Validação dos riscos elencados ao procedimento de mobilização de pacientes críticos em ventilação mecânica.

Autores: [1]Larissa Russel Andrade*; [2]Profa. Dra. Renata Flavia Abreu da Silva*

RIO DE JANEIRO

2021

[1] Graduanda da escola de enfermagem Alfredo Pinto (UNIRIO) – Rio de Janeiro, Brasil. Email:larissa.russel@edu.unirio.br

[2] Professora Doutora e orientadora da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (UNIRIO) - Rio de Janeiro, Brasil. Email: renata.f.silva@unirio.br

https://revistas.ufg.br/fen/normas

RESUMO

Objetivo: O presente estudo buscou validar os riscos elencados ao procedimento de mobilização de pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca, que estão em ventilação mecânica e em internação hospitalar em uma unidade de terapia intensiva cardiocirúrgica (UTI). **Método:** Estudo metodológico, de abordagem quantitativa, com especialistas na área em apreço, com enfoque em suporte ventilatório invasivo, verificado por meio de pesquisas na área, docência, assistência e/ou gerência, que responderam ao questionário online para a validação dos riscos. **Resultados:** Entre os nove riscos avaliados pelos especialistas (n=24), todos os riscos foram validados, evidenciando os riscos inerentes à mobilização. **Conclusão:** Isso aponta para a necessidade de estudos que tragam propostas de gerenciamento destes riscos, de forma a garantir uma assistência de maior qualidade. Estimula-se que outros estudos com foco no risco de procedimentos sejam realizados e que a cultura da segurança possa ser cada vez mais implementada.

PALAVRAS-CHAVES: Risco, Cirurgia Cardíaca, Unidades de Terapia Intensiva, Ventilação Mecânica, segurança do paciente.

1. Considerações iniciais/introdução

O interesse pelo presente estudo se deu a partir do conhecimento teórico adquirido e breve período prático realizado em uma instituição federal, localizada no município do Rio de Janeiro, através da disciplina Enfermagem na atenção à saúde do adulto e do idoso, cursada no decorrer da graduação, e a imensa curiosidade após observar e perceber complexidade e peculiaridade da assistência ao paciente crítico cardiopata, especificamente em pós operatório de cirurgia cardíaca.

O pós-operatório é o período durante o qual ocorre a recuperação do paciente. Nele a assistência de enfermagem está relacionada com as intervenções destinadas a prevenir ou tratar complicações e proporcionar ao paciente o retorno às atividades do cotidiano. Constantemente a enfermagem aprimora seus conhecimentos. Desse modo vem desenvolvendo uma metodologia própria de trabalho, fundamentada em um processo sistematicamente planejado de cuidar. O processo é constituído de um conjunto de etapas, como: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação, nas quais sobressai a importância do cuidado individual mediante uma abordagem de solução de problemas fundamentados em teorias e modelos conceituais de enfermagem. [1]

A cirurgia cardíaca é realizada quando a probabilidade de uma vida útil é maior com o tratamento cirúrgico que com o tratamento clínico.[2] É um procedimento complexo que tem importantes repercussões orgânicas, alterando de diversas formas os mecanismos fisiológicos dos doentes, levando a um estado crítico pós-operatório que implica a necessidade de cuidados intensivos a fim de se estabelecer uma boa recuperação dos pacientes. A despeito desses cuidados, podem se iniciar no período pós-operatório afecções de difícil controle, das quais podem surgir sequelas graves ou até o óbito do paciente.[3]

Ao se considerar o paciente crítico, em pós-operatório de cirúrgica cardíaca e em ventilação mecânica, percebe-se a sua vulnerabilidade. Percebendo o próprio suporte ventilatório invasivo como causador de incidentes.

A questão sobre Segurança do Paciente atualmente permeia as discussões no meio assistencial de forma a buscar a garantia de prestação de cuidados com qualidade, efetividade e, consequentemente, segurança.

Dentre a assistência hospitalar, destacam-se os cuidados prestados pela enfermeira e sua equipe ao paciente crítico, internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), já que este serviço apresenta determinada vulnerabilidade em relação à ocorrência de incidentes e de eventos adversos (EA)[4]. Além disso, determinadas intervenções possuem uma probabilidade de causarem danos, por serem inerentes ao tratamento, sendo neste caso

consideradas complicações ou danos não evitáveis[5]. De qualquer forma, há de se enfatizar que "sempre existirão riscos durante o processo assistencial a pacientes...mesmo quando se tem qualidade"[6]. Tendo em vista a probabilidade da ocorrência de incidentes / complicações advindas do cuidado realizado pela enfermeira e sua equipe, identifica-se um risco atribuído e, por isso, sua fundamental identificação, prevenção e minimização.

Mediante essa realidade e se pensando na cultura da segurança, questionou-se "Qual (is) o (os) risco (os) atribuído (os) a mobilização de pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca em ventilação mecânica?"

O objetivo do trabalho é Validar os riscos elencados ao procedimento técnico de mobilização de pacientes críticos, em pós-operatório de cirúrgica cardíaca e em ventilação mecânica; Descrever o perfil dos especialistas que validaram os riscos e discutir os riscos elencados ao procedimento técnico de mobilização de pacientes críticos, em pós-operatório de cirúrgica cardíaca e em ventilação mecânica.

3. Método

Trata-se de um estudo metodológico, de abordagem quantitativa, com a finalidade de realizar uma validação dos riscos elencados ao procedimento técnico de mobilização de pacientes críticos, em pós-operatório de cirúrgica cardíaca e em ventilação mecânica. Os estudos metodológicos tratam do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa.[7]

População: composta por enfermeiros, adultos, acima de 18 anos, ambos os sexos, que atuam em UTI há, pelo menos, dois anos, especialistas na área em apreço, com enfoque em suporte ventilatório invasivo, verificado por meio de pesquisas na área, docência, assistência e/ou gerência.

A amostragem foi não probabilística e os especialistas foram identificados por meio de 'palavras-chave' utilizadas na Plataforma Lattes para o contato e convite para participar do estudo por meio de correio eletrônico, contudo não houve retorno por parte dos profissionais contactados através da plataforma Lattes, não contribuindo para a pesquisa. Foi então enviado um link no grupo de WhatsApp® da ABENTI para a participação da pesquisa, de onde obtivemos participantes para avaliarem os riscos (Figura 1).

Figura 1- Riscos estabelecidos na tese de SILVA, 2014.

RISCOS RELACIONADOS AO PROCEDIMENTO DE MOBILIZAÇÃO DO PACIENTE CRÍTICO
Risco relacionado à ausência do enfermeiro
Risco relacionado à ausência de liderança e planejamento
Risco de infecção
Risco de deslocamento ou remoção não planejada de dispositivos invasivos
Risco de queda
Risco de aumento de pressão intracraniana
Risco de instabilidade respiratória
Risco de instabilidade hemodinâmica

Os dados foram coletados após a obtenção do assentimento dos profissionais por meio de registro do aceite frente à leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) disponibilizado no link do questionário.Os especialistas que aceitaram participar do estudo responderam a questionário digital, enviado via correio eletrônico, contendo o instrumento Avaliação do Procedimento de Mobilização do Paciente Crítico, e os riscos associados, elaborado na tese anteriormente descrita (SILVA, 2014)[8].

A técnica escolhida para a obtenção da avaliação dos especialistas foi a Delphi, sendo o número de rodadas definido pela obtenção da validação dos itens[9] . Os itens foram apreciados por meio de Escala Likert de cinco pontos, considerando-se a seguinte variação:

1 = Discordo totalmente

2 = Discordo

3 = Indiferente

4 = Concordo

5 = Concordo totalmente

Todas as respostas de número 3 não foram consideradas válidas porque são neutras, sendo as respostas 1 e 2 classificadas como *Não Conforme* e a 4 e 5 *como Conforme.*

Os dados foram calculados por meio do índice de validade de conteúdo (IVC), que permite inicialmente analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo[9].

O escore do índice foi calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por "4" ou "5" pelos especialistas(9). A fórmula para avaliar cada item individualmente ficou assim:

- IVC = $\frac{\text{número de respostas “4” ou “5”}}{\text{número total de respostas}}$

Os dados foram tabulados em programa Microsoft Excel ® e demonstrados por meio de estatística descritiva, com medidas de tendência central.

O estudo foi apreciado eticamente, registrado sob o CAAE 13382519.8.0000.5285 e aprovado sob os pareceres de número 3.378.541 e 3.504.520, respectivamente.

4. Resultados

Houve a participação de 24 especialistas respondentes ao questionário online para a validação dos riscos.

O questionário eletrônico para os participantes, primeiramente buscou traçar e identificar o perfil dos avaliadores, contendo as seguintes questões: "Qual seu tempo de formação?"; "Qual a sua pós graduação? (pode ter mais de uma resposta)"; "Qual a sua área de atuação? (Pode ter mais de uma resposta)". 10 avaliadores participaram desse primeiro questionário.

Para o tempo de formação dos avaliadores foi feita a média das 10 respostas (somaram-se os resultados e dividiu-se pela quantidade das respostas), que resultou em uma média de 15,3 anos de formação. Com relação ao tipo de pós de graduação, 8 afirmaram ter especialização, 3 mestrado e 3 doutorado.

Com relação a área de atuação, 7 afirmam atuar na docência, 6 na gerência e 5 estão na assistência.

Quanto a validação dos riscos:

- O risco Relacionado à Ausência do Enfermeiro obteve: uma resposta 1, zero resposta 2, duas respostas 3, duas respostas 4 e dezenove respostas 5, tendo então 22 respostas válidas de 24.

- Risco relacionado à Ausência de Liderança e Planejamento, obteve: zero resposta 1, uma resposta 2, uma resposta 3, quatro respostas 4 e dezoito respostas 5, tendo 23 respostas válidas de 24.

- Risco de infecção, obteve: zero resposta 1, uma resposta 2, cinco respostas 3, sete respostas 4 e onze respostas 5, tendo 19 respostas válidas de 24.

- Risco de deslocamento ou remoção não planejada de dispositivos invasivos, obteve: zero resposta 1, zero resposta 2, uma resposta 3, três respostas 4 e vinte respostas 5, tendo 23 respostas válidas de 24.

- Risco de extubação enteral não planejada, obteve: zero resposta 1 , duas respostas 2, uma resposta 3, cinco respostas 4 e dezesseis respostas 5, tendo 23 respostas válidas de 24.

- Risco de Queda, obteve: zero resposta 1, zero resposta 2, duas respostas 3, cinco respostas 4 e dezessete respostas 5, tendo 22 respostas válidas de 24.

- Risco de Aumento de Pressão Intracraniana, obteve: zero resposta 1, zero resposta 2, três respostas 3, quatro respostas 4 e dezessete respostas 5, tendo 21 respostas válidas de 24.

- Risco de Instabilidade Respiratória, obteve: zero resposta 1, zero resposta 2, duas respostas 3, cinco respostas 4 e dezessete respostas 5, tendo 22 respostas válidas de 24.

- Risco de Instabilidade Hemodinâmica, obteve: zero resposta 1, zero resposta 2, duas respostas 3, cinco respostas 4 e dezessete respostas 5, tendo 22 respostas válidas de 24.

A seguir, podemos ver na tabela de forma mais clara o percentual total de concordância dos especialistas em cada risco elencado.

Tabela 1 - Riscos Analisados por especialistas - Rio de Janeiro, 2020.

Riscos analisados	Itens válidos	Concordância	%
Risco Relacionado à Ausência do Enfermeiro	22	21	95,5
Risco Relacionado à Ausência de Liderança e Planejamento	23	22	95,7
Risco de Infecção	19	18	94,7
Risco de deslocamento ou remoção não planejada de dispositivos invasivos	23	23	100
Risco de extubação enteral não planejada	23	21	91,3
Risco de Queda	22	22	100
Risco de Aumento de Pressão Intracraniana	21	21	100
Risco de Instabilidade Respiratória	22	22	100
Risco de Instabilidade Hemodinâmica	22	22	100

Fonte: autoral

Conforme observado na tabela 1, todos os riscos foram validados na primeira rodada Delphi.

5. Discussão

Mediante as respostas referente ao perfil profissional, observou-se que a principal pós-graduação desses avaliadores é a especialização (equivalente a 57%).

Como dito anteriormente, para a validação dos riscos foi utilizado o índice de validade de conteúdo (IVC), que foi aplicado em cada item individualmente[9]. A seguir, podemos ver na tabela de forma mais clara o percentual total de concordância dos especialistas em cada risco elencado.

Entre os nove riscos avaliados pelos especialistas (n=24), foram analisados os dados referentes aos itens considerados válidos, ou seja, como a resposta se dava por meio de escala likert e o número 3 refere-se à indiferença quanto ao item analisado, este não foi

considerado. Houve discordância apontada nos itens referentes aos riscos, ausência do enfermeiro, ausência de liderança e planejamento e infecção por 1 especialista em cada um deles e no risco de extubação enteral não planejada 02 (dois) especialistas discordaram.

Para avaliar o instrumento como um todo foi usada a média dos valores dos itens calculados separadamente, isto é, soma-se todos os IVC calculados separadamente e divide-se pelo número de itens considerados na avaliação[9]. A soma de todos os IVC deu 8,6, que foi dividido por 9 (quantidade de itens), que teve como resultado 0,95 (ou 95%).

Para estipular a taxa de concordância aceitável entre os juízes, autores defendem que no processo de avaliação dos itens individualmente, deve-se considerar o número de juízes[9]. No caso de seis ou mais, recomenda-se uma taxa não inferior a 0,78[9]. Para verificar a validade de novos instrumentos de uma forma geral, alguns autores sugerem uma concordância mínima de 0,80[9]. Logo, a taxa de concordância adotada foi de no mínimo 0,80 (80%).

Dois especialistas sugeriram a retirada de dois itens, porém, como os itens foram considerados válidos pois todos obtiveram concordância superior a 80%, isso acabou sendo desconsiderado. Observa-se que todos os itens foram validados e entre eles cinco riscos obtiveram 100% de concordância entre os especialistas.

Sabendo-se que "Risco é a combinação da probabilidade de ocorrência de um dano e a gravidade de tal dano"[10] e que se o risco é uma probabilidade, de certo modo, é algo "previsível", torna-se imprescindível o Gerenciamento dos mesmos, ou seja, a tomada de decisões relativas aos riscos ou a ação para a redução das consequências ou probabilidade de ocorrência."[10]

Isso aponta para a necessidade de estudos que tragam propostas de gerenciamento destes riscos, de forma a garantir uma assistência de maior qualidade e mais segurança. Estimula-se que outros estudos com foco no risco de procedimentos sejam realizados e que a cultura da segurança[11] possa ser cada vez mais implementada.

6. Conclusão

Observa-se que os enfermeiros participantes do estudo concordaram com os riscos relacionados ao procedimento de mobilização do paciente crítico.

O estudo em questão busca contribuir para a prática assistencial dos profissionais de enfermagem, e da saúde como um todo, através dos resultados aqui obtidos, proporcionando a possibilidade do pensamento crítico a cerca da técnica de mobilização de

pacientes críticos em pós operatório de cirurgia cardíaca e em ventilação mecânica e mais rigorosidade na aplicação da mesma, possibilitando minimização dos riscos; contribuir para a segurança do paciente e também para a academia, acrescentando evidências ao processo de formação.

7. Agradecimentos

À UNIRIO e programa de IC/UNIRIO, do qual fui bolsista e pude contar com devido apoio financeiro e suporte científico para a elaboração desse estudo.

6.Referências Bibliográficas:

1.da Rocha Luciana Alves, Maia Ticiane Fernandes, da Silva Lúcia de Fátima. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Scielo [Internet]. 2006 [cited 2021 May 11]; DOI https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000300013. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000300013&script=sci_arttext&tlng=pt

2. Galdeano Luzia Elaine, Rossi Lídia Aparecida, et al. Diagnóstico de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. Scielo [Internet]. 2002 [cited 2021 May 11]; DOI https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000200009. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

3. SOARES Gustavo Mattos Teixeira, et al. Prevalência das Principais Complicações Pós-Operatórias em Cirurgias Cardíacas. Rev Bras Cardiol [Internet]. 2011 [cited 2021 May 11]; Available from: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011_03/a_2011_v24_n03_01prevalencia.pdf

4. Toffoletto Maria Cecília. FATORES ASSOCIADOS AOS EVENTOS ADVERSOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA [Tese on the Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008 [cited 2021 May 11]. 151 p. Available from: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-07052009-

112654/publico/Maria_Cecilia_Toffoletto.pdf Doutorado em Enfermagem na saúde do adulto e do idoso.

5. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en

6. HINRICHSEN SL. Qualidade & Segurança do Paciente – Gestão de Riscos. Rio de Janeiro: MedBook, 2012.

7. Lima DVM. Desenhos de pesquisa: uma contribuição ao autor. Online braz. J. nurs. (Online); 10(2) abr-ago. 2011.

8..SILVA, Renata Flavia Abreu da. Identificação de riscos relacionados à mobilização do paciente crítico em pós-operatório de cirurgia cardíaca por meio de lista de verificação (checklist) / Renata Flavia Abreu da Silva, 2014. 126 f. ; 30 cm.

9. Alexandre Neuza Maria Costa, Coluci Marina Zambon Orpinelli. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. Scielo [Internet]. 2009 [cited 2021 May 11]; Available from: https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf

10.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução nº Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. RESOLUÇÃO Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010, [S. l.], 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em: 8 nov. 2019.

11. MINISTÉRIO DA SAÚDE AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução nº RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013**. Nstitui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. [*S. l.*], 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 11 maio 2021.