
Guia para a Implementação de Protocolos Assistenciais de Enfermagem:

**INTEGRANDO PROTOCOLOS,
PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA
E CLASSIFICAÇÕES DE ENFERMAGEM**



Guia para a Implementação de Protocolos Assistenciais de Enfermagem:

**INTEGRANDO PROTOCOLOS,
PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA
E CLASSIFICAÇÕES DE ENFERMAGEM**

Guia para a Implementação de Protocolos Assistenciais de Enfermagem:

INTEGRANDO PROTOCOLOS, PRÁTICA BASEADA EM
EVIDÊNCIA E CLASSIFICAÇÕES DE ENFERMAGEM

Projeto gráfico, capa e editoração
Gerência de Comunicação - Coren-SP

Revisão ortográfica/gramatical
Gerência de Comunicação - Coren-SP

Foto da capa
Pressfoto - Freepik.com

Todos os direitos reservados. Reprodução e difusão desse conteúdo de qualquer forma, impressa ou eletrônica, é livre, desde que citada a fonte.

Distribuição gratuita
julho/2017

Pimenta, Cibele Andrucioli de Mattos Pimenta
Guia para a implementação de protocolos assistenciais de
enfermagem: integrando protocolos, prática baseada em evidência e
classificações de enfermagem/ Cibele Andrucioli de Mattos Pimenta
...[et al.]. - São Paulo: Coren-SP, 2017.

ISBN 978-85-68720-07-3

1. Enfermagem baseada em evidências. 2. Terminologia padronizada em enfermagem. 3. Cuidados de enfermagem. 4. Protocolos de enfermagem. 5. Protocolos clínicos. 6. Prática baseada em evidências. 7. Implementação de evidências. 8. Processo de enfermagem.

Cibele Andrucioli de Mattos-Pimenta
Adriana Amorim Francisco
Camila Takao Lopes
Fernanda Ayache Nishi
Flávia de Oliveira Motta Maia
Gilcéria Tochika Shimoda
Rodrigo Jensen

**Guia para a Implementação de
Protocolos Assistenciais de Enfermagem:**
INTEGRANDO PROTOCOLOS, PRÁTICA BASEADA EM
EVIDÊNCIA E CLASSIFICAÇÕES DE ENFERMAGEM

São Paulo
Coren-SP
2017

Gestão Coren-SP 2015-2017

Presidente

Fabiola Campos

Vice-presidente

Mauro Antônio Pires Dias da Silva

Primeiro-secretário

Marcus Vinicius de Lima Oliveira

Segunda-secretária

Rosangela de Mello

Primeiro-tesoureiro

Vagner Urias

Segundo-tesoureiro

Jefferson Erecy Santos

Conselheiros titulares

Andrea Bernardinelli Stornioli, Claudio Luiz da Silveira, Demerson Gabriel Bussoni, Edinildo Magalhães dos Santos, Iraci Campos, Luciano André Rodrigues, Marcelo da Silva Felipe, Marcel Willan Lobato, Marcília Rosana Criveli Bonacordi Gonçalves, Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo, Paulo Cobellis Gomes, Paulo Roberto Natividade de Paula, Renata Andréa Pietro Pereira Viana, Silvio Menezes da Silva e Vilani Sousa Micheletti.

Conselheiros suplentes

Alessandro Correia da Rocha, Alessandro Lopes Andrighetto, Ana Márcia Moreira Donnabella, Antonio Carlos Siqueira Júnior, Consuelo Garcia Corrêa, Denilson Cardoso, Denis Fiorezi, Edir Kleber Bôas Gonsaga, Evandro Rafael Pinto Lira, Ildefonso Márcio Oliveira da Silva, João Batista de Freitas, João Carlos Rosa, Lourdes Maria Werner Pereira Koepl, Luiz Gonzaga Zuquim, Marcia Regina Costa de Brito, Matheus de Sousa Arci, Osvaldo de Lima Júnior, Rorinei dos Santos Leal, Rosemeire Aparecida de Oliveira de Carvalho, Vanessa Maria Nunes Roque e Vera Lúcia Francisco.

Autoria

Cibele Andrucioli de Mattos Pimenta

Professora Titular Sênior da Escola de Enfermagem da USP
Coordenadora do GT Protocolos

Adriana Amorim Francisco

Professora Adjunta da Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP
Membro do GT Protocolos

Camila Takao Lopes

Professora Adjunta da Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP
Membro do GT Protocolos

Fernanda Ayache Nishi

Doutora em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Universitário da USP
Membro do GT Protocolos

Flávia de Oliveira Motta Maia

Doutora em Enfermagem. Chefe de Divisão de Enfermagem Clínica do Hospital
Universitário da USP
Membro do GT Protocolos

Gilcéria Tochika Shimoda

Doutora em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Universitário da USP
Membro do GT Protocolos

Rodrigo Jensen

Professor Doutor do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina
da UNESP Membro do GT Protocolos

Revisão Técnica

Marcília Rosana Criveli Bonacordi Gonçalves

Enfermeira, Mestre e Doutora pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho/UNESP. Enfermeira do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. Professora tutora na Disciplina Inserção Instituição - Universidade - Serviço - Comunidade I (IUSC I). Preceptora do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/ GraduaSUS, do Ministério da Saúde. Conselheira Efetiva do Coren-SP. Coordenadora geral das Câmaras Técnicas do Coren-SP.

APRESENTAÇÃO

O Coren-SP, gestão 2015-2017, apresenta aos profissionais de enfermagem a publicação Guia para a implementação de Protocolos Assistenciais de Enfermagem: integrando Protocolos, Prática Baseada em Evidência e Classificações de Enfermagem.

Esta obra é fruto do trabalho do Grupo de Trabalho de Protocolos, criado em 2013, no âmbito das Câmaras Técnicas, que estão promovendo a disseminação de boas práticas em enfermagem e o aprimoramento da assistência, por meio de atividades de formação e elaboração de pareceres e de guias.

A constante busca por uma assistência segura e de qualidade exige cada vez mais dos profissionais de enfermagem o desenvolvimento do cuidar científico. Os Protocolos Assistenciais, aliados à Prática Baseada em Evidência, são fundamentais neste contexto, consolidando-se também como instrumentos de empoderamento e de transformação da prática de enfermagem.

À medida que os profissionais passam a adotar essas ferramentas, conquistam sua autonomia e atuam em consonância com os aspectos éticos e legais da profissão, fatores essenciais para a conquista de valorização e reconhecimento.

Esperamos que esta obra incentive as equipes de enfermagem a se apropriarem dos instrumentos gerenciais, contribuindo com a tomada de decisões e a garantia de uma assistência segura e de qualidade à população.

Fabíola de Campos Braga Mattozinho

Presidente do Coren-SP

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1. Introdução | 9 |
| 2. Prática Baseada em Evidências e os Protocolos Assistenciais de Enfermagem | 10 |
| 3. Avaliação da qualidade e força de recomendação da evidência: <i>Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation</i> (GRADE) | 13 |
| 4. Indicadores de resultados e a medida do efeito do Protocolo | 17 |
| 5. Integrando o Processo de Enfermagem, as classificações NANDA-I, NOC e NIC e os Protocolos Assistenciais de Enfermagem | 23 |
| 5.1. Uso de linguagens padronizadas para a documentação do Processo de Enfermagem | 25 |
| 5.2. Exemplo do Protocolo Assistencial que articulou Processo de Enfermagem, Prática Baseada em Evidência e Classificações em Enfermagem | 27 |
| 6. Implementação de Protocolos Assistenciais de Enfermagem: a operacionalização da prática baseada em evidência | 34 |
| 7. Considerações finais | 37 |
| 8. Referências | 38 |

1. INTRODUÇÃO

O Coren-SP, ciente de sua missão de “fiscalizar e disciplinar o exercício profissional de enfermagem amparado por requisitos éticos e legais” e da visão de futuro de estar “...comprometido com a valorização do profissional de enfermagem”¹ tem buscado, continuamente, aprimorar a assistência de enfermagem às pessoas por meio da qualificação técnico-científica e ética dos profissionais a ele vinculados. O Grupo “Protocolos”, criado pelo Coren-SP em 2013, vem desenvolvendo diversas ações para capacitar a equipe de enfermagem na construção e uso de Protocolos Assistenciais, como estratégia para prover o cuidado equitativo e baseado em evidência a todos.

Este Guia dá continuidade ao “Guia para Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem”, editado pelo Coren-SP em 2015 e revisto pelo Grupo de Trabalho Coren-SP “Protocolos” em 2017. Ele descreve ações para a implementação de Protocolos Assistenciais de Enfermagem e integra os conceitos Protocolos Assistenciais, Prática Baseada em Evidência e Classificações em Enfermagem.

São abordados aspectos básicos sobre Protocolos Assistenciais de Enfermagem construídos a partir dos princípios da Prática Baseada em Evidência; análise da atribuição de qualidade de evidência e grau de recomendação de uma intervenção; apresentação de tópicos sobre indicadores de resultados para mensurar a efetividade de um Protocolo; reflexão sobre a articulação entre Protocolos Assistenciais, Prática Baseada em Evidência e as Taxonomias de Enfermagem; e discussão sobre os passos para a implementação de um Protocolo.

O Guia objetiva ser prático e contribuir para que profissionais de enfermagem avancem na compreensão de que esses três modelos/estratégias ou paradigmas para a assistência em enfermagem são complementares e, se usados em combinação, têm grande potencial para modernizar, expandir e aperfeiçoar o cuidado. Não se pretendeu esgotar os temas e as referências bibliográficas permitirão aprofundar a compreensão dos assuntos.

1 http://www.coren-sp.gov.br/missao_visao_atributos

2. PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS E OS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM

Apesar do grande crescimento na produção de pesquisas na área de saúde nas últimas décadas, a disparidade entre as evidências científicas e a prática Assistencial continua sendo um desafio para os profissionais de saúde.

Um exemplo claro do distanciamento entre teoria e prática é a episiotomia, incisão cirúrgica realizada na região perineal com a finalidade de ampliar o canal de parto, introduzida como rotina na prática obstétrica entre 1915 e 1920 sob a justificativa de proteger o períneo materno contra lesões graves durante o parto vaginal, prevenir a morbimortalidade infantil e problemas ginecológicos (Diniz, 1998). No entanto, há mais de duas décadas existem evidências sólidas de que esse procedimento não deve ser realizado em todas as mulheres que dão a luz por via vaginal, dado estar relacionado à dispareunia e infecção, entre outras complicações no pós-parto. Assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que episiotomia não seja feita rotineiramente e estima que a taxa deste procedimento não deva ultrapassar 10% dos partos vaginais (WHO, 1985). Contrariando essa recomendação, inquérito no Brasil mostrou que 56% das mulheres com gestação de baixo risco foram submetidas à episiotomia, entre 2011 e 2012 (Leal *et al.*, 2014).

Tal exemplo demonstra que produzir novos conhecimentos não é suficiente para promover mudança na prática clínica e que maior ênfase deve ser dada à aproximação entre o conhecimento oriundo de pesquisas, a atualização dos profissionais, a construção de Protocolos e o uso destes na prática diária. A demora na incorporação de novos conhecimentos representa risco adicional de dano aos pacientes, piores resultados em saúde e desperdício dos escassos recursos que o Sistema de Saúde dispõe.

A Prática Baseada em Evidências (PBE) tem o potencial para preencher a lacuna entre o que é cientificamente reconhecido como a melhor prática e os cuidados que são prestados aos pacientes. A PBE é uma estratégia de tomada de decisão clínica que integra a **melhor evidência científica** disponível à **expertise clínica** do profissional de saúde, aos **valores e preferências do paciente** e **condições locais** (Sackett *et al.*, 1996).

A melhor evidência é o conhecimento que advém de pesquisas científicas feitas com grande rigor metodológico, que produziram resultados robustos, confiáveis e aplicáveis na prática clínica. A *expertise* profissional refere-se ao conhecimento e habilidades adquiridos pelo profissional de saúde, experiência clínica e sua aptidão para atualização e análise crítica da literatura científica. Acredita-se que quanto maior a *expertise*, maior a capacidade de utilizar evidências científicas, envolver os pacientes na tomada de decisão clínica, respeitar suas preferências e valores e adequar as ações às condições locais.

Se implementada com sucesso, a PBE pode resultar na melhora da qualidade e segurança da assistência e no uso efetivo de recursos em saúde. Assim, criar cultura de que as evidências científicas devam ser usadas rotineiramente na tomada de decisão clínica é prioridade.

No contexto da saúde coletiva, a OMS organiza a Rede de Políticas Informadas por Evidências (*Evidence-Informed Policy Network - EVIPNet*), que visa fomentar o uso apropriado de evidências científicas no desenvolvimento e implementação de políticas públicas de saúde. A EVIPNet, a partir de questões locais, busca evidências globais para propor deliberações sobre políticas e programas de saúde (Brasil, 2016).

Uma das estratégias para a concretização da PBE na prática clínica é a construção de Protocolos Assistenciais. Protocolos são instrumentos legais, que devem ser construídos de acordo com os princípios da PBE, e favorecem a adoção das melhores práticas Assistenciais. De acordo com o Guia para Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem do Coren-SP (Pimenta *et al.*, 2015),

“Protocolos Assistenciais de Enfermagem contêm detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde.”

Podem prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, que a enfermagem desempenha de maneira independente ou compartilhadas com outros profissionais da equipe de saúde.

O uso de Protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde e estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais.”

As etapas para a construção e implementação de um Protocolo Assistencial Baseado em Evidência estão descritas no “Guia para a Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem” e sumariamente compreendem:

- identificar e estruturar a dúvida sobre o cuidado;
- buscar respostas nas fontes de informação;
- identificar e sintetizar a melhor evidência disponível;
- construir Protocolo Assistencial;
- implementar a evidência e
- avaliar os resultados.

A identificação e organização da dúvida, como buscar resposta na literatura e os elementos para a construção do Protocolo Assistencial foram analisados no Guia para a Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem do Coren-SP. Os itens avaliação da qualidade dos estudos, definição de indicadores de efetividade dos Protocolos e implementação dos Protocolos serão analisados no presente Guia.

Para a análise da qualidade dos estudos e decisão sobre a melhor resposta ao problema clínico (conduta/intervenção a ser adotada), a que tem melhor evidência científica, a Organização Mundial da Saúde preconiza o uso de um método denominado *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation* (GRADE) (Guyatt *et al.*, 2011; Brasil, 2014), a seguir descrito.

3. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE E FORÇA DE RECOMENDAÇÃO DA EVIDÊNCIA: GRADING OF RECOMMENDATIONS, ASSESSMENT, DEVELOPMENT AND EVALUATION (GRADE)

O GRADE é um método para avaliar a qualidade das evidências científicas e graduar a força de recomendação para o uso ou não de determinada ação em saúde, entendendo-se por ação tratamentos, cuidados, exames, entre outros. Visa orientar a escolha dos profissionais para que somente as melhores ações/cuidados/intervenções, aqueles para as quais há suporte científico adequado, sejam implementados, evitando-se danos e riscos aos pacientes/clientes, uso de intervenções sem efetividade e desperdício de dinheiro e de recursos humanos e materiais.

Tem sido adotado por organizações envolvidas na elaboração de diretrizes e recomendações de práticas em saúde, como, por exemplo, o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), a OMS, o Ministério da Saúde, o Núcleo de Evidências do Instituto de Saúde da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, o UpToDate² (recurso de suporte a decisões médicas baseadas em evidências) e o *Joanna Briggs Institute*^{3,4} (recurso para promover a utilização de evidência por meio da identificação de práticas factíveis, adequadas, significativas e efetivas para melhorar os resultados em saúde), entre outras.

O GRADE foi criado para uniformizar a avaliação da qualidade da evidência científica (nível de confiabilidade) e o grau de recomendação de um tratamento/intervenção/cuidado. A **evidência** é qualificada em quatro níveis: **Alto, Moderado, Baixo e Muito Baixo** e a **força da recomendação** pode ser **Forte ou Condicional/Fraca, a Favor** ou **Contra** uma intervenção. O mesmo processo de avaliação é realizado para cada evento (desfecho) que uma intervenção pode produzir.

A classificação GRADE pode ser observada em documentos sobre avaliações de tecnologias de saúde, guias ou Protocolos clínicos feitos por especialistas. Exemplo de uma recomendação da OMS publicado no documento

2 UpToDate: <http://www.uptodate.com/pt/home>

3 *Joanna Briggs Institute* – Centro Brasileiro: <http://www.ee.usp.br/site/index.php/paginas/mostrar/1376>

4 *Joanna Briggs Institute*: <http://joannabriggs.org/>

“Recomendações da OMS para o cuidado pós-natal da mãe e do recém-nascido” (*WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn*) (WHO, 2013) será analisada a seguir.

Avaliando a qualidade da evidência

A OMS preconiza que “Todos os bebês devem ser amamentados exclusivamente desde o nascimento até os seis meses de vida. As mães devem receber aconselhamento e apoio para o aleitamento materno exclusivo em cada contato pós-natal.”

A partir da dúvida “Qual o impacto do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida sobre os eventos (desfechos): 1-mortalidade neonatal, 2-mortalidade por infecções, 3-morbidade por sepse ou outras infecções, 4-morbidade por infecção respiratória aguda e 5-morbidade por diarreia”, especialistas analisaram a literatura e selecionaram cinco estudos que responderam a pergunta. Destes, dois estudos avaliaram o desfecho 1, três avaliaram o desfecho 2, dois avaliaram o desfecho 3, quatro avaliaram o desfecho 4 e três avaliaram o desfecho 5 (WHO, 2013).

O primeiro fator considerado para determinar a qualidade da evidência foi o tipo de estudo. Os resultados provenientes de ensaios clínicos randomizados (estudos que testam uma intervenção) foram considerados, inicialmente, com **Alto** nível de evidência, enquanto que os provenientes de estudos observacionais (estudos que não testaram uma intervenção) foram considerados com **Baixo** nível de evidência (Pimenta *et al.*, 2015).

A partir dessa classificação inicial, procedeu-se à avaliação de outros fatores que podem diminuir ou aumentar o nível de evidência.

Fatores que diminuem o nível de evidência são:

- limitação metodológica;
- inconsistência entre os estudos;
- evidência indireta (uso de desfechos substitutos);
- imprecisão e
- viés de publicação.

Fatores que aumentam a evidência são:

- a magnitude do efeito;
- a presença de gradiente dose-resposta e
- fatores de confusão ou vieses que comprometem o efeito estimado.

Desse processo resultou a classificação de evidência para cada desfecho: 1-mortalidade neonatal, 2-mortalidade por infecções, 3-morbidade por sepse ou outras infecções, 4-morbidade por infecção respiratória aguda e 5-morbidade por diarreia:

Evidência de qualidade moderada - neonatos em Aleitamento Materno Exclusivo têm menor risco de mortalidade por todas as causas e mortalidade relacionada à infecção, comparados com os neonatos em Aleitamento Materno Parcial.

Evidência de qualidade baixa - neonatos com Aleitamento Materno Exclusivo têm menor risco de morbidade por sepse, infecção respiratória aguda e diarreia, comparados com neonatos em Aleitamento Materno Parcial.

Evidência é insuficiente para comparar mortalidade e morbidade entre neonatos com Aleitamento Materno Exclusivo e Aleitamento Materno Predominante.

Avaliando a força da recomendação

Apenas a qualidade da evidência não é suficiente para se determinar a força da recomendação para o uso de uma intervenção, pois devem ser pesados o balanço entre vantagens e desvantagens, riscos e benefícios, valores e preferências da pessoa, viabilidade/equidade/aceitabilidade e custos da intervenção. Da interação desses fatores, resulta a força de recomendação (**Forte** ou **Condiciona****l/Fraca, a Favor** ou **Contra**).

Após a análise da literatura que respondeu a dúvida “Qual o impacto do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida sobre os desfechos: 1-mortalidade neonatal, 2-mortalidade por infecções, 3-morbidade por sepse ou outras infecções, 4-morbidade por infecção respiratória aguda e 5-morbidade por diarreia?”, a força de recomendação para cada desfecho foi estabelecida considerando os fatores:

Balanco entre vantagens e desvantagens/riscos e benefícios:

A evidência indica que há benefícios significativos do Aleitamento Materno Exclusivo comparado ao Aleitamento Materno Parcial na redução de riscos de todas as causas de mortalidade e morbidade resultantes de sepse e outras infecções, infecção respiratória aguda e diarreia.

Valores e preferências:

Dada a alta mortalidade neonatal em países de baixa e média renda, propositores de políticas de saúde e profissionais de saúde tendem a valorizar os efeitos do Aleitamento Materno Exclusivo na redução do risco de mortalidade e morbidade neonatal.

Viabilidade/Equidade/Aceitabilidade:

Todos os itens satisfatórios.

Custos:

O Aleitamento Materno Exclusivo tem baixo custo, o que aumenta a relação custo-benefício a favor desta prática.

Após essas análises, o painel de especialistas da OMS elaborou a seguinte recomendação:

“Todos os bebês devem ser amamentados exclusivamente desde o nascimento até os seis meses de vida. As mães devem receber aconselhamento e apoio para o aleitamento materno exclusivo em cada contato pós-natal”.

Trata-se de uma FORTE recomendação, a FAVOR do Aleitamento Materno Exclusivo, baseada em evidência de qualidade MODERADA.

Definidas as melhores evidências, o passo seguinte é a construção do Protocolo sobre o cuidado que se quer implementar e testar a efetividade da ação proposta. O impacto da implementação de um novo Protocolo (cuidado/intervenção) nos resultados de saúde deve ser medido objetivamente por meio de indicadores, discutidos a seguir.

4. INDICADORES DE RESULTADOS E A MEDIDA DO EFEITO DO PROTOCOLO

A Prática Baseada em Evidência e os Protocolos Assistenciais Baseados em Evidência visam, centralmente, à melhoria da qualidade da assistência. Se quisermos melhoria temos que medir sistematicamente onde estamos, definir onde queremos chegar, estabelecer estratégias e medir o efeito das ações que fizemos para alcançar a melhoria. Indicadores de resultado representam o quanto as metas foram alcançadas em função das ações implementadas.

O processo de implementação de Protocolos Assistenciais requer clareza sobre qual problema/diagnóstico de enfermagem se quer atuar, de que modo se vai atuar (ações padronizadas por meio de Protocolo), que resultado se quer alcançar (metas) e como se vai medir o alcance ou não do resultado desejado (indicador). Medir resultados é a melhor estratégia para o aperfeiçoamento de qualquer Protocolo Assistencial, podendo levar ao abandono, aprimoramento ou revisão/atualização.

Pode-se medir diversos aspectos de cursos de ações: eficiência (o objetivo foi alcançado com a menor quantidade de recursos), eficácia (foi feito o que foi proposto), qualidade (foi feito tão bem quanto deveria), inovação (a ação foi inovadora, houve uso bem sucedido de novas ideias/processos), lucratividade (o processo foi lucrativo, houve lucro líquido comparado à receita total) e produtividade (foi vantajosa a relação entre a quantidade ou valor produzido e a quantidade ou valor dos insumos utilizados para a produção). Em saúde e em enfermagem busca-se o contínuo aperfeiçoamento da qualidade do cuidado (Zambon, 2008; Houaiss, Villar, 1999).

Há três tipos de indicadores de qualidade: estrutura, processo e resultado.

Indicadores de estrutura referem-se a equipamentos, materiais e planta física; indicadores de processo envolvem o que se faz, quem faz e como se faz; e indicadores de resultado estão relacionados ao alcance ou não da meta e da qualidade desejada. Indicadores de resultados são os mais importantes para medir o efeito de um Protocolo (Zambon, 2008).

Protocolos Assistenciais construídos com base nas melhores evidências disponíveis, aplicados em realidades diferentes, podem produzir resultados distintos e isso reforça a necessidade de se medir os resultados alcançados. O contexto no qual a evidência é aplicada, a experiência dos profissionais, os recursos disponíveis e as preferências dos pacientes/clientes explicam porque essas diferenças ocorrem.

A mensuração de indicadores faz parte de processos de auditoria e melhoria contínua, ou seja, parâmetros serão mensurados para determinar se a implementação de um Protocolo produziu os resultados esperados para a assistência. É a chamada auditoria clínica (Boult, Maddern, 2007), que exige critérios pré-estabelecidos, critérios de revisão e indicadores. A auditoria clínica deve ser realizada em ciclos contínuos, como forma de monitoramento dos resultados relacionados à implementação de um determinado Protocolo clínico. Os resultados da auditoria fornecerão dados para manutenção ou ajustes do Protocolo e darão sustentabilidade aos resultados.

Os indicadores a serem auditados serão definidos durante a construção do Protocolo e devem ser capazes de captar mudanças dos resultados decorrentes das ações propostas no Protocolo clínico.

As principais características de um indicador são: ter fácil entendimento, ser econômico, disponível e testado na clínica. Essas características são fundamentais para o aperfeiçoamento contínuo da qualidade (Zambon, 2008). Indicador de fácil entendimento é aquele sobre o qual qualquer pessoa é capaz de tirar conclusões; ser econômico significa não ser muito trabalhoso ou caro para obter e calcular; indicador disponível refere-se a que todas as pessoas envolvidas devem ter acesso a ele de modo rápido, fácil e atualizado; e, testado na clínica, é a qualidade de ser útil na prática (Zambon, 2008).

Programas, órgãos e instituições nacionais e internacionais tentam estabelecer parâmetros mínimos ou ideais de indicadores padronizados e maneiras de auditar que possam ser utilizadas para avaliar a qualidade da assistência e do gerenciamento de instituições de saúde. O Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar (NAGEH), subgrupo do Programa de Controle de Qualidade Hospitalar, que desenvolve atividades voltadas para a melhoria da gestão hospitalar, organizou o Manual de Enfermagem do Núcleo de Apoio à Gestão

Hospitalar em 2012, no qual propõe a revisão dos indicadores já utilizados e a inclusão de outros indicadores passíveis de uso (CQH, 2012). Além disso, diversos órgãos internacionais de acreditação hospitalar desenvolveram diferentes metodologias para avaliação da estrutura, dos processos e da qualidade da assistência nas instituições de saúde. Protocolos frequentes na área da enfermagem, como punção venosa, prevenção de quedas e sondagem nasoenteral, entre outros, podem analisar a pertinência de assumir indicadores como os propostos no Manual do NAGEH.

Quando são criados Protocolos para os quais não há indicadores de resultados bem estabelecidos ou quando estes indicadores não se adequam ao que a instituição deseja, novos devem ser propostos.

A avaliação do impacto de um Protocolo Assistencial exige auditoria pré-implementação, que fornecerá o diagnóstico situacional a partir do qual as metas serão estabelecidas; e auditoria pós-Protocolo, para medir o quanto das metas foi alcançado. O alcance das metas pode ser em etapas, por exemplo, propondo-se melhora dos resultados a cada seis meses, ou de forma única, isto é, almejando-se o alcance do melhor resultado possível de uma só vez.

Pensemos em um Protocolo de controle de dor no pós-operatório. O principal objetivo é reduzir o número de doentes com dor de intensidade acima de moderada (≥ 4 , em uma escala de 0 a 10) nas primeiras 48 horas de pós-operatório. Nesse caso, quais seriam os indicadores capazes de medir se esse objetivo foi alcançado com a implementação do Protocolo?

Para facilitar o processo de determinação de indicadores, podemos transformar esses objetivos em perguntas. A seguir, alguns exemplos demonstram o processo de definição de indicadores.

Exemplo 1:

Pergunta pré-implementação do Protocolo: Qual é prevalência de dor acima de moderada nas primeiras 48 horas de pós-operatório na unidade ou instituição?

Pergunta após a implementação do Protocolo: Qual é prevalência de dor acima de moderada nas primeiras 48 horas de pós-operatório na unidade ou instituição?

Indicadores de processo: % de pacientes com o impresso de avaliação de dor preenchido nas primeiras 48 horas do pós-operatório

Indicador de estrutura: % de pacientes que receberam analgésico opióide de modo regular nas primeiras 48 horas do pós-operatório.

Indicador de resultado: % de pacientes com dor acima de moderada (≥ 4) nas primeiras 48 horas de pós-operatório.

Meta após 2 meses de uso do Protocolo: Redução de 30% na prevalência de doentes com dor acima de moderada nas primeiras 48 horas de pós-operatório.

Meta após 6 meses de uso do Protocolo: Redução de 20% na prevalência de doentes com dor acima de moderada nas primeiras 48 horas de pós-operatório.

Nesse exemplo, o principal indicador, o de resultado, é o melhor indicativo do que se pretende alcançar com a implementação do Protocolo: prevalência de doentes com dor acima de moderada (≥ 4) nas primeiras 48 horas do pós-operatório. Os outros indicadores (de estrutura e processo) são estratégias para se alcançar as metas propostas.

Um indicador é obtido por meio do cálculo de taxa ou coeficiente. Estabelece-se um numerador (número de eventos num dado período) e o denominador (total de expostos num mesmo período). Por exemplo, o indicador “prevalência de doentes com dor acima de moderada nas primeiras 48 horas do pós-operatório” é a relação entre o número de doentes com dor acima de moderada nas primeiras 48 horas do pós-operatório e o número de pacientes nas primeiras 48 horas de pós-operatório, multiplicado por 100.

$$\text{Prevalência de dor } \geq 4 = \frac{\text{n}^\circ \text{ doentes com dor } > 4 \text{ nas 48h PO}}{\text{n}^\circ \text{ de doentes operados nas primeiras 48h PO}} \times 100$$

Muitos exemplos podem ser citados, já que os Protocolos podem estar relacionados a uma diversidade de situações contempladas pela Assistência de Enfermagem e um mesmo Protocolo poderá prever a avaliação de um ou mais indicadores. Por exemplo, um Protocolo sobre educação para cessação do tabagismo pode prever os indicadores:

- de processo: incidência de pessoas que participaram do programa educativo com mais de 75% de presença/número total de participantes;
- de resultado: incidência de pessoas que não fumaram no período de seis meses a um ano/total de participantes do programa educativo ou incidência de pessoas que diminuíram o consumo de cigarros em pelo menos 20%/total de participantes do programa educativo.

Pensando na mensuração do sucesso do programa educativo para a cessação do tabagismo, idealmente, os indicadores de resultado deveriam ser avaliados em todos os pacientes/clientes, mas se isso não for possível, deve-se sortear uma amostra que represente o conjunto dos pacientes/clientes, de modo que diferentes indivíduos – os mais e os menos motivados, os mais e os menos aderentes respondam – obtendo-se uma amostra aleatória (aquela em que todos os indivíduos têm igual chance de serem incluídos/sorteados).

A adequada avaliação do impacto da implementação de um Protocolo precisa garantir que os sujeitos a serem avaliados de fato representem o conjunto das pessoas. Quando não é possível avaliar os indicadores em todos os sujeitos que receberam o Protocolo, pode-se obter uma amostra que represente o todo. O melhor modo de se obter uma boa amostra é por sorteio (Zambon, 2008).

Pensemos em outro exemplo de Protocolo, que tenha como objetivo prevenir trauma mamilar na amamentação. É claro que a ocorrência do trauma mamilar em si será um indicador contemplado por este Protocolo, mas também há outros indicadores indiretos que fornecerão dados importantes sobre a efetividade de sua implementação. Para entender de maneira didática a escolha desses indicadores, vamos novamente utilizar o modelo de perguntas no próximo exemplo.

Exemplo 2

Pergunta pré-implementação de Protocolo: Qual é a taxa atual de trauma mamilar decorrente do aleitamento materno em puérperas na minha unidade ou instituição?

Pergunta pós-implementação de Protocolo: Houve redução da taxa atual de trauma mamilar decorrente do aleitamento materno em puérperas na minha unidade ou instituição?

Indicador de processo: % de preenchimento do instrumento de avaliação de mamada por plantão ou % de entrega de folheto informativo sobre técnica de amamentação entregue para as mães durante a internação

Indicador de resultado: Taxa de trauma mamilar decorrente do aleitamento materno em puérperas (indicador direto) ou taxa de aleitamento materno exclusivo durante a internação e na consulta pós-alta hospitalar (indicador indireto).

Neste exemplo, o indicador taxa de aleitamento materno exclusivo permitirá a avaliação da efetividade do Protocolo de maneira indireta, pois já sabemos que a ocorrência do trauma mamilar está estreitamente relacionada com a descontinuidade do aleitamento materno.

Indicadores já existentes na instituição podem ser incorporados ao Protocolo. No caso do exemplo trauma mamilar por amamentação, é possível que a instituição já faça um monitoramento dessa ocorrência e esse dado já esteja disponível para ser utilizado. No entanto, se o conhecimento da equipe de enfermagem for escolhido como indicador de processo, ele precisa ser mensurado por meio de questionário específico. Esse questionário deve avaliar os pontos que compõem o Protocolo e que farão parte do treinamento da equipe para o seu uso.

Por fim, é necessário estabelecer uma meta em relação ao tempo em que os resultados deverão ser alcançados e trabalhar com cronogramas estruturados. Eles deverão prever o tempo de construção do Protocolo, a auditoria clínica pré-implementação, o tempo para treinamento da equipe (quando necessário), o tempo ou período durante o qual o Protocolo será implementado e a periodicidade da auditoria clínica pós-implementação.

Os resultados obtidos a partir dos indicadores fornecem informações sobre a necessidade de revisão do Protocolo, de reforço dos treinamentos, da necessidade de implementação de medidas complementares para o alcance das metas ou da pertinência de se interromper um Protocolo e propor outro.

5. INTEGRANDO O PROCESSO DE ENFERMAGEM, AS CLASSIFICAÇÕES NANDA-I, NOC E NIC E OS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM

Para que as ações de enfermagem sejam realizadas com o mínimo de risco de dano aos indivíduos, ou seja, com segurança, é imprescindível que o enfermeiro tome decisões de modo reflexivo e use intervenções baseadas em justificativas científicas, e não nos hábitos rotineiros. A tomada de decisão do enfermeiro requer articulação de áreas diversas do conhecimento, como Anatomia, Fisiologia, Antropologia, Psicologia, Ciências Sociais, dentre outras, e é realizada no contexto do Processo de Enfermagem (PE) (Maria, Quadros, Grassi, 2012; Paes *et al.*, 2014; WHO, 2008).

O PE permeia os modelos de cuidado, forma a base para a tomada de decisão e apoia o pensamento crítico, visando à promoção de um cuidado de enfermagem competente. É uma ferramenta de sustentação aos padrões de enfermagem e constitui a base necessária para o aprendizado de outros modelos (Alfaro-Lefevre, 2010).

No Brasil, o PE foi introduzido na década de 70 e também denominado Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). No entanto, os termos PE e SAE foram diferenciados na Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). De acordo com essa Resolução, o PE é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional. A SAE, por sua vez, organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do PE (Cofen, 2009).

A utilização do PE enquanto instrumento metodológico prevê contínua obtenção de dados do paciente, contínua decisão sobre suas necessidades de cuidados, sobre quais são as metas possíveis e desejáveis para o cuidado e quais as melhores intervenções disponíveis para alcançar essas metas. Esse estilo de pensamento foi organizado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: Coleta de Dados, Diagnóstico de Enfermagem (DE), Planejamento, Implementação e Avaliação (Cruz, 2008; Cofen, 2009).

Conforme ressalta Cruz (2008, p. 29),

O processo de enfermagem é um instrumento, apenas um instrumento. Os conteúdos e as estratégias por ele veiculados, cujas qualidades dependem dos saberes e dos contextos da enfermagem, é que serão os responsáveis pela qualidade do cuidado.

A coleta de dados, a identificação acurada de DEs e a determinação de metas a serem alcançadas demandam conhecimento de conceitos subjacentes aos padrões que podem emergir dos dados, identificados por meio de métodos válidos e confiáveis. Ademais, processos cognitivos são requeridos para analisar os dados coletados e gerar hipóteses diagnósticas cabíveis, ou seja, habilidades de raciocínio clínico e pensamento crítico são necessárias nessas etapas.

Uma vez identificado o DE, todos — o profissional, o indivíduo e seus familiares — devem determinar a meta/resultado que buscarão atingir e em quanto tempo. O planejamento e a implementação de intervenções devem se basear nos pilares da PBE, ou seja, nas melhores evidências disponíveis, na expertise dos profissionais, nos recursos disponíveis e nas preferências do paciente/cliente. Finalmente, a avaliação deve se referir ao alcance das metas estabelecidas como consequência das intervenções implementadas ou à necessidade de revisão diagnóstica, determinação de novas metas e novos prazos para seu alcance, manutenção ou mudanças das intervenções implementadas (Carvalho, Cruz, Herdman, 2013; Conselho Federal de Enfermagem, 2009).

Para operacionalizar o PE, é necessário que existam condições adequadas, isto é, dispor de profissionais com competências para executar o que se pressupõe em cada fase e de recursos materiais e tecnológicos adequados qualitativa e quantitativamente. Esses recursos incluem instrumentos auxiliares ao raciocínio clínico diagnóstico e terapêutico e à tomada de decisão, como os Protocolos Assistenciais de Enfermagem e Registros Eletrônicos de Saúde (RES).

5.1 Uso de linguagens padronizadas para a documentação do Processo de Enfermagem

O percurso pelas etapas do PE deve ser documentado, de modo a estabelecer comunicação efetiva entre os membros da equipe de enfermagem e demais profissionais, permitir avaliação da qualidade dos cuidados implementados e fornecer dados para questões jurídicas, pesquisas e ensino (Cofen, 2016).

Para atender a essas finalidades, recomenda-se o uso de Sistemas de Linguagem Padronizadas (SLP), conjuntos de conceitos organizados da forma mais lógica possível, sobre diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Os SLPs auxiliam o raciocínio clínico, pois esclarecem os conceitos que representam por meio de definições, indicadores clínicos, descrições de ações e medida de magnitude (Carvalho, Cruz, Herdman, 2013; Cofen, 2009).

Sistemas de Linguagem Padronizadas em Enfermagem são conhecimentos estruturados que esclarecem os fenômenos de cuidado, propõem estratégias de ação e de medida de alcance dos resultados sobre os quais a enfermagem atua, na clínica e pesquisa. O uso de SLP favorece a comunicação verbal ou escrita entre os profissionais. SLP representam um grande avanço para o desenvolvimento da profissão, mas estão em processo de validação, isto é, os diagnósticos, intervenções e resultados precisam ser sustentados por evidência científica (Cruz, 2008).

Dentre os SLP de DEs, a classificação de diagnósticos da *NANDA International* (NANDA-I) organiza conceitos relacionados a “respostas humanas reais ou potenciais a condições de saúde/processos de vida, ou uma vulnerabilidade a essa resposta”. Nessa classificação, os DEs são compostos por um título, uma definição, características definidoras (sinais e sintomas, evidências, manifestações), fatores relacionados (possíveis etiologias, fatores contribuintes) ou fatores de risco. Grupos de DEs com atributos similares são reunidos em classes, as quais encontram-se em domínios, uma área mais ampla dos conhecimentos de enfermagem. O julgamento diagnóstico deve alicerçar-se nas melhores evidências científicas, isto é, ter a Prática Baseada em Evidência como suporte para a identificação acurada (Herdman, Kamitsuru, 2014).

A Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC, do inglês *Nursing Outcomes Classification*) reúne resultados que podem ser utilizados após a identificação do DE para determinar metas e, após a implementação das intervenções, para avaliar se foram atingidas. O uso da NOC pode oportunizar investigações acerca da efetividade das intervenções por meio da mensuração de resultados em intervalos diferentes e estabelecimento de ligações entre DEs, intervenções e resultados para grupos específicos de pacientes. O julgamento clínico do resultado a ser alcançado deve alicerçar-se nas melhores evidências científicas, isto é, ter a Prática Baseada em Evidência como suporte para a decisão sobre quais resultados são plausíveis de se alcançar (Moorhead *et al.*, 2016; Lundberg *et al.*, 2008).

A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC, do inglês *Nursing Interventions Classification*) considera que as intervenções consistem em “qualquer tratamento que, baseado em julgamento e conhecimento clínico, um enfermeiro ponha em prática para intensificar os resultados do paciente”. Assim como os DEs NANDA-I e os resultados NOC, as intervenções NIC têm um título e uma definição e estão inseridas em domínios e classes. O julgamento clínico deve alicerçar-se nas melhores evidências científicas, isto é, ter a Prática Baseada em Evidência como suporte para decisão sobre o melhor cuidado a ser feito (Bulechek *et al.*, 2016).

As classificações de enfermagem, por si só, não garantem o uso das melhores evidências. Muitos diagnósticos, resultados, intervenções e atividades de enfermagem presentes na NANDA, NOC e NIC foram elaborados a partir de situações usuais da prática clínica de enfermagem, tendo como base a experiência de especialistas, artigos e livros, mas sem a análise crítica da qualidade da literatura existente. Para a construção de Protocolos de Enfermagem Baseados em Evidência, deve-se dar um passo a mais e realizar busca na literatura, a fim de confirmar a existência de evidências científicas e a robustez dos diagnósticos, intervenções e resultados propostos nas classificações de enfermagem.

O manual “Processo de Enfermagem: Guia para a Prática” do Coren-SP (Barros *et al.*, 2015) é fonte de consulta para o aprofundamento nos temas Processo de Enfermagem, raciocínio clínico e uso das classificações, e o “Guia para Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem do Coren-SP

(Pimenta *et al.*, 2015), é fonte de informação sobre como elaborar Protocolos de Enfermagem utilizando as melhores evidências.

A seguir, apresenta-se exemplo de um Protocolo de Enfermagem que integrou Prática Baseada em Evidência e Classificações de Enfermagem (NANDA-I, NOC e NIC).

Protocolos Assistenciais de Enfermagem são diretrizes quanto aos julgamentos e intervenções que compõem os cuidados. A integração entre os SLP e PBE pode ser operacionalizada por meio de Protocolos Assistenciais, independentemente do tipo de registro que se utiliza (impresso ou eletrônico). Para a efetivação desse modo de organizar a assistência de enfermagem, o mais importante é a existência de política do serviço que compreenda essa articulação e favoreça esse modo de trabalho.

Com base nos princípios da PBE, devem ser identificados os DEs, planejados os resultados a serem alcançados e as intervenções de enfermagem a serem implementadas.

As recomendações sobre as melhores práticas (melhor evidência científica disponível) devem estar incluídas nos Protocolos Assistenciais, uma vez que influenciam diretamente no alcance das metas estabelecidas e justifiquem os recursos humanos, materiais e financeiros envolvidos no cuidado.

5.2 Exemplo de Protocolo Assistencial que articulou Processo de Enfermagem, Prática Baseada em Evidência e Classificações em Enfermagem

Pode-se citar o uso de um Protocolo de Prevenção de Quedas construído integrando-se os SLP de enfermagem e a PBE (Maia, 2016). Nesse Protocolo, para pacientes atendidos desde o Pronto Socorro até as unidades de internação, prevê-se pacote de medidas que contempla recomendações baseadas em evidência com qualidade avaliada pelo GRADE.

Para se construir, procedeu-se à revisão sistemática da literatura, conforme proposto pela PBE. Visou-se identificar as evidências científicas sobre o melhor modo de identificação do DE “Risco de Quedas”; sobre as intervenções

propostas na NIC e para quais resultados propostos na NOC para o DE “Risco de Quedas” existem evidências. A seguir, apresenta-se o exemplo.

- Nesse Protocolo, decidiu-se que a identificação do risco de quedas seria realizada por meio da Escala de Quedas de Morse (Urbanetto *et al.*, 2013), pois encontrou-se na literatura que “Instrumentos para avaliação do risco de quedas, como a Escala de Quedas de Morse e a Escala STRATIFY, podem ser recomendadas para auxiliar na prevenção de quedas em hospitais” (GRADE B) (MacArthur, 2016). GRADE B indica evidência moderada.
- Nesse Protocolo, as atividades de enfermagem que podem ser prescritas pelo enfermeiro para o DE “Risco de Queda” são diversas, pois em revisão da literatura observou-se que “Estratégias com múltiplos componentes, incluindo o uso de instrumento validado para avaliação do risco de queda, a educação da equipe e do paciente, a sinalização próxima ao leito e o uso de pulseiras de alerta, a revisão de calçados, o agendamento e supervisão para o uso do banheiro e a revisão dos medicamentos em uso, são recomendadas para a implementação” (GRADE A) (MacArthur, 2016). Grade A indica evidência alta.

É possível articular PE, PBE e os SLP. No exemplo de Protocolo Assistencial em análise, a PBE pôde ser utilizada durante primeira, segunda, terceira e quarta fases do Processo de Enfermagem.

Na primeira fase, Avaliação (Coleta de dados ou investigação), utiliza-se critério baseado em evidência para a avaliação do risco de quedas, que é feita por meio de instrumento acurado. O paciente é avaliado pelo enfermeiro por meio da Escala de Quedas de Morse e classificado de acordo com a estratificação em baixo, médio e alto risco.

Na segunda fase do Processo de Enfermagem (diagnóstico de enfermagem), após a estratificação de risco feita pela Escala de Quedas de Morse, o enfermeiro poderá julgar adequado o uso do DE NANDA-I “Risco de Quedas” (Figura 1).

A terceira fase do PE contempla o Planejamento do resultado a ser alcançado e da intervenção a ser implementadas e o enfermeiro pode selecionar os Resultados de Enfermagem relacionados ao DE “Risco de Quedas”, como, por

exemplo, “Comportamento de Prevenção de Quedas” NOC (Figura 2). A escolha do resultado e dos seus indicadores — que representam a forma como o alcance do resultado será mensurado — é fundamental para a seleção da Intervenção de Enfermagem NIC e suas atividades, que efetivarão o cuidado na prevenção de quedas. Pode-se citar como exemplo de intervenção de enfermagem NIC “Prevenção contra Quedas” (Figura 3).

A quarta fase do PE é a Implementação e, mais uma vez, a PBE pode ser empregada.

As intervenções-alvo são implementadas conforme os fatores de risco de quedas. Um conjunto de atividades de enfermagem, selecionadas durante o planejamento da assistência, a partir da identificação de evidência científica e diretamente relacionadas aos fatores de risco para quedas, identificados durante a coleta de dados, devem ser implementadas. O protocolo assistencial que prevê a existência de fatores de risco e os relaciona às melhores intervenções favorece as escolhas e decisões dos enfermeiros.

As intervenções escolhidas são prescritas pelo enfermeiro como atividades de enfermagem no plano de cuidados do paciente, que será implementado pela equipe de enfermagem. No Protocolo Assistencial citado como exemplo, essas medidas são divididas conforme a estratificação de risco em medidas gerais (estratégias educativas, ambiente seguro e vestuário) e específicas (para pacientes com risco médio e alto de quedas).

Na quinta e última fase do PE, a avaliação, deve-se verificar se os resultados esperados foram alcançados. Neste exemplo, os parâmetros avaliados seriam os indicadores de resultado da NOC por exemplo, “ocorrência de quedas”. A partir dessa avaliação, o ciclo do PE seria reiniciado e operacionalizado, conforme as necessidades do paciente e julgamento do enfermeiro.

Os Protocolos Assistenciais devem estar facilmente disponíveis a toda a equipe e pacientes, de modo eletrônico ou físico, para favorecer sua utilização na prática clínica. No exemplo utilizado, o Protocolo de prevenção de quedas está disponível no sistema eletrônico de apoio à decisão PROCenf® o que, além de facilitar a documentação do PE, estimula o raciocínio clínico e favorece a tomada de decisão pelo enfermeiro, a partir de sugestões sobre as melhores evidências disponíveis e as classificações NANDA-I, NOC e NIC.

00155 Risco de quedas

Definição: vulnerabilidade ao aumento da suscetibilidade a quedas, que pode causar dano físico e comprometer a saúde.

Fatores de risco

Em adultos

História de quedas

Idade \geq 65 anos

Morar sozinho

Prótese de membro inferior

Uso de dispositivos auxiliares (andador, bengala, cadeira de rodas)

Em crianças

Ausência de portão em escadarias

Ausência de proteção em janelas

Equipamento de contenção em automóvel insuficiente

Gênero masculino quando $<$ 1 ano

Idade \leq 2 anos

Supervisão inadequada

Cognitivos

Alteração na função cognitiva

Ambientais

Ambiente desorganizado ou cheio de objetos

Cenário pouco conhecido

Exposição à condição insegura relativa ao tempo (assoalho molhado, gelo)

Iluminação insuficiente

Material antiderrapante insuficiente no banheiro

Uso de imobilizadores

Uso de tapetes soltos

Agentes farmacológicos

Agente farmacológico

Consumo de álcool

Fisiológicos

Alteração no nível de glicose do sangue

Anemia

Artrite

Ausência de sono

Condição que afeta os pés

Deficiência auditiva

Deficiência visual

Déficit proprioceptivo

Desmaio ao estender o pescoço

Desmaio ao virar o pescoço

Diarreia

Dificuldades na marcha

Doença aguda

Doença vascular

Equilíbrio prejudicado

Hipotensão ortostática

Incontinência

Mobilidade prejudicada

Neoplasia

Neuropatia

Período de recuperação pós-operatória

Redução da força em extremidade inferior

Urgência urinária

Figura 1. Diagnóstico de Enfermagem NANDA-I “Risco de quedas”

| Comportamento de prevenção de quedas - 1909 | | | |
|---|---|-------------------|--|
| Definição: ações pessoais ou do cuidador da família para minimizar fatores de risco capazes de precipitar quedas no ambiente pessoal | | | |
| CLASSIFICAÇÃO DA META DO RESULTADO: Manter em _____ Aumentar para _____ | | | |
| RESULTADO DA CLASSIFICAÇÃO | | Nunca demonstrado | |
| | | 1 | |
| Indicadores | Solicita assistência | 1 | |
| 190923 | Coloca barreiras para evitar quedas | 1 | |
| 190903 | Utiliza corrimão quando necessário | 1 | |
| 190905 | Utiliza barras de apoio quando necessário | 1 | |
| 190915 | Utiliza tapetes de borracha na banheira/no chuveiro | 1 | |
| 190914 | Utiliza sapatos confortáveis e bem amarrados | | |
| 190910 | Utiliza corretamente os dispositivos de assistência | 1 | |
| 190918 | Utiliza dispositivos para correção da visão | 1 | |

Figura 2. Parte do Resultado NOC “Comportamento de prevenção de quedas”

| |
|--|
| <p>00155 Prevenção contra Quedas</p> <p>Definição: instituição de precauções especiais em paciente em risco de ferimentos devido a queda</p> <p>Atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar déficits cognitivos ou físicos que podem aumentar o potencial de quedas em um ambiente específico • Identificar os comportamentos e fatores que afetam o risco de quedas • Rever o histórico de quedas com o paciente e sua família • Identificar as características do ambiente que podem aumentar o potencial de quedas (assoalhos escorregadios e escadas abertas) • Monitorar o passo, o equilíbrio e o nível de fadiga ao caminhar • Pedir ao paciente que se atente à percepção de equilíbrio, conforme indicado • Compartilhar com os pacientes observações sobre passo e o movimento • Sugerir mudanças no passo ao paciente |
|--|

Figura 3. Parte da Intervenção NIC “Prevenção contra quedas”

| | Raramente demonstrado | Algumas vezes demonstrado | Frequentemente demonstrado | Consistentemente demonstrado | |
|--|-----------------------|---------------------------|----------------------------|------------------------------|----|
| | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| | | | | | NA |
| | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |

- Treinar o paciente a adaptar-se às modificações sugeridas no passo
- Auxiliar o indivíduo instável durante o caminhar
- Fornecer dispositivos de auxílio (bengala e andador) para caminhada estável
- Incentivar o paciente a usar bengala ou andador, conforme indicado
- Manter dispositivos de assistência em boas condições de funcionamento
- Travar as rodas da cadeira de rodas, da cama ou da maca durante a transferência do paciente

Primeira edição de 1992; revisada em 2000, 2004

6. IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM: A OPERACIONALIZAÇÃO DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA

Ainda que os Protocolos Assistenciais de Enfermagem tenham um grande potencial de melhorar a prática clínica, sua adoção e uso não são automáticos. A implementação de evidência é um processo complexo que envolve o desenvolvimento de Protocolo, a disseminação do conhecimento sobre ele e a busca da adesão dos profissionais ao Protocolo (Pearson, Jordan, Munn, 2012). Protocolos fundamentados em evidência científica, fáceis de compreender, construídos com o envolvimento do usuário final e disseminados por meio de estratégias educativas com participação direta e ativa do usuário final têm maior probabilidade de serem implementados e utilizados (Francke *et al.*, 2008). Dessa forma, a implementação de um Protocolo Assistencial de Enfermagem requer avaliação prévia e criteriosa das práticas que serão alteradas, da instituição onde as práticas ocorrem, da personalidade e valores dos profissionais que serão envolvidos no processo de mudança e dos consumidores finais.

Durante a implementação de novos Protocolos, devido à mudança de rotinas, podem surgir resistências dos profissionais ao processo, tais como a não concordância pela falta de conscientização de que há novas evidências, expectativas negativas em relação ao processo e resultados, falta de motivação para mudança e de familiaridade com o uso de Protocolos. Entre as barreiras dos serviços de saúde, destacam-se a falta de recursos humanos e materiais (incluindo o acesso à informação científica pela web), de consciência do valor e dos benefícios advindos da mudança (Francke *et al.*, 2008) e de política institucional para o aperfeiçoamento contínuo e uso de melhores práticas. Portanto, construir plano de ações é fundamental para o sucesso do processo de implementação de Protocolos.

O planejamento engloba envolver os indivíduos que serão afetados pelo processo de implementação, reconhecer as lideranças que podem apoiá-lo, identificar as principais barreiras para a implementação e os mecanismos para superá-las, identificar os recursos disponíveis, os profissionais facilitadores do processo e os mecanismos para fortalecê-los. Engloba, ainda, examinar que as estratégias de implementação que poderão funcionar em determinado contexto, prever os principais resultados esperados após a implementação e definir critérios de como os resultados serão avaliados.

Existe grande número de estratégias para promover a utilização efetiva dos Protocolos na prática Assistencial, (Foy *et al.*, 2005) como visita *in loco* aos profissionais de saúde envolvidos por uma pessoa treinada, uso de lembretes que indicam o desempenho de uma ação clínica específica, participação dos profissionais em oficinas práticas ou de discussão sobre o Protocolo, divulgação de opinião de profissionais de saúde líderes locais, disponibilização de informação específica a pacientes e distribuição de materiais educativos, como guias e manuais e palestras. O uso de intervenções multifacetadas, isto é, a combinação de duas ou mais intervenções, favorece o sucesso da implementação (Foy *et al.*, 2005).

A auditoria clínica, outra importante estratégia para a implementação e uso de Protocolos, é uma ferramenta de avaliação que consiste em fornecer dados sobre as disparidades entre a prática atual e o desempenho esperado, como já apresentado na sessão de indicadores. Baseia-se na suposição de que os profissionais de saúde modificam sua prática ao receberem *feedback*, mostrando que ela é diferente daquela recomendada. Esta é uma estratégia que pode ser utilizada isoladamente ou como componente de intervenções múltiplas (Ivers *et al.*, 2014).

O modelo de auditoria clínica adotado pelo *Joanna Briggs Institute* compreende três fases: auditoria de base ou inicial; implementação das melhores práticas e auditoria pós-implementação (Pearson, Jordan, Munn, 2012).

Na auditoria de base, mede-se o desempenho por meio da avaliação dos critérios (indicadores) pré-definidos na fase de planejamento. De acordo com resultados encontrados na auditoria de base, identificam-se as barreiras encontradas para a implementação do Protocolo e propõem-se estratégias para superá-las e alcançar os resultados propostos. É importante que todos os envolvidos no processo recebam o *feedback* sobre o desempenho identificado na auditoria de base e posteriormente inicia-se a implementação.

Na auditoria pós-implementação, os mesmos critérios medidos na auditoria de base são reavaliados e um *feedback* do progresso é oferecido aos profissionais de saúde envolvidos.

A auditoria tende a ser mais eficaz quando o desempenho profissional na auditoria de base é insuficiente, *feedback* é fornecido por um supervisor ou membro de equipe de saúde, em ciclos repetidos, na forma verbal e escrita e há objetivos claros, específicos e um plano de ação de como atingir tais objetivos (Ivers *et al.*, 2012).

É imprescindível estabelecer um cronograma para a reavaliação periódica da implementação do Protocolo, pois a maioria das mudanças demora para ser incorporada e práticas prévias, já arraigadas na conduta profissional, tendem a ser retomadas.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência de enfermagem não pode estar dissociada da ciência, da pesquisa e das melhores práticas em saúde, o que exige que os profissionais de enfermagem mantenham-se estudiosos, atentos aos novos conhecimentos e atuantes para promoverem o aperfeiçoamento do cuidado. Prestar o melhor cuidado é respeitar e estar comprometido com o outro, fator fundamental nas relações humanas e profissionais. É ofertar cuidado seguro e efetivo, aquele que promove a saúde com menor risco de dano e maior chance de sucesso. Há muito conhecimento em enfermagem, mas muito ainda a ser descoberto, confirmado e ajustado, e todos os profissionais fazem parte dessa descoberta, confirmação e ajuste.

O aperfeiçoamento pessoal e profissional exige esforço e persistência para vencer barreiras pessoais e organizacionais, superando o medo à mudança, a tendência de persistir em velhos hábitos e rotinas e promovendo os ajustes necessários para a implementação do melhor cuidado.

A capacidade de atender e solucionar as demandas de cuidado das pessoas, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e bem estar, relaciona-se diretamente com o prestígio e o reconhecimento profissional. Daí a necessidade da profissão incorporar novos conhecimentos e habilidades que lhe permita ser cada vez mais influente na manutenção e recuperação da saúde dos indivíduos e comunidades.

Esse Guia visa contribuir para aperfeiçoar os profissionais na construção e uso de Protocolos Assistenciais de Enfermagem, utilizando e articulando as tendências modernas na área: Prática Baseada em Evidência e Classificações de Enfermagem.

8. REFERÊNCIAS

- Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico. 7a ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- Barros ALBL, Sanchez CG, Lopes JL, Dell'Acqua MCQ, Lopes MHBM, Silva RCG. Processo de Enfermagem: guia para a prática. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo; 2015.
- Boult M, Maddern JG. Clinical audits: why and for whom. ANZ J Surg. 2007;77(7):572-8.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE – Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 72 p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: reduzindo a mortalidade perinatal/ Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. 3ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 44 p.
- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 6ª edição. Elsevier: Rio de Janeiro; 2016.
- Carvalho EC, Cruz DALM, Herdman TH. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. Rev Bras Enferm. 2013;66(esp):134-41.
- Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH). Manual de indicadores de enfermagem NAGEH [Internet]. 2a ed. São Paulo: APM/CREMESP; 2012. [acesso em 2017 jun 19]. Disponível em: http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=125

Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução COFEN nº 0514/2016. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem [Internet]. [acesso em 2017 jun 19]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE – nas Instituições de Saúde Brasileiras [Internet]. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem; 2009. [acesso em 2017 jun 19]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html.

Cruz DALM. Processo de enfermagem e classificações. In: Gaidzinski RR, Soares AVN, Lima AFC, Gutierrez BAO, Cruz DALM, Rogenski NMB, Sancinetti TR. Diagnóstico de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Diniz SG. Só um corte a mais? [editorial]. Notas sobre nascimento e parto. Genp. 1998;3(6):1.

Foy R, Eccles MP, Jamtvedt G, Young J, Grimshaw JM, Baker R. What do we know about how to do audit and feedback? Pitfalls in applying evidence from a systematic review. BMC Health Serv Res. 2005;5:50.

Francke AL, Smit MC, de Veer AJ, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. BMC Med Inform Decis Mak. 2008;8:38.

Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Norrise S, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction - GRADE evidence profiles and summary of findings tables. J Clin Epidemiol. 2011;64:383-94.

Herdman TH, Kamitsuru SE. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2015-17. Porto Alegre: Artmet; 2016.

Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 1999.

Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;13(6):CD000259.

Ivers NM, Sales A, Colquhoun H, Michie S, Foy R, Francis JJ, et al. No more 'business as usual' with audit and feedback interventions: towards an agenda for a reinvigorated intervention. *Implement Sci.* 2014;17(9):14.

Leal MC, Pereira AP, Domingues RM, Theme Filha MM, Dias MA, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saude Publica.* 2014;30(Suppl 1):1-16.

Lundberg C, Warren J, Brokel J, Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, et al. Selecting a Standardized Terminology for the Electronic Health Record that Reveals the Impact of Nursing on Patient Care [Internet]. *Online J Nurs Inform.* 2008;12(2):1-20. [acesso em 2017 jun 19]. Disponível em: http://ojni.org/12_2/lundberg.pdf

MacArthur A. Falls prevention strategies: acute in-hospital setting. Evidence Summary JBICOnNECT+ [Internet]. 2016. [acesso em 2017 jan 05]. Disponível em: <http://connect.jbiconnectplus.org/>

Maia FOM. Departamento de Enfermagem HU-USP, Serviço de Ensino e Qualidade. Prevenção de queda. São Paulo: HU-USP; 2016.

Maria AM, Quadros FAA, Grassi MFO. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. *Rev Bras Enferm.* 2012;2(65):297-303.

Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). 5ª edição. Elsevier: Rio de Janeiro; 2016.

Paes GO, Mello ECP, Leite JL, Mesquita MGR, Oliveira FT, Carvalho SM. Protocolo de cuidados ao cliente com distúrbio respiratório: ferramenta para tomada de decisão aplicada à enfermagem. *Esc Anna Nery.* 2014;18(2):303-10.

Pearson A, Jordan Z, Munn Z. Translational science and evidence-based healthcare: a clarification and reconceptualization of how knowledge is generated and used in healthcare. *Nurs Res Pract*. 2012; Article ID 792519.

Pimenta CAM, Pastana ICASS, Sichieri K, Solha RKT, Souza W. Guia para Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem [Internet]. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo: São Paulo; 2015. [acesso em 2017 jan 05]. Disponível em: <http://www.Coren-SP.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>

Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312(7023):71-2.

Urbanetto JS, Creutzberg M, Franz F, Ojeda BS, Gustavo AS, Bittencourt HR, et al. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(3):569-75.

World Health Organization (WHO). Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985;2:436-7.

World Health Organization (WHO). WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013. [acesso em 2017 jun 19]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf?ua=1

World Health Organization (WHO). World Alliance for patient Safety. World Alliance for Patient Safety Forward Programme 2008-2009 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008. [acesso em 2017 jun 19]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf

Zambon LS. Indicadores de Processo e Resultado [Internet]. 2008. [citado 2017 jun 19]. Disponível em: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/biblioteca/1442/indicadores_de_processo_e_resultado.htm

Coren-SP Endereços

www.coren-sp.gov.br/contatos-sede-subsecoes

São Paulo – Sede

Alameda Ribeirão Preto, 82 – Bela Vista – CEP 01331-000

Telefone: (11) 3225.6300 – Fax: (11) 3225.6380

- **Araçatuba** – Rua José Bonifácio, 245 – Centro – CEP 16010-380
Telefones: (18) 3624.8783/3622.1636 – Fax: (18) 3441.1011
- **Botucatu** – Praça Dona Isabel Arruda, 157 – Sala 81 – Centro – CEP 18602-111
Telefones: (14) 3814.1049/3813.6755
- **Campinas** – Rua Saldanha Marinho, 1046 – Botafogo – CEP 13013-081
Telefones: (19) 3237.0208/3234.1861 – Fax: (19) 3236.1609
- **Guarulhos** – Rua Morvam Figueiredo, 65 – Conjuntos 62 e 64 – Edifício Saint Peter, Centro – CEP 07090-010
Telefones: (11) 2408.7683/2087.1622
- **Itapetininga** – Rua Cesário Mota, 418 – Centro – CEP 18200-080
Telefones: (15) 3271.9966/3275.3397
- **Marília** – Av. Rio Branco, 262 – Centro – CEP 17500-090
Telefones: (14) 3433.5902/3413.1073 – Fax: (14) 3433.1242
- **Osasco** – Rua Cipriano Tavares, 130 – sala 1 – térreo – Centro – CEP 06010-100
Telefones: (11) 3681.6814/3681.2933
- **Presidente Prudente** – Av. Washington Luiz, 300 – Centro – CEP 19010-090
Telefones: (18) 3221.6927/3222.7756 – Fax: (18) 3222.3108
- **Registro** - NAPE (Núcleo de Atendimento ao Profissional de Enfermagem):
apenas registro e atualização de dados de profissionais.
Av. Prefeito Jonas Banks Leite, 456 – salas 202 e 203 – Centro – CEP 11900-000
Telefone: (13) 3821.2490
- **Ribeirão Preto** – Av. Presidente Vargas, 2001 – Conjunto 194 – Jardim América
CEP 14020-260
Telefones: (16) 3911.2818/3911.2808
- **Santo Amaro** - NAPE (Núcleo de Atendimento ao Profissional de Enfermagem):
apenas registro e atualização de dados de profissionais.
Rua Amador Bueno, 328 – sala 1 – térreo – Santo Amaro – São Paulo - SP
CEP 04752-005
Telefone: (11) 5523.2631

- **Santo André** – Rua Dona Elisa Fláquer, 70 – conjuntos 31, 36 e 38 – 3º andar
Centro – CEP 09020-160
Telefones: (11) 4437.4324 (atendimento)/4437.4325 (fiscalização)
- **Santos** – Av. Dr. Eptácio Pessoa, 214 – Embaré – CEP 11045-300
Telefones/Fax: (13) 3289.3700/3289.4351 ou 3288.1946
- **São José do Rio Preto** – Av. Dr. Alberto Andaló, 3764 – Vila Redentora
CEP 15015-000
Telefones: (17) 3222.3171/3222.5232 – Fax: (17) 3212.9447
- **São José dos Campos** – Av. Dr. Nelson D’avila, 389 – Sala 141A – Centro
CEP 12245-030
Telefones: (12) 3922.8419/3921.8871 – Fax: (12) 3923.8417
- **São Paulo - Coren-SP Educação** (apenas atividades de aperfeiçoamento)
Rua Dona Veridiana, 298 – Vila Buarque (Metrô Santa Cecília)
CEP 01238-010
Telefone: (11) 3223.7261 – Fax: (11) 3223.7261 – ramal: 203

Acompanhe o Coren-SP no site e mídias sociais

Facebook

<https://www.facebook.com/corensaopaulo>

Twitter

<https://twitter.com/corensaopaulo>

Instagram

<https://www.instagram.com/corensaopaulo>

LinkedIn

www.linkedin.com/in/corensaopaulo

YouTube

<https://www.youtube.com/tvcorensp>

Fale Conosco

www.coren-sp.gov.br/fale-conosco

Ouvidoria

www.coren-sp.gov.br/ouvidoria

0800-77-26736

Tenha acesso a outros materiais produzidos para aprimorar e facilitar seu conhecimento sobre Prática Baseada em Evidências e Protocolos Assistenciais de Enfermagem, acessando os links a seguir:

Videoaula “Protocolos Assistenciais de Enfermagem”, com Prof. Dra. Cibele Pimenta:

<https://www.youtube.com/watch?v=fXpFbTdk1OQ>

Vídeos motivacionais publicados no Facebook do Coren-SP:

Você conhece a Prática Baseada em Evidência?

<https://www.facebook.com/corensaopaulo/videos/1383290761718784/>

O que é a Prática Baseada em Evidências?

<https://www.facebook.com/corensaopaulo/videos/1390557530992107/>

Como você pode usar a Prática Baseada em Evidências no seu cotidiano?

<https://www.facebook.com/corensaopaulo/videos/1398837550164105/>

GUIA PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM: INTEGRANDO PROTOCOLOS, PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA E CLASSIFICAÇÕES DE ENFERMAGEM

Como saber se você está prestando o melhor cuidado? A Prática Baseada em Evidência (PBE) pode te ajudar a responder isso. Ela integra a ciência à experiência do profissional, às preferências do paciente e aos recursos da instituição. A PBE é a ponte entre a pesquisa e o cuidado e requer atualização constante. A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde recomendam seu uso no cuidado.

E como levar a PBE para o cotidiano? Construindo Protocolos Assistenciais. Eles favorecem o uso de práticas cientificamente sustentadas, permitem cuidado mais igualitário para todos, minimizam a variação das informações e condutas da equipe de saúde e aprimoram a assistência.

Este guia, após a publicação do “Guia para Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem”, é mais um resultado do Grupo de Trabalho de Protocolos do Coren-SP, instituído para auxiliar enfermeiros na atuação como multiplicadores do protocolo como ferramenta assistencial, assim como incentivar a implantação de Núcleos de Protocolos baseados em evidências nas instituições, para constituir uma ferramenta de trabalho para o cuidado seguro.

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
www.coren-sp.gov.br