

Protocolo de cuidados ao cliente com distúrbio respiratório: ferramenta para tomada de decisão aplicada à enfermagem

Care protocol for clients with respiratory disorder: tool for decision making in nursing

Protocolo de atención al cliente con trastorno respiratorio: herramienta para la toma de decisiones en enfermería

Graciele Oroski Paes¹
Enirtes Caetano Prates Mello²
Joséte Luzia Leite¹
Maria Gefé da Rosa Mesquita¹
Francimar Tinoco de Oliveira¹
Simone Mendes Carvalho³

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro.
Rio de Janeiro - RJ, Brasil.

2. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro - RJ, Brasil.

3. Universidade Federal de Minas Gerais.
Belo Horizonte - MG, Brasil.

RESUMO

Este estudo objetivou elaborar um protocolo de enfermagem voltado para a assistência a clientes em situações de distúrbio respiratório agudo e testar sua aplicabilidade. **Métodos:** A metodologia empregada foi quase experimental, do tipo antes-depois, que se utilizou da abordagem quantitativa, por meio da testagem do protocolo em momentos distintos. O grupo pesquisado contou com 22 enfermeiros, que atendiam aos critérios preestabelecidos para participar da pesquisa. Para o processo de validação participaram três consultores. **Resultados:** Os resultados apontaram para a melhora das respostas dos enfermeiros com o auxílio do protocolo, e os pareceres dos consultores avaliaram que o protocolo encontrava-se adequado considerando as variáveis avaliadas. **Conclusão:** Acreditamos que o protocolo para a assistência do enfermeiro a clientes com distúrbios respiratórios agudos contribui para otimização do seu cuidado, dinamizando e agilizando as intervenções adequadas para os clientes portadores do agravo.

Palavras-chave: Protocolos; Cuidados de enfermagem; Insuficiência respiratória.

ABSTRACT

Objective: To elaborate a nursing protocol for care delivery to clients in situations of acute respiratory disorder and test its applicability. **Methods:** A quasi-experimental method was employed with a before-after design and quantitative approach, testing the protocol at different times. The research group included 22 nurses, who complied with pre-established criteria for participation in the research. Three consultants participated in the validation process. **Results:** The results indicated that the nurses' answers improved with the help of the protocol, and the consultants' opinions considered that the protocol was appropriate in view of the research variables. **Conclusion:** We believe that the nursing care protocol for clients with acute respiratory disorders contributes to improve their care, enhancing and speeding up appropriate interventions for clients with this condition.

Keywords: Protocols; Nursing Care; Respiratory Failure.

RESUMEN

Objetivo: Elaborar un protocolo de enfermería dirigido a la asistencia de los clientes en situaciones de disturbio respiratorio agudo y probar su aplicabilidad. **Métodos:** Estudio experimental, del tipo antes-después, donde se utilizó el abordaje cuantitativo, a través de la verificación del protocolo en momentos distintos. Participaron de la investigación 22 enfermeros que atendían a los criterios preestablecidos y tres consultores, responsables por el proceso de validación de los resultados. **Resultados:** Gracias al auxilio del protocolo, hubo la mejora de las respuestas de los enfermeros y los pareceres de los consultores lo consideraron apropiado, teniendo en cuenta las variables. **Conclusión:** Acreditamos que el protocolo para la asistencia del enfermero a los clientes con disturbios respiratorios agudos contribuye para la optimización de su cuidado, dinamizando y agilizando las intervenciones adecuadas para los clientes portadores del referido agravo.

Palabras-clave: Protocolos; Atención en Enfermería; Insuficiencia Respiratoria.

Autor correspondente:

Graciele Oroski Paes.
E-mail: gracieleoroski@gmail.com

Recebido em 26/05/2013.
Reapresentado em 24/10/2013.
Aprovado em 28/11/2013.

DOI: 10.5935/1414-8145.20140044

INTRODUÇÃO

Enfermeiros lidam com incertezas, ainda que nem sempre estejam conscientes disso. Tomar decisões apropriadas requer, muitas vezes, a articulação de áreas diversas do conhecimento que tangenciam a racionalidade humana. Avaliar dados objetivos de corpo/sujeito por natureza subjetivo não é, em geral, tarefa fácil. Quantificar/qualificar as incertezas pode auxiliar na sistematização do cuidado e na valorização do processo de enfermagem.

Esta pesquisa teve como foco uma proposta para o manejo de um problema específico, os distúrbios respiratórios agudos, com aplicação de um protocolo sistematizado pautado em evidências e posteriormente testado. A intencionalidade desse protocolo é proporcionar ao enfermeiro informações que tornem a assistência ao cliente portador de distúrbios respiratórios agudos um processo mais ágil e resolutivo.

Objetivou-se, então, elaborar um protocolo de enfermagem voltado para a assistência a clientes em situações de distúrbio respiratório agudo e testar sua aplicabilidade, com vistas a otimizar o processo de tomada de decisão de forma mais dinâmica, precisa e uniforme.

Ainda que o cuidar de enfermagem seja pautado na promoção à vida, conforto, diálogo e no potencial individual de cada sujeito, como o principal colaborador ativo do processo saúde/doença, faz-se necessário construir eixos teóricos e práticos, a fim de melhorar essa assistência¹. Por conseguinte, a elaboração e a implementação de protocolos atendem a essa perspectiva, uma vez que se trata de uma ferramenta de apoio teórico-prático, favorecendo o planejamento do cuidado e, consequentemente, corroborando a qualidade da assistência individual e coletiva.

A padronização de eixos de cuidado no atendimento aos clientes, considerando suas individualidades e seus aspectos subjetivos, além de contribuir oficialmente para os registros de enfermagem, também propicia o melhor gerenciamento da assistência de enfermagem, conferindo ao profissional segurança e autonomia para a tomada de decisão necessária².

A produção de protocolos que contenham as melhores evidências conhecidas pode subsidiar a prestação de cuidados baseados em boas práticas clínicas e possibilitar a recuperação/restauração do estado de saúde, antes afetado. Neste sentido, a aplicabilidade de diretrizes para o cuidado torna-se cada vez mais necessária para a consolidação de alguns aspectos da prática clínica do enfermeiro, especialmente em relação aos clientes críticos, pois sistematiza a assistência e estabelece objetivamente passos e condutas na abordagem a determinado agravo³. No caso estudado, as melhores recomendações foram extraídas e sintetizadas de estudos prévios e literaturas consagradas no atendimento a pacientes graves retratadas no algoritmo proposto.

A prática de enfermagem baseada em evidências não é elaborada a partir da intuição, observações não sistematizadas ou princípios patológicos. Enfatiza o uso de revisões integrativas e sistemáticas para gerar pesquisas capazes de guiar as decisões clínicas^{4,5}.

As diretrizes para a prática da enfermagem clínica (protocolos) são meios potenciais para a incorporação das evidências disponíveis, ainda que muitas delas estejam baseadas apenas

em consensos e careçam de estudos experimentais e observacionais que possam ser demonstrados por meio de rigor metodológico, constituindo-se na melhor alternativa para o cliente⁶.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quase experimental do tipo antes-depois, conhecido como ensaio ou experimento não aleatório. Caracteriza-se por uma investigação na qual o pesquisador intervém na característica que está sendo investigada; entretanto, não há alocação aleatória dos participantes^{6,7}.

Neste estudo, utilizou-se como fator de intervenção um protocolo destinado à avaliação de clientes com distúrbio respiratório agudo. O protocolo foi aplicado em dois momentos diferentes, primeiro teste (T_0 , teste) e segundo teste (T_1 , re-teste), e aos mesmos participantes que constituíram, ao mesmo tempo, o grupo-controle e o grupo experimental. A população-alvo, composta por 22 enfermeiros, foi alocada de forma não aleatória e submetida às mesmas condições: no primeiro momento, o grupo-controle (antes), e no segundo momento, o grupo experimental (depois)⁷.

Para atender aos objetivos propostos, o estudo constituiu-se de duas etapas: a primeira consistiu na testagem do protocolo elaborado por meio da avaliação de situações-problema explicitadas em casos clínicos; a segunda etapa implicou um processo inicial de validação do protocolo proposto pela avaliação de especialistas.

Primeira Etapa: Testagem do Protocolo

Essa etapa intencionou investigar se o padrão de respostas dos entrevistados sofre ou não modificações com o auxílio do protocolo proposto. Foi realizada em dois momentos do tempo: pré-teste (avaliação de situações-problema sem o uso do protocolo proposto) e pós-teste (avaliação das situações-problema utilizando o protocolo assistencial), sem intervalo obrigatório do teste para o re-teste.

Foram incluídos na pesquisa somente enfermeiros, com diferentes tipos de vínculo empregatício e tempo de formação profissional, que exercessem atividades nos setores intra e pré-hospitalares no município do Rio de Janeiro (RJ), com assistência direta de enfermagem. Considerando que os enfermeiros exercem sua prática assistencial em cenários diversificados, optou-se por não ser definido *a priori* um campo/unidade de saúde específico. Participaram dessa etapa da pesquisa 22 enfermeiros voluntários. A coleta de dados foi realizada entre os meses de junho e novembro de 2010.

Cada participante recebeu o material contendo explicações sobre o estudo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o protocolo proposto e um questionário. A avaliação do protocolo foi realizada por meio de um instrumento contendo um conjunto de situações-problema que permitiram a análise e interpretação de condições que envolviam clientes com distúrbio respiratório agudo. Considerando que o tempo de formação e o tipo de experiência profissional definem padrões diferentes de respostas, essas duas variáveis foram incorporadas ao questionário.

Atendendo às recomendações expostas na Resolução 196/96, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, aos participantes foi garantida a participação voluntária em todas as

fases da pesquisa (pré-teste e coleta dos dados propriamente dita), bem como o anonimato dos respondentes. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Hospital São Francisco de Assis sob o número registro: 017/2010 de 29 de abril de 2010.

A coleta de dados do estudo antes-depois foi realizada em dois momentos diferentes com os mesmos sujeitos da pesquisa sob condições semelhantes. No primeiro momento (pré-teste), foi aplicado um questionário respondido pelo enfermeiro sem o auxílio do protocolo proposto. No segundo momento (pós-teste), esse mesmo questionário foi respondido com o auxílio do protocolo.

A investigação com delineamento quase-experimental buscou responder ao seguinte questionamento: O profissional muda de opinião quando toma conhecimento das evidências que subsidiam a construção da diretriz para avaliação de clientes com distúrbio respiratório agudo?

Segunda Etapa: Processo Inicial de Validação

Após a testagem do protocolo no grupo de enfermeiros, submetemos o protocolo a um processo inicial de validação por um painel composto por três *experts ad hoc*, aos quais foi solicitada a emissão de um parecer, visando sua avaliação por parte de um conjunto de especialistas. Os critérios para a escolha dos especialistas foram os seguintes: profissionais com vasta experiência e reputação inquestionável na área de atuação relativa à dimensão avaliada⁸.

Foram adotados três critérios para avaliação: relevância, viabilidade e validade do instrumento. A relevância levou em conta a aplicabilidade e pertinência do protocolo; a viabilidade envolve a facilidade operacional, custos, dados necessários e outras barreiras associadas à aplicação do protocolo; a validade verifica o grau com que o protocolo alcança seus objetivos, ou seja, reflete o evento ou aspecto que se propõe a medir. Três aspectos da validade podem ser avaliados operacionalmente: a validade pode ser de conteúdo (legitimidade da mensuração), validade de construção (grau de correlação com outras medidas do mesmo evento) e validade de critério (sentido lógico para especialistas)^{5,7}.

RESULTADOS

O protocolo juntamente com o algoritmo para intervenção nos distúrbios respiratórios agudos é composto de três partes. A primeira faz um levantamento breve do histórico do cliente acompanhado do exame físico; a segunda parte se detém à identificação de problemas de enfermagem, expressos pela sintomatologia apresentada pelo cliente com distúrbio respiratório agudo. A terceira fase é composta de quatro passos, representados por propostas de intervenções e avaliações complementares de enfermagem.

Apresentação do Protocolo com seu Algoritmo, no Quadro 1

Na figura 1, apresentamos o Modelo do Algoritmo de Cuidados de Enfermagem aos Clientes com Distúrbios Respiratórios Agudos. Rio de Janeiro (RJ), 2009-2011².

Caracterização dos Sujeitos

Dos 22 enfermeiros entrevistados, todos exercem atividades em setores intra-hospitalares de alta e média complexidade; 4 exercem, adicionalmente, atividades no serviço de resgate pré-hospitalar.

As medidas de tendência central relacionadas ao tempo de formação (Média = 5,7 anos; Mediana = 3 anos), assim como a idade (Média = 30 anos; Mediana = 29 anos) foram próximas, caracterizando um grupo homogêneo quanto ao fator: tempo de atividades laborais específicas desenvolvidas como enfermeiros. O resultado foi corroborado por uma estreita dispersão (Desvio-Padrão (S) = 5,6; Coeficiente de variação (CV) = 18,62%).

Do grupo estudado, 13 enfermeiros desempenham atividades em setores de alta complexidade, 10 em setor/atividades de emergência e 3 em terapia intensiva e/ou unidade coronariana; 4 na assistência materno-infantil 3 em maternidade e 1 em pediatria; 4 atuam em clínica médica e cirúrgica, 1 é lotado em centro cirúrgico, 2 em clínica médica, e 1 desenvolve suas atividades no setor de hemodinâmica (Figura 2).

Testagem do protocolo com simulações da prática clínica

Dos enfermeiros estudados, todos identificaram as condições de distúrbio respiratório agudo através de situações propostas; além disso, reafirmaram a possibilidade de intervenção do enfermeiro no agravo. Não se observaram mudanças das informações relacionadas a esse tópico do primeiro momento (T_0 , teste) para o segundo (T_1 , re-teste), com auxílio do protocolo, identificando-se concordância completa.

Os achados mostraram que, no primeiro momento (T_0), apenas 1 enfermeiro identificou a mudança de decúbito como uma medida prioritária, conforme recomendado na literatura. A oxigenoterapia foi identificada por 6 enfermeiros como a última prioridade a ser atendida no processo de atendimento. No segundo momento de avaliação (T_1), já com o auxílio do protocolo, 16 enfermeiros priorizaram a mudança de decúbito no atendimento, e 19 estabeleceram a oxigenoterapia como a última medida recomendada. Em uma primeira avaliação, o protocolo pareceu contribuir para a mudança da abordagem do enfermeiro nas condições apresentadas, logrando êxito no manejo hipotético de clientes portadores desse agravo (Figura 3).

Com relação às ações de enfermagem subsequentes ao resultado do exame gasométrico, consideraram-se como ações prioritárias a instalação de oxigenoterapia e o preparo do cliente para a ventilação invasiva. A instalação de ventilação invasiva foi definida nesse estudo como uma opção incorreta. Na primeira avaliação (T_0), 19 enfermeiros identificaram a oxigenoterapia associada ao preparo do cliente para ventilação invasiva como ação prioritária. Na segunda avaliação (T_1), 20 enfermeiros mencionaram essa ação específica. Em relação à opção considerada incorreta, inicialmente 17 enfermeiros não adotariam esse cuidado; após o uso do protocolo 19 enfermeiros passaram a não recomendar essa medida. Vale destacar que o preparo do cliente, bem como do material para ventilação invasiva, faz parte das atribuições do enfermeiro em situações que envolvam comprometimentos respiratórios. No entanto, a instalação da

Quadro 1. Modelo do Protocolo para identificação dos distúrbios associados à insuficiência respiratória aguda baseados nos achados semiológicos do cliente. Rio de Janeiro (RJ), 2008-2011³

1 - Definição:

A Insuficiência Respiratória Aguda (IRA) caracteriza-se pelo distúrbio funcional agudo ocasionado pela incapacidade do sistema respiratório em manter a necessidade de ventilação/oxigenação, existindo comprometimento grave no processo de hematose.

2 - Classificação:

2.1 - Insuficiência Respiratória Aguda Hipoxêmica:

Condição que pode reduzir, acentuadamente, a tensão de oxigênio arterial. Resulta de distúrbios da relação ventilação alveolar/perfusão, caracterizando-se gasometricamente por hipoxemia sem retenção de CO₂.

2.2 - Insuficiência Respiratória Aguda Hipercápnica-Hipóxica/Insuficiência Ventilatória Aguda:

Condição em que há eliminação inadequada de CO₂. Resulta da hipoventilação alveolar, caracterizando-se gasometricamente por hipoxemia associada a elevação da PaCO₂.

3 - Causas da insuficiência respiratória aguda:

3.1 - Insuficiência Respiratória Aguda Hipoxêmica:

- Lesão pulmonar aguda.
- Síndrome da angústia respiratória aguda (SARA).
- Edema pulmonar cardiogênico.
- Pneumonias.
- Embolia pulmonar.

3.2 - Insuficiência Ventilatória Aguda:

a) Desordens que comprometem o estímulo respiratório:

- Overdose.
- Infarto do tronco cerebral.

b) Comprometimento da função muscular respiratória:

- Esclerose lateral amiotrófica.
- Síndrome de Guillain-Barré.
- Miastenia grave.

c) Aumento do trabalho respiratório:

- Asma.
- Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).

4 - Bases para o diagnóstico:

Os sinais e sintomas clínicos observados podem ser derivados de uma grande variedade de doenças que podem causar a IRA.

As manifestações clínicas originam-se das condições de hipoxia e hipercapnia, não exercendo especificidade sobre o diagnóstico da insuficiência respiratória aguda. Portanto, o diagnóstico da IRA, para ser precoce e preciso, depende da análise gasométrica do sangue arterial.

4.1 - Sintomatologia-guia:

É um sinal/sintoma que permite ao enfermeiro recompor a história da doença atual com maior facilidade e precisão. A alteração da frequência e/ou ritmo respiratório é considerada como achado básico da insuficiência respiratória aguda, estando, obrigatoriamente, presente nesses distúrbios.

Dispneia: habitualmente observada e de maior relevância na insuficiência respiratória aguda.

4.2 - Sinais de alerta:

Juntamente com a dispneia, a manifestação de dois ou mais sinais/sintomas determina a presença de distúrbio respiratório agudo.

4.3 - Sinal de gravidade:

Indica agravamento do quadro de IRA:

Cianose: manifestação tardia, considerada importante na avaliação da IRA, pode indicar hipoxemia acentuada ($\text{PaO}_2 < 50 \text{ mmHg}$).

5 - Objetivos da intervenção em casos de IRA:

Corrigir a causa subjacente e restaurar a adequada troca gasosa, por meio de quatro métodos:

6 - Intervenções de enfermagem em casos de IRA:

O tratamento pode contemplar medidas farmacológicas, técnicas físicas, psicossociais e oxigenoterapia.

Algumas atribuições requerem intervenção de outros profissionais, sendo necessário o acompanhamento conjunto da equipe de saúde envolvida no atendimento ao cliente acometido com IRA.

- Manutenção e permeabilidade das vias aéreas.
- Mobilização das secreções.
- Promoção da expansibilidade torácica.
- Oxigenoterapia.

6.1 - Manutenção da permeabilidade e desobstrução das vias aéreas:

- Técnica da tosse - manutenção da permeabilidade das vias aéreas.
- Aspiração orofaríngea/nasofaríngea e/ou orotraqueal/nasotraqueal.
- Suporte ventilatório invasivo para correção da IRA, caso necessário.

6.2 - Mobilização das secreções:

- Hidratação - manter a limpeza mucociliar normal.
- Umidificação - fluidificar e mobilizar as secreções pulmonares.
- Nebulização - melhorar a limpeza das secreções pulmonares.
- Drenagem postural.

6.3 - Promoção da expansibilidade torácica:

- Mudança de decúbito - diminuir a dificuldade respiratória, facilitar a expansibilidade torácica e mobilização de secreções pulmonares.
- Suporte ventilatório adequado - promover recrutamento alveolar, facilitar a expansibilidade torácica.

6.4 - Manutenção e promoção da oxigenação:

- Oxigenoterapia - utilização de máscara facial.
- Mudança de decúbito - diminuir a dificuldade ventilatória/respiratória.

Figura 1. Modelo do Algoritmo de Cuidados de Enfermagem aos Clientes com Distúrbios Respiratórios Agudos. Rio de Janeiro (RJ), 2009-2011. Protocolo de Cuidados de Enfermagem aos Clientes com Distúrbios Respiratórios Agudos. Rio de Janeiro (RJ), 2009-2011².

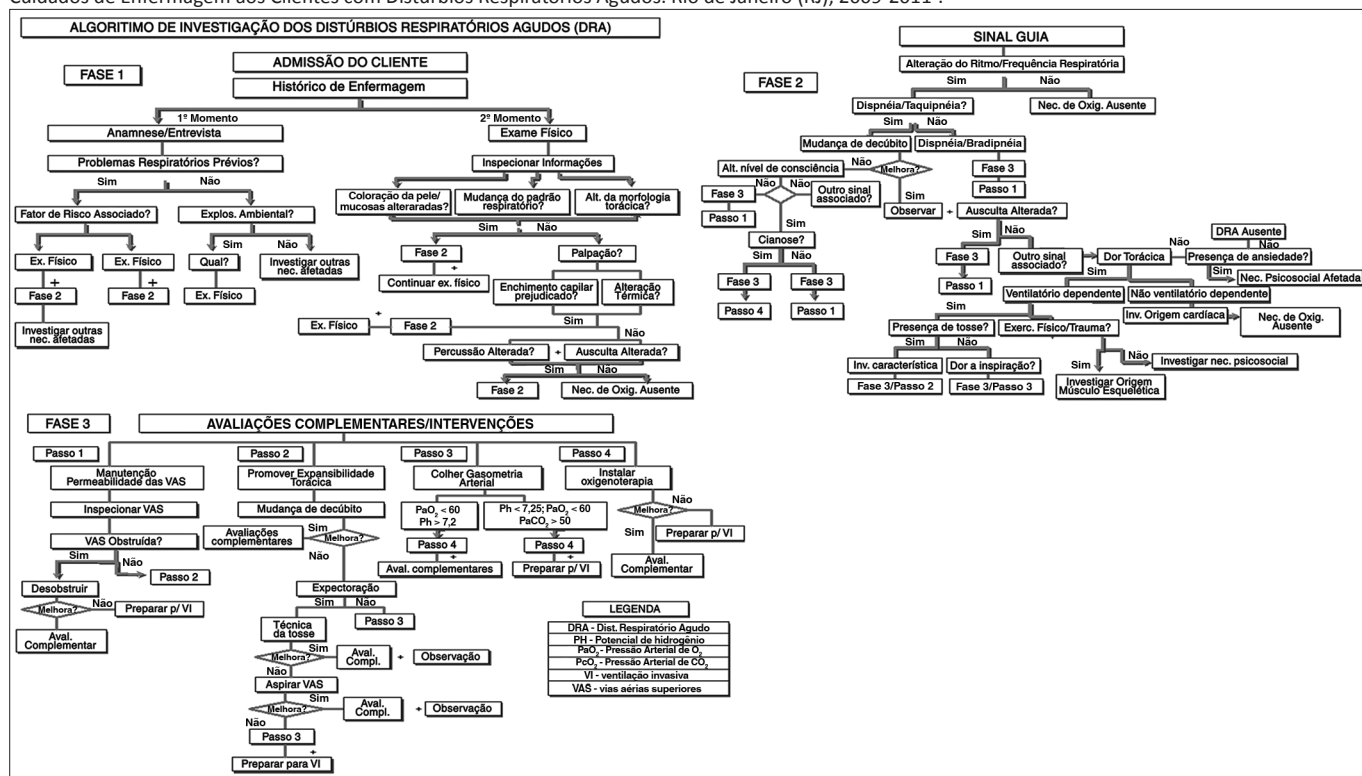
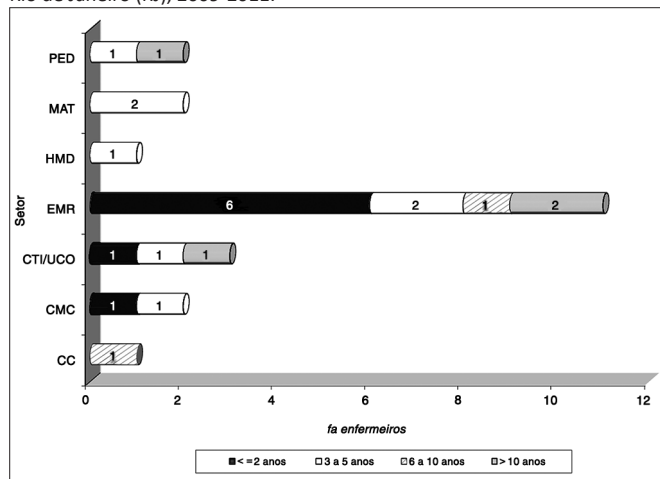


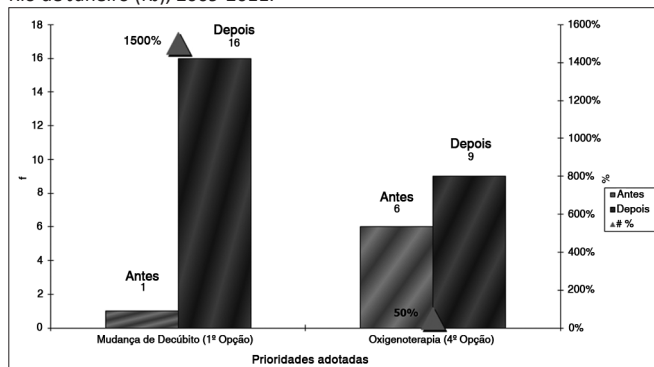
Figura 2. Distribuição dos Enfermeiros: tempo de formação x setor de formação, Rio de Janeiro (RJ), 2009-2011. Dados dos sujeitos da pesquisa. Rio de Janeiro (RJ), 2009-2011.



ventilação e o processo de intubação traqueal constaram como atividades de outros profissionais da equipe de saúde.

O segundo caso proposto trata de um cliente com história pregressa de agravo respiratório, que apresenta dispneia, dor torácica e tosse produtiva, sem alterações de ausculta pulmonar. Para esta situação estavam previstas oito ações de enfermagem; entre elas, elegemos a que não poderia ser preterida, e a que não estaria prevista para o caso clínico. A manutenção da mudança de decúbito obteve concordância perfeita. Nos dois momentos de avaliação, 21 enfermeiros recomendaram

Figura 3. Prioridades avaliadas no caso proposto: mudança de decúbito/oxigenoterapia. Rio de Janeiro (RJ), 2009-2011. Dados dos sujeitos da pesquisa. Rio de Janeiro (RJ), 2009-2011.

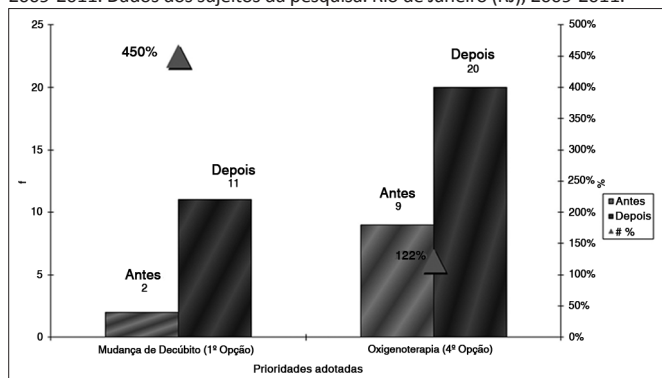


a medida considerada prioritária, e 1 discordou. Este único profissional desempenha suas atividades no CTI e tem menos de 2 anos de formação. Apesar de não estar recomendada a aspiração de vias aéreas para este caso, 10 enfermeiros estabeleceram essa medida como cuidado necessário na primeira avaliação (T₀). Com a ajuda do protocolo (T₁), 16 enfermeiros identificaram que a intervenção proposta não caberia para a situação clínica. Dos 6 enfermeiros que continuaram a informar a necessidade de aspiração, 5 são emergencistas e 1 intensivista; 5 têm até dois anos de formação/atuação e 1, de 3 a 5 anos.

A terceira situação problema desta investigação propõe uma escala de prioridades e as respectivas ações de enfermagem para um cliente em franca dispneia, associada à dislalia após exposição inalatória a produtos químicos. Na primeira

avaliação, anterior ao uso do protocolo, 2 enfermeiros optaram pela mudança de decúbito como uma ação precedente. Após a segunda avaliação, realizada com auxílio do protocolo, 9 mudaram sua opinião; deste modo, 11 enfermeiros passaram a priorizar ações mais adequadas do ponto de vista da prática clínica. Das quatro intervenções previstas para o caso, instalar oxigenoterapia, quarta ação em uma escala de prioridades, foi identificada corretamente na sequência recomendada por 9 participantes na primeira avaliação (T_0), e por 20 enfermeiros na segunda (T_1). Apenas 2 participantes, 1 intensivista e 1 emergencista não mudaram de opinião (Figura 4).

Figura 4. Avaliação das prioridades (mudança de decúbito/oxigenoterapia) conforme sequência clínica recomendada nos casos propostos. Rio de Janeiro (RJ), 2009-2011. Dados dos sujeitos da pesquisa. Rio de Janeiro (RJ), 2009-2011.



A quarta situação problema apresentada avalia, além das ações de enfermagem, as necessidades afetadas de um cliente com dor torácica e dispnéia após exercícios físicos. Das intervenções selecionadas, a mudança de decúbito obteve concordância perfeita nos dois momentos de avaliação. A inspeção das vias aéreas, não prevista para este caso, não foi relatada por 7 enfermeiros no primeiro momento (T_0); após o auxílio do protocolo (T_1), esse número aumentou para 13 enfermeiros. Vale lembrar que, em algumas situações, uma baixa concordância entre as avaliações (teste e re-teste) denota um aspecto positivo, uma vez que, ao mudar de opinião, os enfermeiros passam a seguir diretrizes mais adequadas.

Processo de Validação

Todos os pareceristas destacaram a relevância da proposta apresentada. Optou-se pela descrição sucinta das considerações feitas através dos pareceres, denominando cada avaliador como: Parecerista P1; P2 e P3.

O primeiro Parecerista (P1) afirma que o estudo traz em seu bojo a possibilidade de dinamizar a assistência de enfermagem, sobretudo em condições de risco, destacando assim a relevância do protocolo apresentado. No que tange à viabilidade, sugere uma redução das fases do algoritmo com o objetivo de possibilitar mais objetividade e aumentar a aplicabilidade.

O segundo Parecerista (P2) faz referência à relevância do protocolo proposto por esse estudo, principalmente no que se refere à sistematização dos cuidados de enfermagem de maneira mais autônoma durante a tomada de decisão do enfermeiro no cuidado ao cliente crítico. Apesar de considerar a proposta viável, recomenda que o processo de validação seja prosseguido a fim

de que a viabilidade seja mais bem definida. O avaliador enfatiza que as mensurações propostas são legítimas, e facilmente executadas, no entanto deixa claro que o raciocínio lógico carece ainda de algum "refinamento".

O terceiro Parecerista (P3) destaca a relevância do protocolo, informando a sua aderência a duas importantes instâncias da conduta profissional: a metodologia da assistência da enfermagem e autonomia profissional. Quanto à viabilidade, pondera a necessidade de uma síntese das fases. Na dimensão validade, ratifica a aplicabilidade do protocolo, referindo-se à convergência entre o método clínico e a sistematização do cuidado de enfermagem, que juntos culminam na otimização do processo decisório na prática clínica do enfermeiro, e na abordagem ao cliente com agravo respiratório.

Considerando os pareceres emitidos pelos consultores, percebemos que o protocolo atende parcialmente aos critérios preestabelecidos para sua operacionalidade clínica. Não obstante, tal instrumento sofrerá revisões bianualmente, a fim de legitimar continuamente sua validade e aplicabilidade no que se refere à assistência ao cliente com agravo respiratório.

DISCUSSÃO

Considera-se que o protocolo em tela contribuiu para a melhor avaliação das necessidades de assistência ao cliente por meio da identificação das prioridades/etapas recomendadas. Sabe-se, no entanto, que qualquer diretriz pode ter algumas de suas etapas/recomendações suprimidas em situações reais em função da condição clínica potencial apresentada pelo cliente assistido.

Enfermeiros que mudaram de opinião no segundo momento optaram pelo procedimento de diagnóstico/intervenção correto, revelando um ajustamento na definição de prioridades e na implementação do processo de enfermagem. Espera-se de um profissional comprometido com uma assistência de qualidade, mudanças de opiniões e de comportamentos sempre que elas se mostrarem necessárias à avaliação e acompanhamento do cliente. Devido ao grande volume de novas tecnologias e protocolos recomendados na área da saúde, os profissionais carecem de sínteses, que sejam capazes de transpor os limites da lei e do fato, do abstrato e do concreto, da ordem, da desordem, do impresso e do lido, do lido e do compreendido, e do compreendido e do factível^{3,9}. De modo geral, o protocolo foi capaz de desencadear mudanças positivas com aumento dos participantes na posição de concordância em relação a melhores práticas/conduitas em quase todos os domínios.

Os protocolos de assistência e cuidado são uma tentativa de sistematizar e padronizar a prática de enfermagem enquanto integram o conhecimento atual e a pesquisa. O impacto dos protocolos na prática de saúde tem sido avaliado sistematicamente, e os pesquisadores acreditam que eles podem ser eficazes no processo de mudança da prática, bem como na melhoria do resultado dos pacientes⁹⁻¹¹.

A discussão do grupo de pareceristas mostrou que o protocolo de interpretação dos distúrbios respiratórios agudos contribuiu positivamente na avaliação de casos propostos através de situações-problema. Além disso, propõe ações do cuidado clínico delimitando os espaços e atribuições da equipe multiprofissional corroborando para o gerenciamento do cuidado indireto e organizacional.

Destarte, a aplicação dessas ferramentas depende de ampla discussão e adequação, levando em conta a população/cliente e características dos setores/unidades onde serão operacionalizados¹².

O aperfeiçoamento das diretrizes para a prática clínica depende de um amplo processo de testagem e validação. Características como reprodutibilidade e validade nunca estão dissociadas, mas requerem revisitações e atualizações constantes. Estamos certos de que a participação de especialistas, capazes de agregar contribuições técnico-científicas através de suas expertises, poderá no futuro auxiliar no que diz respeito ao levantamento das melhores recomendações aliado às evidências fortes para construção de modelos de cuidar em enfermagem que atendam as verdadeiras necessidades da prática clínica do enfermeiro.

Estudos que se atêm ao processo de trabalho têm mostrado que a padronização de etapas/fluxos/prioridades promove a melhoria da qualidade e do andamento das atividades laborais¹⁰. Na enfermagem não é diferente. Nos serviços de enfermagem, as pessoas desempenham melhor suas funções se lhes forem propostos instrumentos que direcionem a assistência, guias ou fluxos padronizados capazes de dirigir a execução de uma tarefa, com base na ordem e na estabilidade, para proporcionar um melhor e mais rápido andamento de qualquer serviço².

As diretrizes para a prática clínica podem se tornar um subsídio valioso para os enfermeiros, se utilizadas para a incorporação de estratégias e "passos" preestabelecidos informados por protocolos na elaboração do processo assistencial de enfermagem³.

CONCLUSÃO

Foi possível evidenciar que, na proposta de um protocolo de atendimento ao cliente com distúrbio respiratório agudo, pensou-se em utilizá-lo como uma estratégia de sistematização de uma assistência de enfermagem diferenciada e otimizada, capaz de estabelecer adequadamente prioridades no cuidado aos clientes críticos.

As limitações deste estudo estão no campo do aprofundamento no processo de validação, uma vez que contou apenas com uma primeira etapa de apreciação de cunho qualitativo, não utilizando testes de análise estatística inferencial. Considera-se a validação direta em cenários diretos de cuidado com a utilização do protocolo pelos enfermeiros no atendimento direto a clientela que sofre de distúrbio respiratório agudo.

Acreditamos que pesquisas como esta, de propositura intervencionista, apontam para uma perspectiva consistente para pensarmos e discutirmos o cotidiano profissional da Enfermagem nas tomadas de decisão clínica, bem como para a possibilidade de prósperos caminhos para a melhoria do cuidado de

enfermagem em si, por si, e per si. Além disso, contribuem para a construção e incorporação das melhores evidências aplicadas ao processo gerencial direto e indireto do enfermeiro nas mais variadas dimensões do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Pessoa Júnior JM, Nóbrega VKM, Miranda FAN. O cuidado de enfermagem na pós-modernidade: um diálogo necessário. *Esc Anna Nery*. 2012 jul/set;16(3):603-6
2. Bergamo MIBB, Abrahão OS, Furini ACA. Algoritmos: "as árvores da decisão". *Rev. Nursing*. 2005;84(8):225-9.
3. Paes GO, Leite JL, Melo ECP. Cuidando do Cliente com Distúrbio Respiratório Agudo: Proposta de um Protocolo Assistencial para tomar decisões em enfermagem. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2011 may;[citado 2012 out 11];9(1):[s.n.]. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2011.3219.1>
4. Urra ME, Barría PRM. A revisão sistemática e a sua relação com a prática baseada na evidência em saúde. *Rev. latino-am. enfermagem [online]*. 2010 ago;[citado 2012 out 11];18(4):824-31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000400023&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000400023>.
5. Cullum N, Ciliska D, Haynes RB, Marks S. Enfermagem baseada em evidências: uma introdução. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.
6. Liudmila MO, Maria LZ, Michelle DO. Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença, antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes. *Rev. latino-am. enfermagem [online]*. 2008 mar/abr;16(2). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_10.pdf.
7. Silva Junior SHA, Vasconcelos AGG, Griep RH, Rotenberg L. Validade e confiabilidade do índice de capacidade para o trabalho (ICT) em trabalhadores de enfermagem. *Cad. Saude Publica*. 2011 jun;27(6):1077-87.
8. Gonçalves LHT, Mello ALSF, Zimmermann K. Validação de instrumento de avaliação das condições de saúde bucal de idosos institucionalizados. *Esc Anna Nery*. 2010 out/dez;14(4):839-47.
9. Paes GO. Gerenciando o cuidado de enfermagem com protocolos assistenciais: a práxis em enfermagem e sua interface com a tecnologia em saúde [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ; 2011.
10. Correa AD, Marques IAB, Martinez MC, Laurino PS, Leão ER, Chimentão DMN. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. *Rev. Esc. Enferm. USP [online]*. 2012 fev [citado 2012 out 11];46(1):67-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a09.pdf>
11. Ramos CCS, Dal Sasso GTM, Martins CR, Nascimento ER, Barbosa SFF, Martins JJ, et al. Monitorização hemodinâmica invasiva a beira do leito: avaliação e protocolo de cuidados de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP [online]*. 2008 Set [citado 2012 out 11];42(3):512-518. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342008000300014&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000300014>.
12. Faustino AMF, Jesus CAC, Reis PED, Moura EF, Medeiros KC, Amorim MAN. Models management of nursing care: qualitative study. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2010;[citado 2012 out 11];9(1):[s.n.]. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2843>