes e/ou especialistas pautados nas melhores evidências científicas, provenientes de revisões sistemáticas, metanálise ou ensaio clínico randomizado<sup>(8)</sup>.

Sobre a mesma temática, observa-se que todas as produções indexadas no Banco de Teses da CAPES, representando 38% (n=8) de toda a amostra, são consideradas do nível de evidência 6 – estudos com abordagem não experimental, o que reafirma a necessidade de aproximação da enfermagem com os estudos experimentais.

Outro argumento é o fato dos objetos de estudo da enfermagem carecer de conhecimentos voltados para as dimensões biológicas, sociais, filosóficas, políticas e religiosas dos seres humanos - a exemplo da temática segurança do paciente –, os quais podem ser investigados a partir de pesquisas não experimentais<sup>(9)</sup>.

Quanto às instituições proponentes, 33% (n=7) das produções são elaboradas pelo MS e 14% (n=3), pela Universidade de São Paulo, o que permite inferir que a primeira instituição pode ser considerada como referência para as melhores evidências acerca de temáticas estudada.

Para a discussão dos resultados, no decorrer do tópico, as evidências serão categorizadas como “N.V” (nível de evidência) e o número específico. Assim, N.V-10, por exemplo, corresponde dizer que determinada afirmativa é nível de evidência 10.

## **DISCUSSÃO**

### **Elemento “estrutura” da Tríade de Donabedian, o cuidado de enfermagem e a segurança do paciente na UTI**

O elemento “estrutura” da Tríade de Donabedian compreende todos os aspectos referentes aos recursos empregados, de modo adequado, para atingir determinados resultados, neste caso, da segurança do paciente<sup>(3)</sup>.

As evidências científicas apresentadas objetivam minimizar os EA decorrentes da estrutura física inadequadas das UTIs; da mobília; dos equipamentos; da ausência de identificação do paciente; dos erros no processo de preparação, administração dos medicamentos; presença de ferramentas inseguras, como os cateteres; ausência do cuidado

pautado em protocolos; quantitativo inadequado de profissionais para o número de pacientes, bem como o desinteresse pela qualificação desses.

Para a garantia da segurança do cuidado de enfermagem na UTI é necessário, a princípio, assegurar uma estrutura física e recursos materiais que contemplem todos os aspectos apresentados na Resolução RDC/ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 e pela Consulta Pública/ANVISA nº 21, de 27 de abril de 2006.

Assim, os leitos devem apresentar instalações com área física de 09 (nove) m<sup>2</sup>/leito, com divisória entre os leitos; equipamentos para monitorização contínua (eletrocardiograma cardíaco; pressão arterial não invasiva; pressão invasiva arterial; venosa ou pulmonar; oximetria de pulso; pressão venosa central e régua de PVC ou monitor; débito cardíaco, sendo um para cada três leitos; um capnógrafo para cada cinco leitos); rede de gases por leito comum a saída de oxigênio, uma saída de vácuo e uma saída de ar comprimido; equipamentos para ventilação (ventilador pulmonar mecânico microprocessado; um equipamento para ventilação pulmonar não invasiva para cada cinco leitos); material para nebulização e oxigenoterapia; três bombas de infusão para cada três por leito; equipamento para aspiração á vácuo portátil; termômetro axilar; estetoscópio; estrutura elétrica, com 10 tomadas de 110 volts/leito e 01 de 220 volts/unidade (Raio X)<sup>(10)</sup>.

As camas necessitam ser dispostas de forma a possibilitar a visualização dos pacientes pela equipe<sup>(11)</sup> (N.V-5), o que permite concretizar as tecnologias leves, as de comunicação, através da comunicação não verbal e, também, a proporcionada pelos aparatos tecnológicos, já que é preciso compreender que estes “[...] constituem-se, diversas vezes, em meios de comunicação entre o doente crítico e a equipe de saúde e com a família”, através da identificação dos sinais de evolução<sup>(12:191)</sup> (N.V-5).

Para o gerenciamento do risco de infecção, apontou-se a estratégia multimodal da Organização Mundial de Saúde, uma das ações para a segurança do paciente, a partir da garantia da higienização das mãos. Assim, é fundamental o acesso, contínuo, a sabonete líquido, papel toalha e água, a presença de uma pia a cada dez leitos, em especial, com torneira de acionamento automático, presença de lembretes de higienização das mãos nos locais de trabalho, educação e treinamento profissional e monitoramento das práticas de higiene das mãos<sup>(13-14)</sup> (N.V-7; N.V-7).

Como integrante dessa estratégia, é indispensável à disponibilização de preparação alcoólica para as mãos através de dispensadores fixados nas paredes do quarto, frascos fixados na cama, mesa de cabeceira, carrinhos de curativos e de medicamentos e frascos individuais de bolso<sup>(13-14)</sup> (N.V-7; N.V-7).

A preparação alcoólica atua mediante redução da carga de microrganismo sem a necessidade de enxague ou secagem com papel ou de outros equipamentos. No entanto, para a sua utilização, é necessária a ausência de sujidades visíveis<sup>(1)</sup> (N.V-7).

Para a prevenção das quedas, elencou-se que as camas, por sua vez, devem apresentar cabeceiras removíveis e, especialmente, grades laterais elevadas e rodas travadas<sup>(15-16)</sup> (N.V-7; N.V-5). Esses aspectos garantem a segurança do paciente no tocante ao risco de queda, que, atualmente, produzem danos em 30% a 50% dos casos, sendo que 6% a 44% pacientes sofrem EA grave, podendo levar ao óbito<sup>(17)</sup>. Além disso, levam ao aumento de permanência hospitalar e custos assistenciais, repercutem na credibilidade da instituição e geram consequências legais.

Recomendações para minimizar os EA por erros na identificação, convergem para uso de pulseiras ou placas de identificação contendo, em letras legíveis, dois identificadores, como nome completo do paciente; nome completo da mãe do paciente; data de nascimento do paciente; e nº de prontuário<sup>(16,18-19)</sup> (N.V-7; N.V-7; N.V-5).

Outras práticas são apresentadas quanto a este aspecto, visando reduzir os riscos aos pacientes, como: nos casos de pacientes sem a identidade disponível, no momento da admissão, é fundamental identificá-lo através do número de prontuário e as características físicas relevantes, como sexo e raça<sup>(18)</sup> (N.V-7).

Quanto à segurança do paciente na administração da medicação, as evidências científicas apontam a necessidade da distribuição de medicamentos em dose unitária e embalados individualmente, contendo rótulos; a remoção de frascos de cloreto de potássio e de outros eletrólitos concentrados dos postos de enfermagem; disponibilização rápida de informações acerca de novos medicamentos ou aqueles não padronizados; o controle dos ruídos no setor de preparo de medicamentos; e utilização do código de leitura por máquinas para o processo de administração de medicamentos e de cateteres, sondas e seringas que previnam conexões incorretas ou desconexão acidental<sup>(11,16,20)</sup> (N.V-5; N.V-5; N.V-5).

O controle de ruídos se faz indispensável, pois é uma característica comum nas UTIs, não possibilitando tranquilidade e segurança durante o preparo de medicamentos. O mesmo acontece com os espaços pequenos destinados para essa atividade, já que levam a interrupções frequentes. Consequentemente, não ocorre a prática do recheque<sup>(20)</sup> (N.V-5).

Somado a isso, destaca-se a importância, nos postos de enfermagem, de protocolos para solução endovenosa, de drogas de alto risco, como a insulina, heparina, aminas vasoativas, cloreto de potássio, narcóticos, bloqueadores neuromuscular, etc., e de equipos coloridos para dieta, bem como o posicionamento do frasco desta acima da cabeceira do

paciente<sup>(20)</sup> (N.V-5). Estes últimos aspectos previnem a EA devido à instalação de dieta por vias parenterais.

A disponibilização de lençóis e roupa em número suficiente para a demanda; presença de protocolos específicos, como a de prevenção de quedas no setor, e de rotinas do setor; fornecimento de formulário de notificação no setor; e presença de prescrição de enfermagem para todos os pacientes também proporcionam a segurança do paciente<sup>(11,16,21)</sup> (N.V-5; N.V-5; N.V-8).

Constatou-se que os recursos humanos de enfermagem devem seguir as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, através da RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, que enfatiza que na UTI o enfermeiro deve prestar cuidados a oito leitos e, cada técnico de enfermagem, dois leitos<sup>(22)</sup> (N.V-5) e as instituições devem ter a preocupação da capacitação profissional<sup>(1,13,20,23-25)</sup> (N.V-7; N.V-9; N.V-5; N.V-7; N.V-5; N.V-7).

### **Elemento “processo” da Tríade de Donabedian, o cuidado de enfermagem e a segurança do paciente na UTI**

O elemento “processo” da Tríade de Donabedian compreende os serviços e o processo de produção dos bens<sup>(3)</sup>, que neste estudo contemplou as ações de enfermagem para a segurança do paciente proveniente da identificação correta, minimização do risco de quedas e de EA por erros de medicação, prática adequada registro de enfermagem e prescrição médica, cuidados com a infusão de hemocomponentes, dentre outros aspectos abordados pela literatura.

A prática de utilizar os recursos materiais, tecnológicos e os princípios éticos e legais do processo de trabalho da equipe de enfermagem é um pressuposto incutido no elemento “processo” do cuidado de enfermagem e segurança do paciente na UTI.

Os estudos demonstraram que o processo de enfermagem deve ser pautado, em especial, na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)<sup>(26-27)</sup> (N.V-5; N.V-5) e que um dos primeiros passos de qualquer ação é identificar o paciente<sup>(11,16,18-19)</sup> (N.V-7; N.V-7; N.V-5; N.V-5).

Outro aspecto é o registro de enfermagem, o qual carece de ser descritivo em cada plantão, registro de admissão com data, horário, n. ° COREN e assinatura; prescrição de enfermagem; prestação de cuidados de enfermagem e de observação dos sinais e sintomas do paciente; indicação de quem prestou o cuidado; registro de alta, transferência, procedimentos de enfermagem, intercorrências ou evolução de lesões cutâneas; presença de condições



emocionais do paciente e de ações relacionadas ao atendimento das necessidades psicobiológicas<sup>(16)</sup> (N.V-5).

Quando se pensa na prevenção das úlceras por pressão (UPP), o registro de enfermagem deve conter a avaliação do risco para esse EA na admissão e a reavaliação diária de todos os pacientes, atentando aos aspectos da umidade da pele; mobilidade; incontinência urinária e fecal; extravasamento de drenos sobre a pele; suor; exsudatos de feridas e pele – que são produtos irritantes -, déficit sensitivo; e estado nutricional<sup>(23-24,28)</sup> (N.V-7; N.V-9; N.V-5).

Recomenda-se que a reavaliação diária do risco de desenvolvimento de UPP ocorra a cada 24 ou 48 horas, ou quando ocorrerem transformações no quadro clínico do paciente. Tanto a avaliação como a reavaliação demanda de escala, como a escala de Braden e, independente do grau de risco, deve-se enfatizar as diversas estratégias de redistribuição da pressão sobre as proeminências ósseas e o reposicionamento de decúbito a cada duas horas<sup>(23-24,28)</sup> (N.V-7; N.V-9; N.V-5).

As evidências científicas incentivam, para a prevenção das infecções, a prática “Os 5 momentos” a qual conscientiza a higienizar as mãos antes de tocar no paciente; antes de realizar procedimento limpo ou asséptico; após o risco de exposição a fluidos corporais; após tocar o paciente; após tocar superfícies próximas do paciente<sup>(1,13)</sup> (N.V-7; N.V-7).

Somado a isso, orienta-se a higiene das mãos ao se mover de um sítio contaminado para outro, durante o cuidado a um paciente, antes e após o uso de luvas esterilizadas ou não esterilizadas, ao manusear um dispositivo invasivo, independentemente do uso ou não de luvas. O quadro 3 aborda os tipos de higienização das mãos e as suas características<sup>(1,13)</sup> (N.V-7; N.V-7).

Estudo desencoraja o uso de adornos, principalmente dos anéis, durante os cuidados de saúde, em especial, em ambientes de alto risco, como as UTIs, pelo fato da pele debaixo dos anéis, por exemplo, estarem mais colonizadas do que a mesma área sem essa joia. Além disso, os profissionais devem usar unhas curtas ( $\frac{1}{4}$  de polegada de comprimento)<sup>(1)</sup> (N.V-7).

A secagem adequada das mãos é considerada como parte integrante da lavagem das mãos e fator crítico de determinação de nível de transferência bacteriana. Portanto, é fundamental evitar a recontaminação das mãos lavadas e secas<sup>(1,7)</sup> (N.V-7; N.V-7).

**Quadro 3** – Tipos de higienização das mãos x características, 2014.

<b>TIPO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>
<b>Higiene simples</b>	Realizada com água e sabonete comum, sob a forma líquida. Duração mínima: 40 a 60 segundos (N.V-7).
<b>Higiene antisséptica</b>	Realizada com água e sabonete associado a agente antisséptico. Duração mínima: 40 a 60 segundos (N.V-7).
<b>Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica</b>	Realizada com preparação alcoólica, sem a necessidade de enxague em água ou secagem com papel toalha ou outros equipamentos. Duração mínima: 20 a 30 segundos (N.V-7).

Fonte: Brasil<sup>(7)</sup>

Quanto ao uso de luvas, recomenda-se utilizá-las nos casos de contato com sangue, líquidos corporais, mucosas e pele não íntegra de pacientes e como forma de precaução de contato de um paciente para o outro. Elas devem ser trocadas de um paciente para o outro, quando danificadas ou durante a mudança de um sítio corporal contaminado para outro limpo<sup>(1,13)</sup> (N.V-7; N.V-7).

No que diz respeito ao quesito de segurança do paciente na prescrição, uso e administração de medicamento, destaca-se os aspectos expostos na Figura 1<sup>(19-20,29)</sup> (N.V-7; N.V-2; N.V-5).

Ainda sobre o gerenciamento de riscos durante a administração de medicamentos, a preferência de localização de punção venosa periférica, em adulto, é nos membros superiores e após a punção, é fundamental a inspeção e palpação, diária, do local de inserção do cateter, caso seja usado um curativo transparente. Nos pacientes com dificuldades de acesso, os cateteres venosos periféricos podem ser mantidos por períodos mais longos, do que 72 ou 96 horas, desde que realizado o monitoramento, contínuo, do local de inserção<sup>(29)</sup> (N.V-2).

No que concerne à nutrição parenteral e cuidados com acesso venoso central, enfatiza-se que as soluções contendo lipídios devem ser infundidas no período de até 24 horas após. Já a troca de curativos de gazes dos cateteres venosos centrais, aconselha-se que suceda a cada 2 dias. Os curativos do tipo transparente, a troca pode ocorrer a cada 7 dias<sup>(29)</sup> (N.V-2).

A literatura apresentou evidências acerca da infusão de hemocomponentes. A primeira delas é a importância da infusão desses por via exclusiva e a permeabilidade do cateter e ausência de complicações no local de inserção. O paciente deve ser identificado duas vezes antes de iniciar a infusão, atentando para a aferição de sinais vitais antes e após o procedimento<sup>(30)</sup> (N.V-2).

**Figura 1** – Práticas de segurança do paciente na prescrição, uso e administração de medicamento, 2014.

RECOMENDAÇÕES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementação de medidas de preparo de medicação com elevada concentração.</li> <li>• Prescrição hospitalar em formulário institucional e conter, no mínimo, o nome do hospital; nome completo do paciente; número do prontuário ou registro do atendimento; leito; serviço; enfermaria/apartamento; data; e andar/ala.</li> <li>• Prescrição hospitalar com informações do prescritor, em letra legível: o nome completo, n° de registro do conselho profissional e assinatura.</li> <li>• Utilização de prescrições digitadas e eletrônicas para garantia da legibilidade.</li> <li>• Prescrição de medicamentos sem o uso de abreviaturas. Se usar, Elaborar, formalizar e divulgar uma lista de abreviaturas padronizadas.</li> <li>• Destacar nas prescrições as situações de alergias relatadas pelo paciente, familiares e/ou cuidadores.</li> <li>• Adoção de dupla checagem (farmácia + enfermagem).</li> <li>• Desinfecção da pele com antissépticos à base de álcool antes da inserção de cateteres intravasculares, por 30 segundos.</li> <li>• Utilização de luvas e da técnica “sem toque” (“non-touch”) para a inserção de cateter intravascular periférico após a antisepsia da pele.</li> <li>• Desinfecção de acessos para injeção IV e torneiras de três vias com álcool a 70%.</li> <li>• Substituição dos cateteres venosos periféricos a cada 72 horas a 96 horas em adultos.</li> <li>• Lavar o acesso venoso com um flush de solução salina normal.</li> </ul>

Fonte: Brasil<sup>(19)</sup>, Melo<sup>(20)</sup>

Os hemocomponentes devem ser mantidos por, no máximo, 30 minutos em temperatura ambiente antes de iniciar a infusão. Posteriormente, é imprescindível a limpeza do cateter com solução salina<sup>(30)</sup> (N.V-2). O quadro 4 destaca as evidências referentes ao tempo de infusão de cada componente no adulto.

**Quadro 4** – Tipo de hemocomponentes x tempo de infusão, 2014.

Tipo de hemocomponente	Tempo de infusão
Infusão de concentrado de hemácias	Tempo: 60 min a 120min.
Infusão de concentrados de plaquetas	Tempo: 30 min.
Infusão de plasma	Tempo: 60 min.
Infusão de crioprecipitado	Transfundido imediatamente, após o descongelamento.

Fonte: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo<sup>(30)</sup>

E por fim, os estudos abordam a importância da comunicação entre a equipe, como uma prática para efetivar a segurança do paciente<sup>(26)</sup> (N.V-5). Refletindo sobre essa evidência, nota-se que nada adianta praticar todo um “processo” de cuidado de enfermagem, norteado pelos pressupostos que criam bloqueio para os EA, se não ocorrer a comunicação, a transmissão dos “resultados” obtidos.

Além disso, sem a conscientização e adoção de profissionais acerca dos aspectos abordados<sup>(1,23)</sup> (N.V-9; N.V-7), seria em vão a disponibilização de materiais, recursos humanos e a estrutura organizacional adequado.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Remetendo-se a questão norteadora deste estudo “como deve ser caracterizado o cuidado de enfermagem e a segurança do paciente na UTI à luz da tríade estrutura-processo-resultado?”, as evidências científicas demonstraram que o cuidado de enfermagem e a segurança do paciente na UTI perpassam diversos aspectos organizacionais, estruturais e humanos.

O estudo não realçou todos os EA possíveis na UTI, contudo contemplou àqueles amplamente discutidos no meio científico e pelas entidades voltadas para a segurança do paciente, inclusive o Ministério da Saúde que, no ano de 2013, apresentou seis protocolos voltados para essa temática.

Assim, as evidências científicas foram voltadas para o gerenciamento dos seguintes EA: infecção hospitalar; UPP; quedas; erros durante o uso de medicamentos, identificação incorreto do paciente e registro do cuidado pelo profissional e administração incorreta de hemocomponentes.

Quanto às dificuldades de elaboração deste estudo, destaca-se a ausência de classificações de níveis de evidências científicas, nacionais e internacionais, voltadas para as pesquisas na enfermagem, as quais são, em sua maioria, desenvolvidas de forma não experimental. Essa característica impossibilitou, neste estudo, a aplicação de algumas classificações existentes, as quais enfatizam os estudos com maior rigor metodológico – revisões sistemáticas, metanálise, ensaios clínicos randomizados, estudo de coorte, caso-controle, dentre outros. Para contornar essa lacuna de conhecimento, é fundamental a construção de novos estudos sobre a temática.

Conclui-se que o conhecimento acerca dos EA e da relação dos atributos organizacionais, estruturais e humanos das instituições de saúde com a segurança do paciente, é uma ferramenta fundamental de readaptação de concepções e práticas de cuidado.

Assim, espera-se que este estudo subsidie a prática profissional, através da promoção de reflexões críticas acerca do cuidado de enfermagem na UTI e suscite, nos membros da comunidade científica, o interesse pelo desenvolvimento de novos estudos acerca da segurança do paciente.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care [Internet]. Genebra; 2009 [citado 2013 ago. 26]. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf)
2. Brasil. Ministério da Saúde. Estatísticas de Eventos Adversos pelo mundo [Internet]. Brasília; 2013 [citado 2013 ago. 26]. Disponível em: <http://proqualis.net/eventosadversos/2012/05/23/tabela-de-estudos-de-eventos-adversos/>
3. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1997. p. 29-47.
4. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor/Michigan: Health Administration Press; 1980. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome; p. 77-125.
5. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2008;44(4):1135-41.
6. Cavalcanti YW, Freires IA, Carreiro Júnior E, et al. Determinação do Nível de Evidência Científica de Artigos sobre Prótese Total Fixa Implanto-Suportada. Rev Bras Ciênc Saúde [Internet]. 2011 [cited 2013 Ago 28];14(4):45-50. Available from: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/viewFile/9732/5685>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2013 [citado 2013 ago. 26]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)
8. Werneck MAF, Faria HP, Campos KFC. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, Coopmed; 2009.
9. Giacchero KG, Miaso AI. A produção científica na graduação em enfermagem (1997 a 2004): análise crítica. Rev Eletr Enferm [Internet]. 2006 [cited 2013 Ago 28];8(3):431-40. Available from: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7082/5013>
10. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consulta Pública nº 21, de 27 de abril de 2006. Dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento de Unidades de Terapia

- Intensiva e Unidades de Cuidados Intermediários [Internet]. Brasília; 2006 [citado 2013 ago. 26]. Disponível em: [http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/CP/CP\[14558-1-0\].pdf](http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/CP/CP[14558-1-0].pdf)
11. Lobão WM. Construção, validação e normatização da escala de predisposição à ocorrência de eventos adversos (EPEA). Salvador (BA). Dissertação. [Mestrado em Enfermagem] - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia [Internet]. Salvador; 2012 [citado 2013 ago. 26]. Disponível em: [https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/12269/1/DISSER\\_PGGENF\\_WILLIAN\\_302.pdf](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/12269/1/DISSER_PGGENF_WILLIAN_302.pdf)
  12. Schwonke CRGB, Lunardi Filho WD, Lunardi VL, et al. Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva. Rev Bras Enferm. 2011;64(1):189-92.
  13. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anexo 01: Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde [Internet]. Brasília; 2013 [citado 2013 ago. 26]. Disponível em: [http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Abr/04/CONSULTA\\_PUBLICA\\_N6\\_1\\_DE\\_ABRIL\\_2013.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Abr/04/CONSULTA_PUBLICA_N6_1_DE_ABRIL_2013.pdf)
  14. Organização Mundial de Saúde. Hacia una atención hospitalaria más segura [Internet]. Genebra; 2010 [citado 2013 ago. 26]. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf)
  15. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anexo 01: Protocolo prevenção de quedas [Internet]. Brasília; 2013 [citado 2013 ago. 26]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/preven\\_queda.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/preven_queda.pdf)
  16. Padilha EF. Auditoria como ferramenta para a qualidade do cuidado de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. Maringá (PR). Dissertação. [Mestrado em Enfermagem] - Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá [Internet]. Maringá; 2010 [citado 2013 ago. 26]. Disponível em: <http://nou-rau.uem.br/nou-rau/document/?code=vtls000177986>
  17. Boushon B, Nielsen C, Quigley P, et al. How-to Guide: Reducing Patient Injuries from Falls. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2012.
  18. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anexo 02: Protocolo de identificação do paciente [Internet]. Brasília; 2013 [citado 2013 ago. 26]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/identi\\_paciente.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/identi_paciente.pdf)
  19. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anexo 03: Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos [Internet].

- Brasília; 2013 [citado 2013 ago. 26]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/seguran\\_medica.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/seguran_medica.pdf)
20. Melo ABR. Enfermagem e segurança na terapia medicamentosa em unidades intensivas. Rio de Janeiro (RJ). Dissertação. [Mestrado em Enfermagem] - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro [Internet]. Rio de Janeiro; 2007 [citado 2013 ago. 26]. Disponível em: [http://www.livrosgratis.com.br/arquivos\\_livros/cp040906.pdf](http://www.livrosgratis.com.br/arquivos_livros/cp040906.pdf)
  21. Dykes PC, Carroll DL, Hurley A, et al. Fall Prevention in Acute Care Hospitals - a randomized trial. JAMA. 2010;304(17):1912-8.
  22. Garcia PC. Tempo de assistência de enfermagem em UTI e indicadores de qualidade assistencial: análise correlacional. São Paulo (SP). Dissertação. [Mestrado em Enfermagem] - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo [Internet]. São Paulo; 2011 [citado 2013 ago. 26]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-20062011-151925/pt-br.php>
  23. Sullivan N, Schoelles KM. Preventing In-Facility Pressure Ulcers as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review. Annals of Internal Medicine. 2013;158(5):410-6.
  24. Simão CMF. Úlcera por pressão em unidades de terapia intensiva e conformidade das ações de enfermagem. Ribeirão Preto (SP). Dissertação. [Mestrado em Enfermagem] - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo [Internet]. São Paulo; 2010 [citado 2013 ago. 26]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-16112010-095225/pt-br.php>
  25. O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, et al. Guideline for the prevention of intravascular catheter related infections [Internet]. 2011 [citado 2013 ago. 26]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>
  26. Oliveira F. Indicativos da segurança e da qualidade do cuidado/ conforto de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva de um hospital militar do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro (RJ). Dissertação. [Mestrado em Enfermagem] - Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro [Internet]. Rio de Janeiro; 2009 [citado 2013 ago. 26]. Disponível em: [http://teses2.ufrj.br/Teses/EEAN\\_M/FabricioDeOliveira.pdf](http://teses2.ufrj.br/Teses/EEAN_M/FabricioDeOliveira.pdf)
  27. Coli RCP. O erro em procedimentos de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. São Paulo (SP). Dissertação. [Mestrado em Enfermagem] – Centro Universitário São Camilo [Internet]. São Paulo; 2009 [citado 2013 ago. 26]. Disponível em:

[http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select\\_action=&co\\_obra=158967](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=158967)

28. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anexo 02: Protocolo para prevenção de úlcera por pressão [Internet]. Brasília; 2013 [citado 2013 ago. 26]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/PROTOCOLO%20ULCERA%20POR%20PRESS%C3%83O.pdf>
29. Centre for Health Protection. Recommendationson Prevention of Intravascular Catheter Associated Bloodstream Infection [Internet]. Hong Kong; 2010 [citado 2013 ago. 26]. Disponível em: [http://www.chp.gov.hk/files/pdf/recommendations\\_on\\_prevention\\_of\\_intravascular\\_catheter\\_associated\\_bloodstream\\_infection\\_r.pdf](http://www.chp.gov.hk/files/pdf/recommendations_on_prevention_of_intravascular_catheter_associated_bloodstream_infection_r.pdf)
30. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. 10 passos para a segurança do paciente. São Paulo: COREN – SP; 2010.



### **5.3 Artigo 3: Dispositivo tecnológico para o processo de validação de conteúdo: relato de experiência**

**Dispositivo tecnológico para o processo de validação de conteúdo: relato de experiência**

**Technological device for the content validation process: experience report**

**Dispositivo tecnológico para el proceso de validación de contenido: relato de experiencia**

**Kisna Yasmin Andrade Alves<sup>1</sup>**

**Viviane Euzébia Pereira Santos<sup>2</sup>**

---

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestranda do PPGENF-UFRN. Membro do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: [kisnayasmin@hotmail.com](mailto:kisnayasmin@hotmail.com)

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem e Pós Graduação em Enfermagem e Vice-líder do grupo de pesquisa laboratório de investigação do cuidado, segurança e tecnologias em saúde e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: [vivianeepsantos@gmail.com](mailto:vivianeepsantos@gmail.com)

## RESUMO

Trata-se de um relato de experiência de construção de dispositivo tecnológico para o processo de validação de conteúdo, realizado durante projeto de dissertação de mestrado. Objetiva-se relatar a experiência de construção de dispositivo tecnológico para o processo de validação de conteúdo. A construção do dispositivo tecnológico cognominado de “Instrumento de validação de conteúdo do ‘Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva’” ocorreu mediante as etapas: 1) revisão integrativa da literatura; 2) obtenção de conhecimento sobre o formulário *Google docs*; 3) banca de qualificação; 4) aplicação do Delphi 1; 5) aplicação do Delphi 2; e 6) resultado final: protocolo validado. O dispositivo tecnológico foi construído a partir de formulários do *Google docs*. Relata-se o processo de construção, bem como as vantagens e desvantagens vivenciadas. A experiência demonstrou que os dispositivos tecnológicos correspondem a uma ferramenta útil para os processos de validação.

**Descritores:** Enfermagem; Estudos de Validação; Coleta de Dados; Tecnologia.

## ABSTRACT

This is an experience report of constructing a technological device to the content validation process, conducted during a master's dissertation project. We aim to report the experience of constructing a technological device to the content validation process. The construction of the technological device nicknamed the “Content Validation Instrument ‘Evaluation protocol of nursing care and patient safety in Intensive Care Units’” occurred through the following steps: 1) integrative literature review; 2) obtaining knowledge about the Google docs' forms; 3) board of master's degree dissertation; 4) application of Delphi 1; 5) application of Delphi 2; and 6) final result: validated protocol. We constructed the technological device from Google docs' forms. We report the construction process as well as the advantages and disadvantages experienced. The experience has shown that technological devices represent a useful tool for the validation processes.

**Key words:** Nursing; Validation Studies; Data Collection; Technology.

## RESUMEN

Relato de experiencia de construcción de dispositivos tecnológicos para el proceso de validación de contenido, llevado a cabo durante disertación de maestría. El objetivo fue conocer la experiencia de construcción de dispositivos tecnológicos para el proceso de validación de contenido. La construcción del dispositivo tecnológico "Instrumento de validación de contenido del 'Protocolo de evaluación de la atención de enfermería y de la seguridad de pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos'" ocurrió a través de los pasos: 1) revisión de la literatura; 2) obtención de conocimiento sobre formulario *Google docs*; 3) banca de calificación; 4) aplicación del Delphi 1; 5) aplicación de Delphi 2; y 6) resultado final: protocolo validado. El dispositivo tecnológico se construye a partir de formularios *Google Docs*. Se presenta el proceso de construcción, así como las ventajas y desventajas experimentadas. La experiencia ha demostrado que los dispositivos tecnológicos representan herramienta útil para los procesos de validación.

**Palabras clave:** Enfermería; Estudios de Validación; Recolección de Datos; Tecnología.

## INTRODUÇÃO

Os processos de validação de instrumentos são técnicas metodológicas comumente utilizadas nas pesquisas em saúde, especialmente, na Enfermagem, a qual os utiliza para a validação de diagnósticos de enfermagem, na maioria de estudos<sup>(1)</sup>.

Por validação entende-se o grau de aptidão que um instrumento apresenta para mensurar determinado aspecto, verificando a confiabilidade do mesmo. São categorizados em quatro tipos: 1) validação de face ou aparente; 2) validade de conteúdo; 3) validade de critério; e 4) validade de constructo<sup>(2-3)</sup>.

A validação de conteúdo corresponde à adequação do instrumento por juízes para que o mesmo possa representar o conteúdo a que se destina avaliar<sup>(2)</sup>. Os modelos empregados para a sua concretização são diversos – Modelo de Avant; o Modelo de Gordon e Sweeney, o Modelo de Hoskins, o Modelo de Fehring, Método de Pasquali e Técnica de Delphi<sup>(1)</sup>. A Técnica de Delphi, uma das temáticas contempladas neste estudo, é conceituada como processo grupal objetivando comparar e direcionar julgamento de juízes para um consenso a respeito de determinado fenômeno<sup>(4)</sup>.

Nessa perspectiva, alguns aspectos devem ser cumpridos para o sucesso do processo. Pode-se citar, por exemplo, a construção de dispositivos tecnológicos, aqui compreendido como instrumentos inovadores, pautados em ferramentas tecnológicas, direcionados a coleta de dados. Àqueles disponibilizados pela internet, por exemplo, são válidos e apresentam como principais vantagens: baixo custo, rapidez em todo o processo e a obtenção de respostas de melhor qualidade<sup>(5)</sup>.

Como dispositivo tecnológico possível de ser utilizado em coleta de dados e nos processos de validação de conteúdo, menciona-se os formulários do *Google docs*, um dos aplicativos do *Google drive*, disponível no endereço eletrônico <http://www.google.com/intl/pt-BR/drive/apps.html>.

Este estudo, portanto, constitui-se numa das sínteses dos resultados da dissertação de mestrado intitulado “Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva” e é justificado pela necessidade de divulgação de dispositivos tecnológicos que possam auxiliar os membros da comunidade científica na concretização dos processos de validação de conteúdo, bem como demais caminhos metodológicos que utilizem dispositivos – formulários, questionários, etc. – como estratégia de coleta de dados.

Assim, objetiva-se relatar a experiência de construção de dispositivo tecnológico para o processo de validação de conteúdo.

## MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência de construção de dispositivo tecnológico para o processo de validação de conteúdo, realizado durante o desenvolvimento do projeto intitulado “Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva”, uma das etapas metodológicas do projeto “Avaliação do cuidado e da segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva” concretizado no curso de mestrado acadêmico.

O estudo seguiu todos os preceitos éticos apresentados na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012<sup>(6)</sup> e foi aprovado pelo Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN, nº 461.246, de 1 de novembro de 2013, sob CAAE nº 19586813.2.0000.5537.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

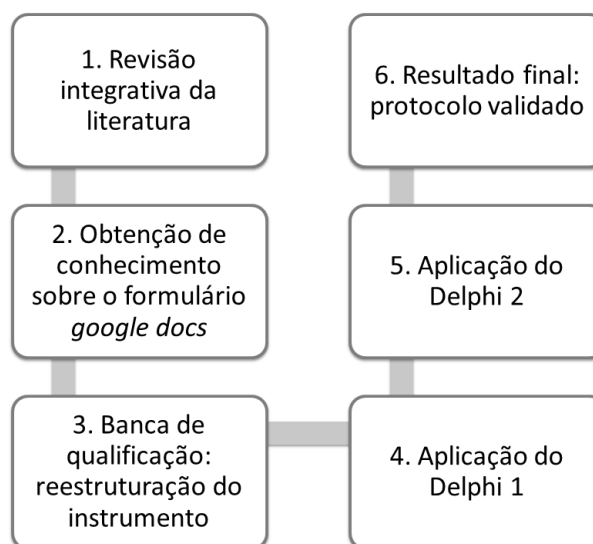
### **Dispositivo tecnológico para validação de conteúdo: o processo de construção**

A construção do dispositivo tecnológico cognominado de “Instrumento de validação de conteúdo do ‘Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva’” ocorreu mediante as etapas (Figura 1).

A **etapa 1** foi constituída a partir da revisão integrativa da literatura para a busca das evidências acerca da temática elencada– cuidado de enfermagem e a segurança do paciente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A pesquisa ocorreu nos Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e no portal do Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (PROQUALIS).

Obteve-se, assim, vinte e uma produções, categorizadas a partir da classificação definida por dez níveis de evidências<sup>(7)</sup>. Posteriormente à síntese das evidências e categorização, iniciou-se a construção da versão inicial, no programa *Microsoft Word*. Essa versão passou por uma análise inicial por uma enfermeira com doutoramento.

**Figura 1** – Etapas de construção do “Instrumento de validação de conteúdo do ‘Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva’”, 2014.



A ferramenta do *google docs* foi apresentada, como uma alternativa para operacionalização da coleta de dados, durante a disciplina do curso de mestrado “Métodos Quantitativos de Produção de Conhecimento”, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Assim, com o intuito de transcrever a versão inicial no formulário do *Google docs*, realizou-se buscas por informações na Rede Mundial de Computadores (*Internet*) acerca de informações sobre a construção do formulário, compondo a **etapa 2**. Essa etapa foi anteparada por déficit de informações, o que levou as autoras à realização de diversas tentativas a fim de obter aprofundamento teórico e prático do formulário.

Após a compreensão da utilização do formulário, procedeu-se a construção final do dispositivo tecnológico, o qual, mais uma vez, passou pela avaliação dos itens por enfermeiros doutores, doutorandos e mestres do Grupo de Pesquisa Laboratório de Investigação do Cuidado, Segurança, Tecnologias em Saúde e Enfermagem.

O dispositivo tecnológico intitulado “Instrumento de validação de conteúdo do ‘Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva (Figura 2)’” foi configurado em 3 campos temáticos: 1) Identificação do juiz; 2) “Tópicos para avaliação do ‘Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva’”, o qual é subdividido em

“Elemento ‘estrutura’ x o cuidado de enfermagem e a segurança do paciente”, “Elemento ‘processo’ x o cuidado de enfermagem e a segurança do paciente” e “Nível de segurança do paciente conforme os elementos "estrutura" e "processo"”; e 3) “Avaliação dos itens conforme as recomendações de Pasquali<sup>(8)</sup>”.

O campo “Identificação do juiz” possibilita traçar o perfil dos juízes a partir das respostas de 10 itens. Os “Tópicos para avaliação do ‘Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva’” foi arranjado por 97 itens, apresentados em questões de múltiplas escolhas e espaços para comentários. Por sua vez, o campo “Avaliação dos itens conforme as recomendações de Pasquali<sup>(8)</sup>”, como o objetivo de avaliar o instrumento conforme os pressupostos de Pasquali<sup>(8)</sup>, foi apresentado em seis itens.

Como parte integrante do curso de mestrado acadêmico, **etapa 3**, as autoras submeteram a banca de qualificação, a qual foi orientada da possibilidade de prejuízos durante o processo de validação, uma vez que o dispositivo tecnológico era extenso e a ferramenta do *Google docs* impossibilita salvar as respostas à medida que são preenchidas, apenas após a conclusão de todos os itens.

Com intuito de contornar essa limitação, o dispositivo tecnológico foi desmembrado em três *Uniform Resource Locators* (URL’s) distintos, correspondendo aos seguintes formulários: 1) “Identificação do juiz”; 2) “Tópicos para avaliação do ‘Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas unidades de terapia intensiva’”; e 3) “Avaliação dos itens conforme as recomendações de Pasquali<sup>(8)</sup>”.

Após essa etapa, encaminharam-se os URL’s e orientações sobre o preenchimento dos formulários aos juízes – selecionados através da Plataforma *Lattes* de Currículos *Lattes*, disponível no portal Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – para início da avaliação, correspondendo à etapa Delphi 1 (**etapa 4**).

A apreciação estatística dos resultados dessa primeira etapa demonstrou que cinco dos 97 itens dos “Tópicos para avaliação do ‘Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva’” não tiveram consenso, culminando na segunda rodada, Delphi 2 (**etapa 5**). Essas duas etapas foram fundamentais para identificar as vantagens e desvantagens dos dispositivos tecnológicos, as quais são apresentadas a seguir.

**Figura 2** – “Instrumento de validação de conteúdo do ‘Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva’” x subdivisão em três formulários, 2014.

CRITÉRIOS	RECOMENDAÇÕES
<b>Fontes dos itens</b>	<b>Literatura:</b> utilização de outros instrumentos que mensuram o conteúdo. <b>OBSERVAÇÃO:</b> Os itens devem corresponder às definições conceituais e às operações.
<b>Critérios para a construção dos itens</b>	<b>Critério de especificidade:</b> Os itens devem descrever uma resposta certa ou errada.
	<b>Critério de simplicidade:</b> deve expressar uma única ideia.
<b>Critérios referentes ao conjunto dos itens</b>	<b>Critério de clareza:</b> o item deve ser compreensível, o que é possível pela utilização de frases curtas, com expressões simples, enunciativas.
	<b>Critério de variedade:</b> f) <b>Variação de linguagem:</b> a padronização dos mesmos termos em todos os itens podem causar confusões e provocar cansaço e monotonia. Exemplo: começar "[...] quase todos os seus 500 itens com a expressão "O item..." (PAQUETI, 1989).
	<b>Critério de tipicidade:</b> formar frases com expressões concisas e temáticas.
	<b>Critério de amplitude:</b> o conjunto dos itens deve cobrir toda a extensão de magnitude da temática.

O instrumento é disponibilizado nos seguintes URL's:

- 1) [https://docs.google.com/forms/d/1ifysNch9fkGvg8o7ki9sWMMwVsRHcoxNS3DC\\_8E38Yg/viewform](https://docs.google.com/forms/d/1ifysNch9fkGvg8o7ki9sWMMwVsRHcoxNS3DC_8E38Yg/viewform)
- 2) [https://docs.google.com/forms/d/1ihvj1UwXTidLnLM0wfAkznDm-fsGxbIXUo4RK\\_tIsSw/viewform](https://docs.google.com/forms/d/1ihvj1UwXTidLnLM0wfAkznDm-fsGxbIXUo4RK_tIsSw/viewform)
- 3) [https://docs.google.com/forms/d/1873JANTo1jKGGwMXO9NyKsLuoDst5i9Nqc\\_8lizrBJo/viewform](https://docs.google.com/forms/d/1873JANTo1jKGGwMXO9NyKsLuoDst5i9Nqc_8lizrBJo/viewform)

## Vantagens e desvantagens do dispositivo tecnológico

A concretização das etapas Delphi 1 e Delphi 2 permitiu constatar as vantagens e desvantagens da utilização do dispositivo tecnológico disponíveis na Internet, em especial, a deste estudo.

Os dispositivos tecnológicos fornecem, como vantagens: 1) para o responsável pela pesquisa: facilidade na organização dos itens e tabulação de dados. A ferramenta *Google docs* possibilita a criação de planilhas com alimentação automática de dados, a medida que são respondidos os itens; e menores chances de perdas das respostas, pela estratégia de

preenchimento “obrigatório” de cada item; e 2) para os juízes: otimização do tempo quanto ao seu preenchimento; apresentação de formulários sem rasuras; e facilidade de manejo do dispositivo tecnológico.

Sobre esses aspectos, estudos demonstram que o auxílio da Internet é cada vez mais popular, devido às vantagens de menores custos; capacidade de atingir públicos específicos; rapidez na aplicação; na ótica do respondente, o dispositivo permite o preenchimento de forma mais conveniente, no local e tempo definido por eles; maior flexibilidade; presença de perguntas obrigatórias; economia de tempo; e facilidade na tabulação de dados, convergindo para os achados deste estudo<sup>(9-10)</sup>.

No entanto, frente a essas vantagens, autores alertam que para cada método existem desvantagens, sendo imprescindível a elaboração de estratégias para contorná-los<sup>(9)</sup>.

Dentre as principais desvantagens, a literatura aponta a falta de habilidade dos respondentes; dependência da tecnologia – o sucesso do preenchimento do instrumento depende do tipo de configuração de conexão com a internet e configuração do computador –; e baixa taxa de resposta<sup>(10)</sup>.

As principais desvantagens vivenciadas neste estudo foram a dependência de uma conexão de Internet e configuração adequada dos computadores dos juízes e a taxa de resposta que, em alguns formulário, foi alta e em outros, baixa.

Sobre a primeira desvantagem, criou-se a estratégia de divisão do dispositivo tecnológico em três formulários, já supracitado, somado a orientação aos juízes dessa limitação do dispositivo. Essa estratégia, no entanto, levou a discrepância no número de respostas, pois os formulários não eram interdependentes.

Dessa forma, obteve-se, por exemplo, no primeiro formulário, “Identificação do juiz”, 14 respostas e nos demais, “Tópicos para avaliação do ‘Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva’” e “Avaliação dos itens conforme as recomendações de Pasquali<sup>(8)</sup>”, apenas nove. Acredita-se que os fatores da Internet e configuração do computador contribuíram com tais resultados, uma vez que se evidenciaram na planilha respostas idênticas enviadas duas vezes. Articulado a isso, a extensão do instrumento pode ter contribuído negativamente para este aspecto, desmotivando os juízes para o preenchimento completo de todo o dispositivo, ou seja, dos três formulários.

Outra dificuldade enfrentada foi a resistência, por parte dos juízes, para o cumprimento de recomendações. No momento de disponibilização dos URL’s para início do processo de validação, foram orientados alguns procedimentos – a notificação do juiz quanto ao recebimento do envelope; preenchimento obrigatório dos três formulários constituintes do



instrumento; e notificação a mestranda quanto a finalização do seu preenchimento—, objetivando contornar as limitações já apresentadas da ferramenta. Apenas nove (9) seguiram todas as etapas, constituindo, assim, a amostra da etapa Delphi 1.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O dispositivo tecnológico, construído a partir dos aplicativos do *Google drive*, é uma importante ferramenta de coleta de dados e, especialmente, de validação de conteúdo de instrumentos.

Mesmo diante de algumas limitações, o “Instrumento de validação de conteúdo do ‘Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva’” possibilitou a validação de conteúdo dos 96 dentre o conjunto de 97 itens. Um item não obteve consenso e a ausência de sugestões para o mesmo impossibilitou a realização da terceira rodada, que seria denominada **Delphi 3**.

A experiência demonstrou, portanto, que os dispositivos tecnológicos, destacando o apresentado, correspondem a uma ferramenta útil para os processos de validação. No entanto, alerta-se para a necessidade de aperfeiçoamento e de novas estratégias que anteparem os obstáculos apresentados.

## REFERÊNCIAS

1. Chaves ECL, Carvalho EC, Rossi LA. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipo, modelos e componentes validados. Rev Eletr Enferm[periódico na internet]. 2008 [acesso em 25 jan 2014];10(2):513-20. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/8063>
2. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2004.
3. Queijo AF. Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva. São Paulo (SP). Dissertação. [Mestrado em Enfermagem] - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.
4. Spínola AWP. Delfos: proposta tecnológica alternativa. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública; 1984.

5. Moysés GLR, Moori RG. Coleta de dados para a pesquisa acadêmica: um estudo sobre a elaboração, a validação e a aplicação eletrônica de questionário[internet]. 2007 [acesso em 17 jan 2014]. Disponível em:[http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2007\\_TR660483\\_9457.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2007_TR660483_9457.pdf)
6. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012 [legislação na internet]. Brasília; 2013[acesso em 25 jun 2014]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
7. Cavalcanti YW, Freires IA, Carreiro Júnior E, Gonçalves DT, Morais FR, Lira-Júnior R et al. Determinação do Nível de Evidência Científica de Artigos sobre Prótese Total Fixa Implanto-Suportada. *Rev Bras Ciênc Saúde*2011;14(4):45-50.
8. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev Psiquiatr Clín* 1998;25(5):206-13.
9. Malhotra NK. *Pesquisa de Marketing: uma orientação*. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Bookman; 2006.
10. Gonçalves DIF. Pesquisas de marketing pela internet: As percepções sob a ótica dos Entrevistados. *Rev Administração Mackenzie* [periódico na internet]. 2008 [acesso em 25 jan 2014];9(7):70-88. Disponível em:<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/RAM/article/view/201/201>

#### **5.4 Artigo 4: Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva**

Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva

Kisna Yasmin Andrade Alves<sup>2</sup>, Viviane Euzébia Pereira Santos<sup>2</sup>.

1. Recorte extraído da dissertação de mestrado intitulada: “Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente em unidades de terapia intensiva”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2014.

2. Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

Endereço para correspondência: Viviane Euzébia Pereira Santos  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem. Campus Universitário, BR 101, Lagoa nova, CEP: 59072-970. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Telefone: +55 84 3215-3124. E-mail: [vivianeepsantos@gmail.com](mailto:vivianeepsantos@gmail.com).

### Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva

Resumo: Objetivo principal: descrever o conteúdo indispensável para um protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente na Unidade de Terapia Intensiva. Metodologia: estudo metodológico, para validação de conteúdo do “Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva”. A validação de conteúdo foi concretizada pela participação de juízes, localizados através dos currículos *Lattes*, desenvolvida em duas etapas: Delphi 1 e Delphi 2. Como instrumento, utilizou-se o formulário eletrônico do *Google docs*. Resultados principais: apresenta-se o protocolo validado em seu conteúdo e, portanto, competente para auxiliar gestores, gerentes e profissionais da saúde nos processos de avaliação do cuidado de enfermagem e as segurança do paciente na Unidade de Terapia Intensiva. Conclusão principal: conclui-se a validade do protocolo e espera-se que esse protocolo possa auxiliar os processos avaliativos na perspectiva da segurança do paciente na Unidade de Terapia Intensiva. Palavras-chave: Enfermagem; Segurança do paciente; Terapia intensiva; Estudos de Validação.

### Protocolo de evaluación de la atención de enfermería y seguridad de pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos

Resumen: Objetivo principal: describir el contenido esencial para protocolo de evaluación de la atención de enfermería y seguridad del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos. Metodología: estudio metodológico para validación de contenido del "Protocolo de evaluación de atención de enfermería y seguridad de pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos". La validación de contenido se logró por la participación de jueces, localizados a través de currículos *Lattes*, desarrollada en dos etapas: Delphi 1 y Delphi 2. Como herramienta, se utilizó el formulario electrónico de *Google Docs*. Resultados principales: protocolo validado en su contenido y competente para ayudar a gestores, gerentes y profesionales de la salud en los procesos de evaluación de la atención de enfermería y seguridad del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos. Conclusión principal: validez del protocolo, se espera que este protocolo pueda auxiliar procesos evaluativos en la perspectiva de la seguridad del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos. Palabras clave: Enfermería; Seguridad del paciente; Cuidados intensivos; Estudios de Validación.

### Evaluation protocol of nursing care and patient safety in Intensive Care Units

Main objective: To describe the essential content for an evaluation protocol of nursing care and patient safety in the Intensive Care Unit. Method: a methodological study for the content validation of the “Evaluation protocol of nursing care and patient safety in Intensive Care Units.” The content validation happened through the participation of judges, located from the *Lattes* curricula, and took place in two stages: Delphi 1 and Delphi 2. We used the electronic form of *Google docs* as instrument. As for the main results, we present the validated protocol in its content and, therefore, able to assist managers, directors and health professionals in the assessment of nursing care and patient safety in the Intensive Care Unit. Main Conclusion: we conclude the validity of the protocol and expect that it can help the evaluation processes from the perspective of patient safety in the Intensive Care Unit. Keywords: Nursing; Patient safety; Intensive care; Validation Studies.

## Introdução

A avaliação é um componente inerente ao planejamento. Essa ação nos espaços de saúde deve ser direcionada aos pilares da assistência técnica, dos conhecimentos científicos e das questões de satisfação do paciente e do profissional. Para tal aspecto, tem-se a tríade estrutura-processo-resultado<sup>(1-2)</sup>.

São elementos da tríade estrutura-processo-resultado: 1) “estrutura”, referente aos atributos em que o cuidado é realizado, levando em consideração, portanto, recursos materiais e humanos e a estrutura organizacional; 2) “processo”, representado pelas ações de cuidado da equipe de profissionais e usuários; e 3) “resultado”, efeitos do cuidado sobre a saúde da população<sup>(1-2)</sup>.

A avaliação enfatiza a efetividade, a eficiência e a otimização dos serviços e procedimentos, seguindo os pressupostos da pesquisa avaliativa, ou seja, elaborado mediante procedimentos científicos<sup>(1-2)</sup>. Partindo dessa concepção, é um processo característico dos princípios donabedianos a transformação de *guidelines* – instrumentos com os mesmos princípios e objetivos dos protocolos – em criteriosos padrões de qualidade para um serviço<sup>(3)</sup>. Os protocolos, também intitulados “protocolos de cuidado à saúde”, oferecem metas, com detalhadas orientações e recomendações sistemáticas para a padronização de cuidado<sup>(4-6)</sup>.

Trata-se de uma inovação tecnológica, pois são produtos de um processo de concepção e agregação de novas funcionalidades ou características de determinado produto ou método de produção, visando melhorias na qualidade<sup>(7)</sup>, podendo ser classificados em três tipos: 1) protocolos clínicos, compreendido como um instrumento norteador das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde; 2) protocolos de organização, que concernem às atividades de gestão, contemplando a organização do trabalho, o fluxo dos serviços em rede, às interconexões das unidades de saúde e demais níveis de assistência e outras instituições sociais, sendo o foco deste estudo; e 3) protocolos mistos, instrumentos que apresentam características dos dois tipos de protocolos citados<sup>(8)</sup>.

O presente estudo trata de um “protocolo de organização” construído e validado o seu conteúdo para avaliar o cuidado de enfermagem e a segurança do paciente (SP) nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). A temática da segurança do paciente na UTI é relevante e, por esta característica, é fundamental a disseminação de conhecimentos acerca dessa temática, bem como de estratégias que possam minimizar os altos índices de eventos adversos (EA) presentes nesses ambientes. Essas características justificam a construção deste estudo, uma vez que se tem como objetivo descrever o conteúdo indispensável para um protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente na UTI.

## Metodologia

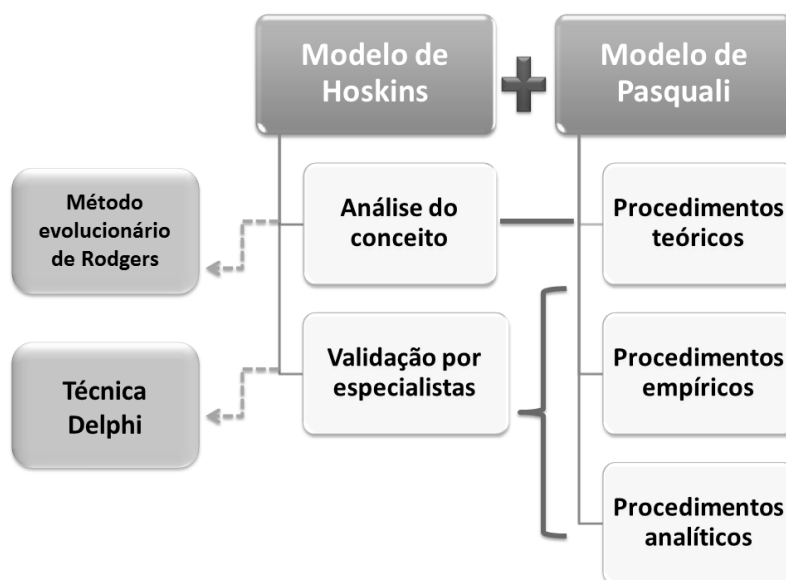
Trata-se de um estudo metodológico para validação de conteúdo do “Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas UTIs”, aprovado pelo Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN, nº 461.246, de 1 de novembro de 2013, sob CAAE nº 19586813.2.0000.5537.

A figura 1 esquematiza as etapas metodológicas do estudo. Foi utilizada a combinação dos modelos metodológicos de Hoskins e Pasquali, isso porque se constatou semelhanças de métodos o que permitiu associações: 1) a análise do conceito de Hoskins e os procedimentos teóricos de Pasquali; e 2) a validação por especialistas de Hoskins e os procedimentos teóricos, empíricos e analíticos de Pasquali.

Para subsidiar as duas associações, foram utilizados os métodos revolucionários de Rodgers e a técnica de Delphi. Este estudo apresenta, em especial, os resultados obtidos no

processo de Delphi, que corresponde ao um processo grupal para comparar e direcionar o julgamento de juízes para um consenso a respeito de determinado fenômeno<sup>(9)</sup>.

Figura 1: Etapas metodológicas e combinações de modelos adotados na pesquisa, 2014.



A seleção dos juízes ocorreu de forma intencional, através da Plataforma *Lattes* do Currículos *Lattes*, disponível no portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), mediante os critérios de inclusão e exclusão: ser doutor ou mestre em enfermagem, com tese/dissertação na área de interesse – cuidado de enfermagem na terapia intensiva e os seus aspectos referentes à SP; ter artigo publicado sobre a área de interesse; e ter experiência profissional em UTI, atual ou passada, como integrante do quadro de recursos humanos do serviço de saúde ou como docente de instituição de ensino, de, no mínimo, um ano.

A amostra inicial foi constituída pelos 30 primeiros pesquisadores enquadrados nos critérios apresentados. No primeiro contato eletrônico, encaminhou-se o convite e a apresentação do estudo. Dos 30 juízes, 15 (50%) aceitaram participar da pesquisa. Para esse grupo foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e as orientações para o preenchimento do instrumento.

Foram excluídos os juízes que não cumpriram com uma das etapas metodológicas de validação de conteúdo, como o envio da resposta de participação, a devolução do TCLE.

O processo de validação de conteúdo – adequação do instrumento por juízes para que o mesmo possa representar o conteúdo a que se destina medir<sup>(10)</sup> – ocorreu através de duas etapas Delphi 1 e Delphi 2, realizadas nos meses de novembro e dezembro de 2013 e na primeira quinzena de janeiro de 2014, respectivamente.

O dispositivo tecnológico utilizado “Instrumento de validação de conteúdo do ‘Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva’”, construído a partir do formulário eletrônico do *Google docs*, um aplicativo do *Google drive*. É constituído por 114 questões, distribuídas da seguinte forma: 1) “Identificação do juiz” com 10 itens; 2) “Tópicos para avaliação do ‘Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva’”

arranjado em 98 itens; e 3) “Avaliação dos itens conforme as recomendações de Pasquali<sup>(11)</sup>”, apresentado em seis itens.

É válido destacar que os itens do instrumento correspondem aos níveis de evidências resultante da revisão integrativa da literatura realizada no mês de agosto de 2013, no Banco de Teses da CAPES e no portal do PROQUALIS.

O campo “Tópicos para avaliação do ‘Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva’” apresenta evidências estruturadas a partir dos elementos “estrutura” e processo” da tríade estrutura-processo-resultado e pelos principais eventos adversos e/ou condições que os tornam propícios.

Para o julgamento do instrumento, os juízes assinalaram “concordo” ou “discordo” para cada item e determinavam o grau de importância para o protocolo – se “muito importante”, “importante” e “sem importância”.

Na etapa Delphi 1, nove juízes participaram da avaliação, o que corresponde a 60% do quantitativo que aceitou o convite. O prazo para a concretização da etapa foi de 30 dias.

Após avaliação dos resultados, mediante Índice de Validade de Conteúdo (IVC) de todo o instrumento e consenso de Delphi para cada item (considerados válidos IVC > 0,78 e Delphi > 70%), cinco itens (itens 2, 47, 53, 59 e 84) não obtiveram consenso superior a 70%, iniciando, portanto a etapa Delphi 2.

Para esta etapa, foram reformuladas as questões, conforme sugestões e, em seguida, reenviadas para os nove juízes, os quais iniciaram o processo de julgamento dos itens em instrumento, também construído no *Google docs*, entretanto somente seis juízes responderam esta etapa.

Ao final do processo, obteve-se o “Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva”.

## Resultados

Os principais resultados serão apresentados conforme a disposição do “Instrumento de validação de conteúdo do ‘Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva’”. Assim, tem-se 3 campos temáticos: 1) Identificação do juiz; 2) “Tópicos para avaliação do ‘Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva’”, o qual é subdividido em “Elemento ‘estrutura’ x o cuidado de enfermagem e a segurança do paciente”, “Elemento ‘processo’ x o cuidado de enfermagem e a segurança do paciente” e “Nível de segurança do paciente conforme os elementos ‘estrutura’ e ‘processo’”; e 3) “Avaliação dos itens conforme as recomendações de Pasquali<sup>(11)</sup>”.

### Identificação do juiz

Foram selecionados para compor a amostra inicial os 30 primeiros juízes com informações do currículo *Lattes* coerentes com os critérios de inclusão e exclusão. Desses, 15 (50%) aceitaram participar da pesquisa, respondendo positivamente a carta/convite.

Assim, a primeira etapa da análise dos itens do “Instrumento de validação de conteúdo do ‘Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva’”, Delphi 1, foi direcionada aos 15 juízes. Desses, nove seguiram todas as etapas, constituindo a amostra final dessa etapa. A tabela 1 apresenta o perfil dos juízes.

Dentre as instituições de ensino superior de conclusão de doutorado destaca-se Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (4; 45%); Escola de Enfermagem de

Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (1; 11%); Universidade Federal da Bahia (1; 11%); Universidade Federal de Santa Catarina (1; 11%); Universidade Federal de São Paulo (1; 11%); e Faculdade de Saúde Pública da USP (1; 11%).

Quanto ao quesito “Tipo de serviço de saúde de atuação profissional (atual e/ou passada)”, 78% (n=7) dos juízes referiram atuar/atuarem em instituições privadas; 33% (n=3), em instituições públicas; e 11% (n=1), em instituições filantrópicas.

Tabela 1: Perfil dos juízes do processo de validação do “Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva”, 2014.

Caracterização	Total	
	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	9	100,00
Masculino	0	0,00
<b>Idade</b>		
21 – 30 anos	0	0,00
31 – 40 anos	5	56,00
41 – 50 anos	3	33,00
51 – 60 anos	1	11,00
<b>Anos de conclusão de graduação</b>		
0 – 10 anos	2	22,00
11 – 20 anos	3	33,00
21 – 30 anos	4	45,00
<b>Anos de conclusão de mestrado</b>		
0 – 10 anos	6	67,00
11 – 20 anos	3	33,00
<b>Anos de conclusão de doutorado</b>		
0 – 10 anos	8	89,00
11 – 20 anos	1	11,00
<b>Anos de assistência</b>		
0 – 10 anos	4	44,00
11 – 20 anos	4	44,00
21 – 30 anos	1	12,00

### “Tópicos para avaliação do ‘Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva’”

O campo temático “Tópicos para avaliação do ‘Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva’” foi constituído por 97 itens. A primeira etapa de avaliação, Delphi 1, obteve-se o consenso superior a 70% em 92 itens.

O tópico “Elemento “estrutura” x o cuidado de enfermagem e a segurança do paciente” é constituído por 24 itens. Destes, aproximadamente 96% (n=23) obtiveram consenso (Tabela 2). O item 2, com valores de Delphi 1/concordo de 44,44% (n=4) e Delphi 1/discordo de 55,56% (n=5), foi submetido para a nova avaliação na técnica de Delphi 2.

Tabela 2: Delphi 1 e grau de importância do Elemento “estrutura” x o cuidado de enfermagem e a segurança do paciente, 2014.

Item	Concordo		Discordo		Grau de importância (%) <sup>*</sup>		
	N	%	n	%	S.I	I	M.I
1. Cada leito de UTI deve estar em conformidade com a Resolução RDC/ ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 e pela Consulta	8	88,89	1	11,11	0,00	11,11	88,89



Pública/ANVISA nº 21, de 27 de abril de 2006.										
2. Existência de pias, no quantitativo de uma para cada dez leitos, com torneira de acionamento automático.	4	44,44	5	55,56	0,00	0,00	100,00			
3. Distribuição dos leitos favorecendo a visualização dos pacientes.	9	100,00	0	0,00	11,11	44,44	44,44			
4. Campanha ao alcance do paciente.	9	100,00	0	0,00	0,00	22,22	77,78			
5. Limpeza da unidade do paciente e dos objetos que compõem o leito.	8	88,89	1	11,11	11,11	0,00	88,89			
6. Lençóis e roupa em número suficiente para a demanda.	9	100,00	0	0,00	0,00	44,44	55,56			
7. Camas com cabeceiras removíveis, grades laterais elevadas e rodas travadas.	9	100,00	0	0,00	0,00	0,00	100,00			
8. Protocolo de prevenção de quedas disponível no setor.	9	100,00	0	0,00	0,00	0,00	100,00			
9. Preparação alcóolica para as mãos disponível através de dispensadores fixados nas paredes do leito, frascos fixados na cama, mesa de cabeceira, carrinhos de curativos e de medicamentos e frascos individuais de bolso.	9	100,00	0	0,00	0,00	22,22	77,78			
10. Acesso, contínuo, a sabonete líquido, papel toalha e água.	9	100,00	0	0,00	0,00	11,11	88,89			
11. Pulseira branca para identificação do paciente, em letras legíveis, compelo menos dois identificadores: nome completo do paciente; nome completo da mãe do paciente; data de nascimento do paciente; e/ ou nº de prontuário.	8	88,89	1	11,11	0,00	11,11	88,89			
12. Placas de identificação do paciente, contendo pelo menos dois identificadores (ver item 11).	9	100,00	0	0,00	0,00	22,22	77,78			
13. Distribuição de medicamentos em dose unitária e embalados individualmente, contendo rótulos.	9	100,00	0	0,00	0,00	11,11	88,89			
14. Remoção de frascos de cloreto de potássio e de outros eletrólitos concentrados dos postos de enfermagem.	8	88,89	1	11,11	0,00	44,44	55,56			
15. Equipos coloridos para dieta e posicionamento do frasco desta acima da cabeceira do paciente.	9	100,00	0	0,00	0,00	0,00	100,00			
16. Disponibilização rápida de informações acerca de novos medicamentos ou aqueles não padronizados.	9	100,00	0	0,00	0,00	33,33	66,67			
17. Controle de ruídos no setor de preparo de medicamentos.	9	100,00	0	0,00	0,00	33,33	66,67			
18. Código de leitura por máquinas para o processo de dispensação e preparo de medicamentos.	8	88,89	1	11,11	11,11	33,33	55,56			
19. Cateteres, sondas e seringas que previnam conexões incorretas ou desconexão acidental.	9	100,00	0	0,00	0,00	22,22	77,78			
20. Postos de enfermagem com protocolos para solução endovenosa, de drogas de alto risco – insulina, heparina, amins vasoativas, cloreto de potássio, narcóticos, bloqueadores neuromuscular, etc. -, bem como de normas e rotinas.	9	100,00	0	0,00	0,00	11,11	88,89			
21. Fornecimento de formulário de notificação de eventos adversos no setor.	9	100,00	0	0,00	0,00	33,33	66,67			
22. Prescrição de enfermagem para todos os pacientes.	9	100,00	0	0,00	0,00	11,11	88,89			
23. Quantitativo da equipe de enfermagem conforme recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, através da RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010.	8	88,89	1	11,11	0,00	22,22	77,78			

24. Oferta da instituição de saúde de capacitações profissionais.	9	100,00	0	0,00	0,00	22,22	77,78
---	---	--------	---	------	------	-------	-------

\*(S.I) – sem importância; (I) – importante; (M.I) – muito importante.

Já o tópico “Elemento ‘processo’ x o cuidado de enfermagem e a segurança do paciente”, os resultados referentes às temáticas da “Segurança do paciente x identificação do paciente”; “Segurança do paciente x Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)”; “Segurança do paciente x registro de enfermagem”; “Segurança do paciente x higiene e conforto do paciente”; “Segurança do paciente x cuidados com drenos, ostomias, coletores, equipos e sondas”; e “Segurança do paciente x oxigenação e ventilação do paciente” obtiveram-se os treze itens com consenso superior aos 70% (Tabela 3).

Tabela 3: Delphi 1 e grau de importância da “Segurança do paciente x identificação do paciente”; “Segurança do paciente x Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)”; “Segurança do paciente x registro de enfermagem”; “Segurança do paciente x higiene e conforto do paciente”; “Segurança do paciente x cuidados com drenos, ostomias, coletores, equipos e sondas”; e “Segurança do paciente x oxigenação e ventilação do paciente”, 2014.

Item	Concordo		Discordo		Grau de importância (%)*		
	n	%	N	%	S.I	I	M.I
25. Identificação do paciente antes de qualquer procedimento de enfermagem.	9	100,00	0	0,00	0,00	0,00	100,00
26. Utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).	9	100,00	0	0,00	0,00	33,33	66,67
27. Presença de registros de enfermagem descritivos em cada plantão, com os seguintes itens: registros de admissão; data, horário, n. ° COREN e assinatura; prescrição de enfermagem; prestação de cuidados de enfermagem e de observação dos sinais e sintomas do paciente; indicação de quem prestou o cuidado; registro de alta, transferência, procedimentos de enfermagem, intercorrências ou evolução de lesões cutâneas; presença de condições emocionais do paciente e de ações relacionadas ao atendimento das necessidades psicobiológicas.	9	100,00	0	0,00	0,00	0,00	100,00
28. Registro de um exame físico por período, sinais vitais e balanço hídrico.	9	100,00	0	0,00	0,00	44,44	55,56
29. Realização, contínua, de higiene corporal e conforto do paciente.	8	88,89	1	11,11	0,00	33,33	66,67
30. Troca dos equipos de dieta a cada 24 horas e limpeza desses.	8	88,89	1	11,11	0,00	44,44	55,56
31. Presença de curativos ou coletor adequado em dreno de penrose.	9	100,00	0	0,00	0,00	33,33	66,67
32. Posicionamento adequado e manutenção da pressão negativa em dreno de porta-vácuo.	9	100,00	0	0,00	0,00	44,44	55,56
33. Adequado enchimento e posicionamento de ostomias e bolsas coletoras.	8	88,89	1	11,11	11,11	33,33	55,56
34. Adequado posicionamento de sonda nasogástrica/ nasoenteral.	9	100,00	0	0,00	0,00	22,22	77,78
35. Adequada fixação da sonda vesical de demora.	9	100,00	0	0,00	0,00	11,11	88,89
36. Proteção e manutenção adequada de inaladores; bem como instalação e troca adequada dos nebulizadores.	9	100,00	0	0,00	0,00	22,22	77,78
37. Ausência de secreção em traqueostomia, bem como a renovação do curativo.	9	100,00	0	0,00	0,00	0,00	100,00

\*(S.I) – sem importância; (I) – importante; (M.I) – muito importante.

As temáticas “Segurança do paciente x úlcera por pressão” e “Segurança do paciente x queda” apresentam nove itens, todos com consenso pela técnica de Delphi (Tabela 4).

Tabela 4: Delphi 1 e grau de importância da “Segurança do paciente x úlcera por pressão” e “Segurança do paciente x queda”, 2014.

Item	Concordo		Discordo		Grau de importância (%)*		
	N	%	n	%	S.I	I	M.I
38. Inspeção da pele e avaliação do risco para a úlcera por pressão (UPP) na admissão de todos os pacientes, atentando para os aspectos da umidade; mobilidade; incontinência; déficit sensitivo; e estado nutricional.	9	100,00	0	0,00	0,00	0,00	100,00
39. Reavaliação do risco de desenvolvimento de UPP a cada 24 ou 48 horas, ou quando a condição clínica do paciente mudar ou deteriorar.	9	100,00	0	0,00	0,00	0,00	100,00
40. Utilização da escala de Braden para avaliação admissional e reavaliação diária.	9	100,00	0	0,00	0,00	33,33	66,67
41. Redistribuição da pressão, em especial sobre as proeminências ósseas, através: superfícies de apoio específicas, como colchões, camas e almofadas; posicionamento à 30° na posição de semi-Fowler; usar forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover pacientes acamados durante transferência e mudança de decúbito, objetivando evitar a fricção ou forças de cisalhamento.	9	100,00	0	0,00	0,00	11,11	88,89
42. Reposicionamento de decúbito a cada duas horas.	9	100,00	0	0,00	0,00	22,22	77,78
43. Avaliação do risco de queda, utilizando escalas, como a Escala de Morse.	9	100,00	0	0,00	0,00	11,11	88,89
44. Reavaliação do risco de queda dos pacientes nas seguintes situações: transferência de setor, mudança do quadro clínico, episódio de queda durante a internação ou na identificação de outro fator de risco.	9	100,00	0	0,00	0,00	0,00	100,00
45. Comunicação entre a equipe, o paciente e o familiar sobre o surgimento de risco de queda, bem como o seu registro no prontuário.	9	100,00	0	0,00	0,00	0,00	100,00
46. Identificação, através de sinalizações visuais, do risco de queda.	9	100,00	0	0,00	0,00	11,11	88,89

\*(S.I) – sem importância; (I) – importante; (M.I) – muito importante.

Dos 17 itens que compuseram a “Segurança do paciente x higienização das mãos e uso de luvas”, três (18%) obtiveram consenso inferior à 70%, sendo, portanto, incluídos para a realização do Delphi 2 (Tabela 5).

Tabela 5: Delphi 1 e grau de importância da “Segurança do paciente x higienização das mãos e uso de luvas”, 2014.

Item	Concordo		Discordo		Grau de importância (%)*		
	N	%	n	%	S.I	M.I	M.I
47. Os visitantes devem lavar as mãos em pia exclusiva e utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI's).	5	55,56	4	44,44	0,00	55,56	44,44

48. Realização dos “5 momentos”: higienizar as mãos antes de tocar o paciente; antes de realizar procedimento limpo ou asséptico; após o risco de exposição a fluidos corporais; após tocar o paciente; e após tocar superfícies próximas do paciente.	9	100,00	0	0,00	0,00	0,00	100,00
49. Higienização das mãos ao se mover de um sítio contaminado para outro, durante o cuidado a um paciente.	8	88,89	1	11,11	11,11	22,22	66,67
50. Higienização das mãos após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas.	9	100,00	0	0,00	0,00	0,00	100,00
51. Higienização das mãos ao manusear um dispositivo invasivo, independentemente do uso ou não de luvas.	9	100,00	0	0,00	0,00	0,00	100,00
52. Antissepsia da pele com álcool à 0.7%.	8	88,89	1	11,11	11,11	33,33	55,56
53. Higiene simples das mãos com água e sabonete comum, sob a forma líquida, com a duração mínima de 40 a 60 segundos.	6	66,67	3	33,33	22,22	11,11	66,67
54. Higiene antisséptica das mãos com água e antisséptico degermante, com duração mínima de 40 a 60 segundos.	8	88,89	1	11,11	11,11	11,11	77,78
55. Fricção antisséptica das mãos deve ser realizada com preparação alcoólica, sem a necessidade de enxague em água ou secagem com papel toalha ou outros equipamentos e ter duração, mínima, de 20 a 30 segundos.	8	88,89	1	11,11	0,00	22,22	77,78
56. Secagem adequada das mãos deve ser considerada como parte integrante de lavagem das mãos e fator crítico de determinação de nível de transferência bacteriana.	9	100,00	0	0,00	0,00	22,22	77,78
57. Atenção para a recontaminação das mãos lavadas e secas.	9	100,00	0	0,00	0,00	33,33	66,67
58. Utilização de luvas nos casos de contato com sangue, líquidos corporais, mucosas e pele não íntegra de pacientes.	8	88,89	1	11,11	11,11	0,00	88,89
59. Utilização de luvas como forma de precaução de contato de um paciente para o outro.	6	66,67	3	33,33	22,22	22,22	55,56
60. As luvas devem ser trocadas de um paciente para o outro.	9	100,00	0	0,00	0,00	0,00	100,00
61. As luvas devem ser trocadas durante a mudança de um sítio corporal contaminado para outro limpo.	9	100,00	0	0,00	0,00	22,22	77,78
62. Higienização das mãos antes e após o uso de luvas.	9	100,00	0	0,00	0,00	0,00	100,00
63. O contato com superfícies e materiais quando estiver com luvas deve ser evitado.	7	77,78	2	22,22	0,00	22,22	77,78

\*(S.I) – sem importância; (I) – importante; (M.I) – muito importante.

A temática “Segurança do paciente x terapia medicamentosa e nutrição parenteral”, por sua vez, teve os 20 itens avaliados com consenso superior ao estabelecido. O item 84, com consenso Delphi 1/concordo de 66,67%, participou da segunda etapa de avaliação, Delphi 2 (Tabela 6).

Tabela 6: “Segurança do paciente x terapia medicamentosa e nutrição parenteral”, 2014.

Item	Concordo		Discordo		Grau de importância (%)*		
	N	%	n	%	S.I	I	M.I
64. Utilização dos “nove certos na administração de medicamentos”: 1) paciente certo, 2) medicamento certo, 3) via certa, 4) hora certa, 5)	9	100,00	0	0,00	0,00	0,00	100,00

dose certa, 6) registro certo, 7) ação certa, 8) forma certa e 9) resposta certa.							
65. Implementação de medidas de preparo de medicação com elevada concentração.	9	100,00	0	0,00	0,00	11,11	88,89
66. A prescrição hospitalar deve ser em formulário institucional e conter, no mínimo, o nome do hospital; nome completo do paciente; número do prontuário ou registro do atendimento; leito; serviço; enfermaria/apartamento; data; e andar/ala.	7	77,78	2	22,22	11,11	22,22	66,67
67. A prescrição hospitalar deve apresentar as seguintes informações do prescritor, em letra legível: o nome completo, n° de registro do conselho profissional e assinatura.	9	100,00	0	0,00	0,00	0,00	100,00
68. Utilização de prescrições digitadas e eletrônicas para garantia da legibilidade.	9	100,00	0	0,00	0,00	11,11	88,89
69. Utilização de prescrição de medicamentos sem o uso de abreviaturas.	9	100,00	0	0,00	0,00	11,11	88,89
70. Elaboração, formalização e divulgação de lista para padronização de abreviaturas.	8	88,89	1	11,11	0,00	22,22	77,78
71. As prescrições devem destacar as situações de alergias relacionadas pelo paciente, familiares e/ou cuidadores.	9	100,00	0	0,00	0,00	11,11	88,89
72. Adoção de dupla checagem dos medicamentos (na farmácia e no momento do recebimento pela enfermagem).	9	100,00	0	0,00	0,00	22,22	77,78
73. Desinfecção da pele com antissépticos à base de álcool (ex.: álcool a 70% ) antes da inserção de cateteres intravasculares, por 30 segundos.	8	88,89	1	11,11	0,00	0,00	100,00
74. Utilização de luvas e da técnica “sem toque” (“non-touch”) para a inserção de cateter intravascular periférico após a antisepsia da pele.	8	88,89	1	11,11	11,11	11,11	77,78
75. Substituição dos curativos de cateteres venosos centrais, feitos com gazes, a cada 2 dias.	2	22,22	7	77,78	11,11	44,44	44,44
76. Substituição dos curativos transparentes de cateteres venosos centrais a cada 7 dias.	8	88,89	1	11,11	0,00	33,33	66,67
77. Preferência de localização de punção venoso periférica, em adulto, nos membros superiores.	9	100,00	0	0,00	0,00	44,44	55,56
78. Inspeção e palpação, diária, do local de inserção do cateter, caso seja usado um curativo transparente.	9	100,00	0	0,00	0,00	22,22	77,78
79. Desinfecção de acessos para injeção IV e torneiras de três vias com álcool a 70%.	9	100,00	0	0,00	0,00	11,11	88,89
80. Substituição dos cateteres venosos periféricos a cada 72 horas a 96 horas em adultos.	8	88,89	1	11,11	11,11	33,33	55,56
81. Cateteres venosos periféricos podem ser mantidos por períodos mais longos, nos pacientes com dificuldades de acesso, desde que realizado o monitoramento contínuo do local de inserção.	7	77,78	2	22,22	11,11	22,22	66,67
82. Lavagem do acesso venoso com um flush de solução salina normal.	7	77,78	2	22,22	11,11	55,56	33,33
83. Conclusão de administração de soluções contendo lipídios até 24 horas após o início.	9	100,00	0	0,00	0,00	11,11	88,89
84. Desinfecção de acessos para injeção IV, torneiras de três vias, dispositivos de injeção IV sem agulha ou locks de heparina com álcool a 70%, clorexidina a 2% ou iodóforo antes do acesso.	6	66,67	3	33,33	11,11	33,33	55,56

\*(S.I) – sem importância; (I) – importante; (M.I) – muito importante.

Na temática “Segurança do paciente x hemocomponentes”, constituída por onze itens, obteve-se o consenso de todos (Tabela 7).

Tabela 7: Delphi 1 e grau de importância da “Segurança do paciente x hemocomponentes”, 2014.

Item	Concordo		Discordo		Grau de importância (%)*		
	n	%	n	%	S.I	I	M.I
85. Infusão de concentrado de hemácias no tempo de 60 a 120 minutos em pacientes adultos.	9	100,00	0	0,00	0,00	55,56	44,44
86. Infusão de concentrados de plaquetas no tempo de 30 min em pacientes adultos.	8	88,89	1	11,11	0,00	44,44	55,56
87. Infusão de plasma no tempo de 60 min em pacientes adultos.	9	100,00	0	0,00	0,00	44,44	55,56
88. Infusão de crioprecipitado deve transfundido imediatamente, após o descongelamento.	9	100,00	0	0,00	0,00	44,44	55,56
89. Confirmação da identificação do paciente DUAS vezes antes de iniciar a infusão.	8	88,89	1	11,11	0,00	22,22	77,78
90. Os hemocomponentes devem ser mantidos por, no máximo, 30 minutos em temperatura ambiente antes de iniciar a infusão.	8	88,89	1	11,11	11,11	33,33	55,56
91. Aferição de sinais vitais antes da infusão de hemocomponentes.	9	100,00	0	0,00	0,00	11,11	88,89
92. Infusão de hemocomponentes em via exclusiva.	9	100,00	0	0,00	0,00	0,00	100,00
93. Avaliação da permeabilidade do cateter para infusão de hemocomponentes e a presença de complicações - flebite, infiltração, etc.	9	100,00	0	0,00	0,00	0,00	100,00
94. Infusão de solução salina após a transfusão de hemocomponentes.	8	88,89	1	11,11	0,00	22,22	77,78
95. Infusão de hemocomponentes na presença de um ou mais sinais de reação adversa deve ser interrompida.	9	100,00	0	0,00	0,00	0,00	100,00

\*(S.I) – sem importância; (I) – importante; (M.I) – muito importante.

E por fim, a tabela 8, apresenta os valores de Delphi 1 dos itens constituintes da “Segurança do paciente x comunicação entre membros da equipe”.

Tabela 8: Delphi 1 e grau de importância da “Segurança do paciente x comunicação entre membros da equipe”, 2014.

Item	Concordo		Discordo		Grau de importância (%)*		
	N	%	n	%	S.I	M.I	M.I
96. Efetivação da comunicação entre a equipe de enfermagem e paciente.	9	100,00	0	0,00	0,00	0,00	100,00
97. Construção de um ambiente que facilite a sensibilização dos profissionais referente à segurança do paciente.	9	100,00	0	0,00	0,00	0,00	100,00

\*(S.I) – sem importância; (I) – importante; (M.I) – muito importante.

Percebe-se, assim, que cinco itens (aproximadamente 5%) não obtiveram consenso, sendo necessária uma segunda avaliação. Anteriormente ao início desse processo, as questões foram readequadas (Quadro 1), conforme sugestões do Delphi 1, e reenviada aos nove juízes.

Quadro 1: Adequações dos itens sem consenso na Técnica de Delphi 1, conforme sugestões dos juízes, 2014.

Item	Sugestões dos juízes/ Critério avaliado Pasquali <sup>(II)</sup> /adequação / Item para o Delphi 2
2. Existência de pias, no quantitativo de uma para cada dez leitos, com torneira de acionamento automático.	<p><b>Sugestões dos juízes</b>            “La cantidad de lava manos debe ser de acuerdo a la disposición de las camas”.            “Uma pia para cada 10 leitos é insuficiente para garantir a segurança do paciente”.            “Deverá haver uma pia por leito”.            “Se possível ter uma pia para menos leitos.”</p> <p><b>Critério avaliado Pasquali<sup>(II)</sup> / adequação</b>            Critério da tipicidade            Adequação: “[...] uma para cada leito [...]”</p> <p><b>Item para o Delphi 2</b>            2. Existência de pias, no quantitativo <b>de uma para cada leito</b>, com torneira de acionamento automático.</p>
47. Os visitantes devem lavar as mãos em pia exclusiva e utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI's).	<p><b>Sugestões dos juízes</b>            “[...] o uso dos EPIs deve ser orientado pela equipe de acordo com o quadro do paciente, visto que nem sempre é necessário”.            “EPI são utilizados em casos especiais de precauções adicionais”.            “Utilizar os EPIs quando necessário e apos a devida explanação sobre a necessidade e importância destes”.            “Deben utilizar EPI cuando necesario. A pesar de los riesgos, es importante que los familiares sean encorajados a acercarse de los pacientes”.            “Visitantes não acho tão importante o uso de EPI. Tem que ser orientado quanto aos riscos”.            “A lavagem das mãos é indispensável, no entanto o uso de EPIs é questionável dependendo do quadro do paciente.”</p> <p><b>Critério avaliado Pasquali<sup>(II)</sup> / adequação</b>            Critério da tipicidade e Critério da simplicidade            Adequação: “[...] quando necessário [...]”.</p> <p><b>Item para o Delphi 2</b>            Critério da tipicidade            47. Os visitantes devem lavar as mãos em pia exclusiva e, <b>quando necessário</b>, utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI's).</p>
53. Higiene simples das mãos com água e sabonete comum, sob a forma líquida, com a duração mínima de 40 a 60 segundos.	<p><b>Sugestões dos juízes</b>            “[...] A lavagem simples das mãos deve ser realizadas SEMPRE que as mãos estiverem visivelmente sujas, após contato com pacientes em isolamento, após contato com fluídos/secreções, etc.”</p> <p><b>Critério avaliado Pasquali<sup>(II)</sup> / adequação</b>            Adequação: “[...] durante os “5 momentos”.</p> <p><b>Item para o Delphi 2</b>            53. Higiene simples das mãos com água e sabonete comum, sob a forma líquida, com a duração mínima de 40 a 60 segundos, durante os “5 momentos”.</p>
59. Utilização de luvas como forma de precaução de contato de um paciente para o outro.	<p><b>Sugestões dos juízes</b>            “Não substitui a lavagem das mãos. As luvas devem ser utilizadas como precaução de um paciente para o outro apenas em situações específicas e associadas a lavagem das mãos”.</p> <p><b>Critério avaliado Pasquali<sup>(II)</sup> / adequação</b>            Adequação: “[...] Essas devem ser trocadas sempre que o profissional entrar em contato com outro paciente”.</p> <p><b>Item para o Delphi 2</b>            59. Utilização de luvas como forma de precaução de contato de</p>

	um paciente para o outro. Essas devem ser trocadas sempre que o profissional entrar em contato com outro paciente.
84. Desinfecção de acessos para injeção IV, torneiras de três vias, dispositivos de injeção IV sem agulha ou locks de heparina com álcool a 70%, clorexidina a 2% ou iodóforo antes do acesso.	<p><b>Sugestões dos juízes</b>  “Acho que a ideia já está contemplada no item 79”.  “Uso correto de álcool 70% é o mais indicados para desinfecção não estou certa do uso de iodóforos.”</p> <p><b>Critério avaliado Pasquali<sup>(11)</sup> / adequação</b>  Sem sugestões para adequações.</p> <p><b>Item para o Delphi 2</b>  84. Desinfecção de acessos para injeção IV, torneiras de três vias, dispositivos de injeção IV sem agulha ou locks de heparina com álcool a 70%, clorexidina a 2% ou iodóforo antes do acesso.</p>

A etapa Delphi 2, que se desenvolveu mediante emprego da ferramenta do *Google docs*, semelhante a do Delphi 1, no entanto construído de forma mais simplificada, foi concretizada por seis juízes, o que correspondeu a 67% da amostra anterior. Os resultados obtidos estão apresentados na tabela 9.

Tabela 9: Delphi 2 e grau de importância dos itens com consenso inferior à 70% no Delphi 1, 2014.

Item	Concordo		Discordo		Grau de importância (%)		
	N	%	n	%	S.I	I	M.I
2. Existência de pias, no quantitativo de uma para cada leito, com torneira de acionamento automático.	3	50,00	3	50,00	0,00	33,33	66,67
47. Os visitantes devem lavar as mãos em pia exclusiva e, quando necessário, utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI's).	6	100,00	0	0,00	0,00	0,00	100,00
53. Higiene simples das mãos com água e sabonete comum, sob a forma líquida, com a duração mínima de 40 a 60 segundos, durante os “5 momentos”.	5	83,33	1	16,67	0,00	16,67	83,33
59. Utilização de luvas como forma de precaução de contato de um paciente para o outro. Essas devem ser trocadas sempre que o profissional entrar em contato com outro paciente.	5	83,33	1	16,67	0,00	16,67	83,33
84. Desinfecção de acessos para injeção IV, torneiras de três vias, dispositivos de injeção IV sem agulha ou locks de heparina com álcool a 70%, clorexidina a 2% ou iodóforo antes do acesso.	5	83,33	1	16,67	0,00	0,00	100,00

\*(S.I) – sem importância; (I) – importante; (M.I) – muito importante.

O item 2 não obteve o consenso estabelecido – Delphi 2/concordo = 50% e Delphi 2/discordo = 50% - sendo necessária uma terceira rodada. No entanto, pela ausência de sugestões para novas adequações e ausência de consenso em duas rodadas, optou-se por manter o item para uma nova validação, agora clínica, em estudo com doutoramento.

Avaliação dos itens conforme as recomendações de Pasquali<sup>(11)</sup>

O campo temático “Tópicos para avaliação do ‘Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva’” foi apreciado conforme recomendações de Pasquali<sup>(11)</sup>. Dessa forma, foram revelados os resultados dispostos na tabela 10.



Tabela 10: Avaliação dos itens conforme as recomendações de Pasquali<sup>(11)</sup>, 2014.

Critério	Sim		Não	
	n	%	N	%
<b>Objetividade</b> - devem permitir uma resposta certa ou errada <sup>(11)</sup>	8	88,89	1	11,11
<b>Simplicidade</b> - devem expressar uma única ideia <sup>(11)</sup>	7	77,78	2	22,22
<b>Clareza</b> - devem ser compreensíveis <sup>(11)</sup>	7	77,78	2	22,22
<b>Variedade</b> - padronização de termos, ocasionando uma leitura confusa, cansativa e monótona <sup>(11)</sup>	7	77,78	2	22,22
<b>Tipicidade</b> - presença de frases com expressões condizentes a temática <sup>(11)</sup>	8	88,89	1	11,11
<b>Amplitude</b> - conjunto dos itens deve cobrir toda a extensão de magnitude da temática <sup>(11)</sup>	9	100,00	0	0,00

### Índice de Validade de conteúdo (IVC)

O índice de validade de conteúdo foi calculado pela razão do número total dos itens considerados relevantes pelos juízes pelo número total de itens<sup>(10)</sup>. Para as duas etapas, Delphi 1 e Delphi 2, obteve-se os dados dispostos na tabela 11.

Tabela 11: IVC Delphi 1 e Delphi 2, 2014.

IVC – Delphi 1	IVC – Delphi 2	IVC – Delphi final
Consenso: 92 itens Sem consenso: 5 itens	Consenso: 4 itens Sem consenso: 1 item	Consenso: 96 itens Sem consenso: 1 item
IVC = 0,94 (IVC recomendado: >0,78)	IVC = 0,833 (IVC recomendado: >0,78)	IVC = 0,98 (IVC recomendado: >0,78)

### Discussão

Sobre o perfil dos juízes, a amostra foi constituída, em sua totalidade, pelo sexo feminino, com indivíduos na faixa etária dos 31 a 40 anos, detentores de título de doutorado e experiência profissional na assistência e docência. A predominância do sexo feminino é uma peculiaridade intrínseca ao processo de feminização da qualificação profissional da enfermagem no Brasil, com o incremento, cada vez mais significativo, de profissionais do sexo feminino em detrimento do masculino, principalmente nos programas de Pós-Graduação Stricto Sensu<sup>(12)</sup>.

No campo temático “Tópicos para avaliação do ‘Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva’”, observa-se que 17 dos 24 itens do tópico “Elemento “estrutura” x o cuidado de enfermagem e a segurança do paciente” (Tabela 2) obtiveram unanimidade no consenso (Delphi 1/concordo = 100%). Esse resultado realça a importância das evidências científicas apontadas, tornando-as aplicáveis aos processos avaliativos.

Ainda sobre os resultados dispostos na Tabela 2, nota-se que o item 2 não obteve consenso. As principais inquietações expostas nos espaços de comentários estavam relacionadas à expressão “(...) no quantitativo de uma para cada dez leitos”<sup>(13-14)</sup>, a qual, nas concepções dos juízes, não garantiam a segurança do paciente na UTI, no tocante a prevenção das infecções hospitalares, o que determinou a sua inclusão para a segunda rodada, Delphi 2.

Na tabela 3, todos os itens obtiveram o consenso desejado, sendo 10 deles com valores de Delphi 1 = 100% e três (item 25, 27 e 37), considerados “muito importante” para a segurança do paciente. As evidências abordadas apresentam recomendações referentes à

identificação adequado do paciente, os registros de enfermagem nos prontuários<sup>(15)</sup> e os cuidados com a traqueostomia<sup>(16)</sup>.

Em se tratando das temáticas “Segurança do paciente x úlcera por pressão” e “Segurança do paciente x queda” (Tabela 4), obteve-se a validação de todos os seus itens (Delphi 1/concordo=100%), indicando como importantes qualificadores do cuidado.

A “Segurança do paciente x higienização das mãos e uso de luvas” (Tabela 5), por sua vez, apresentou três itens com consenso inferior a 70%, a temática com maior discordância do protocolo. Assim, foram realizadas novas adequações dos itens 47, 53 e 59, que tratam do processo de higienização das mãos durante o cuidado<sup>(13-14)</sup>, e as suas submissões ao Delphi 2.

Ainda sobre esse aspecto e da importância da etapa Delphi 2 para a validação de conteúdo desses itens, lembra-se que a higiene das mãos deve ser monitorizada e avaliada dentre profissionais da saúde<sup>(13)</sup>. O presente protocolo demonstra ser uma ferramenta fundamental para avaliação desses aspectos.

No que diz respeito aos resultados acerca da “Segurança do paciente x terapia medicamentosa e nutrição parenteral” (Tabela 6), apenas o item 84 não obteve o consenso estabelecido (Delphi 1/concordo de 66,67%), o qual trata de práticas para a prevenção de infecções sanguíneas por técnicas assépticas<sup>(17)</sup>. Apesar da ausência de consenso do item, não foram elencadas sugestões para a sua reformulação. Diante disso, não se realizou adaptações, diferentemente dos demais itens, para a apreciação na etapa Delphi 2.

No que se refere à “Segurança do paciente x hemocomponentes” (Tabela 7), obteve-se o consenso de todos os onze itens, sete destes com unanimidade no quesito “concordo” (Delphi 1/concordo de 100%). A temática, sobre a transfusão de hemocomponentes é uma tecnologia terapêutica moderna, mas, em contrapartida, pode evitar complicações agudas ou tardias, como risco de infecção<sup>(18)</sup>.

Os juízes concordam que a “Segurança do paciente x comunicação entre membros da equipe” (Tabela 8) é uma peça fundamental da qualidade do cuidado e, conseqüentemente, da segurança do paciente, em especial, a comunicação entre equipe de enfermagem e paciente e a construção de um ambiente laboral que sensibilize profissionais quanto à segurança do paciente os profissionais<sup>(19)</sup>. De tal modo, todos os itens foram validados com Delphi 1/concordo de 100% e considerado “muito importante” para o objetivo do protocolo.

Para a etapa Delphi 2 (Tabela 9), tem-se como resultado: 1) manutenção da ausência de consenso para o item 2 (Delphi 2/concordo = 50% e Delphi 2/discordo = 50%); e 2) consenso dos demais itens.

Analisando esses resultados, acredita-se que a ausência de consenso do item 2, mesmo representando um importante nível de evidência, está relacionada com as concepções do que se considera uma situação ideal para segurança do paciente e prática profissional. Diante desse aspecto, a validação clínica, a ser realizada posteriormente em estudo de doutorado, pode preencher essa lacuna, uma vez que se dá em ambiente clínico e concretiza-se através de alto rigor metodológico<sup>(20-21)</sup>. A limitação do item, portanto, parece não ser de conteúdo, mas uma questão de prática profissional.

Outro aspecto evidenciado é a qualificação, por parte dos juízes, do item 2 como “importante” e “muito importante”. Esse aspecto reafirma a pertinência do mesmo para protocolo e da necessidade de nova avaliação.

No tocante ao “Nível de segurança do paciente conforme os elementos "estrutura" e "processo", que correspondeu a uma questão aberta do instrumento de validação, os juízes afirmaram que esse processo deve ocorrer no âmbito local, com o pessoal da própria instituição de saúde, através das visitas técnicas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, do setor de segurança do trabalho, por exemplo, como também por terceiros. Esses

aspectos estão em consonância com os pressupostos da auditoria, avaliar ações que possam determinar alterações na eficácia dos serviços<sup>(22)</sup>.

Outro aspecto de destaque foi a importância de “instrumentos” de fácil utilização pela equipe, podendo citar, nesse contexto, os “protocolos de cuidado à saúde”, que estabelecem metas, recomendações e padronização de cuidado<sup>(4-6)</sup>, otimizando os processos avaliativos.

Os juízes revelaram, ainda, o importante papel social e científico da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) quando destacam acervo acerca da segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde que a entidade oferta. Outra instituição citada como referência é a Joint Commission International (JCI).

Destaca-se que avaliar o nível de conhecimento da equipe acerca da temática, fornecer treinamentos contínuos, analisar os índices de queda, flebite, UPP, erros de medicamentos, registros em prontuários, presença de protocolos, são estratégias pertinentes para avaliar o cuidado ofertado e a segurança do paciente na UTI.

Embora o objetivo central do tópico “Nível de segurança do paciente conforme os elementos ‘estrutura’ e ‘processo’” era identificar estratégias que operacionalizassem os itens do protocolo apresentado, constata-se que os juízes atribuíram as seguintes funcionalidades ao instrumento: função avaliativa, já inerente ao instrumento; educativa; a medida que se pode lançar mãos das evidências apresentadas para capacitar profissionais; e normativa, através da padronização de prática de cuidados.

Por fim, o protocolo foi apreciado conforme recomendações de Pasquali<sup>1</sup>, obtendo consenso superior aos 70% (Tabela 10) e IVC de todo o protocolo (itens validados em Delphi 1 + Delphi 2) de 0,98, indicando confiança para a aplicação do “Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva” nos processos avaliativos.

### Considerações finais

O estudo apresenta o “Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva” validado em seu conteúdo e, portanto, competente para auxiliar gestores, gerentes e profissionais da saúde nos processos de avaliação do cuidado de enfermagem e a segurança do paciente na UTI.

A validação dos juízes na etapa Delphi 1, com consenso de 92 itens, foi um resultado considerado positivo, em especial, pela extensão do protocolo e diversidades de temáticas envolvidas com o cuidado de enfermagem e a segurança do paciente na UTI, o que poderia ter aumentado as chances de inadequações.

Mesmo diante desse êxito, estatisticamente comprovado, os juízes teceram diversos comentários sobre os itens que reforçavam ou complementavam a ideia apresentada. Outros sugeriram adições de informações, que foram acatadas apenas para os itens sem consenso, como recomenda a técnica elegida.

Os itens que não alcançaram o consenso estabelecido exibiram incoerência quanto aos critérios tipicidade e simplicidade, demandando reformulações. Apenas o item 2 na etapa Delphi manteve-se sem consenso, decidindo-se por uma nova avaliação, agora clínica, em estudo de doutorado.

Sobre as recomendações de Pasquali<sup>11</sup>, observa-se que os juízes apreciaram positivamente, com valores percentuais superiores a 70%. Isso atesta que o protocolo encontra-se competente, quanto ao seu conteúdo, para avaliar o que se propõem: o cuidado de enfermagem e a segurança do paciente.

De tal modo, conclui-se o conteúdo válido para abranger as facetas do conteúdo abordado e espera-se que esse protocolo possa auxiliar os processos avaliativos na perspectiva

da segurança do paciente na UTI, como também suscitar novas pesquisas capazes de responder as possíveis lacunas científicas advindas deste estudo.

## Referências

1. Donabedian, Avedis. The Quality of Medical Care: A concept in search of a definition. *The Journal of Family Practice*. 1979;9(2):277-284.
2. Donabedian, Avedis. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. En: Donabedian, Avedis. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Ann Arbor/Michigan, EUA: Health Administration Press, 1980; Vol 1:77-125.
3. Novaes, Hillegonda Maria D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública -Bra-*. 2000; 34(5). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n5/3227.pdf>> [Consultado el 22.8.2013]
4. Felix, Lidiani Galdino. Protocolo de orientação para o autocuidado de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica: atuação do enfermeiro [dissertação de mestrado]. João Pessoa, Paraíba, Brasil: Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba; 2009.
5. Lima, Francisca Elisângela Teixeira. Protocolo de consultas de enfermagem ao paciente após revascularização do miocárdio: avaliação da eficácia [tese de doutorado]. Fortaleza, Ceará, Brasil: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2007.
6. Schweitzer, Gabriela. Protocolo de cuidados de enfermagem no ambiente aeroespacial à adultos vítimas de trauma: uma pesquisa convergente assistencial [dissertação de mestrado]. Santa Catarina, Florianópolis, Brasil: Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.
7. Marziale, Maria Helena Palucci. Pesquisa estratégica, inovação tecnológica e enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm -Bra-*. 2010; 18(1). Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt\\_01.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_01.pdf)> [Consultado el 22.8.2013]
8. Werneck, Marcos Azeredo Furquim; Faria, Horácio Pereira; Campos, Kátia Ferreira Costa. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, Coopmed, 2009.
9. Spínola, Araci Witt de Pinho. Delfos: proposta tecnológica alternativa. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 1984.
10. Polit, Denise F; Beck, Cheryl Tatano; Hungler, Bernadette P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004 (5ª ed.).
11. Pasquali, Luiz. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev Psiq Clínica -Bra-*. 1998; 25(5). Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n5/conc255a.htm>> [Consultado el 22.8.2013]
12. Lopes, Marta Júlia Marques; Leal, Sandra Maria Cezar. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Caderno Pagu -Bra-*. 2005; 24. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf>> [Consultado el 22.8.2013]
13. Ministério da Saúde (Brasil). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anexo 01: Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília; 2013. Disponível em: <[http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Abr/04/CONSULTA\\_PUBLICA\\_N6\\_1\\_DE\\_ABRIL\\_2013.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Abr/04/CONSULTA_PUBLICA_N6_1_DE_ABRIL_2013.pdf)> [Consultado el 22.8.2013]
14. Organização Mundial de Saúde. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. Genebra; 2009. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf)> [Consultado el 22.8.2013]

15. Padilha, Elaine Fátima. Auditoria como ferramenta para a qualidade do cuidado de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário [dissertação de mestrado]. Maringá, Paraná, Brasil: Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá; 2010.
16. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia. Rotina de identificação correta do paciente – meta internacional de segurança 1. Brasília; 2013. Disponível em: <<http://proqualis.net/identificacaodopaciente/?id=000002311>> [Consultado el 22.8.2013]
17. Centre for Health Protection. Recommendationson Prevention of Intravascular Catheter Associated Bloodstream Infection. Hong Kong; 2010. Disponível em: <[http://www.chp.gov.hk/files/pdf/recommendations\\_on\\_prevention\\_of\\_intravascular\\_catheter\\_associated\\_bloodstream\\_infection\\_r.pdf](http://www.chp.gov.hk/files/pdf/recommendations_on_prevention_of_intravascular_catheter_associated_bloodstream_infection_r.pdf)> [Consultado el 22.8.2013]
18. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Guia para o uso de hemocomponentes. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
19. Oliveira, Fabrício. Indicativos da segurança e da qualidade do cuidado/ conforto de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva de um hospital militar do Rio de Janeiro [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2009.
20. Carvalho, Emilia Campos; Mello, Alexandra de Sousa; Napoleão, Anamaria Alves; Bachion, Maria Márcia; Dalri, Maria Célia Barcellos; Canini, Silvia Rita Marin da Silva. Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. Rev Eletr Enferm -Bra-. 2008; 10(1). Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/pdf/v10n1a22.pdf>> [Consultado el 22.8.2013]
21. Galdeano, Luzia Elaine; Rossi, Lídia Aparecida. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. Ciênc, Cuidado e Saúde -Bra-. 2006; 5(1). Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5112>> [Consultado el 22.8.2013]
22. Silva, Patrícia Cristina; Casa, Evelen Cristiane G Spilla. Auditoria interna em enfermagem e educação continuada: um feedback positivo. Rev Enferm UNISA -Bra-. 2006; 7. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2006-09.pdf>> [Consultado el 22.8.2013]

## 6 CONCLUSÃO

Remetendo-se à hipótese “o conteúdo do protocolo de avaliação proposto possui preposições válidas para avaliar o cuidado de enfermagem e a SP do paciente na UTI”, pode-se afirmar que os resultados apresentados permitiram comprová-la, bem como tornar válido o conteúdo do “Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente em unidades de terapia intensiva”.

A validação é um método de pesquisa comumente utilizado na enfermagem. Considerando essa relevância, este estudo propôs, de forma audaciosa, desenhar um novo caminho metodológico, pautando-se em modelos já trabalhados e apresentados no meio científico.

De tal modo, a combinação dos modelos de Hoskins e Pasquali, bem como o emprego do método evolucionário de Rodgers e da técnica Delphi para o alcance das etapas desse estudo, demonstraram ser ferramentas competentes para a validação de conteúdo de protocolos.

Os dispositivos tecnológicos para coleta de dados, por sua vez, com ênfase ao aplicativo do *Google drives*, otimizou tempo, facilitou a tabulação de dados, possibilitou a disposição dos itens, de forma visualmente agradável e organizada, além de alcançar os juízes em diversas regiões do país.

Diante de todas essas vantagens e possibilidades que o estudo proporcionou, foi possível identificar algumas lacunas científicas, limitações no caminho metodológico escolhido e direcionamentos para novos estudos.

Assim, como limitações, pode-se citar: ausência de estratégia para classificações dos níveis de evidências específicas para atual situação da pesquisa na enfermagem; disponibilização em três URL's do dispositivo tecnológico cognominado “Instrumento de validação de conteúdo do ‘Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva’”; resistência de cumprimento, por parte de juízes, de todas as etapas apresentadas pela mestrandia; e, por fim, o não alcance de 100% de consenso de todo o protocolo.

Quanto às classificações dos níveis de evidências para a enfermagem, constatou-se, após uma revisão integrativa da literatura em reconhecidos bancos de

dados nacionais e internacionais – *Scopus, Pubmed, Biblioteca Cochrane, Cinahal e Lilacs*, no mês de janeiro de 2014 –, uma importante lacuna científica no contexto nacional e internacional. As poucas classificações encontradas direcionam-se aos estudos experimentais, distanciando-se, no atual momento, da realidade das pesquisas na enfermagem. Esse aspecto forçou a mestranda a realizar adaptações e enveredar por caminhos desconhecidos de outras áreas da saúde, como a odontologia.

Essa limitação expõe a necessidade de novos estudos capazes de preencher essa lacuna de conhecimento e que proponha uma classificação coerente com a atual realidade da Enfermagem. Acredita-se que concretizar tal aspecto represente, também, uma estratégia motivadora para o fortalecimento da Enfermagem Baseada em Evidências e, em especial, da Enfermagem enquanto ciência.

No que diz respeito ao uso de dispositivos tecnológicos, mesmo constituindo uma ferramenta inovadora e satisfatória para a validação de conteúdo, enfatiza-se a necessidade de estratégias que possam contornar os prejuízos durante a coleta de dados, principalmente, quando o instrumento apresentar características semelhantes ao exposto neste estudo, ou seja, disponibilizado em três URL's.

A falta de consenso do item 2, por sua vez, pode ser resultante de concepções advindas de situações reais e àquelas desejadas relacionadas à segurança do paciente e prática profissional. Em virtude da categorização pelos juízes como item “muito importante” e “importante”, interpreta-se que o mesmo é pertinente para o protocolo. Contudo é imprescindível a sua reavaliação para validação, agora em ambiente clínico, através da validação clínica.

Por fim, apresenta-se o produto desta dissertação, o “Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva”, válido em seu conteúdo, o qual se encontra competente para abranger as facetas do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente em UTI, sendo uma ferramenta avaliativa em saúde e, vislumbrando além do objetivo inicial de sua construção, uma estratégia educativa para gestores, gerentes e demais profissionais.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Proqualis. **Estatísticas de Eventos Adversos pelo mundo**, 2013a. Disponível em: <<http://proqualis.net/eventosadversos/2012/05/23/tabela-de-estudos-de-eventos-adversos/>>. Acesso em: 26 ago. 2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: ANVISA, 2013b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)>. Acesso em: 26 ago. 2013.

CARVALHO, E.C. et al. Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 235-240, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/pdf/v10n1a22.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2013.

CASSIANI, S.H.B.; RODRIGUES, LP. A técnica de Delphi e a técnica de grupo nominal como estratégias de coleta de dados das pesquisas em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 76-83, 1996.

CAVALCANTI, Y.W. et al. Determinação do Nível de Evidência Científica de Artigos sobre Prótese Total Fixa Implanto-Suportada. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 14, n. 4, p. 45-50, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/viewFile/9732/5685>>. Acesso em: 26 ago. 2013.

CHAVES, E.C.L.; CARVALHO, E.C.; ROSSI, L.A. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 513-520, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/8063>>. Acesso em: 26 ago. 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF: CNS, 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2013.

DALKEY, N.C. **The Delphi method**: an experimental study of group opinion. California, EUA: Rand, 1969.



DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: \_\_\_\_\_. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. Ann Arbor/Michigan, EUA: Health Administration Press, 1980. p. 77-125.

\_\_\_\_\_. The Quality of Medical Care: A concept in search of a definition. **The Journal of Family Practice**, v. 9, n. 2, p. 277-284, 1979.

FEHRING, R.J. The Fehring model. In: CARROL-JOHNSON, R.M; PAQUETE, M. **Classification of nursing diagnoses**: proceeding of the tenth conference. Philadelphia, EUA: Lippincott Company, 1994. p. 55-62.

FELIX, L.G. **Protocolo de orientação para o autocuidado de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica: atuação do enfermeiro**. 2009. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, 2009.

FURTADO, J.P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7034.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2013.

GALDEANO, L.E.; ROSSI, L.A. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 5, n. 1, p. 60-66, 2006. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5112>>. Acesso em: 26 ago. 2013.

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O.; ROSSI, L.A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 10, n. 5, p. 690-695, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a10.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2013.

GIACCHERO, K.G.; MIASSO, A.I. A produção científica na graduação em enfermagem (1997 a 2004): análise crítica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 3, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7082/5013>>. Acesso em: 26 ago. 2013.

GONÇALVES, L.A. et al. Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos/incidentes em unidade de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. esp., p. 71-77, 2012.

HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

HAYNES, S.N.; RICHARD, D.C.S.; KUBANY, E.S. Content validity in psychological assessment: a functional approach to concepts and methods. **Psychological Assessment**, v. 7, n. 3, p. 238-247, 1995. Disponível em: <[http://www.personal.kent.edu/~dfresco/CRM\\_Readings/Haynes\\_1995.pdf](http://www.personal.kent.edu/~dfresco/CRM_Readings/Haynes_1995.pdf)>. Acesso em: 26 ago. 2013.

HULLEY, S.B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2ª ed. Porta Alegre, RS: Artmed, 2006.

JHA, A.K. et al. Patient safety research: an overview of the global evidence. **Quality Safety Health Care**, v. 19, p. 42-47, 2010. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/19/1/42.full.pdf+html>>. Acesso em: 26 ago. 2013.

LEVIN, R.F.; LEWIS-HOLMAN, S. Evidence-Based Practice. Developing Guidelines for Clinical Protocol Development. **An International Journal**, v. 25, n. 4, p. 233-237, 2011.

LIMA, F. E. T. **Protocolo de consultas de enfermagem ao paciente após revascularização do miocárdio: avaliação da eficácia**. 2007. 139 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, 2007.

MARZIALE, M. H.P. Pesquisa estratégica, inovação tecnológica e enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 1, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt\\_01.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_01.pdf)>. Acesso em: 26 ago. 2013.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 4, p. 1135-1141, 2008.

NASCIMENTO, N.B.; TRAVASSOS, C.M.R. O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do

paciente. **Physis**, v. 20, n. 2, p. 625-651, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a16v20n2.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2013.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 5, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n5/3227.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Hacia una atención hospitalaria más segura**. Genebra, Suíça: OMS, 2010. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf)>. Acesso em: 26 ago. 2013.

\_\_\_\_\_. **WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care**, 2009. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf)>. Acesso em: 23 ago. 2013.

\_\_\_\_\_. World alliance for patient safety. **WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems**. From information to action. Genebra, Suíça: OMS, 2005. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting\\_Guidelines.pdf](http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf)>. Acesso em: 26 ago. 2013.

PAESE, F. **Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde**. 2010. 181 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2010.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n5/conc255a.htm>>. Acesso em: 26 ago. 2013.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 2004.

QUEIJO, A. F. **Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva**. 2002. 87 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2002.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, v. 320, n. 7237, p. 768-770, 2000.

RODGERS, B. L. Concept Analysis: an evolutionary. In: RODGERS, B.L.; KNAFL, K.A. **Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications**. 2ª ed. USA: Second Edition, 2000. p. 77-101.

SCARPARO, A. F. et al. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 1, p. 342-351, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/36>>. Acesso em: 26 ago. 2013.

SCHWEITZER, G. **Protocolo de cuidados de enfermagem no ambiente aeroespacial à adultos vítimas de trauma: uma pesquisa convergente assistencial**. 2010. 184 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2010.

SPÍNOLA, A.W.P. **Delfos: proposta tecnológica alternativa**. São Paulo, SP: Faculdade de Saúde Pública, 1984.

TIBÚRCIO, M.P. **Validação de instrumentos para avaliação da habilidade e do conhecimento acerca da medida da pressão arterial**. 2013. 117 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2013.

VICENT, C. **Segurança do Paciente**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2009.

VITOR, A. F. **Revisão do resultado de enfermagem comportamento de prevenção de quedas: análise de conceito e validação por especialistas**. 2010. 212 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, CE, 2010.

WEGNER, W.; PEDRO, E.N.R. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 3, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt\\_a02v20n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a02v20n3.pdf)>. Acesso em: 26 ago. 2013.

WERNECK, M.A.F.; FARIA, H.P.; CAMPOS, K.F.C. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte, MG: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

ZAMBON, L.S. **Riscos e eventos adversos: uma realidade alarmante**. São Paulo, SP, 2009. Disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br/ler.vxlpub?codconteudo=901&menu=gerenciamento>>. Acesso em: 15 maio 2013.

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN**  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
**CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO**



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimentos:

Este é um convite para você participar da pesquisa: “**Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva**”, uma das etapas metodológicas do projeto “Avaliação do cuidado em saúde e da segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva”, que tem como pesquisador responsável Profa. Dra. Viviane Euzébia Pereira Santos e seus orientandos Theo Duarte da Costa e Kisna Yasmin Andrade Alves. A pesquisa constitui-se de um estudo sobre as práticas de segurança do paciente e o cuidado de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva (UTI’s) e objetiva avaliar as condições para o cuidado de enfermagem na perspectiva da segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva da Região Metropolitana de Natal (RMN). Será necessário descrever a estrutura física e analisar os manuais e protocolos de atuação dos profissionais de saúde das UTI’s da RMN, bem como avaliar os níveis de satisfação dos profissionais, pacientes, familiares e gerentes com relação ao cuidado prestado.

Caso decida participar, você atuará na qualidade de juiz no processo de validação de conteúdo de protocolos de avaliação dos elementos estrutura-processo das UTI’s. Assim, você estará contribuindo com melhorias na atuação dos profissionais nesses espaços e benefícios para aqueles que, porventura, precisem de cuidados de terapia intensiva.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, será ressarcido, caso solicite. Além disso, em qualquer momento, se você sofrer algum dano, comprovadamente, decorrente desta pesquisa, terá direito à indenização.

A sua participação, portanto, é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

As respostas provenientes de sua participação serão arquivadas através do sigilo total da sua identificação e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Você ficará com uma cópia deste termo e toda dúvida referente à pesquisa, poderá perguntar diretamente para a Profa. Dra. Viviane Euzébia Pereira Santos, no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP 59.072-970 ou pelo telefone (84) 3215-3837. Já as dúvidas relacionadas à ética dessa pesquisa, poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN, no Campus Universitário, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP: 59.072-970 ou pelo telefone (84) 3215 - 3135.

***Consentimento Livre e Esclarecido***

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa **“Avaliação do cuidado em saúde e da segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva”** e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Natal, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

Participante da pesquisa:

\_\_\_\_\_

Assinatura (por extenso)

**Impressão  
datiloscópica do  
participante**



Assinatura do pesquisador responsável

**Viviane Euzébia Pereira Santos** - Departamento de Enfermagem - Campus Universitário. Bairro Lagoa Nova, CEP 59072-970, Natal/RN. Telefone (84) 3215-3837.

**Comitê de Ética em Pesquisa** - Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova, Caixa Postal: 1666, CEP 59072-970, Natal/RN. Telefone: (84) 3215-3135.

**APÊNDICE B – Carta de Apresentação do Estudo**

<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN</b> <b>CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</b> <b>DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM</b> <b>PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM</b> <b>CURSO DE MESTRADO E DOUTORADO ACADÊMICO</b>
--

**CARTA DE APRESENTAÇÃO DO ESTUDO**

Prezado (a) colega enfermeiro (a),

Meu nome é Kisna Yasmin Andrade Alves. Estou discente do curso de Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Desenvolvo o projeto de pesquisa **“Protocolo de avaliação do cuidado de enfermagem e da segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva”** - uma das etapas metodológicas do projeto intitulado “Avaliação do cuidado e da segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva” -, sob as orientações da Profa. Dra. Viviane Euzébia Pereira Santos. O nosso objetivo é validar o conteúdo do protocolo supracitado.

Por meio desta carta-convite, solicitamos a sua colaboração, na qualidade de juiz, no processo de validação de conteúdo do protocolo apresentado, o qual será desenvolvido por meio de questionário eletrônico e da Técnica de Delphi.

O juiz do processo de validação de conteúdo é caracterizado pelo amplo conhecimento sobre determinada temática, nesta pesquisa, cuidado de enfermagem na terapia intensiva e os seus aspectos referentes à segurança do paciente, e avalia a representatividade e relevância dos itens de determinado constructo científico.

Você foi selecionado (a) através da Plataforma Lattes de Currículos Lattes, disponível no portal Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (<http://lattes.cnpq.br/>). A sua participação possibilitará, dentre outros benefícios, a construção de uma importante ferramenta avaliativa para gestores, gerentes e profissionais de saúde.

Portanto, caso deseje participar, pedimos que nos notifique por este e-mail, no prazo de 10 dias, bem como nos forneça endereço eletrônico e convencional para o encaminhamento de documentos e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Aguardamos a sua resposta!

De antemão, agradecemos a sua colaboração.

Atenciosamente,

***Kisna Yasmin Andrade Alves***



## APÊNDICE C – Protocolo Final

### PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM E DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

#### IDENTIFICAÇÃO

Nome do avaliador: \_\_\_\_\_

Instituição de Saúde: \_\_\_\_\_ UTI: \_\_\_\_\_

Data de avaliação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Início: \_\_h\_\_ Término: \_\_h\_\_

ITEM	Adequado	Parcialmente adequado	Inadequado	COMENTÁRIO DO AVALIADOR
<b>ELEMENTO “ESTRUTURA” X O CUIDADO DE ENFERMAGEM E A SEGURANÇA DO PACIENTE</b>				
<b>a) Segurança do paciente x instalações da Unidade de Terapia Intensiva:</b>				
1. Cada leito de UTI deve estar em conformidade com a Resolução RDC/ ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 e pela Consulta Pública/ANVISA nº 21, de 27 de abril de 2006.				
2. Existência de pias, no quantitativo de uma para cada leito, com torneira de acionamento automático.				
3. Distribuição dos leitos favorecendo a visualização dos pacientes.				
4. Campanha ao alcance do paciente.				
5. Limpeza da unidade do paciente e dos objetos que compõem o leito.				
6. Lençóis e roupa em número suficiente para a demanda.				
<b>b) Segurança do paciente x quedas:</b>				
7. Camas com cabeceiras removíveis, grades laterais elevadas e rodas travadas.				
8. Protocolo de prevenção de quedas disponível no setor.				
<b>c) Segurança do paciente x higienização das mãos:</b>				

9. Preparação alcóolica para as mãos, disponível através de dispensadores fixados nas paredes do leito, frascos fixados na cama, mesa de cabeceira, carrinhos de curativos e de medicamentos e frascos individuais de bolso.				
10. Acesso, contínuo, a sabonete líquido, papel toalha e água.				
<b>d) Segurança do paciente x identificação do paciente:</b>				
11. Pulseira branca para identificação do paciente, em letras legíveis, com pelo menos dois identificadores: nome completo do paciente; nome completo da mãe do paciente; data de nascimento do paciente; e/ ou nº de prontuário.				
12. Placas de identificação do paciente, contendo pelo menos dois identificadores (ver item 11).				
<b>e) Segurança do paciente x terapia medicamentosa:</b>				
13. Distribuição de medicamentos em dose unitária e embalados individualmente, contendo rótulos.				
14. Remoção de frascos de cloreto de potássio e de outros eletrólitos concentrados dos postos de enfermagem.				
15. Equipos coloridos para dieta e posicionamento do frasco desta acima da cabeceira do paciente.				
16. Disponibilização rápida de informações acerca de novos medicamentos ou aqueles não padronizados.				
17. Controle de ruídos no setor de preparo de medicamentos.				
18. Código de leitura por máquinas para o processo de				

dispensação e preparo de medicamentos.				
19. Cateteres, sondas e seringas que previnam conexões incorretas ou desconexão acidental.				
20. Postos de enfermagem com protocolos para solução endovenosa, de drogas de alto risco – insulina, heparina, aminas vasoativas, cloreto de potássio, narcóticos, bloqueadores neuromuscular, etc. -, bem como de normas e rotinas.				
21. Fornecimento de formulário de notificação de eventos adversos no setor.				
22. Prescrição de enfermagem para todos os pacientes.				
<b>f) Segurança do paciente x recursos humanos:</b>				
23. Quantitativo da equipe de enfermagem conforme recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, através da RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010.				
24. Oferta da instituição de saúde de capacitações profissionais.				
<b>ELEMENTO “PROCESSO” X O CUIDADO DE ENFERMAGEM E A SEGURANÇA DO PACIENTE</b>				
<b>a) Segurança do paciente x identificação do paciente:</b>				
25. Identificação do paciente antes de qualquer procedimento de enfermagem.				
<b>b) Segurança do paciente x Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE):</b>				
26. Utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).				
<b>c) Segurança do paciente x registro de enfermagem:</b>				
27. Presença de registros de enfermagem descritivos em cada plantão, com os seguintes itens: registros de admissão; data, horário, n.º COREN e assinatura;				

prescrição de enfermagem; prestação de cuidados de enfermagem e de observação dos sinais e sintomas do paciente; indicação de quem prestou o cuidado; registro de alta, transferência, procedimentos de enfermagem, intercorrências ou evolução de lesões cutâneas; presença de condições emocionais do paciente e de ações relacionadas ao atendimento das necessidades psicobiológicas.				
28. Registro de um exame físico por período, sinais vitais e balanço hídrico.				
<b>d) Segurança do paciente x higiene e conforto do paciente:</b>				
29. Realização, contínua, de higiene corporal e conforto do paciente.				
<b>e) Segurança do paciente x cuidados com drenos, ostomias, coletores, equipos e sondas:</b>				
30. Troca dos equipos de dieta a cada 24 horas e limpeza desses.				
31. Presença de curativos ou coletor adequado em dreno de penrose.				
32. Posicionamento adequado e manutenção da pressão negativa em dreno de porta-vácuo.				
33. Adequado enchimento e posicionamento de ostomias e bolsas coletoras.				
34. Adequado posicionamento de sonda nasogástrica/ nasoenteral.				
35. Adequada fixação da sonda vesical de demora.				
<b>f) Segurança do paciente x oxigenação e ventilação do paciente:</b>				
36. Proteção e manutenção adequada de inaladores; bem como instalação e troca adequada dos nebulizadores.				
37. Ausência de secreção em traqueostomia, bem como a renovação do curativo.				

<b>g) Segurança do paciente x úlcera por pressão:</b>				
38. Inspeção da pele e avaliação do risco para a úlcera por pressão (UPP) na admissão de todos os pacientes, atentando para os aspectos da umidade; mobilidade; incontinência; déficit sensitivo; e estado nutricional.				
39. Reavaliação do risco de desenvolvimento de UPP a cada 24 ou 48 horas, ou quando a condição clínica do paciente mudar ou deteriorar.				
40. Utilização da escala de Braden para avaliação admissional e reavaliação diária.				
41. Redistribuição da pressão, em especial sobre as proeminências ósseas, através: superfícies de apoio específicas, como colchões, camas e almofadas; posicionamento à 30° na posição de semi- <i>Fowler</i> ; usar forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover pacientes acamados durante transferência e mudança de decúbito, objetivando evitar a fricção ou forças de cisalhamento.				
42. Reposicionamento de decúbito a cada duas horas.				
<b>h) Segurança do paciente x queda:</b>				
43. Avaliação do risco de queda, utilizando escalas, como a Escala de <i>Morse</i> .				
44. Reavaliação do risco de queda dos pacientes nas seguintes situações: transferência de setor, mudança do quadro clínico, episódio de queda durante a internação ou na identificação de outro fator de risco.				
45. Comunicação entre a				

equipe, o paciente e o familiar sobre o surgimento de risco de queda, bem como o seu registro no prontuário.				
46. Identificação, através de sinalizações visuais, do risco de queda.				
<b>i) Segurança do paciente x higienização das mãos e uso de luvas:</b>				
47. Os visitantes devem lavar as mãos em pia exclusiva e, quando necessário, utilizar os Equipamentos de Proteção Individual.				
48. Realização dos “5 momentos”: higienizar as mãos antes de tocar o paciente; antes de realizar procedimento limpo ou asséptico; após o risco de exposição a fluidos corporais; após tocar o paciente; e após tocar superfícies próximas do paciente.				
49. Higienização das mãos ao se mover de um sítio contaminado para outro, durante o cuidado a um paciente.				
50. Higienização das mãos após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas.				
51. Higienização das mãos ao manusear um dispositivo invasivo, independentemente do uso ou não de luvas.				
52. Antissepsia da pele com álcool à 0.7%.				
53. Higiene simples das mãos com água e sabonete comum, sob a forma líquida, com a duração mínima de 40 a 60 segundos, durante os “5 momentos”.				
54. Higiene antisséptica das mãos com água e antisséptico degermante, com duração mínima de 40 a 60 segundos.				
55. Fricção antisséptica das				

mãos deve ser realizada com preparação alcoólica, sem a necessidade de enxague em água ou secagem com papel toalha ou outros equipamentos e ter duração, mínima, de 20 a 30 segundos.				
56. Secagem adequada das mãos deve ser considerada como parte integrante de lavagem das mãos e fator crítico de determinação de nível de transferência bacteriana.				
57. Atenção para a recontaminação das mãos lavadas e secas.				
58. Utilização de luvas nos casos de contato com sangue, líquidos corporais, mucosas e pele não íntegra de pacientes.				
59. Utilização de luvas como forma de precaução de contato de um paciente para o outro. Essas devem ser trocadas sempre que o profissional entrar em contato com outro paciente.				
60. As luvas devem ser trocadas de um paciente para o outro.				
61. As luvas devem ser trocadas durante a mudança de um sítio corporal contaminado para outro limpo.				
62. Higienização das mãos antes e após o uso de luvas.				
63. O contato com superfícies e materiais quando estiver com luvas deve ser evitado.				
<b>j) Segurança do paciente x terapia medicamentosa e nutrição parenteral:</b>				
64. Utilização dos “nove certos na administração de medicamentos”: 1) paciente certo, 2) medicamento certo, 3) via certa, 4) hora certa, 5) dose certa, 6) registro certo,				

7) ação certa, 8) forma certa e 9) resposta certa.				
65. Implementação de medidas de preparo de medicação com elevada concentração.				
66. A prescrição hospitalar deve ser em formulário institucional e conter, no mínimo, o nome do hospital; nome completo do paciente; número do prontuário ou registro do atendimento; leito; serviço; enfermaria/apartamento; data; e andar/ala.				
67. A prescrição hospitalar deve apresentar as seguintes informações do prescritor, em letra legível: o nome completo, nº de registro do conselho profissional e assinatura.				
68. Utilização de prescrições digitadas e eletrônicas para garantia da legibilidade.				
69. Utilização de prescrição de medicamentos sem o uso de abreviaturas.				
70. Elaboração, formalização e divulgação de lista para padronização de abreviaturas.				
71. As prescrições devem destacar as situações de alergias relatadas pelo paciente, familiares e/ou cuidadores.				
72. Adoção de dupla checagem dos medicamentos (na farmácia e no momento do recebimento pela enfermagem).				
73. Desinfecção da pele com antissépticos à base de álcool (ex.: álcool a 70% ) antes da inserção de cateteres intravasculares, por 30 segundos.				
74. Utilização de luvas e da				



técnica “sem toque” (“ <i>non-touch</i> ”) para a inserção de cateter intravascular periférico após a antissepsia da pele.				
75. Substituição dos curativos de cateteres venosos centrais, feitos com gazes, a cada 2 dias.				
76. Substituição dos curativos transparentes de cateteres venosos centrais a cada 7 dias.				
77. Preferência de localização de punção venoso periférica, em adulto, nos membros superiores.				
78. Inspeção e palpação, diária, do local de inserção do cateter, caso seja usado um curativo transparente.				
79. Desinfecção de acessos para injeção IV e torneiras de três vias com álcool a 70%.				
80. Substituição dos cateteres venosos periféricos a cada 72 horas a 96 horas em adultos.				
81. Cateteres venosos periféricos podem ser mantidos por períodos mais longos, nos pacientes com dificuldades de acesso, desde que realizado o monitoramento contínuo do local de inserção.				
82. Lavagem do acesso venoso com um flush de solução salina normal.				
83. Conclusão de administração de soluções contendo lipídios até 24 horas após o início.				
84. Desinfecção de acessos para injeção IV, torneiras de três vias, dispositivos de injeção IV sem agulha ou <i>locks</i> de heparina com álcool a 70%, clorexidina a 2% ou iodóforo antes do acesso.				
<b>k) Segurança do paciente x hemocomponentes:</b>				

85. Infusão de concentrado de hemácias no tempo de 60 a 120 minutos em pacientes adultos.				
86. Infusão de concentrados de plaquetas no tempo de 30 min em pacientes adultos.				
87. Infusão de plasma no tempo de 60 min em pacientes adultos.				
88. Infusão de crioprecipitado deve ser transfundido imediatamente, após o descongelamento.				
89. Confirmação da identificação do paciente DUAS vezes antes de iniciar a infusão.				
90. Os hemocomponentes devem ser mantidos por, no máximo, 30 minutos em temperatura ambiente antes de iniciar a infusão.				
91. Aferição de sinais vitais antes da infusão de hemocomponentes.				
92. Infusão de hemocomponentes em via exclusiva.				
93. Avaliação da permeabilidade do cateter para infusão de hemocomponentes e a presença de complicações - flebite, infiltração, etc.				
94. Infusão de solução salina após a transfusão de hemocomponentes.				
95. Infusão de hemocomponentes na presença de um ou mais sinais de reação adversa deve ser interrompida.				
<b>I) Segurança do paciente x comunicação entre membros da equipe:</b>				
96. Efetivação da comunicação entre a equipe de enfermagem e paciente.				
97. Construção de um ambiente que facilite a sensibilização dos				

profissionais referente à segurança do paciente.				
<b>Nível de segurança do paciente conforme os elementos "estrutura" e "processo" (comentários):</b>				

## ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da UFRN

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO NORTE /  
UFRN CAMPUS CENTRAL



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DO CUIDADO E DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

**Pesquisador:** Viviane Euzébia Pereira Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 19586813.2.0000.5537

**Instituição Proponente:** Pós-Graduação em Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 461.246

**Data da Relatoria:** 01/11/2013

#### Apresentação do Projeto:

A evolução tecnológica combinada à assistência em saúde proporciona o aumento nos perigos relacionados à segurança do paciente, tornando as instituições de saúde ambientes passíveis e prováveis de prejuízos no cuidado ofertado. Os setores de alta complexidade, como as Unidades de Terapia Intensiva - UTI, possuem tais características, pois esses espaços têm por objetivo cuidar de pacientes em condições clínicas graves e o uso de aparatos tecnológicos avançados torna-se uma necessidade. Diante disso, para este estudo, questiona-se: qual a situação da segurança do paciente relacionada ao cuidado de enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva da Região Metropolitana de Natal? Para respondê-la, delimita-se como objetivo avaliar as condições para o cuidado de enfermagem na perspectiva da segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva da Região Metropolitana de Natal. Trata-se de uma pesquisa com uso de métodos mistos, combinando formas diversas de coleta de dados na busca de um aprofundamento investigativo, a saber: observação, uso de protocolos de avaliação e entrevistas semiestruturadas. A pesquisa ocorrerá nas unidades hospitalares públicas do Rio Grande do Norte que disponham de serviços de Unidades de Terapia Intensiva adultos e estejam localizadas na Região Metropolitana de Natal. A coleta de dados será realizada a partir dos protocolos de avaliação dos registros em prontuário; protocolos de avaliação dos aspectos físicos; protocolos de

**Endereço:** Av. Senador Salgado Filho, 3000

**Bairro:** Lagoa Nova

**CEP:** 59.078-970

**UF:** RN

**Município:** NATAL

**Telefone:** (84)3215-3135

**Fax:** (84)3215-3135

**E-mail:** cepufrn@reitoria.ufrn.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO NORTE /  
UFRN CAMPUS CENTRAL



Continuação do Parecer: 461.246

avaliação dos processos e relações; entrevista semiestruturada com pacientes, familiares, profissionais e gestores, os quais permitirão avaliar a tríade estrutura-processo-resultado das Unidades de Terapia Intensiva localizadas na Região Metropolitana de Natal.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Avaliar as condições para o cuidado de enfermagem na perspectiva da Segurança do Paciente nas UTIs.

Objetivos Secundários:

1. Construir os protocolos de avaliação a serem utilizados para a avaliação da tríade estrutura-processo das UTIs;
2. Validar o conteúdo dos protocolos de avaliação;
3. Relacionar a estrutura física dos ambientes de terapia intensiva com a SP e o cuidado de enfermagem;
4. Analisar a documentação e registros de enfermagem que dão suporte/ subsidiam o cuidado de enfermagem;
5. Analisar os níveis de satisfação dos gestores, profissionais, pacientes e familiares com relação ao cuidado prestado nas UTIs da RMN.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Durante a realização da entrevista a previsão de riscos é mínima. O que pode acontecer é um desconforto ao lembrar de situações atuais ou passadas acerca do cuidado na UTI seja por aqueles que o recebem seja por aqueles que o executam, ou aqueles que o gerenciam indiretamente.

Benefícios:

Conteúdo dos protocolos de avaliação em UTI validados; informações sobre as estruturas de funcionamento e níveis de satisfação dos gestores, profissionais, pacientes e familiares com relação ao cuidado prestado nas UTIs da Região Metropolitana de Natal; identificação do cuidado em instituição que oferece cuidados intensivos possibilitando melhorias na atuação dos profissionais, possibilitando a gestão criar estratégias mais definidas aos problemas identificados.

**Endereço:** Av. Senador Salgado Filho, 3000

**Bairro:** Lagoa Nova

**CEP:** 59.078-970

**UF:** RN

**Município:** NATAL

**Telefone:** (84)3215-3135

**Fax:** (84)3215-3135

**E-mail:** cepufrn@reitoria.ufrn.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO NORTE /  
UFRN CAMPUS CENTRAL



Continuação do Parecer: 461.246

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O tema da segurança dos pacientes nos serviços de saúde é bastante atual e de grande impacto. O presente estudo poderá contribuir para a avaliação do tema em nosso meio.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os TCLEs para o paciente e familiares foram refeitos e estão de acordo com as recomendações. O tamanho amostral foi redefinido para 175 sujeitos.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após a revisão ética das respostas às pendências levantadas no parecer anterior, concluímos que as mesmas foram reparadas adequadamente.

Essa adequação situa o protocolo em questão dentro dos preceitos básicos da ética nas pesquisas que envolvem o ser humano.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Em conformidade com a Resolução 466/12 - do Conselho Nacional de Saúde - CNS e Manual Operacional para Comitês de Ética - CONEP é da responsabilidade do pesquisador responsável:

1. elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada(s), devendo as páginas de assinatura estar na mesma folha (Res. 466/12 - CNS, item IV.5d);
2. desenvolver o projeto conforme o delineado (Res. 466/12 - CNS, item XI.2c);
3. apresentar ao CEP eventuais emendas ou extensões com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética - CONEP, Brasília - 2007, p. 41);
4. descontinuar o estudo somente após análise e manifestação, por parte do Sistema CEP/CONEP/CNS/MS que o aprovou, das razões dessa descontinuidade, a não ser em casos de justificada urgência em benefício de seus participantes (Res. 446/12 - CNS, item III.2u) ;

**Endereço:** Av. Senador Salgado Filho, 3000

**Bairro:** Lagoa Nova

**CEP:** 59.078-970

**UF:** RN

**Município:** NATAL

**Telefone:** (84)3215-3135

**Fax:** (84)3215-3135

**E-mail:** cepufrn@reitoria.ufrn.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO NORTE /  
UFRN CAMPUS CENTRAL



Continuação do Parecer: 461.246

5. elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais (Res. 446/12 - CNS, item XI.2d);
6. manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa (Res. 446/12 - CNS, item XI.2f);
7. encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto (Res. 446/12 - CNS, item XI.2g) e,
8. justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou não publicação dos resultados (Res. 446/12 - CNS, item XI.2h).

NATAL, 20 de Novembro de 2013

---

**Assinador por:**  
**Dulce Almeida**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Senador Salgado Filho, 3000  
**Bairro:** Lagoa Nova **CEP:** 59.078-970  
**UF:** RN **Município:** NATAL  
**Telefone:** (84)3215-3135 **Fax:** (84)3215-3135 **E-mail:** cepufrn@reitoria.ufrn.br

## ANEXO B – Normas da Revista *Aquichan*

### Normas para autores

Si desea realizar un nuevo envío, debe registrarse en la revista para poder hacerlo, o si ya está registrado puede simplemente identificarse si tiene algún inconveniente para hacerlo, por favor comunicarlo al correo [aquichan@unisabana.edu.co](mailto:aquichan@unisabana.edu.co)

La revista *Aquichan* publica artículos en español, inglés y portugués, producto de investigación, reflexión o de revisión, relacionados con la enfermería en las diferentes áreas de su ejercicio, y que no hayan sido enviados a otras publicaciones (electrónicas o impresas). El contenido de los mismos debe ser afín con la temática y estar de acuerdo con la política de revisión, Además de cumplir con los criterios de originalidad, novedad y de metodología. Las opiniones expresadas por los autores son de su exclusiva responsabilidad y no reflejan la política de la revista. Todos los trabajos deben estar acompañados de su correspondiente declaración de originalidad de los textos, por parte de cada uno de los autores.

### Extensión y presentación de los artículos

Los trabajos deben ser de máximo 25 páginas, en Microsoft Word, tamaño carta, a doble espacio, sin espacios adicionales entre párrafos y títulos. Tipo de letra: Times New Roman; Tamaño: 12; márgenes superior e inferior: 3 cm y márgenes derecho e izquierdo: 2,5 cm.

### Organización de los artículos

- Título. Debe ser breve, no incluir abreviaturas ni fórmulas.
- Nombre del autor (autores). Debe ir inmediatamente después de título. Si son varios autores, se debe indicar con un llamado al pie el nombre de la persona a quien se le puede dirigir la correspondencia.
- Formación académica y filiación institucional: en nota al pie de página se debe informar el más reciente título académico, la institución a la que está vinculado el autor (autores), la dirección de la institución y el correo electrónico del autor (autores).
- Resumen. Máximo 200 palabras. Debe indicar con claridad: objetivos, método, resultados, interpretación y conclusiones.
- Palabras clave. Cinco palabras clave o frases que indiquen los principales aspectos del artículo. Deben estar inscritas en los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) de Bireme.
- Cuerpo del trabajo. Los trabajos de investigación, por lo general, deben seguir el formato IMRED: introducción, materiales y métodos, resultados y discusión (conclusión).
- Notas al pie de página. Son aclaraciones. Aparecen numeradas en forma consecutiva en la parte inferior de las páginas. Se utilizan para identificar la filiación institucional y dirección de los autores, para ampliar información inédita, o para dar explicaciones marginales que interrumpen el desarrollo natural del texto.
- Referencias bibliográficas. Indican las fuentes originales de los conceptos, los métodos y las técnicas a los que se hace referencia en el texto y que provienen de investigaciones, estudios y experiencias anteriores. Se citan con números consecutivos entre paréntesis según el orden de aparición en el texto. Los



resúmenes no se utilizarán como referencias. Las referencias bibliográficas se incluyen al final de artículo, siguiendo las normas de Vancouver.

- Cuadros. Deben presentarse en forma comprensible. Las ilustraciones (gráficos, diagramas, dibujos, fotografías y mapas) servirán para agregar información. Sus títulos deben ser cortos, precisos y concisos y citar la fuente de donde fueron tomados, incluso aclarar si es una elaboración propia. Las fotografías deben ser de excelente calidad e incluir la fuente de origen y la fecha. Es necesario enviar los archivos originales de los cuadros, o como imágenes en formato .JPG de 300 Dpi.
- Glosarios. Las palabras definidas o explicadas, salvo los nombres propios, se escriben con minúscula inicial, en bastardilla. La palabra definida va separada de su definición por dos espacios, sin ningún signo de puntuación.

### **Normas de citación**

*Aquichan* aplica la metodología Vancouver. A continuación algunos ejemplos:

#### **Artículos en revistas**

##### **1. Artículo estándar**

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996; 124 (11): 980-3.

Parkin DM, Clayton D, Black JR, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et ál. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year followup. *Br J Cancer* 1996; 73: 1006-12.

##### **2. Más de seis autores**

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et ál. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res* 2002; 935 (1-2): 40-6.

##### **3. Autor colectivo (el autor es un equipo)**

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension* 2002; 40 (5): 679-86.

##### **4. No se menciona el autor**

21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ* 2002; 325 (7357): 184.

##### **5. Suplemento de un volumen**

Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. *Headache* 2002; 42 (Suppl 2: S93-9).

##### **6. Parte de un volumen**

Abend SM, Kulish N. The psychoanalytic method from an epistemological viewpoint. *Int J Psychoanal.* 2002; 83 (Pt 2): 491-5.

##### **7. Parte de un número**

Ahrar K, Madoff DC, Gupta S, Wallace MJ, Price RE, Wright KC. Development of a large animal model for lung tumors. *J Vasc Interv Radiol* 2002; 13 (9 Pt 1): 923-8.

##### **8. Número sin volumen**

Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. *Clin Orthop* 2002; (401): 230-8.

##### **9. Sin volumen ni número**

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. *HRSA Careaction.* 2002 Jun: 1-6.

##### **10. Páginas en números romanos**

Chadwick R, Schuklenk U. The politics of ethical consensus finding. *Bioethics* 2002; 16 (2): iii-v.

### **11. Indicación del tipo de artículo cuando sea necesario**

Tor M, Turker H. International approaches to the prescription of long-term oxygen therapy [letter]. *Eur Respir J* 2002; 20 (1): 242. (N. del T.: en español [carta]).

Lofwall MR, Strain EC, Brooner RK, Kindbom KA, Bigelow GE. Characteristics of older methadone maintenance (MM) patients [abstract]. *Drug Alcohol Depend* 2002; 66 (Suppl 1): S105. (N. del T.: En español [resumen]).

### **Libros y otras monografías**

#### **1. Autores individuales**

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

#### **2. Editor(es). Compilador(es)**

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

#### **3. Capítulo de libro**

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW. editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

#### **4. Organización(es) como autor**

Royal Adelaide Hospital; University of Adelaide, Department of Clinical Nursing. Compendium of nursing research and practice development, 1999-2000. Adelaide (Australia): Adelaide University; 2001.

### **Memorias de conferencias**

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

### **Material electrónico**

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on line] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1 (1): [24 screens]. Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.html>

### **Lista de comprobación de preparación de envíos**

Como parte del proceso de envío, se les requiere a los autores que indiquen que su envío cumpla con todos los siguientes elementos, y que acepten que envíos que no cumplan con estas indicaciones pueden ser devueltos al autor.

1. El manuscrito no ha sido publicado ni se ha enviado previamente a otra revista.
2. El archivo enviado está en formato Microsoft Word u Open office.
3. El texto cumple con los requisitos bibliográficos y de estilo indicados en las Normas para autores, que se pueden encontrar en la sección Acerca de la revista.
4. Si estoy enviando un tipo documental que se revisa por pares, aseguro que las instrucciones en Asegurando de una revisión a ciegas han sido seguidas.
5. Se aceptará y firmará la Declaración de originalidad. Que será enviada al correo electrónico.
6. Incluyo las gráficas y tablas según las especificaciones de la revista en las instrucciones para autores
7. Aseguro que la bibliografía está completa, según las indicaciones de citación y peticiones de las instrucciones para autores

**Declaración de privacidad**

La presente revista y su contenido son propiedad de la Universidad de La Sabana y, en consecuencia, sólo se podrá acceder a ella para lectura o impresión, como copia personal, y sin ánimo de lucro. Cualquier otra forma de utilización como reproducción, transformación, comunicación pública o distribución, con fines lucrativos, requiere la autorización previa de la Universidad de La Sabana.

**Fonte:** <http://www.scielo.org.co/revistas/aqui/einstruc.htm>

## ANEXO C – Normas da Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Os artigos podem ser redigidos em português, inglês e espanhol e devem ser inéditos e destinar-se exclusivamente à Revista da Escola de Enfermagem da USP, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, na íntegra ou parcialmente, tanto no que se refere ao texto, como às figuras ou tabelas. Artigos que apresentarem semelhanças com outros já publicados serão excluídos do processo de avaliação em qualquer fase.

Por ocasião do aceite do artigo para a publicação, quando redigidos em inglês ou espanhol por autores procedentes de países (ou radicados em) de língua portuguesa, será solicitada uma cópia em português da versão final.

Nas pesquisas envolvendo seres humanos, os autores deverão enviar uma cópia da aprovação emitida por um Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa.

A REEUSP apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos derivados de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no *site* do ICMJE ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)). O número de identificação deve ser registrado no final do resumo.

Os autores dos textos são por eles inteiramente responsáveis, devendo assinar e encaminhar a Declaração de Responsabilidade e de Cessão de Direitos Autorais, conforme [modelo anexo](#). A Revista condena vigorosamente o plágio e o autoplágio. Os autores devem se certificar de que o conteúdo é inédito e original. Ideias já publicadas devem ser citadas corretamente, em conformidade com as normas.

A REEUSP possui uma edição *on line* no idioma inglês. Quando o trabalho for aprovado para publicação, a tradução deverá ser providenciada de acordo com as orientações da Revista, sendo o custo financeiro de responsabilidade dos autores

#### **Categorias de artigos aceitos pela Revista**

**Artigo original:** trabalho de pesquisa com resultados inéditos, com metodologia rigorosa, resultados claramente expostos, discussão adensada e que agregue valor à ciência de Enfermagem. Limitado a 15 páginas.

**Estudo teórico:** análise de construtos teóricos da ciência de enfermagem ou áreas correlatas, levando ao questionamento de modelos existentes e à elaboração de hipóteses para futuras pesquisas. Limitado a 15 páginas.

### **Artigo de revisão**

**Revisão integrativa:** método de pesquisa que apresenta a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma área ou tema específicos, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento. São necessários padrões elevados de rigor metodológico e clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características dos estudos incluídos na revisão. Etapas da revisão integrativa: elaboração da pergunta norteadora, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa. Limitada a 20 páginas.

**Revisão sistemática:** método de pesquisa amplo, conduzido por meio da síntese rigorosa de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, com o objetivo de responder claramente a uma questão específica e de relevância para a enfermagem ou para a saúde. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados, que poderão ou não incluir metanálise ou metassíntese. Limitada a 20 páginas.

**Relato de experiência profissional:** estudo de caso contendo análise de implicações conceituais, descrição de procedimentos com estratégias de intervenção ou evidência metodológica apropriada de avaliação de eficácia, de interesse para a atuação de enfermeiros em diferentes áreas. Limitado a 10 páginas.

**Carta ao editor:** destinada a comentários de leitores sobre os trabalhos publicados na Revista, expressando ou não concordância sobre o assunto abordado. Limitada a meia página.

### **Descrição dos procedimentos**

Cada artigo submetido à Revista é inicialmente analisado pela Secretaria quanto ao cumprimento das normas estabelecidas nas **Instruções aos Autores**, sendo devolvido para adequação, em caso de não atendimento às normas. Se aprovado nessa fase, o artigo é encaminhado para a Editora Científica que, com a colaboração das Editoras Associadas, dará início à avaliação do conteúdo do ponto de vista científico e da contribuição ao desenvolvimento da ciência de Enfermagem. O artigo é então encaminhado para dois relatores, que o analisam com base no Instrumento de Análise e Parecer elaborado especificamente para tal finalidade e opinam sobre o rigor metodológico da abordagem utilizada. Havendo discordância nos pareceres, o artigo é encaminhado a um terceiro relator. O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. Os pareceres dos relatores são analisados pelo Conselho Editorial que, se necessário, indica as alterações a serem efetuadas. Os trabalhos seguem para publicação somente após a aprovação final dos pareceristas e do Conselho Editorial.

Eventuais **conflitos de interesse** devem ser esclarecidos.

### **Forma e preparação dos artigos**

O texto deve ser digitado na ortografia oficial em folhas de papel tamanho A4, com espaço entrelinhas de 1,5, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, e margens superior, inferior e laterais de 2,5 cm.

- A **Página de título** deve conter:

título do artigo (máximo de 16 palavras) em português, inglês e espanhol, sem abreviaturas e siglas;

nomes completos e sem abreviações dos autores, numerados em algarismos arábicos, com a titulação universitária máxima de cada autor e as Instituições às quais pertencem;

indicação do nome do autor responsável, seu endereço para correspondência, telefone para contato e e-mail. O uso de endereço residencial deve ser evitado, pois ficará disponível na *Internet*;

quando o artigo for extraído de tese ou dissertação, indicar por asterisco, em nota de rodapé o título, o ano e a instituição onde foi apresentada;

- **Resumo:** deve ser apresentado em português (resumo), inglês (*abstract*) e espanhol (*resumen*), com até 150 palavras (máximo de 900 caracteres), explicitando o objetivo da pesquisa, o método, os resultados e a conclusão.
- **Descritores:** devem ser indicados de três a seis descritores que permitam identificar o assunto do trabalho, acompanhando o idioma dos resumos: português (descritores), inglês (descriptors) e espanhol (descriptores), extraídos do vocabulário DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), elaborado pela BIREME, ou MeSH (*Medical Subject Headings*), elaborado pela NLM (*National Library of Medicine*).
- **Texto**

O corpo do texto do artigo deverá conter parágrafos distintos com: **Introdução, Método, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.**

**Introdução:** deve ser breve, definir o problema estudado, destacando a sua importância, e as lacunas do conhecimento.

**Método:** os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. É necessário inserir o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e informar que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos.

**Resultados:** devem ser apresentados de forma clara e objetiva, descrevendo somente os dados encontrados, sem interpretações ou comentários. Podem ser acompanhados por tabelas, quadros e figuras, para facilitar a compreensão. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito nas ilustrações.

**Discussão:** deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando aspectos novos e relevantes observados no estudo e discutindo as concordâncias e as divergências com outras pesquisas já publicadas.

**Conclusão:** deve corresponder aos objetivos ou às hipóteses do estudo, fundamentada nos resultados e na discussão, coerente com o título, a proposição e o método adotados. As limitações do estudo também devem ser destacadas.

#### **Referências:**

No texto, as citações devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses, sem menção do nome dos autores. Se forem sequenciais, deverão ser indicados o primeiro e o último número, separados por hífen, ex.: <sup>(1-4)</sup>; quando intercalados, deverão ser separados por vírgula, ex.: <sup>(1-2,4)</sup>.

As referências dos documentos impressos e eletrônicos devem ser apresentadas de acordo com o Estilo "Vancouver", elaborado pelo ICMJE, disponível no endereço eletrônico (<http://www.icmje.org>) e os títulos dos periódicos abreviados

de acordo com a *List of Journals Indexed for MEDLINE* (<http://www.nlm.gov/tsd/serials/lji.html>). Incluir as referências estritamente pertinentes ao assunto abordado, atualizadas (5 anos), de abrangência nacional e internacional. Evitar a inclusão de número excessivo de referências na mesma citação. A lista apresentada no final do artigo deve ser numerada de acordo com a sequência em que os autores foram citados no texto. O número de referências não deve ultrapassar a **30**. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Os artigos publicados na Revista da Escola de Enfermagem da USP devem ser citados preferencialmente no idioma inglês, na versão *on line*, a partir de 2009.

**Depoimentos:** frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa devem ser citados entre aspas, em itálico, com sua identificação codificada a critério do autor e entre parênteses.

**Ilustrações:** tabelas, quadros e figuras, no máximo de cinco, obrigatoriamente, devem estar inseridas no corpo do texto do artigo.

**Fotos e Imagens** – serão publicadas exclusivamente em P&B, com resolução final de 300 dpi.

**Agradecimentos:** a pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que haja permissão expressa dos nomeados; fontes de financiamento de instituições públicas ou privadas que deram apoio, assistência técnica e outros auxílios.

**Errata:** após a publicação do artigo, se os autores identificarem a necessidade de uma errata deverão enviá-la à Secretaria da Revista por *e-mail*.

## Exemplos de Referências

### PERIÓDICOS

#### Artigo padrão

Allen G. Evidence for practice. *AORN J.* 2010;92(2):236-41.

#### Artigo com mais de três autores

MacNeela P, Clinton G, Place C, et al. Psychosocial care in mental health nursing: a think aloud study. *J Adv Nurs.* 2010;66(6):1297-307.

#### Artigo cujo autor é uma organização

American Diabetes Association. Diabetes update. *Nursing.* 2003;Suppl:19-20,24.

#### Artigo com múltiplas organizações como autores

American Dietetic Association; Dietitians of Canada. Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: nutrition and women's health. *J Am Diet Assoc.* 2004;104(6):984-1001.

#### Artigo de autoria pessoal e organizacional

Orchard TJ, Temprosa M, Goldberg R; Diabetes Prevention Program Research Group. The effect of metformin and intensive lifestyle intervention on the metabolic syndrome: the Diabetes Prevention Program randomized trial. *Ann Intern Med.* 2005;142(8):611-9.

**Artigo no qual o nome do autor possui designação familiar**

King JT Jr, Horowitz MB, Kassam AB, et al. The short form-12 and the measurement of health status in patients with cerebral aneurysms: performance, validity, and reliability. *J Neurosurg.* 2005;102(3):489-94.

Oliveira MF, Arcêncio RA, Ruffino-Netto A, et al. The front door of the Ribeirão Preto Health System for diagnosing tuberculosis. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(4):898-904.

**Artigo sem indicação de autoria**

Understanding and treating cancer-related fatigue. *J Support Oncol.* 2006;4(2):72.

**Artigo publicado em um volume com suplemento**

Nascimento AF, Galvanese ATC. Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial do município de São Paulo, SP. *Rev Saúde Pública.* 2009;43 Supl 1:8-15.

**Artigo publicado em um fascículo com suplemento**

Crawford M, Mullan J, Vanderveen T. Technology and safe medication administration. *J Infus Nurs.* 2005;28(2 Suppl):37-41.

**Artigo em um volume publicado em partes**

Abend SM, Kulish N. The psychoanalytic method from an epistemological viewpoint. *Int J Psychoanal.* 2002;83 Pt 2:491-5.

**Artigo em um fascículo publicado em partes**

Rilling WS, Drooz A. Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma. *J Vasc Interv Radiol.* 2002;13(9 Pt 2):S259-63.

**Artigo publicado em fascículo sem volume**

Tom Dwyer AMC. A pesquisa da sociabilidade on-line: três gerações de estudos. *Rev USP.* 2012;(92):100-13.

**Artigo publicado em um número especial**

Silva MS, Kimura M, Stelmach R, et al. Quality of life and spiritual well-being in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(n.esp):1187-92.

**Artigo sem indicação de fascículo e volume**

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. *HRSA Careaction.* 2002 Jun:1-6.

**Artigo com paginação em algarismos romanos**

Chadwick R, Schuklenk U. The politics of ethical consensus finding. *Bioethics.* 2002;16(2):iii-v.

**Artigo com publicação de errata**

Altizer L. Strains and sprains. *Orthop Nurs.* 2003;22(6):404-11. Erratum in: *Orthop Nurs.* 2004;23(1):38.



**Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (*ahead of print*)**

Wangensteen S, Johansson IS, Björkström ME, et al. Critical thinking dispositions among newly graduated nurses. J Adv Nurs. 2010 Apr 1. [Epub ahead of print]

**Artigo no prelo (*in press*)**

Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Limits and possibilities for evaluating the family health strategy to gender violence. Rev Esc Enferm USP. 2012;47(2). In press

**Artigo provido de DOI**

Eduardo LP, Egry EY. Brazilian Child and Adolescent Statute: workers' views about their practice. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(1):18-24.

DOI: 10.1590/S0080-62342010000100003.

**LIVROS****Livro padrão com autor pessoal**

Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Eyre HJ, Lange DP, Morris LB. Informed decisions: the complete book of câncer diagnosis, treatment, and recovery. 2nd ed. Atlanta: American Cancer Society; c2005.

**Organizador, editor, coordenador como autor**

Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

**Instituição como autor**

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. Brasília; 2009.

**Capítulo de livro cujo autor é o mesmo da obra**

Moreira A, Oguisso T. Profissionalização da enfermagem brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Gênese da profissionalização da enfermagem; p. 23-31.

**Capítulo de livro cujo autor é um colaborador**

Kimura M, Ferreira KASL. Avaliação da qualidade de vida em indivíduos com dor. In: Chaves LD, Leão ER, editoras. Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba: Ed. Maio; 2004. p. 59-73.

**Documentos legais (adaptados) Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986.**

Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 1.

São Paulo (Estado). Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras

providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 18 mar. 1999. Seção 1, p. 1.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

## DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

### Artigo de periódico

Costa FA, Silva DLA, Rocha VM. The neurological state and cognition of patients after a stroke. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2011 Nov 28];45(5):1083-8. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/en\\_v45n5a08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/en_v45n5a08.pdf)

### Artigo de periódico provido de DOI

Leonello VM, Oliveira MAC. Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [citado 2010 jul. 10]; 63(3):366-70. Disponível em: [//www.scielo.br/pdf/reben/v63n3pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3pdf)  
DOI 10.1590/S0034-71672010000300003.

### Livro na íntegra

Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS. Harrison's online [Internet]. 16th ed. Columbus (OH): McGraw-Hill; c2006 [cited 2006 Nov 20]. Available from: <http://www.accessmedicine.com/resourceTOC.aspx?resourceID=4>

### Capítulo de livro

Loizzo F, Menthonnex E, Menthonnex P, et al. A regulação das saídas das unidades móveis de cuidados intensivos na França (SMUR) e no Brasil (UTIM). In: Martinez-Almoyna M, Nitschke CAS, organizadores. Manual de regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência: SAMU [Internet]. Florianópolis; c1999 [citado 2008 nov. 7]. Disponível em: [neu.saude.sc.gov.br/arquivos/manual\\_de\\_regulacao\\_medica\\_de\\_urgencia.pdf](http://neu.saude.sc.gov.br/arquivos/manual_de_regulacao_medica_de_urgencia.pdf)

### Documentos legais (adaptados)

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 204, de 27 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle [Internet]. Brasília; 2007 [citado 2009 mar. 25]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204\\_29\\_01\\_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html)

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento *Citing Medicine*, adaptado pela NLM para as suas bases de dados e atualmente utilizado pelo *Uniform Requirements* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/?depth=2>).

**Observação:** Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica mundial e de difícil acesso, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos que não sejam mantidos permanentemente em *sites*, não devem fazer parte da lista de referências.

A partir de 1º de outubro de 2012, a REEUSP instituiu taxa de submissão e de publicação ([http://www.ee.usp.br/reeusp/index.php?p=area&are\\_id=56](http://www.ee.usp.br/reeusp/index.php?p=area&are_id=56)).

O artigo deve ser encaminhado *on line* (<http://mc04.manuscriptcentral.com/reeusp-scielo>), acompanhado de carta ao Editor informando os motivos pelos quais a REEUSP foi selecionada para submissão. Adicionalmente, devem ser destacados os avanços e as contribuições do texto frente as publicações recentes já veiculadas sobre a temática.

#### **REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419  
CEP 05403-000 – São Paulo - SP – BRASIL  
E-mail: [nursingscholar@usp.br](mailto:nursingscholar@usp.br)

**Fonte:** [http://143.107.173.8/reeusp/index.php?p=area&are\\_id=22](http://143.107.173.8/reeusp/index.php?p=area&are_id=22)

## ANEXO D – Normas da Revista Brasileira de Enfermagem

### Política Editorial

A **Revista Brasileira de Enfermagem** (REBEn), órgão oficial de publicação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), tem, como público alvo, profissionais e estudantes de Enfermagem e da Saúde. Sua missão é divulgar a produção científica de diferentes áreas do saber que sejam do interesse da Enfermagem. Recebe a submissão de manuscritos nos idiomas português, inglês e espanhol. Além de seis números regulares por ano, podem ser publicados, eventualmente, números especiais, de acordo com avaliação da pertinência pela Comissão de Publicação ou Conselho Editorial da REBEn, e com a aprovação expressa da Diretoria da ABEn Nacional.

A REBEn adota os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas (*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*), do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (*International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE*), atualizados em abril de 2010. Esses requisitos, conhecidos como estilo *Vancouver*, estão disponíveis na URL <[http://www.icmje.org/urm\\_main.html](http://www.icmje.org/urm_main.html)>.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à REBEn, não sendo permitida sua submissão simultânea a outro(s) periódico(s). Quando publicados, passam a ser propriedade da REBEn, sendo vedada a reprodução parcial ou total dos mesmos, em qualquer meio de divulgação, impresso ou eletrônico, sem a autorização prévia do(a) Editor(a) Científico(a) da Revista.

Em se tratando de pesquisa envolvendo seres humanos, e atendendo o disposto na Resolução CNS nº 196/1996, o(s) autor(es) deve(m) mencionar, no texto do manuscrito, o número do protocolo de aprovação do projeto, emitido por Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, Conselho Nacional de Saúde (CONEP-CNS), ou por órgão equivalente, quando tiver sido executada em outro país. Do mesmo modo, deve(m) mencionar no texto a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes da pesquisa.

A REBEn adota a exigência da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) de registro prévio dos ensaios clínicos (estudos experimentais randomizados) em plataforma que atenda os critérios elaborados pelas duas organizações (OMS e ICMJE). O número do registro do ensaio clínico deverá constar em nota de rodapé, na Página de Identificação do manuscrito, aspecto a que se condiciona a publicação.

Conceitos, ideias ou opiniões emitidos nos manuscritos, bem como a procedência e exatidão das citações neles contidas, são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

### Categorias de Manuscritos

**Editorial** – Texto opinativo sobre assunto de interesse para o momento histórico, com possível repercussão na prática profissional. Pode conter

até **duas (2) páginas**, incluindo referências, quando houver.

**Pesquisa** – Divulgação de pesquisa original e inédita, cujos resultados corroboram conhecimento disponível na área, ou ampliam o conhecimento da Enfermagem e/ou da Saúde sobre o objeto da investigação. Estão incluídos nesta categoria os ensaios clínicos randomizados. Deve conter um máximo de **quinze (15) páginas**, incluindo resumos e referências.

**Revisão** – Estudo que reúne, de forma ordenada, resultados de pesquisas a respeito de um tema específico, auxiliando na explicação e compreensão de diferenças encontradas entre estudos primários que investigam a mesma questão, e aprofundando o conhecimento sobre o objeto da investigação. Utiliza métodos sistemáticos e critérios explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e para coletar e analisar dados dos estudos incluídos na revisão. Deve conter um máximo de **vinte (20) páginas**, incluindo resumos e referências.

**Reflexão** – Formulação discursiva aprofundada, focalizando conceito ou constructo teórico da Enfermagem ou de área afim; ou discussão sobre um tema específico, estabelecendo analogias, apresentando e analisando diferentes pontos de vista, teóricos e/ou práticos. Deve conter um máximo de **dez (10) páginas**, incluindo resumos e referências.

**Relato de Experiência** – Estudo em que se descreve uma situação da prática (ensino, assistência, pesquisa ou gestão/gerenciamento), as estratégias de intervenção e a avaliação de sua eficácia, de interesse para a atuação profissional. Deve conter um máximo de **dez (10) páginas**, incluindo resumos e referências.

Eventualmente, poderão ser publicados ainda: **Entrevista (máximo de 3 páginas)** com personalidade da Enfermagem e/ou da Saúde; manuscrito de **Autor convidado (máximo de 15 páginas)**, incluindo resumos e referências); **Carta ao Editor (1 página)**; e **Resenha** de obra contemporânea, avaliada como sendo de interesse do público alvo da REBEn (**máximo de 2 páginas**, incluindo referências, se houver).

## Preparo dos Manuscritos

### Aspectos gerais

Os manuscritos de todas as categorias aceitas para submissão à REBEn deverão ser digitados em arquivo do *Microsoft Office Word*, com configuração obrigatória das páginas em papel A4 (210x297mm) e margens de 2 cm em todos os lados, fonte *Times New Roman* tamanho 12, espaçamento de 1,5 pt entre linhas. As páginas devem ser numeradas, consecutivamente, até às Referências. O uso de negrito deve se restringir ao título e subtítulos do manuscrito. O itálico será aplicado somente para destacar termos ou expressões relevantes para o objeto do estudo, ou trechos de depoimentos ou entrevistas. Nas citações de autores, *ipsis litteris*, com até três linhas, usar aspas e inseri-las na sequência normal do texto; naquelas com mais de três linhas, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte *Times New Roman* tamanho 11, espaçamento simples entre linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda.

As citações de autores no texto devem ser numeradas de forma consecutiva, na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, e antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado(5),]. Quando se tratar de citações sequenciais, os números serão separados por um traço [Exemplo: cuidado(1-5);]; quando intercaladas, separados por vírgula [Exemplo: cuidado(1,3,5).].

Não devem ser usadas abreviaturas no título e subtítulos do manuscrito. No texto, usar somente abreviações padronizadas. Na primeira citação, a abreviatura é apresentada entre parênteses, e os termos a que corresponde devem precedê-la.

As notas de rodapé deverão ser restritas ao mínimo indispensável, não sendo aceitas notas de fim nos manuscritos. As ilustrações (tabelas, quadros e figuras – fotografias, desenhos, gráficos, etc.), serão numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que forem inseridas no texto, não podendo ultrapassar o número de cinco (5). O(s) autor(es) do manuscrito submetido à REBEEn deve(m) providenciar a autorização, por escrito, para uso de ilustrações extraídas de trabalhos previamente publicados.

#### **Estrutura do texto**

É recomendável que os artigos de **Pesquisa** e de **Revisão** sigam a estrutura convencional: Introdução, Revisão da Literatura, Método, Resultados, Discussão e Conclusões, sendo necessário, às vezes, incluir subtítulos em alguma(s) dessas seções. Os manuscritos de outras categorias podem seguir estrutura diferente. Independentemente da categoria, os manuscritos devem conter, na ordem seguinte:

##### **a) Página de identificação**

É a **primeira página** do manuscrito e deverá conter, na ordem apresentada, os seguintes dados: título do artigo (**máximo de 15 palavras**) nos três idiomas (português, inglês e espanhol); nome do(s) autor(es), indicando, em nota de rodapé, título(s) universitário(s), cargo e função ocupados, Instituição a que pertence(m) e à qual o trabalho deve ser atribuído, e endereço eletrônico para troca de correspondência. Se o manuscrito estiver baseado em tese de doutorado, dissertação de mestrado ou monografia de especialização ou de conclusão de curso de graduação, indicar, em nota de rodapé, a autoria, título, categoria (tese de doutorado, etc.), cidade, instituição a que foi apresentada, e ano.

##### **b) Resumo e Descritores**

O resumo e os descritores iniciam uma **nova página (a segunda)**. Independente da categoria do manuscrito, o Resumo deverá conter, no **máximo, 150 palavras**. Deve ser escrito com clareza e objetividade, o que, certamente, contribuirá para o interesse do público alvo na leitura do inteiro teor do manuscrito. No resumo deverão estar descritos o objetivo, a metodologia, os principais resultados e as conclusões, bem como os aspectos novos e mais importantes do estudo. O Resumo em português deverá estar acompanhado das versões em inglês (Abstract) e espanhol (Resumen). Logo abaixo de cada resumo, incluir, respectivamente, três (3) a cinco (5)

descritores, *key words* e *palabras clave*. Recomenda-se que o(s) autor(es) do manuscrito confirme(m), na página eletrônica da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), se os descritores que selecionou(aram) estão incluídos entre os *Descritores em Ciências da Saúde - DeCS* (<http://decs.bvs.br>).

#### **c) Corpo do texto**

O corpo do texto inicia **nova página (a terceira)**, em que não devem constar o título do manuscrito ou o nome do(s) autor(es). O corpo do texto é contínuo. A REBEn não utiliza o sistema de numeração progressiva das diferentes seções que compõem o corpo do texto do manuscrito.

#### **d) Agradecimentos (opcional)**

Os agradecimentos, **quando houver**, devem ser colocados antes da lista de referências. O(s) autor(es) deve(m) explicitar, além do(s) nome(s) da(s) pessoa(s), a razão para os agradecimentos. É recomendável que a(s) pessoa(s) seja(m) informada(s) dos agradecimentos que estão sendo feitos a ela(s), e que se obtenha a concordância para inclusão de seu nome nessa seção do manuscrito.

#### **e) Referências**

O número de referências no manuscrito deve ser **limitado a vinte (20)**, exceto nos artigos de Revisão. As referências, apresentadas no final do trabalho, devem ser numeradas, consecutivamente, de acordo com a ordem em que foram incluídas no texto; e elaboradas de acordo com o estilo *Vancouver*. Exemplos de referências nesse estilo, elaborados e atualizados pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (*U.S. National Library of Medicine – NLM*), podem ser obtidos na URL <[http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)>.

### **Processo de Submissão e Avaliação de Manuscritos**

A REBEn adota o sistema eletrônico de submissão e gerenciamento do processo de editoração. Os manuscritos são submetidos por meio da URL <<http://www.scielo.br/reben/>>, acessando-se o link *Submissão Online*.

Ao submeter o manuscrito, o autor responsável pela submissão deverá inserir no sistema, como Documento Suplementar (ver aba “RESUMO”, Docs. Sup., INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR), uma DECLARAÇÃO, assinada por ele e, quando for o caso, por todos os demais autores, **na ordem exata de autoria**, afirmando haver participado em sua elaboração e, assim, podendo assumir a responsabilidade por sua autoria; que o manuscrito se destina exclusivamente à Revista Brasileira de Enfermagem e que nenhum outro manuscrito com conteúdo semelhante foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outro periódico; finalmente, que, se aceito para publicação, concorda(m) com a transferência de direitos autorais para a Revista Brasileira de Enfermagem, podendo o manuscrito ser reproduzido, distribuído, transmitido ou reutilizado, desde que seja para uso não comercial e com a citação obrigatória da fonte. MODELO DE DECLARAÇÃO

A confiança na Comissão de Publicação e no Conselho Editorial, e a credibilidade dos artigos publicados na REBEn dependem, em parte, do

modo como possíveis conflitos de interesse são administrados durante os processos de elaboração e submissão do manuscrito, de revisão por pares e de decisão editorial. Há conflito de interesse quando o(s) autor(es) e/ou a Instituição a que pertence(m), o avaliador ou o editor mantêm relações financeiras ou pessoais que influenciam de forma inadequada suas ações. Essas relações são também conhecidas como duplo compromisso, interesses concorrentes ou lealdades concorrentes, e podem ser mínimas, insignificantes, ou com potencial expressivo para influenciar as ações individuais ou grupais.

A REBEn, buscando evitar que conflitos de interesse possam afetar a confiança pública em seu processo de editoração, exige que o(s) autor(es), ao submeter um manuscrito, em qualquer das categorias aceitas para publicação, indique(m) se há, ou não, conflitos de interesse que possam ter influenciado, de forma inadequada, suas ações. O(a) Editor(a) Científico(a) e os Editores Associados da REBEn evitarão indicar revisores externos que possam ter algum conflito de interesse com o(s) autor(es) do manuscrito, a exemplo daqueles que trabalham no mesmo Departamento ou Instituição do(s) autor(es). Por seu turno, os revisores externos, estando cômicos de relações financeiras ou pessoais que possam influir sobre suas opiniões sobre o manuscrito, devem abster-se de avaliar aqueles em que haja conflito de interesse evidente.

Para iniciar o processo de submissão o autor responsável pela submissão deverá cadastrar-se previamente no sistema como autor. O sistema é autoexplicativo e, ao concluir o processo, será gerada uma ID para o manuscrito, com código alfanumérico (Exemplo: REBEN-0001). O autor responsável pela submissão, e todos os coautores, quando for o caso, receberão uma mensagem confirmando a submissão e a ID do manuscrito, para que possam acompanhar sua tramitação nas etapas do processo editorial.

Inicialmente, avalia-se o atendimento às normas para preparação de manuscritos; a inclusão do número do registro do ensaio clínico, quando for o caso, em nota de rodapé; o atendimento ao estilo Vancouver na elaboração da lista de referências; a clareza e objetividade do resumo; a inclusão dos descritores entre os *Descritores em Ciências da Saúde – DeCS*; e o potencial do manuscrito para publicação e possível interesse dos leitores.

Quando algum destes aspectos não for considerado satisfatório, o manuscrito é rejeitado, sendo automaticamente arquivado no sistema. Quando avaliado positivamente, o manuscrito é encaminhado para análise por pares (*peer review*), adotando-se a avaliação duplo-cega (*double blind review*), com que se busca garantir o anonimato do(s) autor(es) e dos avaliadores. Os pareceres emitidos pelos avaliadores podem considerar o manuscrito *aceito*, *rejeitado* ou, ainda, que *requer revisões*, seja de forma ou de conteúdo. Os pareceres emitidos pelos avaliadores são apreciados pelo(a) Editor(a) Científico(a), e um parecer final é, então, enviado para o(s) autor(es).

### **Taxas de Submissão e de Editoração**

Não se exige mais que os autores de manuscritos aceitos para



publicação na REBEn sejam assinantes da revista. A assinatura passa a ser voluntária. Entretanto, requerer-se-á uma **TAXA DE SUBMISSÃO** de manuscritos, no valor de R\$200,00 (duzentos reais); e uma **TAXA DE EDITORAÇÃO** para os artigos aceitos para publicação, no valor de R\$ 500,00 (quinhentos reais). Essas taxas devem ser pagas, por meio de transferências/depósitos bancários em nome da Associação Brasileira de Enfermagem, CNPJ 33.989.468-0001-00, no

**Banco do Brasil**

**Agência: 3475-4**

**Conta Corrente: 220.482-7**

Os pagamentos feitos no exterior, na moeda brasileira (Real), devem seguir a taxa de câmbio comercial do dia em que for feita a submissão do manuscrito, ou em que o artigo for aceito para publicação.

O comprovante de pagamento da **TAXA DE SUBMISSÃO** deve ser inserido no sistema, ao se fazer a submissão do manuscrito, como Documento Suplementar (ver aba "RESUMO", Docs. Sup., INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR). **Não se devolve a TAXA DE SUBMISSÃO caso o manuscrito não seja aceito para publicação.** Por seu turno, o comprovante de pagamento da **TAXA DE EDITORAÇÃO** deverá ser encaminhado ao e-mail <reben@abennacional.org.br>, no prazo máximo de sete dias após o recebimento da confirmação de que o artigo foi aceito para publicação. O não cumprimento dessa condição sujeita o artigo ao arquivamento em definitivo.

Fonte: <http://www.scielo.br/revistas/reben/pinstruc.htm>

## ANEXO E – Normas da Revista *Index de Enfermería Digital*

### INFORMACION PARA LOS AUTORES

**Index de Enfermería** es el órgano de la Fundación Index y se publica con periodicidad trimestral.

**Index de Enfermería** publica trabajos relacionados con la investigación en cuidados de salud desde una pluralidad de perspectivas:clínico-asistencial, socio-cultural e histórica. Pone énfasis en los abordajes fenomenológicos del proceso salud enfermedad y en la humanización de los cuidados, privilegiando posturas epistemológicas emergentes en las ciencias de la salud, como la gestión del conocimiento, el movimiento de la evidencia científica o la investigación cualitativa. Todos los manuscritos recibidos para su publicación en **Index de Enfermería** son sometidos a la revisión por expertos (revisión por pares o peer-review).

#### Tipos de artículos

**Index de Enfermería** considerará para su publicación en sus secciones especiales aquellos trabajos relacionados directamente con la Enfermería y con la Investigación en Cuidados de Salud que no hayan sido publicados total o parcialmente en otros medios y se encuadren en las siguientes secciones:

**Originales.** Trabajos de investigación sobre cuidados de la salud en sus vertientes clínico-asistencial, metodológica, histórica, sociológica o antropológica.

**Teorizaciones.** Artículos orientados a fomentar el pensamiento crítico y la reflexión teórica sobre aspectos complejos del cuidado y sus relaciones con otras parcelas de conocimiento.

**Instrumentos.** Descripción de documentos metodológicos relevantes para la práctica de los cuidados (escalas de valoración, sistemas de registro de datos, pautas y protocolos de atención, guías de trabajo, programas, etc).

**Pliegos de Estilo.** Artículos orientados a la formación continuada del investigador. La temática abordada en esta sección estará en relación con los métodos y técnicas de investigación, las formas de expresión científica, la redacción, la descripción de fondos bibliográficos, aplicaciones informáticas, etc.

**Cartilla de la Salud.** Descripción de experiencias en educación para la salud y autocuidados, con especial referencia a los materiales educativos utilizados. Se incluirán copias de calidad de los materiales a reproducir.

**Diario de Campo.** Descripción de experiencias asistenciales fruto de una observación detallada que supongan una contribución singular en el campo de las relaciones humanas con el paciente, la familia o la comunidad.

**Archivo.** Incluye la descripción de documentos históricos de interés para el conocimiento de la evolución de los cuidados y la profesión de enfermería. El artículo deberá contener la transcripción del documento original y un comentario de texto en el que además de contextualizar y resaltar la

trascendencia del documento, se describirán los criterios paleográficos utilizados en la transcripción, la referencia completa de texto y del fondo de procedencia. Se incluirán reproducciones de la portada o interior del texto histórico.

**Retablo de las Maravillas.** Colaboraciones en forma de reportaje sobre espacios emblemáticos y grupos humanos con indudables valores sociales y culturales para los cuidados (edificios históricos, centros pioneros en investigación, programas innovadores de ayuda humanitaria, contextos culturales donde pervivan sistemas de creencias y costumbres singulares sobre salud, etc). Será de especial interés el apoyo gráfico.

**Historia y Vida.** Utilizando como método la historia oral se incluirán colaboraciones que describan la experiencia subjetiva ante las diferentes dimensiones de la salud o la enfermedad. Consta de una introducción realizada por el autor donde se justifique la elección del personaje, y a continuación una transcripción literal del relato biográfico.

**La Mirada.** Aportación de una fotografía que recoja una imagen de indudable interés para la comprensión de una circunstancia relacionada con la salud y los cuidados, a la que se acompañará un comentario breve del autor o del recopilador en el que muestre su visión desde dentro. La fotografía deberá tener un tamaño mínimo de 18x28, positivada en blanco y negro con gran calidad y suficiente contraste, indicando en folio aparte el título, nombre del autor, lugar y fecha de realización.

**Evidencia Científica.** Artículos de investigación secundaria o de síntesis de conocimiento, con especial referencia a revisiones sistemáticas y revisiones críticas de artículos publicados.

**Cartas al Director.** Se aceptarán en esta sección la discusión de trabajos publicados con anterioridad en Index de Enfermería, la aportación de observaciones sobre las líneas editoriales de la revista, así como experiencias que por su características puedan ser resumidas en un breve texto.

**Abstracta.** Se incluyen comentarios de texto de novedades bibliográficas de interés para el campo de la enfermería, tanto en libros como revistas y otros materiales. Constará de la cita bibliográfica de la obra según estilo de la revista, un comentario crítico y el nombre y apellidos del autor del comentario. Extensión del texto no superior a dos páginas.

**Gaceta de actividades y noticias.** Las sociedades y asociaciones científicas, instituciones, centros de investigación y enseñanza, podrán enviar reseñas sobre actividades que hayan desarrollado de interés científico (celebración de jornadas y congresos, conferencias, otorgamiento de premios, etc). La extensión máxima será de un folio y podrá acompañarse de una fotografía.

**Otras secciones.** La revista incluye otras secciones (editoriales, revisiones, consensos, entrevistas, reportajes y otros formatos especiales) cuyos artículos encarga la Redacción. Los autores que deseen colaborar en alguna de estas secciones deberán consultar previamente a la Secretaría de Redacción.

## Presentación de los trabajos



Todos los trabajos aceptados quedan como propiedad permanente de los editores, y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de los titulares del copyright. No se aceptarán trabajos publicados o presentados anterior o simultáneamente en otra revista, circunstancia que el autor deberá declarar expresamente en la carta de presentación del artículo. Todos los

trabajos enviados a la revista serán sometidos a una evaluación por expertos, que determinará su aceptación o no en función de criterios objetivables de evaluación de la pertinencia y calidad. Recomendamos a los autores que se informen previamente de las particularidades del [Proceso de Revisión](#).

En general la extensión máxima de los manuscritos no deberá superar las 4.500 palabras (incluyendo en el recuento el texto, resúmenes en español e inglés, bibliografía, anexos, tablas, gráficos y en general todas las partes del artículo), y 1.500 palabras para artículos de formato breve (cartas al director, editoriales, etc). Se admite un máximo de cuatro ilustraciones por artículo y un máximo de seis firmantes (cuatro para artículos de formato breve). En caso de superar los seis autores, deberán asignarle un nombre corporativo al grupo (ejemplo "Grupo para el Estudio del Cuidado Familiar"). En ese caso podrán anotarse hasta los cuatro primeros autores y el nombre corporativo del grupo, pudiendo indicarse en una llamada a pie de página los nombres de todos los componentes del grupo. El procesado del texto se hará por computador utilizando el procesador Microsoft Word o compatible. El archivo se enviará preferentemente por correo electrónico a la [Secretaría de Redacción](#) (opcionalmente se puede enviar en CD). Las páginas irán numeradas correlativamente en el ángulo superior derecho. En la primera página del artículo se indicarán, en el orden que aquí se cita, los siguientes datos:

- Título del artículo;
- Nombre y apellidos de los autores (recomendamos la no utilización de abreviaturas ni contracciones, procure diferenciar los nombres de los apellidos subrayando los apellidos);
- Nombre completo del centro de trabajo;
- Dirección completa del centro de trabajo;
- Dirección para correspondencia;
- Otras especificaciones cuando se considere necesario. En la segunda página se incluirá en español y en inglés el título del artículo y un resumen de no más de 150 palabras, preferiblemente estructurado (justificación, objetivo, diseño, metodología, resultados principales y conclusión), así como varios descriptores o palabras clave que identifiquen el contenido del artículo. La traducción al inglés debe realizarse con arreglo a las reglas gramaticales y sintácticas, debiendo evitarse la utilización de traductores electrónicos. En las siguientes páginas se incluirá el texto del artículo, dividiendo claramente los apartados del mismo.

Procesado del texto. Tener en cuenta los siguientes parámetros:

- Tipo de letra **Time New Roman** a tamaño de 12 pulgadas
- Espaciado e interlineado **normales**
- Evitar el uso de mayúsculas en el título y encabezados de párrafo
- Evitar la utilización de negritas, subrayados o mayúsculas para resaltar el texto. Utilice preferiblemente entrecomillados y cursivas, pero no simultáneamente (salvo para pasajes textuales de informantes)
- Evitar el uso de opciones automáticas en el documento, especialmente de la opción **nota final** para la bibliografía. Esta debe reseñarse al final ordenada numéricamente en formato de texto normal, mientras que las llamadas en el texto pueden realizarse con la opción superíndice o mediante números entre paréntesis

Para facilitar la composición del texto le recomendamos que utilice la siguiente [PLANTILLA PARA LA COMPOSICION DE ARTICULOS](#)

## CIENTIFICOS

### **Aspectos formales de estilo**

**Idioma.** Opcionalmente los autores podrán presentar su artículo en otro idioma diferente al español, preferiblemente en inglés, francés o portugués. En revistas con versión impresa deberán adjuntar una versión traducida al castellano que de ser aceptado el artículo será publicada en la versión impresa, mientras que se publicará en edición bilingüe en la versión digital de la revista. La corrección y equivalencia de las versiones bilingües son responsabilidad exclusiva de los autores.

Por otra parte todos aquellos autores de artículos que hayan sido publicados con anterioridad en la revista, podrán aportar una **versión traducida al inglés** para su publicación digital. Si desean que este servicio lo realice el equipo de traductores de la Fundación Index puede solicitar presupuesto a la [secretaría científica](#).

**Abreviaturas.** Deberán evitarse en lo posible y cuando se empleen deberá explicitarse su significado entre paréntesis la primera vez que se utilicen en el texto. Evitar la utilización de abreviaturas en el título y en el resumen. Cuando se trate de unidades de medida no es necesario explicitar su significado siempre que se expresen en Unidades del Sistema Internacional.

**Título.** Debe describir el contenido sustancial del trabajo mediante frases enunciativas. Debe ser claro, conciso y correcto. Se considera un tamaño adecuado si no supera las 15 palabras.

**Autores.** Escribir sin abreviar el nombre y apellidos. Se recomienda adoptar una filiación bibliográfica única para favorecer la identificación en las bases de datos documentales. Identificar sólo el departamento o institución a la que pertenece cada autor mediante llamadas con número volado (no anotar titulación, cargos, ni otros méritos). Incluir una dirección postal completa, dirección de correo electrónico o teléfono/fax del autor con el que se mantendrá la correspondencia. Aquellos autores que lo deseen podrán aportar un **curriculum resumido** (no superior a 250 palabras) que será publicado en la versión digital de la revista. **IMPORTANTE** Una vez iniciado el proceso de evaluación, no se aceptarán cambios en las autorías. El sólo planteamiento podrá dar lugar al rechazo del trabajo a pesar de haber sido aceptado.

### **Referencias bibliográficas**

Se presentarán según el orden de aparición en el texto con la correspondiente numeración correlativa. En el artículo constará siempre la numeración de la cita en número volado (o entre paréntesis), vaya o no acompañada del nombre de los autores; cuando se mencionen éstos en el texto, si se trata de un trabajo realizado por dos, se mencionarán ambos, y si se trata de varios se citará el primero seguido de la expresión et al.

En casos excepcionales (trabajos con una orientación hacia las humanidades) se permitirá la utilización del sistema de nombre y año (sistema Harvard).

En caso de abreviar los nombres de las revistas se hará utilizando el estilo usado en Index de Enfermería ([revistas incluidas en Index](#)) y en Index Medicus, para aquellas revistas incluidas en los respectivos repertorios.

En lo posible se evitará el uso de frases imprecisas como referencias bibliográficas: no pueden emplearse como tales "observaciones no publicadas"

ni "comunicación personal", pero sí pueden referenciarse entre paréntesis dentro del texto.

Las referencias bibliográficas deben comprobarse por comparación con los documentos originales, indicando siempre la página inicial y final de la cita. Especial cuidado ha de tenerse con la comprobación de las direcciones a documentos electrónicos. A continuación se dan unos ejemplos de formatos de citas bibliográficas:

### **Revista**

1) *Artículo ordinario*. Relacionar todos los autores si son seis o menos; si son siete o más, relacionar los seis primeros y añadir la expresión et al.

Gálvez Toro, Alberto; Amezcua, Manuel; Salido Moreno, M Paz; Hueso Montoro, César. Impacto de Autor CUIDEN Citación. Trayectorias científicas relevantes y excelencia a través del Factor h (h-index) de Hirsch en el espacio científico iberoamericano. Index de Enfermería. 2006; XV(55):76-82.

2) *Autor corporativo*

Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Requisitos de Uniformidad para manuscritos presentado a revistas médicas. Index de Enfermería. 1992;I(6):6-14.

3) *No se identifica el nombre del autor*

Cuidados paliativos [editorial]. RN. 1992; 1(6):1-2.

4) *Indicación del tipo de artículo*

Gallego Peragón, Antonio Angel. La contaminación invisible [carta]. Index de Enfermería, 2007; XVI(57):76-77.

5) *Trabajo en prensa (sólo cuando haya sido aceptado para su publicación y se encuentre en proceso de edición)*

Fernández López, Antonio; Azauste Gallego, Miguel; Carrasco González, José. La producción bibliográfica de las enfermeras andaluzas en el contexto de la reforma sanitaria. Index de Enfermería. En prensa (fecha de aceptación 24.09.2009).

### **Libros y otras monografías**

6) *Autor(es) personal(es)*

Gálvez Toro, Alberto. Enfermería Basada en la Evidencia. Cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. Granada: Fundación Index, 2007 (2ª ed.).

8) *Directores o compiladores como autores*

Siles González, José (editor). Historia de la enfermería. Alicante: Aguaclara, 1999.

9) *Capítulo de un libro*

Amezcua, Manuel. La documentación en enfermería comunitaria. En: Mazarrasa Alvear, Lucía, editora. Salud Pública y Enfermería Comunitaria. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 2003 (2ª ed.); Vol 1:335-346.

10) *Actas de reuniones*

Rodríguez Cobo MD, Frías Osuna A, editores. El Diagnóstico en Enfermería. Actas de las III Jornadas de Trabajo; 1989 jun;2-3. Jaén: Asociación de Enfermería Andaluza, 1992.

11) *Documento electrónico*

Andina Díaz, Elena. Un siglo en las creencias y prácticas populares acerca de la gestación y el alumbramiento en el Bierzo alto (León, España). Index de Enfermería 2003; 43:9-13. Disponible en: [http://index-enfermeria/43revista/43\\_articulo\\_9-13.php](http://index-enfermeria/43revista/43_articulo_9-13.php) [Consultado el 12.6.2004]



## Ilustraciones

1) *Fotografías*. Se incluirán sólo en casos excepcionales y siempre que sean imprescindibles para la comprensión del texto. Han de aportarse en archivo electrónico en formato JPG, TIF o GIF y alta resolución, indicando en archivo adjunto los pies de fotografías que han de incluirse. En caso de enviarse positivadas en papel fotográfico, las copias serán en blanco y negro, debidamente contrastadas y en papel de calidad a tamaño 9x12 cm. Iguales normas para los grabados y dibujos.

2) *Gráficos y tablas*. Se compondrán mediante aplicación informática y se adjuntarán en archivo aparte. Deben ir numerados, con su enunciado (título) correspondiente, y las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie. Para revistas con versión impresa utilizar escala de grises para las ilustraciones, gráficos y tablas, nunca paleta de colores. Tampoco se deben introducir fondos de colores, sólo se admite el blanco como fondo.

## Envío de manuscritos

Para una información más amplia sobre presentación y estilo de redacción, consulten los "Requisitos de Uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas" ([normas de Vancouver](#)).

El Comité de Redacción acusará recibo de los trabajos enviados a la revista e informará acerca de su aceptación. Tenga en cuenta esta circunstancia especialmente a la hora de enviar trabajos por vía electrónica y solicite confirmación de su llegada si no recibe acuse de recibo en un plazo de una semana.

Los trabajos se remitirán por correo electrónico a la [Secretaría de Redacción](#), [secretaria@cyberindex.com](mailto:secretaria@cyberindex.com), indicando el nombre de la revista. Si necesita enviar documentación impresa, hágalo a la siguiente dirección: Apartado de correos 734, 18080 Granada ESPAÑA.

Debe acompañar una carta de presentación (ver modelo adjunto) en la que solicite el examen del manuscrito, debiendo especificar que se trata de un trabajo original, no publicado ni enviado a revisión a otras revistas (no es necesario adjuntar si utiliza la [Plantilla para la composición de artículos científicos](#)). Para verificar que envía toda la documentación necesaria puede ayudarse del listado de comprobaciones que se incluye más abajo.

### Modelo de carta de presentación

Sr. Director de **[Nombre de la Revista]**

Le remitimos el manuscrito titulado «**Título**» para que sea considerada su publicación en **[Nombre de la Revista]** en la sección (indicar). El motivo de enviarlo a su revista es (indicar).

Sus autores, abajo firmantes, declaran:

- Que es un trabajo original.
- Que no ha sido previamente publicado en otro medio.
- Que no ha sido remitido simultáneamente a otra publicación.
- Que todos los autores han contribuido intelectualmente en su elaboración.
- Que todos los autores han leído y aprobado la versión final del manuscrito remitido.
- Que, en caso de ser publicado el artículo, transfieren todos los derechos de

autor al editor, sin cuyo permiso expreso no podrá reproducirse ninguno de los materiales publicados en la misma.

A través de este documento, la Fundación Index asume los derechos exclusivos para editar, publicar, reproducir, distribuir copias, preparar trabajos derivados en papel, electrónicos o multimedia e incluir el artículo en índices nacionales e internacionales o bases de datos bibliográficas.

(Firmado por todos los autores)

#### **Listado de comprobaciones**

- Número de palabras del manuscrito no superior a 4.500 (recuento en Herramientas, opción contar palabras)
- Carta de presentación del artículo
- Archivo con el texto completo del manuscrito
- Archivo con las ilustraciones
- Título, resumen y palabras clave traducidos al inglés
- Versión del artículo completo traducida al inglés para publicar en el soporte digital (**opcional**)
- Resumen del curriculum vitae u hoja de vida (inferior a 250 palabras) de los autores para incluir en el soporte digital (**opcional**)

**Fonte:** <http://www.index-f.com/index-enfermeria/estilo.php>