



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO
HOSPITALAR - MESTRADO PROFISSIONAL

VICTÓRIA DE SANTA ROSA NEUMANN

**APLICATIVO MÓVEL PARA A ESCOLHA DO BANHO DO PACIENTE EM UMA
UNIDADE CORONARIANA.**

RIO DE JANEIRO
2019

VICTÓRIA DE SANTA ROSA NEUMANN

**APLICATIVO MÓVEL PARA A ESCOLHA DO BANHO DO PACIENTE EM UMA
UNIDADE CORONARIANA.**

Relatório de Pesquisa Científica do Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEH) Linha de pesquisa: Cuidado em Saúde no Espaço Hospitalar, com vistas à obtenção do título de Mestre em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar

Orientadora: Prof^a Dr^a Renata Flávia Abreu da Silva

RIO DE JANEIRO
2019

Catálogo informatizada pelo(a) autor(a)

N489 Neumann, Victória de Santa Rosa
Aplicativo móvel para a escolha do banho do paciente em uma unidade coronariana / Victória de Santa Rosa Neumann. -- Rio de Janeiro, 2019.
71 f.

Orientadora: Renata Flávia Abreu da Silva.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, 2019.

1. Banhos. 2. Doença de coronárias. 3. Assistência de enfermagem. 4. Cuidados críticos. 5. Estudos de validação. I. Silva, Renata Flávia Abreu da , orient. II. Título.

VICTÓRIA DE SANTA ROSA NEUMANN

**APLICATIVO MÓVEL PARA A ESCOLHA DO BANHO DO PACIENTE EM UMA
UNIDADE CORONARIANA.**

Defesa do produto acadêmico do Programa de Pós-
Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço
Hospitalar/ Universidade Federal do Estado do Rio de
Janeiro

Apresentado em 28 de março de 2019.

Banca Examinadora

Presidente:

Prof.^a Dr.^a Renata Flávia Abreu Da Silva

Examinadores Internos:

Prof. Dr. Paulo Sérgio Marcellini

Prof.^a Dr.^a Teresa Tonini

Examinadores Externos:

Prof. Dr. Allan Peixoto de Assis

Prof.^a Dr.^a Daiane Santos dos Santos

AGRADECIMENTOS

Á Deus, o principal responsável por todas minhas conquistas, que me capacitou e amparou quando precisei, e mesmo quando duvidava de minhas escolhas e aptidões, Ele sempre acreditou na minha força e capacidade.

Ao meu marido, Rafael, que sempre este comigo me incentivando. Que sempre foi meu principal colaborador, de pesquisa e de vida. Muito obrigada por ceder suas habilidades com Excel e programação. Te amo como todo meu coração, muito obrigada por sempre acreditar em mim.

Aos meus sogros, que participaram ativamente deste processo, desde o processo seletivo até a defesa. E me deram todo suporte para que a conclusão fosse possível.

Á minha orientadora Prof.^a Dr.^a Renata Flávia, por me acompanhar nesta jornada desde a graduação. Por ser esse exemplo de integridade e profissionalismo. Sou muito grata por ter a oportunidade de seguir seus passos e ter seus ensinamentos sempre guiando meus caminhos na Enfermagem.

Á minha equipe da Unidade Coronariana, principalmente minha chefia, que me possibilitaram cursar e concluir o mestrado.

Aos meus amigos, que me apoiaram e incentivaram durante todo o processo.

Á Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, principalmente a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, lugar este que tenho orgulho de chamar de “casa”, responsável por minha formação profissional desde a graduação.

RESUMO

Introdução: As doenças cardiovasculares são uma das principais causas de mortalidade no mundo. A forma aguda desta situação é denominada Síndrome Coronariana Aguda (SCA) que pode ser classificada como: angina instável e infarto agudo do miocárdio. Após o diagnóstico médico definido como SCA, o paciente necessita de internação em uma Unidade Coronariana. Neste ambiente é oferecida uma assistência guiada por protocolos clínicos e diretrizes de forma a contribuir na sua recuperação, minimizar o risco de complicações e prevenir os danos. Entre os protocolos que envolvem esse cuidado destaca-se o banho, que pode ser classificado como no leito ou de aspersão. Para a tomada de decisão do do enfermeiro quanto a indicação ao banho do paciente coronariopata são necessárias informações clínicas, e da hemodinâmica atual do paciente. Pontua-se como problema “A ausência de sistematização para tomada de decisão quanto a escolha banho do paciente coronariopata em uma Unidade Coronariana”. **Objetivo:** Elaborar um algoritmo no formato de aplicativo móvel para auxiliar a tomada de decisão do enfermeiro quanto ao banho do paciente coronariopata em uma Unidade Coronariana. **Método:** Trata-se de estudo exploratório, metodológico e abordagem quantitativa para a elaboração de um algoritmo no formato de aplicativo móvel. O estudo foi realizado em duas etapas: 1ª etapa: elaborou-se um instrumento a partir de uma revisão de literatura abordando as temáticas *reabilitação cardíaca* e *banho*. Este instrumento foi submetido a validação de seus critérios por enfermeiros. A abordagem dos dados, foi realizada por estatística descritiva como cálculo do Coeficiente de Alfa de Cronbach. 2ª etapa: Elaboração do algoritmo baseado nos achados do instrumento aplicado, em formato de aplicativo móvel para auxiliar na tomada de decisão quanto ao banho do paciente coronariopata na UTI. **Resultados:** Avaliaram o instrumento um total de 29 enfermeiros, em um período de 03 meses. Dentre estes 26 (89%) eram do sexo feminino, com idade na faixa de 23 à 58 anos e todos os enfermeiros possuíam algum tipo de pós-graduação em seu currículo. Foram 22 critérios submetidos à validação por 29 especialistas, totalizando 638 avaliações. Dentre estes, 63% (401) foi classificada como Concordância. O valor encontrado para o coeficiente α foi de aproximadamente 0,9536. Foram 19 itens validados, através do coeficiente α , e 19 itens sugeridos e utilizados pelos especialistas. Após categorização, foram selecionados 19 itens, organizados em formato de algoritmo, com respostas dicotômicas (sim ou não) o que sugere a cada final de fluxo o tipo do banho (não banho, banho no leito ou banho de aspersão) indicado ao paciente, devido suas condições

clínicas. **Conclusão:** O aplicativo móvel, produto desta pesquisa, foi elaborado por um colaborador que o utilizou a interface de desenvolvimento *Android Studio*® com a linguagem *Java*® a partir do algoritmo estruturado baseado nos achados do julgamento prévio dos especialistas para auxiliar na tomada de decisão quanto ao banho do paciente em uma Unidade Coronariana, para sua disponibilização para *download*, sugere-se a validação através de um estudo piloto, para garantir a segurança ao paciente.

Descritores: Banhos; Doença de coronárias; Assistência de enfermagem; Cuidados críticos; Estudos de validação.

ABSTRACT

Introduction: Cardiovascular diseases are one of the leading causes of mortality in the world. The acute form of this condition is called Acute Coronary Syndrome (ACS), which can be classified as unstable angina and acute myocardial infarction. After the medical diagnosis defined as SCA, the patient needs hospitalization in a Coronary Unit. In this environment, it is offered assistance guided by clinical protocols and guidelines in order to contribute to its recovery, to minimize the risk of complications and to prevent damages. Among the protocols that involve this care is the bath, which can be classified as bedding or spraying. The clinician's clinical information and the patient's current hemodynamics are necessary for the decision-making of the nurse regarding the indication to the coronary patient's bath. The problem "The absence of systematization for decision making regarding the choice of bath of the coronariopata patient in a Coronary Unit" is a problem. **Objective:** To elaborate an algorithm in the format of a mobile application to aid the decision making of the nurse regarding the bath of the coronariopata patient in a Coronary Unit. **Method:** This is an exploratory, methodological and quantitative approach to the elaboration of an algorithm in the mobile application format. The study was carried out in two stages: 1st stage: an instrument was elaborated from a literature review addressing the themes of cardiac and bath rehabilitation. This instrument was submitted to validation of its criteria by nurses. The data approach was carried out by a statistic described as the calculation of Cronbach's Alpha Coefficient. 2nd stage: Elaboration of the algorithm based on the findings of the applied instrument, in a mobile application format to aid in decision making regarding the coronary patient's ICU bath. **Results:** A total of 29 nurses were evaluated in a period of 03 months. Of these, 26 (89%) were female, ranging in age from 23 to 58 years old and all nurses had some type of postgraduate degree in their curriculum. There were 22 criteria submitted to validation by 29 specialists, totaling 638 evaluations. Of these, 63% (401) was classified as Concordance. The value found for the coefficient α was approximately 0.9536. There were 19 items validated through the α coefficient and 19 items suggested and used by the specialists. After categorization, we selected 19 items, organized in an algorithm format, with dichotomic responses (yes or no), which suggests to each end of the flow the type of bath (not bath, bath in the bed or bath of sprinkling) due to its clinical conditions. **Conclusion:** The mobile application, the product of this research, was developed by a developer who used the Android Studio® development interface with the Java® language from a structured algorithm based on the findings of the expert's prior judgment to assist in decision making to the patient's

bath in a Coronary Unit, for its availability for download, validation is suggested through a pilot study, to guarantee patient safety.

Medical Subject Headings (MeSH): Baths; Coronary disease; Nursing care; Critical care; Validation studies

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1. Problema	11
1.2. Objetivos	12
1.2.1. Geral	12
1.2.2. Específicos	12
1.3. Justificativa	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1. O paciente coronariopata e o cuidado de enfermagem	13
2.2. Elaboração de instrumentos em saúde e sua versão eletrônica	16
3. MÉTODO	18
3.1. Análise estatística	20
4. QUESTÕES ÉTICAS	21
5. RESULTADOS	22
5.1. Artigo 1 - Validação de critérios relacionados à avaliação clínica para tomada de decisão quanto ao banho no paciente coronariopata em uma uti.	22
6. PRODUTO ACADÊMICO	36
6.1. Artigo 2 – Elaboração de algoritmo para a escolha do banho do paciente na unidade coronariana	36
7. PRODUTO	48
7.1. Estratégia de implementação do produto	49
8.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
APÊNDICE A – TCLE	58
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	59
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	63
ANEXO B – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO PRIMEIRO ARTIGO	67
ANEXO C – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO SEGUNDO ARTIGO	69

1. INTRODUÇÃO

O surgimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) sofreu um aumento em função do crescimento dos quatro principais fatores de risco (tabaco, inatividade física, uso prejudicial do álcool e dietas não saudáveis). Entre as DCNTs, destaca-se as cardiovasculares constituem a maioria delas que tem seu risco aumentado progressivamente com a idade (MALTA et al, 2017; BRASIL, 2013).

As doenças cardiovasculares foram responsáveis 17,3 milhões mortes, e uma das principais causas de mortalidade no mundo, segundo dados de 2015 da American Heart Association (AHA). Quanto às coronariopatias, o infarto agudo do miocárdio (IAM), em 2015 a taxa de mortalidade foi de 11,8 no Brasil, e 14,9 estado do Rio de Janeiro. (MOZAFFARIAN et al., 2015; SILVA et al, 2016)

As doenças de origem cardiovascular apresentam expressiva morbimortalidade na população brasileira e representam cerca de 20% de todas as mortes em indivíduos acima de 30 anos. Segundo o Ministério da Saúde, ocorreram 962.931 mortes em indivíduos com mais de 30 anos no ano 2009 e as doenças coronarianas foram responsáveis por 95.449 mortes (MANSUR; FAVARATO, 2012).

Os eventos cardiovasculares apresentam como precursor a aterosclerose, que forma nas artérias as placas de ateroma. A sua progressão silenciosa sofre influência de fatores de risco e desenvolvem-se durante toda a vida, contudo seus efeitos deletérios acentuam-se na velhice. Tendo em vista esse processo, pode-se concluir que o envelhecimento contribui com o surgimento progressivo de doenças cardiovasculares, o que, por sua vez, podem causar alterações cardíacas anatômicas e funcionais, causando a doença coronariana (ROSA et al, 2016).

A forma aguda desta situação é denominada Síndrome Coronariana Aguda (SCA) e pode ser causada por fissuras das placas de ateroma, erosão das placas ou alterações funcionais das artérias coronárias epicárdicas ou ainda pela vasoconstrição da microcirculação. A ativação de células inflamatórias desempenha um papel fundamental na fissura da placa e na sua erosão, embora os mecanismos que levem à instabilidade da placa sejam substancialmente diferentes nessas duas condições. Cabe salientar que a SCA abrange três situações clínicas: a angina instável, o infarto do miocárdio sem supradesnível do segmento ST e infarto com supradesnível do segmento ST. A isquemia gera alterações no sistema de condução elétrico cardíaco, porém elas são proporcionais à extensão da isquemia e de sua localização, por isso,

necessita-se não somente de eletrocardiograma para apoio ao diagnóstico clínico, mas também laboratorial por meio da dosagem de enzimas (CREA et al, 2017).

Quando o paciente tem diagnóstico médico definido na SCA, normalmente ele necessita de internação em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) específica denominada Unidade Coronariana. Neste ambiente é oferecida uma assistência com determinada complexidade, guiada por protocolos clínicos e diretrizes de forma a contribuir na sua recuperação, minimizar o risco de complicações e prevenir os danos. Entre os protocolos que envolvem esse cuidado pela enfermagem destaca-se o banho, que pode ser classificado como no leito ou de aspersão.

O banho tem um significado social, seja pela importância da higiene corporal e aparência física, seja por uma fonte de conforto. Todavia, no que se refere à pacientes críticos e sob suporte ventilatória invasivo, por exemplo, o banho revela-se com certa contradição, principalmente durante o desmame. Observa-se que, embora o banho seja associado a uma boa assistência à saúde, também causa preocupações sobre efeitos fisiológicos negativos, como um desequilíbrio oxi-hemodinâmico, diminuição da complacência dos alvéolos, influência na mecânica respiratória, assim como na oxigenação arterial (GARCIA, 2015).

O banho de aspersão é a higiene corporal no chuveiro, direcionado aos pacientes mais independentes e hemodinamicamente estáveis, com intuito de estímulo ao autocuidado e reabilitação após a ocorrência da SCA (OLIVEIRA, GARCIA, SÁ, 2003).

Banho no leito é a higiene corporal realizada na cama pela equipe de enfermagem, para os pacientes que precisam de repouso absoluto. No paciente coronariopata agudo é o mais vantajoso, pois diminui o esforço físico, e conseqüentemente o consumo de oxigênio. Pelo fato de o paciente estar monitorizado enquanto é submetido a este procedimento técnico, pode-se prevenir eventuais instabilizações oxi-hemodinâmicas (LIMA, LACERDA, 2010).

Considerando ainda, que o banho promove a mobilização do paciente, salienta-se a sua possível contribuição na prevenção dos efeitos deletérios do repouso prolongado, tais como tromboembolismo pulmonar, redução do rendimento cardíaco, redução de massa muscular, baixa autoestima, ansiedade, aumento do tempo de internação e do custo hospitalar (LOPES et al, 2013; MOREIRA, SILVA, ASSIS, 2014; GARCIA, 2015).

Assim, supõe-se que a mobilização precoce do paciente coronariopata, sob condições estáveis, pode colaborar na sua reabilitação após o evento cardiovascular. (MOREIRA, SILVA, ASSIS, 2014)

A reabilitação cardiovascular pode ser definida como as atividades que são necessárias para garantir ao portador de doenças cardiovasculares uma situação física, mental e social que permita-os obter qualidade e condições de vida normais (HERDY et al, 2014).

A Reabilitação Cardíaca defende a administração de cargas leves de atividades para o paciente coronariopata ainda durante a internação na Unidade Coronariana, após a estabilização clínica e/ou a realização de intervenção coronariana, ou seja, os exercícios passivos e as atividades de autocuidado, como a deambulação e a higiene assistida ou não no banheiro, podem ser realizados de acordo com a resposta do paciente. Observa-se que a retomada dessas atividades mínimas pode aumentar a capacidade de função cardiovascular, reduzindo os efeitos negativos do repouso prolongado, facilitando o controle das alterações psicológicas e contribuindo na redução da permanência hospitalar (MOREIRA, SILVA, ASSIS, 2014).

1. 1. PROBLEMA

Atraves da prática, como enfermeira rotina de uma unidade coronariana, tenho observado que a indicação de banho ao paciente coronariopata tende a seguir uma rotina não sistemática, fato esse que corrobora para o engessamento desse procedimento técnico, quando deveria ser norteado por avaliação clinica baseado no julgamento crítico.

Assim, percebe-se a necessidade de sistematizar a indicação do banho para o paciente coronariopata de forma a nortear à equipe de enfermagem quanto a sua preemência, a sua contribuição à reabilitação cardíaca, ainda durante a sua internação na UTI e, ao mesmo tempo, considerando-se a clínica do paciente como suporte esta tomada de decisão.

Para a tomada de decisão quanto a indicação ao banho do paciente coronariopata são necessárias informações clinicas, que serão coletadas do prontuário do paciente, como histórico, tipo de SCA, resultados de exames, e da hemodinâmica do paciente, que serão coletados do monitor multiparamétrico, como frequência cardíaca, pressão arterial, saturação de O2. Essas informações alimentarão o aplicativo móvel, que norteará ao enfermeiro quanto à indicação de banho mais adequada a clinica do paciente, adequando, quando possível, à sua vontade.

Logo o problema é: A ausência de uma sistematização para tomada de decisão quanto ao banho do paciente coronariopata em uma Unidade Coronariana, baseando-se em parâmetros clínicos para uma avaliação crítica dessa escolha.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1 Geral

- Elaborar um algoritmo no formato de aplicativo móvel para auxiliar a tomada de decisão do enfermeiro quanto ao banho do paciente coronariopata em uma Unidade Coronariana.

1.2.2 Específicos

- Validar critérios relacionados à avaliação clínica para auxiliar ao julgamento crítico do enfermeiro diante da tomada de decisão referente ao banho no paciente coronariopata;
- Estruturar os itens validados em formato de algoritmo para a elaboração do aplicativo móvel;

1.3. JUSTIFICATIVA

Na busca realizada, em abril de 2018, via portal de periódicos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), sendo norteadas pela pergunta de pesquisa “ Há evidências científicas sobre quais fatores são necessários para sistematizar a indicação do tipo de banho do paciente coronariopata em uma Unidade Coronariana?”, na base de dados Lilacs, incluído os descritores (“banhos” AND "doença de coronárias” AND "assistência de enfermagem") não foram encontrados artigos relacionados à esta temática. Na base de dados Medline, acessada via Pubmed, foram localizados artigos com os seguintes descritores (“bath” AND "coronary" AND “nurse”) onde foram encontrados 13 artigos e apenas um apresentava temática semelhante. Observa-se então, a carência de estudos sobre o tema, nas bases de dados utilizadas, de forma a contribuir na sistematização da assistência de enfermagem quanto à indicação do tipo de banho para o paciente em uma Unidade Coronariana.

Este estudo propõe oferecer suporte técnico ao enfermeiro para a tomada de decisão quanto ao banho e a praticidade e, na medida do possível, considerando a vontade do paciente.

Art. 4º A programação de Enfermagem inclui a prescrição da assistência de Enfermagem. A prescrição de Enfermagem é etapa importante no processo de Enfermagem, sendo privativa do Enfermeiro conforme dispõe o art. 11, inciso I, alínea j, da Lei nº 7.498/1986. (BRASIL, 1986)

Pelo fato dos aplicativos estarem amplamente inserida no contexto atual, o aplicativo móvel poderia atender a esta demanda, auxiliando na decisão quanto ao tipo do banho de maneira rápida e sistemática.

A relevância científica deste estudo sustenta-se pela carência deste tipo de tecnologia leve-dura no meio hospitalar. Além de que o investimento em tecnologias para aprimorar os ambientes de trabalho e a segurança dos pacientes pode contribuir com a assistência prestada, diminuindo o tempo de internação, além de manter a equipe qualificada e satisfeita (CASSIANI, GIMENES MONZANI, 2009).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O paciente coronariopata e o cuidado de enfermagem

A Doença Arterial Coronariana (DAC) é decorrente da oclusão ou estreitamento das artérias coronárias por arteriosclerose, provocando diferentes sintomas clínicos. Atualmente é dividida em: síndrome coronariana aguda (SCA), DAC crônica e morte súbita cardíaca. A SCA, foco deste estudo, divide-se em: angina instável (AI) e infarto agudo do miocárdio (IAM). A etiologia da SCA é multifatorial podendo ser dividida em fatores de risco não modificáveis (história familiar para doença arterial coronariana, idade e sexo) e fatores de risco modificáveis (tabagismo, sedentarismo, obesidade, dislipidemia, diabetes e hipertensão) (ZANCHET, MARIN, 2014).

O principal sintoma que desperta a suspeita de síndromes coronarianas agudas (SCA) é dor torácica. Com base no eletrocardiograma, pode-se diferenciar dois grupos: as SCA com elevação do segmento ST e as SCA sem elevação do segmento ST podem variar e até não apresentar sintomas em pacientes com isquemia em curso, instabilidade elétrica ou hemodinâmica ou parada cardíaca. O grau de acometimento patológico é relacionado a necrose miocárdica ou, a menos frequente, isquemia miocárdica sem perda celular (ROFFI et al, 2016).

Angina instável é uma SCA que se caracteriza pela precordialgia presente em repouso ou aos mínimos esforços com duração em torno de 10 a 30 minutos e é acompanhada de desconforto, que geralmente não apresenta melhora com o fim da atividade física (ARAÚJO; MARQUES, 2007).

O infarto agudo do miocárdio ocorre quando o tecido miocárdico é destruído em regiões do coração por isquemia do tecido, ou seja, a quantidade de sangue recebia no miocárdio

não é suficiente para sua oxigenação devido à redução do fluxo sanguíneo coronariano. Sendo assim, a falta de irrigação sanguínea no músculo cardíaco pode ocasionar lesões irreversíveis na parte posterior, anterior, inferior ou lateral dependendo da extensão do comprometimento (ARAÚJO; MARQUES, 2007).

Após o diagnóstico da SCA, o tratamento inicial baseia-se no alívio da dor, estratificação precoce de risco, avaliação hemodinâmica, terapia antitrombótica e anticoagulante, monitorização e tratamento precoce de arritmias. São recomendados para todos os pacientes nesta fase inicial, internação em unidade de terapia intensiva, para repouso e monitorização hemodinâmica (SILVA et al, 2015).

No IAM com Elevação do Segmento ST diferencia-se das outras SCA Sem elevação do Segmento ST, pois o tempo desde o início dos sintomas (oclusão da artéria coronária) até o tratamento (reperusão química ou mecânica) é diretamente proporcional à ocorrência de eventos clinicamente relevantes. A indicação da terapêutica fibrinolítica pré-hospitalar baseia-se na possível interrupção da isquemia e redução do tamanho do infarto do miocárdico, resultando em menor mortalidade e complicações imediatas e tardias (PIEGAS et al, 2015).

Neste período, há a possibilidade de surgimento de arritmias ventriculares no IAM, recomenda-se que todos pacientes sejam monitorizados hemodinamicamente na admissão hospitalar, a qual deve ser mantida durante o período de investigação diagnóstica e suspensa entre 12 a 24 horas após a estabilização clínica, necessitando de internação em Unidade Coronariana ou Terapia Intensiva (PIEGAS et al, 2015).

Na Unidade Coronariana é oferecida uma assistência de alta complexidade, guiada por protocolos clínicos e diretrizes de forma a contribuir na sua recuperação, minimizar o risco de complicações e prevenir os danos. Entre os protocolos que envolvem esse cuidado destaca-se o banho, que pode ser classificado como no leito ou de aspersão.

O banho é uma das atividades mais realizadas no cotidiano da população em geral, em que o indivíduo tem o contato com seu próprio corpo. O paciente hospitalizado, que necessita do banho no leito, passa de um indivíduo ativo para um indivíduo passivo, tornando-se dependente da equipe de enfermagem para execução deste procedimento, que pode inibir e/ou dificultar a possibilidade do paciente de questionar sobre os procedimentos e/ou tratamento, podendo gerar diversos sentimentos como dúvidas, medo e ansiedade (LOPES et al, 2013).

Desempenhado pela equipe de enfermagem, a prática de banhar é executada como um procedimento de cunho psicomotor. A dependência para os cuidados de higiene corporal

surge associada à alteração da mobilidade decorrente de algumas patologias. A enfermagem deve ser preparada para banhar os pacientes nas diversas situações, definindo a forma mais adequada dependendo do nível de dependência e/ou seu déficit de autocuidado. Na fase aguda do tratamento hospitalar, deve-se optar pelo banho no leito até que o paciente alcance mais equilíbrio para sentar na cadeira higiênica (PRADO et al, 2017).

O Banho no Leito define-se pela higienização da pele na próprio leito (cama) do paciente, a técnica oferece redução de riscos de infecção e condiciona o paciente a uma sensação de relaxamento. O Banho no Leito é um dos procedimentos que permite que o profissional torne-se próximo ao paciente possibilitando observar as mudanças o estado da pele e áreas que podem estar sofrendo algum tipo de pressão e/ou descamação ao longo da internação (LOBO, DE ALMEIDA SARAIVA, 2017).

O enfermeiro deve estar atento para as respostas do corpo do paciente, entendendo-as como determinantes para o planejamento das ações de cuidado para longo prazo. Além de orientar quanto ao tipo de banho que será aplicado ao paciente, o enfermeiro deve prevenir situações de estresse e ansiedade que este cuidado possa gerar (PRADO et al, 2017; LOPES et al, 2013).

Nos ambientes climatizados, como nas unidades de terapia intensiva, deve-se considerar diversas condições às quais o paciente pode ficar exposto durante o banho, como a necessidade de regulação térmica, de equilíbrio oxi-hemodinâmico, questões da microbiologia e a satisfação do cliente, que podem levar a diferentes efeitos (PRADO et al, 2017; LIMA, LACERDA, 2010).

Pacientes com longos períodos de repouso e/ou restritos ao leito começam a apresentar outras complicações associadas a patologia de base, como atrofia muscular, constipação, retenção urinária, lesões cutâneas por pressão, embolia pulmonar, pneumonia, atelectasia, hipotensão postural e depressão. Com isso, a reabilitação na fase aguda do infarto, reduz os efeitos deletérios do repouso prolongado, como também a permanência hospitalar. Desta forma, observamos os benefícios da mobilização precoce (LOPES et al, 2008; HERDY et al, 2014; SILVA, 2014).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, reabilitação cardíaca é o conjunto de atividades necessárias para assegurar aos pacientes portadores de cardiopatia as melhores condições física, mental e social, de forma que eles possam, pelo seu próprio esforço, reconquistar uma posição normal na comunidade e viver de maneira ativa e produtiva (DIRETRIZ, 2005; apud WHO, 2006).

Os principais objetivos da reabilitação cardiovascular são: mudança de estilo de vida com inclusão de atividade física regular, promoção de melhores hábitos alimentares, abandono tabagismo e do uso de fármacos em geral (HERDY et al, 2014).

Os principais benefícios proporcionados pela atividade, em pacientes com DAC estável, incluem-se a melhora da angina em repouso, a atenuação da gravidade da isquemia induzida pelo esforço, a melhora da capacidade funcional, controle de alguns dos fatores de risco para doença cardiovascular e promove condições que viabilizem uma melhor qualidade de vida (HERDY et al, 2014).

2.2 Elaboração de instrumentos em saúde e sua versão eletrônica

Com o crescente interesse pelo cuidado à saúde, pesquisadores têm desenvolvido instrumentos que avaliam e/ou mensuram: dor, qualidade de vida, capacidade funcional, estado de saúde, vitalidade e limitações, adesão ao tratamento, fatores emocionais e psicossociais, dentre outros. Instrumentos para avaliação são úteis e capazes de apresentar resultados cientificamente robustos quando demonstram boas propriedades psicométricas (COLUCCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

A iniciativa COSMIN (*Consensus based Standards for the selection of health Measurement Instruments* - Padrões baseados no consenso para a seleção de instrumentos de medição de saúde) visa melhorar a seleção de instrumentos de medição de saúde. Sua obtenção surgiu a partir de um estudo Delphi no qual buscamos chegar a um consenso sobre quais propriedades de medição são relevantes para avaliar HR-PROs (*health related patient-reported outcomes* - resultados relatados pelo paciente relacionados à saúde); terminologia e definições dessas propriedades de medição; e os requisitos de design e os métodos estatísticos preferidos (MOKKINK et al, 2010).

Ao avaliar a qualidade de um instrumento HR-PRO, distinguimos três domínios de qualidade: confiabilidade, validade e capacidade de resposta. Cada domínio contém uma ou mais subcategorias, ou seja, propriedades de medição ou aspectos das propriedades de medição. A confiabilidade do domínio contém três propriedades de medição: consistência interna, confiabilidade e erro de medição. A validade do domínio também contém três propriedades de medição: validade de conteúdo, validade de construção e validade de critério (MOKKINK et al, 2010).

A capacidade de resposta do domínio contém apenas uma propriedade de medição, que também é chamada de capacidade de resposta. O termo e a definição do domínio e da capacidade de medição de resposta são realmente os mesmos, mas são distinguidos na taxonomia por razões de clareza. Algumas propriedades de medição contêm um ou mais aspectos que foram definidos separadamente: a validade de conteúdo inclui validade de face e a validade de construção inclui validade estrutural, teste de hipóteses e validade intercultural. A confiabilidade do domínio contém consistência interna, confiabilidade e erro de medição (MOKKINK et al, 2010).

Distingue-se explicitamente estes três aspectos da validade de construção devido a validade estrutural só deve ser avaliada para instrumentos HR-PRO multi-item, enquanto que os outros aspectos da validade de construção são necessários para todos os instrumentos HR-PRO; a validade estrutural deve ser avaliada para determinar ou confirmar sub-escalas existentes, que são posteriormente utilizadas nas hipóteses que estão sendo testadas; a validade transcultural só deve ser avaliada para os instrumentos HR-PRO traduzidos (MOKKINK et al, 2010).

Uma abordagem Delphi é útil para situações em que há falta de evidências empíricas ou quando existem fortes diferenças de opinião. Quando os estudos sobre propriedades de medição possuem boa qualidade metodológica, suas conclusões são mais confiáveis. Se os resultados de estudos de alta qualidade diferirem dos resultados de estudos de baixa qualidade, isso pode ser uma indicação de viés. Conseqüentemente, a seleção de instrumentos deve ser baseada em estudos de alta qualidade. (MOKKINK et al,2010)

Antes de um instrumento de medição de saúde poder ser usado em pesquisa ou prática clínica, suas propriedades de medição, isto é, confiabilidade, validade e capacidade de resposta, devem ser avaliadas e consideradas adequadas. Os estudos que avaliam as propriedades de medição devem ser de alta qualidade metodológica para garantir conclusões apropriadas sobre as propriedades de medição de um instrumento (MOKKINK et al,2010).

Os instrumentos na área da saúde podem ser usados para tomada de decisão, que pode ser uma escolha entre duas ou mais opções dentro de um contexto pré-estabelecido, ou seja, seleciona o melhor desfecho mediante informações prévias. O uso de *guidelines*, fluxogramas e algoritmos de tomada de decisão são essenciais na prática clínica, promovendo segurança na realização de certas escolhas (SPTIZ; LIMA, 2017).

Os algoritmos são constituídos por uma sequência de etapas finitas, em que cada etapa depende do resultado da anterior indicando ao resultado esperado, utilizando instruções bem definidas realizadas sistematicamente. São comumente empregados na área da saúde, são

caracterizados por instrumentos simples e de fácil acesso que oferecem uma visão completa do processo clínico, servindo de guia para a tomada de decisões (CUNHA et al., 2017; SPTIZ; LIMA, 2017).

Os Fluxogramas são diagramas que possibilitam a elaboração de processos de trabalho ou de algoritmos, por que meio de figuras geométricas determinam cada passo sequencial. Os fluxogramas são, portanto, a representação gráfica do algoritmo que descrevem os passos que direcionam a tomada de decisão (SPTIZ; LIMA, 2017).

Os aplicativos móveis são desenvolvidos para serem executados especificamente em dispositivos eletrônicos móveis, como *tablets*, telefones celulares, e *smartphones* mais modernos e com larga capacidade de armazenamento e processamento. Podendo ter seu *download* realizado diretamente no aparelho eletrônico, desde que o mesmo possua conexão com a *Internet* (SILVA; PIRES; CARVALHO NETO, 2015).

Os aplicativos móveis promovem a quebra da limitação da mobilidade, uma vez que os *smartphones* podem acompanhar seu usuário durante todo o dia, onde ele estiver. Outro aspecto relevante é a usabilidade que o equipamento proporciona aos seus usuários, considerando que o profissional pode utilizar seu aparelho pessoal, com o qual já está acostumado a lidar diariamente. A utilização deste tipo de ferramenta na área da saúde está em expansão, devido aos profissionais alcançarem mais precisão e agilidade em seus trabalhos. Entre as aplicações podem se destacar o monitoramento remoto, o apoio ao diagnóstico e à tomada de decisão (TIBES; DIAS; ZEM-MASCARENHAS, 2014).

3. MÉTODO

Trata-se de estudo exploratório, metodológico e abordagem quantitativa para a elaboração de um algoritmo no formato de aplicativo móvel.

O estudo exploratório visa proporcionar ao investigador uma maior experiência com determinado problema, proporcionando uma visão geral sobre a temática (VIEIRA; APOLINARIO, 2017).

Os estudos metodológicos tratam do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa. As crescentes demandas por avaliações de resultados sólidos e confiáveis, testes rigorosos de intervenções e procedimentos sofisticados de obtenção de dados têm levado a um aumento do interesse pela pesquisa metodológica entre enfermeiros pesquisadores (POLIT; BECK, 2011; MELO, 2017).

O método quantitativo enfatiza o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana. Utiliza procedimentos estruturados e instrumentos formais para coletar informações e enfatiza a objetividade, na coleta e análise das informações (POLIT; BECK, 2011).

O estudo foi realizado em duas etapas:

Primeira etapa: realizou-se uma revisão de literatura abordando as temáticas *reabilitação cardíaca e banho* e, posteriormente, foi elaborado um instrumento e sua estruturação baseada no COSMIN (MOKKINK, 2010; HERDY, 2014).

Este instrumento foi submetido a validação de seus critérios por enfermeiros com expertise na área em apreço, a saber, cardiologia, com base nos seguintes critérios de inclusão: Enfermeiros com atuação de 02 anos ou mais em UTI de cardiologia intensiva (clínico, coronariano ou cirúrgico) ou especialização em terapia intensiva/cardiologia, em molde de residência ou curso. Foram excluídos os enfermeiros que, mesmo apresentando os critérios descritos anteriormente estejam fora da prática ou ensino, na área relacionada, há mais de 2 anos.

A amostragem ocorreu por conveniência e os enfermeiros foram convidados a participar do estudo durante a Jornada de Enfermagem em Cardiologia da SOCERJ, ocorrida no mês de abril de 2018, na cidade do Rio de Janeiro, e, diante do aceite, posterior envio do instrumento de coleta de dados, via correio eletrônico, permitindo encaminhamento para colegas que possuíssem o perfil de inclusão.

Foram enviados 23 correios eletrônicos e 3 enfermeiros responderam o instrumento. No intuito de aumentar a amostra implementou-se a estratégia de bola de neve para a amostragem e 30 enfermeiros puderam responder ao instrumento de pesquisa.

A estratégia bola de neve se constrói da seguinte maneira: após a localização algumas pessoas que tenham os pré-requisitos necessários para serem incluídos pesquisa, dentro da população geral. Em seguida, solicita-se que essas pessoas indiquem novos possíveis participantes que também tenham as características desejadas, a partir de sua própria *network* e assim sucessivamente (VINUTO, 2016).

O instrumento continha quatro partes, sendo a primeira relacionada às características dos participantes, como sexo, idade, tempo de experiência profissional, especializações e as outras relacionadas ao objeto de estudo, denominada “Descrição dos critérios”.

A segunda parte do instrumento apresentava a seguinte pergunta aberta aos enfermeiros: Quais critérios você utiliza na tomada de decisão quanto ao tipo de banho do paciente coronariopata na Unidade Coronariana?

Após a validação de critérios, seção intitulada “3ª parte - Validação dos critérios pela Escala Likert, no fim da página encontrava-se a segunda pergunta aberta ao entrevistado: ”Sugestão de critérios que devam ser incluídos para orientar a tomada de decisão quanto ao banho do paciente coronariopata em unidade coronariana”

A seguir o instrumento apresentava os critérios aos quais os especialistas deveriam concordar ou não, salientando-se que cada item seria avaliado por meio de Escala Likert de cinco pontos. Essa é uma escala de resposta psicométrica, considerando-se como: **o número 1 como discordo totalmente e o 5 como concordo totalmente** (DALMORO, VIEIRA, 2013).

3.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram tabulados em planilha no Programa Microsoft Excel®, e analisados por meio de estatística descritiva, utilizando média, desvio padrão e para a avaliação sobre a concordância sobre os critérios foi utilizado o cálculo do *Coefficiente de Alfa de Cronbach*.

O *Coefficiente Alfa de Cronbach* é uma medida utilizada para mensurar a confiabilidade do construto que possua de dois ou mais indicadores, avaliando a consistência interna do instrumento. Com variação de valores de 0 a 1,0; quanto mais próximo de 1, maior confiabilidade entre os indicadores (MATTHIENSEN, 2011).

Para a realização do *coeficiente α de Cronbach*, cada pontuação da escala, assumiu um valor diferenciado de acordo com Hora *et al* (2010):

- 1 (Discordo totalmente) recebe valor zero;
- 2 (Discordo parcialmente) recebe valor 0,25;
- 3 (Não concordo, nem discordo) recebe valor 0,50;
- 4 (Concordo parcialmente) recebe valor 0,75;
- 5 (Concordo totalmente) recebe valor 1,0.

As lacunas que se encontravam em branco foram consideradas o valor 0 para os itens. E para o cálculo do *coeficiente α de Cronbach* foi utilizado a seguinte fórmula:

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \times \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Onde k corresponde ao número de itens (perguntas) do instrumento submetido à validação; S_i^2 corresponde à variância de cada item; S_t^2 corresponde à variância total do questionário (soma das variâncias dos avaliadores).

Segunda etapa: O aplicativo móvel foi elaborado por um colaborador, utilizando a interface de desenvolvimento *Android Studio*® com a linguagem *Java*® a partir do algoritmo baseado nos achados do julgamento prévio dos especialistas para auxiliar na tomada de decisão quanto ao banho do paciente em uma unidade coronariana.

Android Studio® é um ambiente de desenvolvimento integrado *Android*® que permite o desenvolvimento de aplicativos direcionado ao sistema *Android*®. Possui ferramentas para testes de desempenho, usabilidade, compatibilidade de versão, e outros possíveis problemas. O *Android Studio*® também oferece recursos que possibilitam o aumento da produtividade na criação de aplicativos *Android*® (LUIZ, 2014).

Java é uma linguagem de programação desenvolvida por James Gosling, que é orientada a objetos (comportamento dos objetos determinados por classes) e compilada em *bytecode* (interpretado por uma máquina virtual que fará a execução). A linguagem *Java* é uma das mais utilizadas, considerada muito popular entre os desenvolvedores, este índice baseia-se nas instruções *Java* que são disponibilizadas gratuitamente para download, implicando em um grande número de profissionais qualificados, cursos e serviços oferecidos (GUERRA; PERILLO, 2009).

4. QUESTÕES ÉTICAS

Como o estudo proposto foi submetido à avaliação de enfermeiros especialistas, necessitou de apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob a Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares e, para tanto, o estudo foi incluído na plataforma Brasil com CAAE 89496018.9.0000.528 obtendo parecer de n° 2.759.149. Os enfermeiros que concordaram em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que estava disponível no mesmo ambiente virtual onde se encontrava o instrumento seria validado pelos enfermeiros

Esta pesquisa apresenta riscos aos enfermeiros que realizarão a validação dos critérios, podendo se sentir desconfortável com alguma das afirmativas do questionário.

E quanto aos benefícios, são indiretos e, pode-se citar, a importância da seleção dos critérios na criação de um instrumento que guiará a escolha do banho do paciente coronariopata, internado em uma unidade coronariana.

5. RESULTADOS

5.1. ARTIGO 1 - VALIDAÇÃO DE CRITÉRIOS PARA A ESCOLHA DO BANHO DO PACIENTE NA UNIDADE CORONARIANA.

RESUMO

Objetivo: Validar critérios relacionados à avaliação clínica para auxiliar ao julgamento crítico do enfermeiro diante da tomada de decisão referente a escolha do banho do paciente coronariopata. **Método:** Estudo exploratório, metodológico com abordagem quantitativa para a validação de critérios para tomada de decisão referente a escolha do banho no paciente coronariopata. **Resultados:** Avaliaram o instrumento um total de 29 enfermeiros, em um período de 03 meses. Dentre estes 26 (89%) eram do sexo feminino, de idade compreendida na faixa de 23 à 58 anos, todos os enfermeiros possuíam algum tipo de pós-graduação em seu currículo. Foram 22 critérios submetidos à validação por 29 especialistas, totalizando 638 avaliações. Dentre estes, 63%, em 401, foi classificada como Concordância. O valor encontrado para o coeficiente α foi de aproximadamente 0,9536. **Conclusão:** Os critérios foram considerados validados por meio do *coeficiente α de Cronbach*. Pode-se considerar que instrumento tem consistência interna.

DESCRITORES: Banhos; Doença de coronárias; Assistência de enfermagem; Cuidados críticos; Estudos de validação.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares foram responsáveis 17,3 milhões mortes, e uma das principais causas de mortalidade no mundo, segundo dados de 2015 da American Heart Association (AHA). Quanto às coronariopatias, o infarto agudo do miocárdio (IAM), em 2015 a taxa de mortalidade foi de 11,8 no Brasil, e 14,9 estado do Rio de Janeiro. (MOZAFFARIAN et al., 2015; SILVA et al, 2016)

Após um evento isquêmico, o paciente coronariopata é submetido a internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) devido aos possíveis desfechos em decorrência ao prejuízo da oferta de oxigênio ao músculo cardíaco. Necessitando de cuidados que objetivem a diminuição da demanda do consumo de oxigênio pelo miocárdio. Neste ambiente é oferecida uma assistência com determinada complexidade, guiada por protocolos clínicos e diretrizes de forma a promover sua reabilitação, minimizar o risco de complicações e prevenir os danos.

Entre os protocolos que envolvem esse cuidado destaca-se o banho, que pode ser classificado como no leito ou de aspersão. (SILVA et al, 2016; MOREIRA et al., 2018)

Para a tomada de decisão quanto a indicação ao banho do paciente coronariopata são necessárias informações clínicas, que serão coletadas do prontuário do paciente, como histórico, tipo de síndrome coronariana aguda, resultados de exames, e da hemodinâmica do paciente, que serão coletados do monitor multiparamétrico. Permitindo que a tomada de decisão do enfermeiro conclua quanto à indicação de banho mais adequada a clínica do paciente. E norteada pela seguinte pergunta de pesquisa “Quais fatores são necessários para sistematizar a indicação do tipo de banho do paciente coronariopata em uma Unidade Coronariana?”.

A validação de critérios é fundamental no processo de desenvolvimento de instrumentos para tomada de decisão, pois a preocupação é se o instrumento em questão é capaz de guiar a decisão de maneira segura, ou seja, a eficácia na predição de um desempenho específico de um sujeito. O desempenho do sujeito torna-se, assim, o critério contra o qual a medida obtida pelo teste é avaliada. (MENEZES, 2017; PASQUALI, 2009).

Este estudo tem como objetivo validar critérios relacionados à avaliação clínica para auxiliar ao julgamento crítico do enfermeiro diante da tomada de decisão referente a escolha do banho no paciente coronariopata.

Este estudo é relevante devido a necessidade de validação dos critérios que irão auxiliar o enfermeiro à avaliação e escolha do tipo de banho que o paciente coronariopata internado em uma Unidade Coronariana, tendo em vista que a escolha inadequada, pode causar danos a segurança do paciente que não está apto a levantar do leito, ou instável o suficiente para não tolerar um banho, ou atrasar a alta do paciente que encontra-se em condições de ser encaminhado ao banho de aspersão.

MÉTODO

Trata-se de estudo exploratório, metodológico com abordagem quantitativa para a validação de critérios para tomada de decisão referente a escolha do banho no paciente coronariopata.

Inicialmente foi realizada uma revisão de literatura abordando as temáticas reabilitação cardíaca e banho e, posteriormente, foi elaborado um instrumento com estruturação baseada no COSMIN. (MOKKINK, 2010; HERDY, 2014)

Este instrumento foi submetido a validação de seus critérios por enfermeiros com expertise na área em apreço, a saber, cardiologia, com base nos seguintes critérios de inclusão: atuação de 02 anos ou mais em UTI de cardiologia intensiva (clínico, coronariano ou cirúrgico)

ou especialização em terapia intensiva/cardiologia, em molde de residência ou curso. Foram excluídos os enfermeiros que, mesmo apresentando os critérios descritos anteriormente estivessem fora da prática ou ensino, na área relacionada, há mais de 2 anos.

A amostragem foi por conveniência e os enfermeiros foram abordados durante a Jornada de Enfermagem em Cardiologia da SOCERJ, ocorrida no mês de abril de 2018, na cidade do Rio de Janeiro, para o convite à sua participação no estudo. Diante do seu aceite, era enviado o instrumento de coleta de dados a estes enfermeiros, via correio eletrônico, permitindo ainda o encaminhamento a outros profissionais de seu conhecimento e que preenchessem os critérios de inclusão.

Foram convidados 23 enfermeiros, obtendo-se, 3 respostas e, devido à amostra obtida inicialmente, implementou-se a estratégia de bola de neve como amostragem complementar. A estratégia bola de neve se constrói da seguinte maneira: após a localização algumas pessoas que tenham os pré-requisitos necessários para serem incluídos pesquisa, dentro da população geral. Em seguida, solicita-se que essas pessoas indiquem novos possíveis participantes que também tenham as características desejadas, a partir de sua própria *network* e assim sucessivamente. (VINUTO, 2016)

O instrumento apresentava duas partes, sendo a primeira relacionada às características dos participantes, como sexo, idade, tempo de experiência profissional e titulações. E a segunda relacionava-se ao objeto de estudo, estruturado em forma algoritmo e cada item foi avaliado por meio de *Escala Likert* de cinco pontos, isto é, utilizando uma escala de resposta psicométrica, considerando-se como: o número 1 como discordo totalmente e o 5 como concordo totalmente. (DALMORO, VIEIRA, 2013). Salienta-se que para a análise das respostas, os itens 1 e 2 foram considerados como **Não Concordância** e as respostas 4 e 5 como **Concordância**. Como o item 3 permite a resposta do especialista sem considerar quaisquer das opções apresentadas, para a análise o total destas respostas não era considerado.

Os dados foram armazenados numa planilha no Programa Microsoft Excel® e demonstrados por estatística descritiva, utilizando média, mediana e o cálculo do *Coefficiente de Alfa de Cronbach* para a validação dos critérios, que mede a consistência interna de cada critério e considerado como indicativo de consistência interna diante de valores superiores a 0,7 (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

$$\alpha = \left[\frac{\text{número de critérios}}{\text{número de critérios} - 1} \right] \times \left[1 - \frac{\text{Somatório da variância dos critérios}}{\text{variância do total dos escores dos especialistas}} \right]$$

Como o estudo proposto foi submetido à avaliação de enfermeiros especialistas, necessitou de apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob a Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares e, para tanto, o estudo foi incluído na plataforma Brasil com CAAE 89496018.9.0000.528 obtendo parecer de n° 2.759.149. Os enfermeiros que concordaram em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que estava disponível no mesmo ambiente virtual onde se encontrava o instrumento seria validado pelos enfermeiros.

RESULTADOS

Avaliaram o instrumento um total de 29 enfermeiros, em um período de 03 meses. Dentre estes enfermeiros, 26 (89%) eram do sexo feminino, de idade compreendida na faixa de 23 à 58 anos, apresentando uma média aritmética de 32 anos e desvio padrão de 9,27. Observa-se que todos os enfermeiros possuíam algum tipo de pós-graduação em seu currículo, e dez (34%) deles apresentavam mais de uma modalidade de pós-graduação, por exemplo, alguns possuíam curso de pós-graduação nos moldes da residência e mestrado, ou pós-graduação *lato sensu e stricto sensu*.

Relacionando ao perfil profissional dos enfermeiros entrevistados, pontua-se que o tempo de experiência na profissão manteve-se entre 2 e 34 anos, média de 7,8 anos e desvio padrão de 8,4. O tempo de experiência em Unidade de Terapia Intensiva variava entre 1 e 25 anos, com média de 5,7 anos e desvio padrão de 6,4.

Foram 22 critérios submetidos à validação por 29 especialistas, totalizando 638 avaliações. Dentre estes, a maioria (63%, em 401) foi classificada como Concordância, assim como em todos os critérios avaliados o percentual de Concordância foi maior que o de Não Concordância.

Os critérios que apresentaram Concordância acima de 70% foram: 1. Infarto agudo do miocárdio muito recente (< 72 h) 74%; 2. Angina instável (< 72 h da estabilização) 76%; 3. Hipertensão arterial descontrolada 72%; 5. Tromboembolismo pulmonar e tromboflebite – fase aguda 73%; 9. Infarto do miocárdio; cirurgia de revascularização miocárdica, angioplastia coronária transluminal percutânea, não complicados 71%; 13. Arritmias ventriculares 75% (TABELA 1).

Os critérios que apresentaram Concordância abaixo de 50% foram: 6. Diabetes mellitus descontrolada 39%; 7. Quadro infeccioso sistêmico agudo 48%, observado na Tabela 1. Esses critérios apresentaram esse nível de Concordância devido aos itens isoladamente não auxiliarem no processo de escolha do tipo de banho.

Tabela 1 - Critérios Avaliados pelos Especialistas, Conforme o Nível de Concordância, para a Tomada de Decisão quanto ao Tipo de Banho do Paciente na Unidade Coronariana - Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019

AFIRMATIVAS	ESCALA LIKERT				
	1	2	3	4	5
	Não concordância			Concordância	
1. Infarto agudo do miocárdio muito recente (< 72 h)	3 (11%)	1 (4%)	3 (11%)	2 (7%)	18 (67%)
2. Angina instável (< 72 h da estabilização)	3 (10%)	1 (4%)	3 (10%)	9 (31%)	13 (45%)
3. Hipertensão arterial descontrolada	4 (14%)	2 (7%)	2 (7%)	5 (17%)	16 (55%)
4. Suspeita de lesão de tronco de coronária esquerda, instabilizada ou grave	5 (17%)	1 (4%)	3 (10%)	4 (14%)	16 (55%)
5. Tromboembolismo pulmonar e tromboflebite – fase aguda	6 (20%)	1 (4%)	1 (4%)	4 (14%)	17 (58%)
6. Diabetes mellitus descontrolada	4 (14%)	5 (18%)	8 (29%)	7 (25%)	4 (14%)
7. Quadro infeccioso sistêmico agudo	4 (14%)	4 (14%)	7 (24%)	7 (24%)	7 (24%)
8. Sem arritmias complexas	2 (7%)	4 (14%)	7 (24%)	7 (24%)	9 (31%)
9. Infarto do miocárdio; cirurgia de revascularização miocárdica, angioplastia coronária transluminal percutânea, não complicados	1 (4%)	4 (14%)	3 (11%)	4 (14%)	16 (57%)
10. Grau de Disfunção ventricular esquerda	1 (4%)	4 (14%)	5 (17%)	8 (27%)	11 (38%)
11. Assintomático	2 (8%)	5 (17%)	5 (17%)	8 (27%)	9 (31%)
12. Sobreviventes de parada cardíaca ou morte súbita	3 (10%)	4 (14%)	2 (8%)	6 (20%)	14 (48%)
13. Arritmias ventriculares	4 (14%)	2 (8%)	1 (3%)	6 (20%)	16 (55%)
14. Infarto de miocárdio ou cirurgia cardíaca com choque cardiogênico; insuficiência cardíaca congestiva e/ou isquemia pós-procedimento	6 (20%)	2 (8%)	1 (4%)	3 (10%)	17 (58%)
15. Uso de aminas	4 (15%)	2 (7%)	6 (20%)	2 (7%)	15 (51%)
16. Hemodinâmica anormal com o exercício	2 (7%)	4 (14%)	4 (14%)	8 (27%)	11 (38%)

AFIRMATIVAS	ESCALA LIKERT				
	1	2	3	4	5
	Não concordância			Concordância	
17. Paciente maiores de 65 anos	5 (17%)	4 (14%)	5 (17%)	7 (25%)	8 (27%)
18. Uso de vasodilatadores venosos	3 (10%)	5 (17%)	5 (17%)	4 (14%)	12 (42%)
19. Ventilação não invasiva	4 (14%)	3 (10%)	5 (17%)	10 (34%)	7 (25%)
20. Hipotensão ortostática	2 (7%)	5 (17%)	5 (17%)	4 (14%)	13 (45%)
21. Deficit Motor	2 (7%)	2 (7%)	6 (20%)	10 (34%)	9 (32%)
22. Delirium/ Agitação Psicomotora	5 (17%)	1 (4%)	5 (17%)	4 (14%)	14 (48%)
TOTAL	75 (12%)	66 (11%)	92 (14%)	129 (20%)	272 (43%)

Fonte: produzida pela autora

Os critérios utilizados e sugeridos pelos especialistas foram categorizados e descritos na tabela 2. Entre as categorias mais citadas destaca-se os parâmetros oximodinâmicos não invasivos que foram citados 26 vezes (26,5%), como monitorizar sinais vitais, oximetria de pulso, controle do duplo-produto, etc; avaliação de resultado de exames que foram citados 16 vezes (16,3%), como resultado de ecocardiograma, cateterismo cardíaco, resultados de troponina sérica, etc; e o diagnóstico médico que apareceu 12 vezes (12,2%), como por exemplo o tipo do infarto, ou Síndrome Coronariana Aguda.

Tabela 2 - Critérios Utilizados e Sugeridos pelos Especialistas para a Tomada de Decisão quanto ao Tipo de Banho do Paciente na Unidade Coronariana - Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019

Critérios Utilizados	n.	Critérios Sugeridos	n.
Parâmetros oximetria-hemodinâmicos Não invasivos	26 (26,6%)	Desejo do paciente	2 (11,7%)
Parâmetros oximetria-hemodinâmicos invasivos	5 (5,1%)	Dispositivos invasivos (BIA, Swan-Ganz, etc)	4 (23,5%)
Estabilidade Hemodinâmica	17 (17,3%)	Lesões coronarianas	2 (11,7%)
Diagnóstico Médico	12 (12,2%)	Comorbidades	1 (5,9%)
Comorbidades	4 (4,1%)	Escala de coma de Glasgow	1 (5,9%)
Avaliação de Resultado de Exames	16 (16,3%)	Jejum prolongado	1 (5,9%)
Ventilação Mecânica	3 (3,1%)	Condições motoras	2 (11,7%)
Desejo do Paciente	3 (3,1%)	Consumo de O ₂	2 (11,7%)
Risco de queda	11 (11,2%)	Arritmias atriais	1 (5,9%)
Recursos Humanos	1 (1%)	Colonização por bactérias multirresistentes	1 (5,9%)
TOTAL	98 (100%)	TOTAL	17 (100%)

Fonte: produzida pela autora

E dentre os critérios sugeridos destaca-se que a inclusão de dispositivos invasivos que foi sugerido 4 vezes (23,5%). Os enfermeiros especialistas pontuaram ter dúvidas quanto à escolha do tipo de banho dos pacientes que possuíam dispositivos como balão intra aórtico, cateter venoso central, cateter para hemodiálise.

A validação de critérios contou com 22 itens e foi calculado o *alfa de Cronbach* com base nas variâncias calculadas sobre cada item, conforme descrito na tabela 3.

O valor encontrado para o coeficiente α , de acordo com a Tabela 3, foi de aproximadamente 0,9536. Considerando com referência valores entre 0 e 1, quanto mais próximo de 1 maior a confiabilidade do instrumento. Após a exclusão do item de número 6, o coeficiente α foi de 0,9522. Após a retirada do critério de número 9, observa-se que o valor do coeficiente α foi 0,9532. Após a eliminação do critério de número 17, observa-se que o coeficiente α foi para aproximadamente 0,9555. E após a exclusão do itens de número 6, 9 e 17 simultaneamente, como observado na Tabela 4, o valor de α foi de, aproximadamente, 0,9567. Esses itens foram escolhidos por apresentarem menor dependência, ou seja, sua inclusão ou retirada pouco influenciou no Coeficiente Alfa.

Tabela 3 – Validação de Critérios pelos Especialistas, utilizando a Escala Likert, para a Tomada de Decisão quanto ao Tipo de Banho do Paciente na Unidade Coronariana - Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019

Especialistas	CRITÉRIOS																						MÉDIA	TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22		
A	0	0	0	0	0	0	0	1	0,25	0,25	1	0,25	0,25	0	0	0	0,5	0	0	0,25	0,75	0	0,204545	4,5
B	1	1	1	1	1	0,5	1	0,5	1	0,5	0,5	1	1	1	0,5	0,5	0	0,5	0,5	0	0,5	0,5	0,681818	15
C	1	0,75	1	1	1	0,75	0,5	0,5	1	1	0,5	1	1	1	0,5	0,25	0	0,5	0,5	1	0,5	0,5	0,715909	15,75
D	0,75	0,75	1	1	1	1	1	0,5	0,25	1	0	1	1	1	1	1	0,25	1	1	1	0	1	0,786456	17,5
E	1	0,75	1	1	1	0	1	0	0	0,5	1	1	1	0	1	1	0,5	1	0	1	0,25	1	0,681818	15
F	0,5	0,5	1	0,75	0,5	0,25	0,25	0,5	0,5	0,5	0,25	0,25	0,75	0,75	0,25	0,75	0	0,75	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	11
G	0	0,5	0	0	0	0,25	0	0,5	0,5	0	1	0	0	0	0	0,5	0,75	0	0,25	0,25	0,75	0	0,238636	5,25
H	1	1	1	1	1	0,5	0,5	0,75	1	0,75	0,75	1	1	1	1	0,75	1	1	1	1	1	1	0,909091	20
I	0,5	0,75	1	0,75	0,75	0,25	0,25	0,25	0,75	0,75	0,25	0,5	0,75	1	0,5	0,75	0	0,25	0	0,25	0	0,25	0,477273	10,5
J	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	1	0,5	1	1	1	1	1	1	1	1	0,75	1	1	0,943182	20,75
L	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0	0,25	0	0,25	0,25	0	0	0,25	0,25	0,25	0,25	0	0	0	0	0,25	0	0,147727	3,25
M	0	0	0,25	0	0	0,5	0,5	1	1	0,5	0,75	0,25	0	0	0	0	0,75	0,5	0,5	0,5	0,5	0	0,340909	7,5
N	1	1	1	1	1	0,5	0,5	0,25	0,5	0,5	0,25	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,25	0,25	0,25	0,5	0,5	0,5	0,556818	12,25
O	0,5	0,75	0	0	0	1	0,5	1	1	0,25	1	0,25	0	0	0,5	0,25	1	0,5	0,75	0,25	1	0,75	0,511364	11,25
P	0	0	0	0	0	0,25	0	1	0	0,25	1	0	0	0	0	0,25	0,75	0,25	0,75	0,25	0,75	0	0,25	5,5
Q	1	1	1	1	1	0	0,25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,920455	20,25
R	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22
S	1	0,75	1	1	1	0,75	1	0,75	1	0,75	0,75	1	1	1	1	0,75	0,75	1	0,75	0,75	0,75	0,75	0,875	19,25
T	0,75	0,75	0,75	1	1	0,75	0,75	0,75	1	1	0,75	1	1	1	1	1	0,75	1	0,75	0,75	0,75	1	0,875	19,25
U	1	1	1	1	1	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	1	0,75	1	1	1	1	0,75	1	1	1	1	1	0,931818	20,5
V	1	1	0,75	0,75	1	0,5	0,75	0,75	1	1	0,75	0,75	1	1	1	1	0,75	1	0,75	1	0,75	1	0,875	19,25
W	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22
X	0,5	0,5	0,5	0,5	0	0,5	0	1	1	0,75	1	0,75	0,75	0,25	0,5	0,5	1	0,25	0,75	0,5	1	0,75	0,602273	13,25
Y	1	1	0,75	1	0,75	0,25	0,75	0,25	1	0,75	0,25	0,75	0,75	1	1	0,75	0,25	0,5	0,25	0,75	0,75	0,75	0,693182	15,25
Z	1	0,75	1	1	1	0,75	0,75	1	0,75	1	0,75	0,75	1	1	1	1	0,5	1	0,75	1	1	1	0,897727	19,75
A1	1	1	0,75	1	1	0,5	0,75	0,75	1	1	0,5	0,75	0,75	0,75	0,75	1	0,5	0,75	0,75	0,75	0,5	0,5	0,772727	17
A2	1	1	0,5	0,5	1	0,5	0,5	0,75	1	0,75	0,5	1	1	1	1	0,75	0,5	0,75	1	0,5	0,75	1	0,784091	17,25
A3	1	1	1	0,75	0,75	0,75	0,75	0,25	0,25	0,75	0,25	1	1	1	1	0,75	0,25	0,25	0,5	1	0,75	1	0,722273	16
A4	1	0,75	0,75	0,5	0,75	0,75	0,5	0,5	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	1	0,75	0,75	1	0,75	1	0,761364	16,75
Média	0,75	0,741379	0,732759	0,715517	0,715517	0,534483	0,577586	0,648552	0,741379	0,706897	0,646552	0,706897	0,741379	0,696276	0,689655	0,689655	0,577586	0,648552	0,612069	0,661034	0,689655	0,681034		
Variância	0,138393	0,104834	0,138085	0,150654	0,168411	0,105911	0,116533	0,100523	0,118227	0,089594	0,104968	0,129772	0,136084	0,11758	0,141318	0,105603	0,13439	0,131773	0,114224	0,120074	0,087748	0,14686	30,75939	

Coeficiente α de Cronbach = 0,953628

DISCUSSÃO

A predominância de especialistas do sexo feminino, deve-se ao fato de que a enfermagem é uma profissão conhecida por ser historicamente composta por mulheres, sendo comum encontrar o seguinte perfil: Ser mulher, jovem e sem filhos, nas equipes abordadas. (SILVA, 2017)

O tempo médio de experiência maior que sete anos, são relevantes, pois a inexperiência pode relacionar-se a falhas relacionadas a imperícia, colocando em risco a qualidade do cuidado prestado e segurança do paciente e dos demais colegas de equipe. (MAURICIO et al, 2017)

Quanto ao perfil profissional observa-se um aumento de enfermeiros especialistas no país, considerando como hipótese para procura por especializar-se dos setores de Terapia Intensiva que necessitam que profissionais capacitados e prontos para lidar com situações complexas, com velocidade e precisão. Essas situações complexas que para a tomada de decisão nas UTIs exigem um enfermeiro esteja preparado para o enfrentamento dos problemas éticos e técnicos, logo, o enfermeiro precisa se especializar. (VIANA, 2014)

Os critérios sugeridos pelos especialistas como, a avaliação de parâmetros oximétricos, por exemplo, corroboram estudos encontrados na literatura, tais como controle do duplo-produto, da frequência cardíaca e níveis pressóricos, assim como monitorar oximetria de pulso e saturação venosa central como parâmetro de consumo de O₂. A monitorização desses parâmetros antes, durante e após permite conduzir o banho do paciente coronariopata com maior segurança, evitando intercorrências relacionadas a instabilidade hemodinâmica. (LIMA; LACERDA, 2010; COSTA et al, 2018; MOREIRA et al, 2018)

Os resultados comprovaram a validade do conteúdo do instrumento, porém, deverá ser submetido a mais análises para verificar as demais validações, como o cálculo do índice de validade de conteúdo (CUCOLO; PERROCA, 2015)

O valor mínimo aceitável para o *alfa de Cronbach* é 0,70, valores menores que esse, reduzem a consistência interna da escala utilizada. Por outro lado, o valor máximo esperado é 0,90, acima deste valor, pode-se considerar que há vários elementos que estão medindo exatamente o mesmo de um constructo, ou seja, o instrumento deve ser enxuto. Usualmente, são preferidos valores de alfa entre 0,80 e 0,90. (HORA et al, 2010; ALMEIDA; SANTOS; COSTA, 2010)

É importante saber que o valor de alfa é influenciado pela quantidade de itens que compõem uma escala. À medida que se aumenta esse número, aumenta-se a variância, de tal

forma que é encontrado um valor superestimado de consistência interna. (HORA et al, 2010; ALMEIDA; SANTOS; COSTA, 2010)

A confiabilidade mediante correlação dos itens pode ser mensurada realizando a eliminação de alguns itens do questionário. Se com a eliminação de um item o Coeficiente α aumentar, pode-se afirmar que esse item não é altamente correlacionado com os outros itens do instrumento. Por outro lado, se houver uma diminuição do α , pode-se presumir que esse item é altamente correlacionado com os outros itens da escala. Assim, o α de Cronbach sugere se a escala é realmente confiável, pois avalia como os itens refletem na sua confiabilidade. (MATTHIENSEN, 2011; HORA et al., 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os critérios foram considerados validados por meio do *coeficiente α de Cronbach*. Pode-se considerar que instrumento tem consistência interna, sendo considerado apto para a construção do algoritmo que guiará o enfermeiro para a tomada de decisão com relação a escolha do tipo do banho do paciente coronariopata. Para a elaboração do algoritmo também serão considerados o critérios utilizados e sugeridos pelos especialistas, descritos na tabela 2.

Este estudo pode ter sofrido influência do grande número de afirmativas, mesmo com a exclusão de alguns itens durante o processo de avaliação da consistência interna, contribuindo para um valor maior do coeficiente α . Salienta-se a necessidade de elaboração e validação de instrumentos para que possam contribuir com ações e intervenções qualificadas e seguras na área da saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Diogo; SANTOS, Marco Aurélio Reis dos; COSTA, Antônio Fernando Branco. PLICAÇÃO DO COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH NOS RESULTADOS DE UM QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DA SAÚDE PÚBLICA. **XXX Encontro Nacional de Engenharia de Produção: Maturidade e desafios da Engenharia de Produção: competitividade das empresas, condições de trabalho, meio ambiente**, São Carlos, n. , p.1-12, dez. 2010.

COSTA, Geisiane Souza et al . BANHO NO LEITO EM CUIDADOS CRÍTICOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. **Rev. baiana enferm.**, Salvador , v. 32, e20483, 2018. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S217886502018000100501&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 fev. 2019. Epub 13-Ago 2018. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v32.20483>.

CUCOLO, Danielle Fabiana; PERROCA, Márcia Galan. Instrument to assess the nursing care product: development and content validation. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 23, n. 4, p.642-650, ago. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0448.2599>

DALMORO, Marlon; VIEIRA, Kelmara Mendes. Dilemas na construção de escalas tipo likert: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados? **Revista Gestão Organizacional**, Santa Catarina, v. 6, n. 3, p.161-174, 2013.

HERDY, A. H. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz Sul-Americana de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular. **Arq Bras Cardiol** 2014; 103(2Supl.1): 1-31.

HORA, H. R. M. et al. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. **Produto & Produção**, v.11, n.2, p.85-103, 2010

LIMA, Dalmo Valério Machado de; LACERDA, Rubia Aparecida. Repercussões oxihemodinâmicas do banho no paciente em estado crítico adulto hospitalizado: revisão sistemática. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 23, n. 2, p. 278-285, Apr. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000200020&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000200020>.

MEDEIROS, Rosana et al. Pasquali's model of content validation in the Nursing researches. **Revista de Enfermagem Referência**, [s.l.], v. , n. 4, p.127-135, 5 mar. 2015. Health Sciences Research Unit: Nursing. <http://dx.doi.org/10.12707/riv14009>.

MATTHIENSEN, Alexandre. Uso do Coeficiente Alfa de Cronbach em Avaliações por Questionários. **Embrapa**, Roraima, v. 48, p.1-31, dez. 2011.

MAURICIO, Luiz Felipe Sales et al . Prática profissional do enfermeiro em unidades críticas: avaliação das características do ambiente de trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 25, e2854, 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100315&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Fev. 2019. Epub Mar 09, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1424.2854>.

MENEZES, Luana Possamai. **Atenção domiciliar : validação de critérios de inclusão na atenção básica de saúde**.2017. 96 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2017.

MODAS, D.A.S.; NUNES, E.M.G.T.; CHAREPE Z.B. Causas de atraso na alta hospitalar no cliente adulto: scoping review. **Rev Gaúcha Enferm.** 2019;40:e20180130 doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180130>

MOKKINK, Lidwine B. et al. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. **Quality of life research**, v. 19, n. 4, p. 539-549, 2010.

MOREIRA, Samara Oliveira et al. Variation of the double product in patients after acute myocardial infarction submitted to aspersion bath / Variação do duplo-produto em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio submetidos ao banho de aspensão. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p.1020-1025, 4 out. 2018. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1020-1025>.

MOZAFFARIAN, Dariush et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2015 Update. **Circulation**, [s.l.], v. 131, n. 4, p.29-322, 27 jan. 2015. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1161/cir.000000000000152>.

SILVA, Cleivison José Barbosa da et al. Bed bath for infarcted patients: crossover of the hydrothermal control 40°C versus 42.5°C. **Online Brazilian Journal of Nursing**, [S.l.], v. 15, n. 3, p. 341-350, sep. 2016. ISSN 1676-4285. Available at: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4233>>. Date accessed: 10 Jan. 2019. doi:<https://doi.org/10.17665/1676-4285.20164233>.

SILVA, Giselle Cristina da. **Protocolo de Enfermagem no implante de valva aortica transcaterter: um direcionamento para o cuidado**. 2017. 144 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

SOUZA, Ana Cláudia de; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; GUIARDELLO, Edinêis de Brito. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 26, n. 3, p. 649-659, set. 2017 . Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742017000300649&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 25 jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022>.

VIANA, Renata Andrea Pietro Pereira et al Perfil do enfermeiro de terapia intensiva em diferentes regiões do Brasil. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 23, n. 1, p. 151-159, Mar. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072014000100151&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072014000100018>.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, n. 44, 2016.

6. PRODUTO ACADÊMICO

6.1. ARTIGO 2 – ELABORAÇÃO DE ALGORITMO PARA A ESCOLHA DO BANHO DO PACIENTE NA UNIDADE CORONARIANA.

RESUMO

Objetivo: Estruturar os itens validados em formato de algoritmo para a escolha do banho do paciente coronariopata em uma Unidade Coronariana. **Método:** Trata-se de estudo exploratório, metodológico com abordagem quantitativa para elaboração do algoritmo para tomada de decisão referente a escolha do banho no paciente coronariopata. **Resultados:** Foram 19 itens validados e 19 itens sugeridos e utilizados pelos especialistas. Destes, após categorização, foram selecionados 19 itens, organizados em formato de algoritmo, com respostas dicotômicas (sim ou não) que sugere a cada final de fluxo o tipo do banho (não banho, banho no leito ou banho de aspersão) indicado ao paciente, devido suas condições clínicas no momento da avaliação. **Conclusão:** O algoritmo elaborado norteia o enfermeiro na escolha do tipo do banho que será oferecido ao paciente coronariopata, através de parâmetros clínicos validados baseados nos achados da literatura. Este estudo necessita de validação do algoritmo para sua utilização clínica.

DESCRITORES: Banhos; Doença de coronárias; Assistência de enfermagem; Cuidados críticos; Software Design; Tecnologia da Informação .

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares foram as principais responsáveis pelas causas de mortalidade no mundo, segundo dados de 2015 da American Heart Association (AHA). Quanto às Síndromes Coronarianas Agudas (SCA), destaca-se o infarto agudo do miocárdio (IAM), em 2015 a taxa de mortalidade foi de 11,8 no Brasil, e 14,9 estado do Rio de Janeiro. (MOZAFFARIAN et al., 2015; SILVA et al, 2015)

O paciente que apresenta diagnóstico médico definido como SCA, necessita de internação em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) específica denominada Unidade Coronariana. Neste setor é oferecida uma assistência orientada por protocolos clínicos e apoiada em diretrizes de forma a contribuir na sua recuperação, minimizar o risco de complicações e

prevenir os danos. Entre os protocolos que envolvem esse cuidado destaca-se o banho, que pode ser classificado como no leito ou de aspersão.

Observa-se que, embora o banho seja associado a uma boa assistência à saúde, também causa preocupações sobre efeitos fisiológicos negativos, como um desequilíbrio oxihemodinâmico, diminuição da complacência dos alvéolos, influência na mecânica respiratória, assim como na oxigenação arterial, quando mal indicado ou mal conduzido (GARCIA, 2015).

O banho de aspersão é a higiene corporal no chuveiro, direcionado aos pacientes mais independentes e hemodinamicamente estáveis, com intuito de estímulo ao autocuidado e reabilitação após a ocorrência da SCA (OLIVEIRA, GARCIA, SÁ, 2003).

Banho no leito é a higiene corporal realizada na cama pela equipe de enfermagem, para os pacientes que precisam de repouso absoluto. No paciente coronariopata agudo é o mais vantajoso, pois diminui o esforço físico, e conseqüentemente o consumo de oxigênio. Pelo fato de o paciente estar monitorizado enquanto é submetido a este procedimento técnico, pode-se prevenir eventuais instabilizações oxihemodinâmicas (LIMA, LACERDA, 2010).

Assim, supõe-se que a mobilização precoce do paciente coronariopata, quando indicado, sob condições estáveis, pode colaborar na sua reabilitação cardíaca após o evento cardiovascular, corroborando em melhora da qualidade de vida após a alta hospitalar, devolvendo autonomia ao paciente. (MOREIRA, SILVA, ASSIS, 2014)

Observando aspectos supracitados, constata-se a necessidade de uma sistematização para tomada de decisão quanto ao banho do paciente coronariopata em uma Unidade Coronariana, baseando-se em parâmetros clínicos para uma avaliação crítica dessa escolha. Com isso, este estudo tem como objetivo: Estruturar os itens validados em formato de algoritmo para a escolha do banho do paciente coronariopata em uma Unidade Coronariana.

Os algoritmos são elaborados por uma sequência de etapas finitas, em que cada etapa depende do resultado da anterior indicando ao resultado esperado. São comumente empregados na área da saúde, são caracterizados por instrumentos simples e de fácil acesso que oferecem uma visão completa do processo, auxiliando na tomada de decisões (CUNHA et al., 2017; SPTIZ; LIMA, 2017).

MÉTODO

Trata-se de estudo exploratório, metodológico com abordagem quantitativa para elaboração do algoritmo para tomada de decisão referente a escolha do banho no paciente coronariopata.

Este estudo é parte da dissertação de mestrado, de título “Aplicativo móvel para a escolha do banho do paciente em uma unidade coronariana” do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEH). Os dados foram obtidos a partir da validação de critérios para tomada de decisão referente a escolha do banho no paciente coronariopata. Esses dados foram categorizados e organizados como algoritmo.

Foram 22 critérios submetidos à validação pela Escala Likert por 29 especialistas, destes 19 itens validados, através do coeficiente α de Cronbach, e 19 itens foram descritos como sugeridos e utilizados pelos especialistas em sua experiência profissional.

Como o estudo proposto foi submetido à avaliação de enfermeiros especialistas previamente, necessitou de apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares e, para tanto, o estudo foi incluído na plataforma Brasil com CAAE 89496018.9.0000.528 obtendo parecer de nº 2.759.149. Os enfermeiros que concordaram em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que estava disponível no mesmo ambiente virtual onde se encontrava o instrumento seria validado pelos enfermeiros.

RESULTADOS

Foram analisados os critérios utilizados e sugeridos pelos especialistas para a tomada de decisão quanto ao banho do paciente na Unidade Coronariana em sua experiência profissional, acrescidos dos critérios validados a serem considerados na elaboração do algoritmo. Como observado na tabela 1.

Foram 19 critérios validados e 19 sugeridos e validados, estes foram categorizados conforme pertinência, eliminando as repetições e transformado nos 19 itens encontrados no Quadro 1.

Tabela 1 – Critérios Validados, Utilizados e Sugeridos pelos Especialistas para a Tomada de Decisão quanto ao Tipo de Banho do Paciente na Unidade Coronariana - Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019

CRITÉRIOS VALIDADOS	CRITÉRIOS SUGERIDOS E UTILIZADOS
Infarto agudo do miocárdio muito recente (< 72 h)	Parâmetros oxi –hemodinâmicos Não invasivos
Angina instável (< 72 h da estabilização)	Parâmetros oxi –hemodinâmicos invasivos
Hipertensão arterial descontrolada	Estabilidade Hemodinâmica
Suspeita de lesão de tronco de coronária esquerda, instabilizada ou grave	Risco de queda
Tromboembolismo pulmonar e tromboflebite – fase aguda	Diagnóstico Médico
Quadro infeccioso sistêmico agudo	Comorbidades
Sem arritmias complexas	Avaliação de Resultado de Exames
Grau de Disfunção ventricular esquerda	Ventilação Mecânica
Assintomático	Desejo do Paciente
Sobreviventes de parada cardíaca ou morte súbita	Recursos Humanos
Arritmias ventriculares	Arritmias atriais
Infarto de miocárdio ou cirurgia cardíaca com choque cardiogênico; insuficiência cardíaca congestiva e/ou isquemia pós-procedimento	Desejo do paciente
Uso de aminas	Dispositivos invasivos (BIA, Swan-Ganz, etc)
Hemodinâmica anormal com o exercício	Lesões coronarianas
Uso de vasodilatadores venosos	Colonização por bactérias multirresistentes
Ventilação não invasiva	Escala de coma de Glasgow
Hipotensão ortostática	Jejum prolongado
Deficit Motor	Condições motoras
Delirium/ Agitação Psicomotora	Consumo de O2

Fonte: produzida pela autora

Quadro 1 - Critérios utilizados na Elaboração do Algoritmo para a Tomada de Decisão quanto ao Tipo de Banho do Paciente na Unidade Coronariana - Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019

N	ITEM	DEFINIÇÃO
1	Infarto agudo do miocárdio < 72 h	Ocorre quando o tecido miocárdico é destruído em regiões por isquemia do tecido e a falta de irrigação sanguínea no músculo cardíaco pode ocasionar lesões irreversíveis na parte posterior, anterior, inferior ou lateral. (ARAÚJO; MARQUES, 2007)
	Angina < 72 h da estabilização	Precordialgia presente em repouso ou aos mínimos esforços com duração em torno de 10 a 30 minutos, e acompanhada de desconforto, que geralmente não melhora com o repouso (ARAÚJO; MARQUES, 2007).
2	Hipertensão arterial (PAS > 180 mmHg e/ou PAD > 110 mmHg)	Indivíduos hipertensos com risco cardiovascular alto (PAS > 180 mmHg e/ou PAD > 110 mmHg) que são mais predispostos às complicações cardiovasculares, especialmente infarto do miocárdio (MALACHIAS, 2016)
3	Lesão grave de tronco de coronária esquerda	Pacientes com lesão grave de tronco apresentam maior risco de novo evento isquêmico, principalmente quando apresentam angina (ROCHA; SILVA, 2003).
4	Tromboembolismo pulmonar	Ocorre quando um trombo, formado no sistema venoso profundo, atravessa as cavidades direitas do coração, obstrui a artéria pulmonar ou seus ramos (CARMELLI, 2004)
5	Sepse	Disfunção orgânica, caracterizada pelo aumento em 2 pontos no escore <i>Sequential Organ Failure Assessment</i> (SOFA), secundária à resposta desregulada do hospedeiro a uma infecção. (VIANA; MACHADO; SOUZA, 2017)
6	Disfunção grave de ventrículo esquerdo	Disfunção grave ventricular esquerda (fração de ejeção menor que 40%) é um importante fator de risco para doença cardiovascular (MORAIS; CASTILLO, 2014)
7	Precordialgia	Pacientes em vigência de precordialgia, sugestivo de novo episódio isquêmico ou instabilização de lesões já existentes (NICOLAU, 2014)
8	Sobreviventes de parada cardíaca ou morte súbita	Manutenção da pressão arterial sistólica ≥ 90 mmHg, administração de drogas vasoativas, investigação das causas da parada, manutenção da pressão arterial média ≥ 65 mmHg, punção de acesso venoso central, administração de cristaloides e sondagem vesical de demora, são ações que visam adequar as condições cardiovasculares e a perfusão de órgãos e sistemas, uma vez que a morte, decorrente de falência de múltiplos órgãos, está associada a baixo débito cardíaco persistente nas primeiras 24 horas após a ressuscitação cardiopulmonar. (MAURICIO et al, 2018)
9	Arritmias ventriculares - Taquicardia Ventricular não sustentada e sustentada, Bloqueios de Ramo	A possibilidade de surgimento de arritmias ventriculares súbitas e fatais no IAM recomenda que todos pacientes sejam monitorizados com ECG contínuo na admissão hospitalar, a qual deve ser mantida durante o período de investigação diagnóstica e suspensa entre 12 a 24 horas após a estabilização clínica. (PIEGAS et al, 2015)

N	ITEM	DEFINIÇÃO
10	Complicações como choque cardiogênico; insuficiência cardíaca congestiva e/ou isquemia pós-procedimento	O choque cardiogênico é um estado de hipoperfusão tecidual generalizado, caracterizado por PAS usualmente < 90 mmHg, índice cardíaco < 1,8L/min/m ² e pressões de enchimento elevadas. A utilização de fármacos vasoativos está recomendada, sendo a dobutamina o inotrópico de escolha, nas doses de 5 a 15 mcg/kg/minuto isolada, ou associada à dopamina ou norepinefrina. (PIEGAS et al, 2015)
11	Paciente estável as custas de farmacos vasoativos	Pacientes em uso aminas vasoativos, como por exemplo, Noradrenalina, Dobutamina, Dopamina.
12	Estabilidade Hemodinâmica	Ausência dos seguintes sinais e sintomas: dor, hipotensão, dispneia ou alteração aguda do nível de consciência Pressão Arterial Média (PAM) menor que 60 mmHg e uma SvO ₂ menor que 65%. (PIEGAS et al, 2015)
13	Vasodilatadores intravenosos (nitroglicerina e nitroprussiato de sódio)	Paciente em uso de vasodilatadores intravenosos como: Nitroprussiato de sódio: 1 a 5 mg/kg/min Nitroglicerina: 5 µg/min (PIEGAS et al, 2015)
14	Risco de queda	Classificação do risco pela Escala de <i>Morse</i>
15	Duplo-produto controlado	O Duplo-Produto é definido como produto entre Frequência Cardíaca e Pressão Arterial Sistólica (FC X PAS). duplo-produto máximo > 21.700 mmHg x bpm (PIEGAS et al, 2015)
16	Ventilação mecânica	Uso de suporte ventilatório invasivo com apoio de ventilador mecânico e possível necessidade de sedação.
17	Dispositivos invasivos (BIA, Swan-Ganz, etc)	Uso de dispositivo hemodinâmico e/ou mecânico cardíaco invasivo com possível necessidade de imobilização.
18	Arritmias atriais (fibrilação atrial e flutter atrial)	Paciente com fibrilação atrial, possuem maior risco de embolização sistêmica, principalmente nas primeiras 24 horas, até o quarto dia de hospitalização. A anticoagulação com heparina é indicada. Tentativas de cardioversão medicamentosa ou elétrica em pacientes sem instabilidade hemodinâmica devem ser realizadas nas primeiras 48 horas do início da arritmia.(PIEGAS et al, 2015)
19	Desejo do Paciente	A vontade do paciente será considerada ao final do algoritmo. O paciente pode ou não concordar com a escolha do banho de aspersão, sendo direcionado ao banho no leito.

Fonte: produzida pela autora

O item 1 do Quadro 1, que anteriormente era dividido, foi adaptado deste modo, tendo em vista que o paciente apresentará um ou outro diagnóstico, facilitando a elaboração do algoritmo.

O item 12 do Quadro 1, Estabilidade Hemodinâmica:

- **Validados:** 7- Sem arritmias complexas, 9- Assintomático.

- **Utilizados e Sugeridos:** parâmetros oximetria –hemodinâmicos invasivos; parâmetros oximetria – hemodinâmicos não invasivos; Consumo de O₂.

O item 14 do Quadro 2, Risco de queda, surgiu a partir dos seguintes critérios:

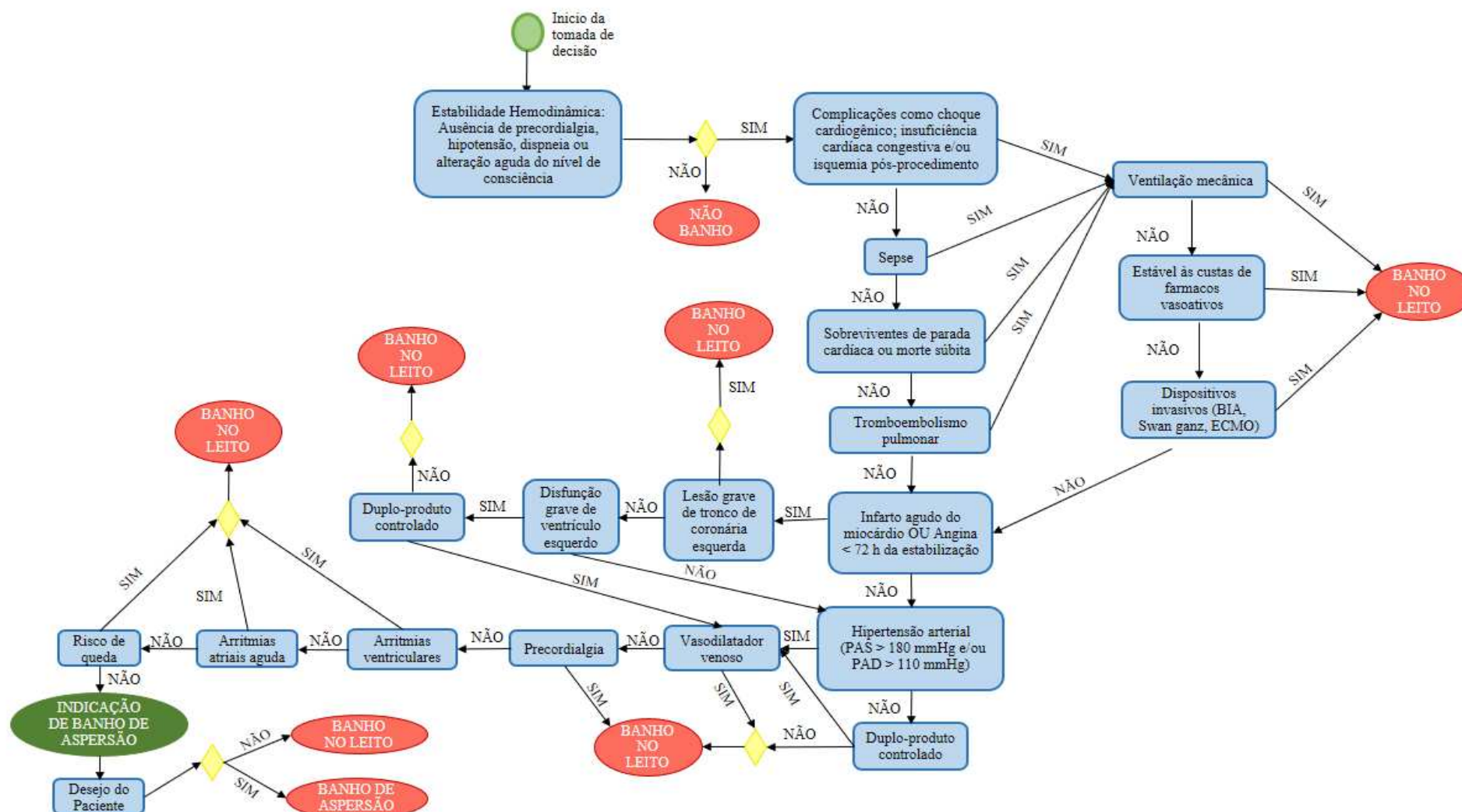
- **Validados:** 16. Hemodinâmica anormal com o exercício; 20.Hipotensão ortostática; 21. Deficit Motor; 22.Delirium/ Agitação Psicomotora

- **Utilizados e Sugeridos:** Risco de queda; Condições motoras; Nível de consciência; Escala de coma de Glasgow; Jejum prolongado.

Os critérios: Ventilação não invasiva; Colonização por bactérias multirresistentes; Comorbidades; e Avaliação de resultados de exames, foram excluídos por não serem considerados critérios capazes de auxiliar na escolha do tipo de banho.

Baseando-se nos itens do Quadro 1, o algoritmo para a escolha do banho foi elaborado com respostas dicotômicas (sim ou não) estruturado seguindo os achados bibliográficos que nortearam sua ordem. Como desfecho esperado pode-se esperar: banho não recomendado no momento(não banho), banho no leito e banho de aspersão.

Figura 1- Algoritmo para Tomada de Decisão quanto ao Banho do Paciente em uma Unidade Coronariana, Rio de Janeiro, RJ, 2019.



Fonte: produzido pela autora

DISCUSSÃO

A tomada de decisão é a escolha feita entre duas ou mais alternativas disponíveis, ou seja é a escolha da melhor alternativa, a que mais beneficiará o paciente e a instituição. A alternativa que garantirá maior segurança na realização do cuidado (BERTONCINI et al, 2013).

A assistência em terapia intensiva é considerada como uma das mais complexas do sistema de saúde. Afinal, os pacientes mais graves das unidades hospitalares são alocados nas UTI, demandando o uso inevitável de tecnologias avançadas e, principalmente, exigindo pessoal capacitado para tomada de decisões rápidas e adoção de condutas imediatas. Deste modo, o absenteísmo de profissionais de enfermagem na unidade pode gerar riscos aos pacientes. A adoção de medidas protetivas a segurança do paciente devem ser adotadas nestes casos, como por exemplo, o banho no leito, devido ao menor quantitativo da equipe, esse tipo de banho permite um maior controle das possíveis intercorrências relacionadas ao cuidado (DE CARVALHO SILVA, 2016).

A monitorização hemodinâmica é um importante elemento do cuidado com o paciente criticamente enfermo. O conhecimento da função cardiovascular, o seguimento das intervenções terapêuticas e a necessidade de diagnóstico diferencial tornam as técnicas de monitorização um componente fundamental para o desfecho desses pacientes. Nas UTIs, a monitorização continua permite verificar sinais de instabilidade precocemente, e por meio desses sinais o desenvolvimento de estratégias que não exponham esses pacientes, como a não realização do banho no paciente que apresente sinais de instabilidade, aguardando sua compensação clínica para sua execução (DIAS et al., 2014).

A essência da enfermagem em cuidados intensivos não está no ambiente ou nos equipamentos especiais, mas no processo de tomada de decisão, baseada na compreensão das condições fisiológicas e psicológicas do paciente, com ênfase em uma assistência segura. A ocorrência de eventos iatrogênicos na assistência coloca em risco a vida de pacientes e tem merecido atenção dos enfermeiros na busca por cuidados que assegurem um mínimo de riscos (BARBOSA et al, 2014).

Este estudo desenvolveu um algoritmo que servirá como ferramenta clínica no apoio a tomada de decisão do enfermeiro quanto a escolha do banho do paciente coronariopata. A elaboração do algoritmo contou com um pesquisa prévia desenvolvida baseada em evidências científicas existentes na literatura e com o conhecimento e a experiência de Enfermeiros Intensivistas, também chamados de Especialistas pela pesquisa.

A escolha do banho adequada pode minimizar o tempo de internação e redução dos custos e reintegração precoce do paciente a sociedade. A escolha do temática surgiu das dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros assistenciais na escolha e indicação do banho ao paciente coronariopata em um Unidade de Terapia Intensiva. O algoritmo oferece fundamentação teórica e prática aos enfermeiros, e contribui com a sistematização no processo de escolha do tipo de banho, resultando em melhoria da assistência prestada ao paciente, cuidado individualizado e sistematizado, e maior segurança para o profissional da saúde e para o paciente (CUNHA, et al 2017).

Este estudo teve com limitação, a não verificação da segurança do algoritmo através da sua aplicação durante a assistência prestada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prescrição do banho como cuidado e atividade da equipe de enfermagem é privativa do profissional enfermeiro. Por isso, utilizando estafirmativa como pressuposto, destaca-se que algoritmo elaborado norteia o enfermeiro na escolha do tipo do banho que será oferecido ao paciente coronariopata, através de parâmetros clínicos validados por especialistas baseados nos achados da literatura. Este estudo necessita de validação do algoritmo para sua utilização clínica.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Rachel Damaceno de; MARQUES, Isaac Rosa. Compreendendo o significado da dor torácica isquêmica de pacientes admitidos na sala de emergência. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 6, n. 60, p.676-680, nov./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n6/10.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

BARBOSA, Taís Pagliuco et al . Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 27, n. 3, p. 243-248, jun. 2014 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000300243&lng=pt&nrm=iso

BERTONCINI, Cristine et al. Processo decisório: a tomada de decisão. **Revista FAEF**. 5(3), 8-34. 2013.

CARAMELLI, Bruno et al . Diretriz de Embolia Pulmonar. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 83, supl. 1, p. 1-8, Aug. 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2004002000001&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2004002000001>.

CUNHA, Diequison Rite da et al. Development and validation of an algorithm for laser application in wound treatment. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 25, n. 0, p.1-9, 4 dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1998.2955>

DE CARVALHO SILVA, Larissa Gutierrez et al. O absenteísmo da equipe de enfermagem de um hospital universitário público The absenteeism of the team of nursing of a public university hospital. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 4, n. 2, p. 88-94, 2016.

DIAS, Fernando Suparregui et al. Hemodynamic monitoring in the intensive care unit: a Brazilian perspective. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, [s.l.], v. 26, n. 4, p.360-366, 2014. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20140055>.

GARCIA, Andrea dos Santos. **REPERCUSSÕES CARDIORRESPIRATÓRIAS RELACIONADAS AO BANHO NO LEITO DE PACIENTES EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**. 2015. 13 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

LIMA, Dalmo Valério Machado de; LACERDA, Rubia Aparecida. Repercussões oxihemodinâmicas do banho no paciente em estado crítico adulto hospitalizado: revisão sistemática. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 2, n. 23, p.278-285, mar./abr. 2010

MALACHIAS, M. V. B., et al. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Arq Bras Cardiol. 2016;107(3 Supl. 3):1-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v107n3s3/0066-782X-abc-107-03-s3-0049.pdf>.

MAURICIO, Evelyn Carla Borsari et al . Resultados da implementação dos cuidados integrados pós-parada cardiorrespiratória em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 26, e2993, 2018 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100325&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Mar. 2019. Epub July 16, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2308.2993>.

MORAIS, Lídia Gomes de; CASTILLO, José Maria del. "PAPEL DA ECOCARDIOGRAFIA NO DIAGNÓSTICO DA DISFUNÇÃO VENTRICULAR ESQUERDA" (Revisão da Literatura). **News: Artigos Cetrus**, São Paulo, v. 55, n. 5, p.1-13, abr. 2014.

MOREIRA, Samara Oliveira; SILVA, Renata Flavia de Abreu; ASSIS, Allan Peixoto de. **Variação do duplo-produto em pacientes com infarto agudo do miocárdio submetidos ao banho de aspersão**. 2014. 12 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

MOZAFFARIAN, Dariush et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2015 Update. **Circulation**, [s.l.], v. 131, n. 4, p.29-322, 27 jan. 2015. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1161/cir.000000000000152>.

NICOLAU JC, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST. **Arq Bras Cardiol** 2014; 102(3Supl.1):1-61.

PIEGAS, L. S. et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. **Arq Bras Cardiol**. 2015; 105(2):1-105

OLIVEIRA, Elóide André; GARCIA, Telma Ribeiro; SA, Lenilde Duarte de. Aspectos valorizados por profissionais de enfermagem na higiene pessoal e na higiene corporal do paciente. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 56, n. 5, p. 479-483, out. 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672003000500002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 ago. 2016.

ROCHA, Antônio Sérgio Cordeiro da; SILVA, Paulo Roberto Dutra da. Os Portadores de Lesão do Tronco da Coronária Esquerda Podem Esperar pela Cirurgia de Revascularização? **Arq Bras Cardiol**, v. 80, n. 3, p.187-190, 2003.

SILVA, Fernando Morita Fernandes et al. Tratamento atual da síndrome coronária aguda sem supradesnivelamento do segmento ST. **Einstein** (16794508), v. 13, n. 3, 2015.

SPTIZ, Viviane de Moraes; LIMA, Dalmo Valério Machado de. **CONSTRUÇÃO DE UM ALGORITMO BASEADO EM EVIDÊNCIAS PARA O BANHO NO LEITO EM PACIENTES COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA**. 2017. 123 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2017.

VIANA, Renata Andréa Pietro Pereira; MACHADO, Flavia Ribeiro; SOUZA, Juliana Lubarino Amorim de. **SEPSE: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA: A atuação e colaboração da Enfermagem na rápida identificação e tratamento da doença**. 2. ed. São Paulo: Coren Sp, 2017. 65 p.

7.PRODUTO

O aplicativo móvel, chamado *BATH CHOICE*, foi elaborado por um colaborador que o utiliza a interface de desenvolvimento *Android Studio*® com a linguagem *Java*® a partir do algoritmo baseado nos achados do julgamento prévio dos especialistas para auxiliar na tomada de decisão quanto ao banho do paciente em uma Unidade Coronariana.

O aplicativo apresenta um *layout* amigável ao usuário, cada critério apresentará alternativas dicotômicas (Sim e Não) para sua escolha. Ao final aparecerá o resultado da tomada de decisão quanto ao tipo do banho (banho não recomendado, banho no leito ou banho de aspersão). São ao todo 19 critérios de avaliação e seu tempo preenchimento é de aproximadamente 3 minutos. O software permite o cadastramento de novos usuários mediante a senha que será disponibilizada, e sua utilização é exclusiva por profissionais enfermeiros.

O uso da tecnologia como ferramenta para proporcionar segurança ao paciente ocorre devido a dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) que alertam que 1 em cada 10 pacientes apresentam danos durante a assistência em saúde, com uma taxa anual de 43 milhões de eventos adversos relacionados à prática assistencial insegura. As consequências desta prática pode aumentar o tempo de internação e, conseqüentemente, os custos hospitalares. (SPTIZ; LIMA, 2017)

Para utilização do aplicativo recomenda-se que o gestor adquira um *tablet* para cada unidade que será aplicado. Por um cotação comercial básica, pressupõe que o custo ao gestor poderá variar entre 300 e 800 reais, dependendo da marca e tamanho do aparelho.

Para sua disponibilização para *download*, sugere-se a validação através de um estudo piloto, para garantir a segurança ao paciente.

7.1 ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DO PRODUTO

Elucida-se a necessidade de elaboração de POPs (Procedimento Operacional Padrão) institucionais para orientação utilização do algoritmo.

Para implementação do produto em uma Unidade Coronariana, sugere-se que ocorram treinamentos periódicos com os enfermeiros sobre as temáticas abordadas no algoritmo visando a obtenção do resultado correto no algoritmo, promovendo a segurança da escolha do banho.

É importante a fixação do algoritmo, no formato de Postêr, no posto de enfermagem, e que esteja acompanhado de um protocolo que vise esclarecer as eventuais dúvidas quanto a utilização do algoritmo.

Incentivar, os responsáveis por gerenciar a Unidade Coronariana em questão, a realizarem pesquisas científicas voltadas ao uso do algoritmo, afim de obter um indicador de qualidade associado a sua utilização.

8.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Rachel Damaceno de; MARQUES, Isaac Rosa. Compreendendo o significado da dor torácica isquêmica de pacientes admitidos na sala de emergência. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 6, n. 60, p.676-680, nov./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n6/10.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

BRASIL. Constituição (1986). Lei nº 7.948, de 25 de junho de 1986. . Brasília, DF, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 28p.

CASSIANI, S. H. B.; GIMENES, F. R. E.; MONZANI, A. A. S. O uso da tecnologia para a segurança do paciente. **Rev Eletr Enferm** [Internet]. 2009 [acesso em: 30 nov 2017];11(2):413-7. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a24.htm>.

CARAMELLI, Bruno et al . Diretriz de Embolia Pulmonar. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 83, supl. 1, p. 1-8, Aug. 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2004002000001&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2004002000001>.

COLUCCI, Marina Zambon Orpinelli; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; MILANI, Daniela. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 3, p. 925-936, mar. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300925&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 abr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>.

CREA, Filippo; BINDER, Ronald K.; LUSCHER, Thomas F. The year in cardiology 2016: acute coronary syndromes, **European Heart Journal**, Volume 38, Issue 3, 14 January 2017, Pages 154–164, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw620>

CUNHA, Diequison Rite da et al. Development and validation of an algorithm for laser application in wound treatment. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 25, n. 0, p.1-9, 4 dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1998.2955>

DALMORO, Marlon; VIEIRA, Kelmara Mendes. Dilemas na construção de escalas tipo likert: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados? **Revista Gestão Organizacional**, Santa Catarina, v. 6, n. 3, p.161-174, 2013.

Diretriz de Reabilitação Cardíaca. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 84, n. 5, p. 431-440, May 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2005000500015&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Fev 2019.

GARCIA, Andrea dos Santos. **REPERCUSSÕES CARDIORRESPIRATÓRIAS RELACIONADAS AO BANHO NO LEITO DE PACIENTES EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**. 2015. 13 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

GUERRA, Eduardo Martins.; PERILLO, José Roberto Campos . A Evolução da Linguagem Java. **Mundojava** (Curitiba), Curitiba, , v. 36, p. 36 - 47. 10 set. 2009.

HERDY, A. H. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz Sul-Americana de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular. **Arq Bras Cardiol** 2014; 103(2Supl.1): 1-31.

LIMA, Dalmo Valério Machado de; LACERDA, Rubia Aparecida. Repercussões oxihemodinâmicas do banho no paciente em estado crítico adulto hospitalizado: revisão sistemática. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 2, n. 23, p.278-285, mar./abr. 2010.

LÔBO, Clariane Ramos; DE ALMEIDA SARAIVA, Tatiane Lopes. Importância do procedimento banho no leito para atendimento em enfermagem. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 7, n. 20, p. 82-90, 2017.

LOPES, Juliana de Lima et al . Comparing Levels of Anxiety During Bed and Shower Baths in Patients with Acute Myocardial Infarction. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 18, n. 2, p. 217-223, abr. 2010. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692010000200012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 mar. 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000200012>

LOPES, Juliana de Lima et al . Construção e validação de um manual informativo sobre o banho no leito. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 26, n. 6, p. 554-560, Dec. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002013000600008&lng=en&nrm=iso>. access on 22 July 2016.

LOPES, Juliana de Lima et al . Mobilization and early hospital discharge for patients with acute myocardial infarction: literature review. **Acta paul. enferm.** São Paulo , v. 21, n. 2, p. 345-350, 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000200018&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 mar. 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000200018>.

LUIZ, Raphael Furlan. **MOBILIDADE E TURISMO: AUXILIO AO TURISTA INTERNACIONAL**. 2014. 78 f. Monografia (Especialização) - Curso de Curso de Especialização Em Tecnologia Java Para Dispositivos Móveis, Departamento Acadêmico De Informática, Universidade Tecnológica Federal Do Paraná, Curitiba, 2014.

MALACHIAS, M. V. B., et al. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Arq Bras Cardiol. 2016;107(3 Supl. 3):1-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v107n3s3/0066-782X-abc-107-03-s3-0049.pdf>.

MALTA, Deborah Carvalho et al . Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 51, supl. 1, 4s, 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200306&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Feb. 2019. Epub June 01, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090>

MANSUR, Antonio de Padua; FAVARATO, Desidério. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. **Arq. Bras.**

Cardiol. São Paulo, v. 99, n. 2, p. 755-761, Aug. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2012001100010&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Aug. 2016.

MATTHIENSEN, Alexandre. Uso do Coeficiente Alfa de Cronbach em Avaliações por Questionários. **Embrapa**, Roraima, v. 48, p.1-31, dez. 2011.

MAURICIO, Evelyn Carla Borsari et al . Resultados da implementação dos cuidados integrados pós-parada cardiorrespiratória em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 26, e2993, 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100325&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Mar. 2019. Epub July 16, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2308.2993>.

MAURO, Patricia Celestino dos Santos. **Elaboração de protocolo e cartilha sobre auto-cateterismo intermitente limpo em pacientes com bexiga neurogênica secundária a infecção por HTLV-1**. Rio de Janeiro, 2013. Dissertação (Mestrado profissional em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas) – Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas - Fiocruz.

MELO, Wesley Soares de et al . Guide of attributes of the nurse's political competence: a methodological study. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 70, n. 3, p. 526-534, June 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000300526&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0483>

MOKKINK, Lidwine B. et al. The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. **Journal of clinical epidemiology**, v. 63, n. 7, p. 737-745, 2010.

MOKKINK, Lidwine B. et al. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. **Quality of life research**, v. 19, n. 4, p. 539-549, 2010.

MOKKINK, Lidwine B. et al. The COSMIN checklist for evaluating the methodological quality of studies on measurement properties: a clarification of its content. **BMC medical research methodology**, v. 10, n. 1, p. 22, 2010.

MOKKINK, Lidwine B. et al. Inter-rater agreement and reliability of the COSMIN (COnsensus-based Standards for the selection of health status Measurement Instruments) checklist. **BMC Medical Research Methodology**, v. 10, n. 1, p. 82, 2010.

MORAIS, Lídia Gomes de; CASTILLO, José Maria del. "PAPEL DA ECOCARDIOGRAFIA NO DIAGNÓSTICO DA DISFUNÇÃO VENTRICULAR ESQUERDA" (Revisão da Literatura). **News: Artigos Cetrus**, São Paulo, v. 55, n. 5, p.1-13, abr. 2014.

MOREIRA, Samara Oliveira; SILVA, Renata Flavia de Abreu; ASSIS, Allan Peixoto de. **Variação do duplo-produto em pacientes com infarto agudo do miocárdio submetidos ao banho de aspersão**. 2014. 12 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

MOZAFFARIAN, Dariush et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2015 Update. **Circulation**, [s.l.], v. 131, n. 4, p.29-322, 27 jan. 2015. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1161/cir.000000000000152>.

NICOLAU, J. C. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST. **Arq Bras Cardiol** 2014; 102(3Supl.1):1-61.

OLIVEIRA, Elóide André; GARCIA, Telma Ribeiro; SA, Lenilde Duarte de. Aspectos valorizados por profissionais de enfermagem na higiene pessoal e na higiene corporal do paciente. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 56, n. 5, p. 479-483, out. 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672003000500002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 ago. 2016.

PIEGAS, L. S. et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. **Arq Bras Cardiol**. 2015; 105(2):1-105

POLIT, D. F.; BECK, C. T. . **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: ArtMed; 2011

PRADO, Athayne Ramos de Aguiar et al . Bath for dependent patients: theorizing aspects of nursing care in rehabilitation. **Rev. Bras. Enferm., Brasília** , v. 70, n. 6, p. 1337-1342, Dec. 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000601337&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0258>.

ROCHA, Antônio Sérgio Cordeiro da; SILVA, Paulo Roberto Dutra da. Os Portadores de Lesão do Tronco da Coronária Esquerda Podem Esperar pela Cirurgia de Revascularização? **Arq Bras Cardiol**, v. 80, n. 3, p.187-190, 2003.

ROFFI, Marco et al.. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC), **European Heart Journal**, Volume 37, Issue 3, 14 January 2016, Pages 267–315, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv320>

ROSA, Randson Souza et al. Evidence for nursing care in the evaluation of coronary risk in hospitalized patients. **R. Pesq. Cuid. Fundam. Online**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.4460-4471, 5 abr. 2016. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4647/pdf_1900>. Acesso em: 19 jul. 2016.

SAMPAIO, R F; MANCINI, M C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Rev. Bras. Fisioter**, São Carlos, v. 1, n. 11, p.83-89, jan./fev. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf>>

SANTOS, Felipe Gonçalves dos et al. Avaliação da qualidade do atendimento ao paciente com síndrome coronariana aguda no serviço de emergência. **Rev. Eletr. Enf.**, [internet], v. 4, n. 17, p.1-9, out/dez 2015. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n4/pdf/v17n4a05.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

SILVA, Fernando Morita Fernandes et al. Tratamento atual da síndrome coronária aguda sem supradesnivelamento do segmento ST. **Einstein** (16794508), v. 13, n. 3, 2015.

SILVA, Leandro Luquetti B.; PIRES, Daniel Facciolo; CARVALHO NETO, Silvio. Desenvolvimento de Aplicações para Dispositivos Móveis: Tipos e Exemplo de Aplicação na plataforma iOS. In: **II Workshop de Iniciação Científica em Sistemas de Informação**, 2015, Goiania. 2015. p. 25-28. Disponível em: <<http://www.lbd.dcc.ufmg.br/colecoes/wicsi/2015/004.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2018

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)**. 2014. 129 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências – Doutorado, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio De Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

SPTIZ, Viviane de Moraes; LIMA, Dalmo Valério Machado de. **CONSTRUÇÃO DE UM ALGORITMO BASEADO EM EVIDÊNCIAS PARA O BANHO NO LEITO EM PACIENTES COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA**. 2017. 123 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2017.

TIBES, Chris Mayara dos Santos; DIAS, Jessica David ; ZEM-MASCARENHAS, Silvia Helena. Aplicativos móveis desenvolvidos para a área da saúde no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 18, n. 2, p. 471-478, abr. 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/940>>. Acesso em: 30 mar. 2018.

NICOLAU JC, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST. **Arq Bras Cardiol** 2014; 102(3Supl.1):1-61.

VIANA, Renata Andréa Pietro Pereira; MACHADO, Flavia Ribeiro; SOUZA, Juliana Lubarino Amorim de. **SEPSE: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA: A atuação e colaboração da Enfermagem na rápida identificação e tratamento da doença.** 2. ed. São Paulo: Coren Sp, 2017. 65 p.

VIEIRA, Damaris Rebeca; APOLINARIO, Josiane Aparecida. A Violência obstétrica na compreensão de mulheres usuárias da rede pública de saúde do município de Lins. **MONOGRAFIA.** Lins, 2017. 85p. il. 31cm.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, n. 44, 2016.

ZANCHET, Anne Torres; MARIN, Angela Helena. Perfil psicossocial de pacientes com síndrome coronariana aguda. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 15, n. 3, p. 656-770, dez. 2014. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862014000300008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 08 Jan. 2018.

World Health Organization (WHO).[homepage on the internet]. The World Report 2006: working together for health. [cited 2006 Feb]. Available from: <<http://www.who.org>>

APÊNDICES

APÊNDICE A – TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO – EEAF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO HOSPITALAR
- MESTRADO PROFISSIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa chamada “Elaboração de aplicativo móvel para tomada de decisão quanto ao banho do paciente coronariopata em uma unidade coronariana (provisória)”. O objetivo desta pesquisa é elaborar aplicativo para tomada de decisão do enfermeiro quanto ao banho do paciente coronariopata internado em uma UTI.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando a sua opinião sobre os critérios selecionados para a elaboração do aplicativo para a tomada de decisão quanto ao banho do paciente coronariopata.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir participar desta pesquisa, você irá responder a um questionário e isso deve demorar uns dez minutos, no total. Iremos coletar dados seus como: idade, sexo, nível de escolaridade e tempo de experiência em terapia intensiva.

RISCOS: Esta pesquisa pode fazer você se sentir desconfortável com alguma avaliação e você tem o direito de não fazer esta avaliação ou de desistir da pesquisa toda. A pesquisa tem risco mínimo.

BENEFÍCIOS: Você não precisará pagar e nem será pago para participar desta pesquisa. Mas a sua participação pode ajudar a você e a outros pacientes, pois estamos elaborando um guia de orientação e a sua opinião é importante.

CONFIDENCIALIDADE: Nada que te identifique será mostrado ou escrito. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado. Esses dados serão usados para eventos científicos e outras formas de divulgação. Esses dados serão guardados por cinco anos, no máximo, sendo depois descartados.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através da Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, ENF[®] VICTÓRIA DE SANTA ROSA NEUMANN como pesquisadora principal e a PROF[®] DR[®] RENATA FLAVIA como orientadora. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contate Victória no telefone (21)99577-7990, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO, conforme descrito abaixo. Você terá uma via deste documento para guardar com você.

Assinatura (Pesquisador):

Victória de Santa Rosa Neumann
Coren-RJ 433.548

Eu, _____, discuti a proposta desta pesquisa, entendi as minhas opções (incluindo não participar da pesquisa, se assim eu o desejar ou interrompê-la) e escolhi participar do estudo.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
 CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO HOSPITALAR
 - MESTRADO PROFISSIONAL

Elaboração de aplicativo móvel para tomada de decisão quanto ao banho do paciente coronariopata em uma unidade coronariana (provisório)

Pesquisadora: Enfª Victória de Santa Rosa Neumann

Orientadora: Dra. Renata Flávia Abreu da Silva

Perfil profissional

Idade: __ Sexo: ()F ()M Pós-graduação: () residência () especialização
 () mestrado () doutorado () outro _____

Tempo de experiência em UTI: ____ (anos)

QUAIS CRITÉRIOS VOCÊ UTILIZA NA TOMADA DE DECISÃO QUANTO AO TIPO DE BANHO DO PACIENTE CORONARIOPATA NA UNIDADE CORONARIANA?

Validação dos critérios pela ESCALA LIKERT

Leia atentamente as afirmativas e responda de acordo com **sua opinião sobre cada critério**, tendo em vista, sua importância com relação a tomada de decisão do tipo de banho do paciente coronariopata em uma unidade coronariana.

Infarto agudo do miocárdio muito recente (< 72 h)

Discordo Totalmente	1	2	3	4	5	Concordo Totalmente
---------------------	---	---	---	---	---	---------------------

Angina instável (< 72 h da estabilização)

Discordo Totalmente	1	2	3	4	5	Concordo Totalmente
---------------------	---	---	---	---	---	---------------------

Hipertensão arterial descontrolada: PAS > 190 mmHg e/ou PAD > 120 mmHg

Discordo	1	2	3	4	5	Concordo
Totalmente						Totalmente

Suspeita de lesão de tronco de coronária esquerda, instabilizada ou grave

Discordo	1	2	3	4	5	Concordo
Totalmente						Totalmente

Tromboembolismo pulmonar e tromboflebite – fase aguda

Discordo	1	2	3	4	5	Concordo
Totalmente						Totalmente

Diabetes mellitus descontrolada

Discordo	1	2	3	4	5	Concordo
Totalmente						Totalmente

Quadro infeccioso sistêmico agudo

Discordo	1	2	3	4	5	Concordo
Totalmente						Totalmente

Sem arritmias complexas em repouso ou induzidas pelo exercício

Discordo	1	2	3	4	5	Concordo
Totalmente						Totalmente

Infarto do miocárdio; cirurgia de revascularização miocárdica, angioplastia coronária transluminal percutânea, não complicados

Discordo	1	2	3	4	5	Concordo
Totalmente						Totalmente

Assintomático, incluindo ausência de angina com o esforço ou no período de recuperação

Discordo	1	2	3	4	5	Concordo
Totalmente						Totalmente

Grau de Disfunção ventricular esquerda

Discordo	1	2	3	4	5	Concordo
Totalmente						Totalmente

Sobreviventes de parada cardíaca ou morte súbita

Discordo	1	2	3	4	5	Concordo
Totalmente						Totalmente

Arritmias ventriculares

Discordo	1	2	3	4	5	Concordo
Totalmente						Totalmente

Infarto de miocárdio ou cirurgia cardíaca complicadas com choque cardiogênico; insuficiência cardíaca congestiva e/ou sinais/sintomas de isquemia pós-procedimento

Discordo	1	2	3	4	5	Concordo
Totalmente						Totalmente

Hemodinâmica anormal com o exercício

Discordo	1	2	3	4	5	Concordo
Totalmente						Totalmente

Paciente maiores de 65 anos

Discordo	1	2	3	4	5	Concordo
Totalmente						Totalmente

Uso de aminas

Discordo	1	2	3	4	5	Concordo
Totalmente						Totalmente

Uso de vasodilatadores venosos

Discordo	1	2	3	4	5	Concordo
Totalmente						Totalmente

Ventilação não invasiva

Discordo	1	2	3	4	5	Concordo
Totalmente						Totalmente

Hipotensão ortostática

Discordo Totalmente	1	2	3	4	5	Concordo Totalmente
------------------------	---	---	---	---	---	------------------------

Déficit Motor

Discordo Totalmente	1	2	3	4	5	Concordo Totalmente
------------------------	---	---	---	---	---	------------------------

Delirium/ Agitação Psicomotora

Discordo Totalmente	1	2	3	4	5	Concordo Totalmente
------------------------	---	---	---	---	---	------------------------

QUAIS CRITÉRIOS DEVRERIAM SER INCLUIDOS NA TOMADA DE DECISÃO QUANTO AO TIPO DE BANHO DO PACIENTE CORONARIOPATA NA UNIDADE CORONARIANA?

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ELABORAÇÃO DE APLICATIVO MÓVEL PARA TOMADA DE DECISÃO QUANTO AO BANHO DO PACIENTE CORONARIOPATA EM UMA UNIDADE CORONARIANA

Pesquisador: VICTORIA DE SANTA ROSA NEUMANN

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 89496018.9.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.759.149

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo exploratório, metodológico e abordagem quantitativa para a elaboração de um algoritmo no formato de aplicativo móvel, cujo

objetivo é: elaborar um algoritmo no formato de aplicativo móvel para auxiliar a tomada de decisão do enfermeiro quanto ao banho do paciente coronariopata em uma Unidade Coronariana

Trata-se de estudo exploratório, metodológico e abordagem quantitativa para a elaboração de um algoritmo no formato de aplicativo móvel.

O estudo será realizado em duas etapas: Primeira etapa: será realizada uma revisão de literatura abordando as temáticas reabilitação cardíaca e banho e, posteriormente, será elaborado um instrumento e sua estruturação será baseada no COSMIN. (MOKKINK, 2010; HERDY, 2014)

A amostragem se dará por conveniência e parte dos enfermeiros será abordada durante a Jornada de Enfermagem em Cardiologia da SOGERJ,

ocorrida no mês de abril de 2018, na cidade do Rio de Janeiro, para o convite à sua participação no estudo e, diante do aceite, posterior envio do

questionário, via correio eletrônico. Outros enfermeiros também poderão ser incluídos na amostra, conforme indicação e adequação do seu perfil aos critérios de inclusão.

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2543-7700

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 2.758-149

O instrumento conterá duas partes, sendo a primeira relacionada às características dos participantes, como sexo, idade, tempo de experiência profissional, especializações. E a segunda ao objeto de estudo, estruturado em forma algoritmo e cada item será avaliado por meio de Escala Likert

de cinco pontos, isto é utilizando uma escala de resposta psicométrica, considerando-se como: o número 1 como discordo totalmente e o 5 como concordo totalmente. (DALMORO, VIEIRA, 2013)

Segunda etapa: Posteriormente, será realizada a elaboração do algoritmo baseado nos achados do julgamento prévio dos enfermeiros, em formato de aplicativo móvel para auxiliar na tomada de decisão quanto ao banho do paciente coronariopata na UTI.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Elaborar um algoritmo no formato de aplicativo móvel para auxiliar a tomada de decisão do enfermeiro quanto ao banho do paciente coronariopata em uma Unidade Coronariana

Objetivo Secundário:

- Validar critérios relacionados à avaliação clínica para auxiliar ao julgamento crítico do enfermeiro diante da tomada de decisão referente ao banho no paciente coronariopata;
- Estruturar os itens validados em formato de algoritmo para embasar a elaboração do aplicativo móvel;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa apresenta riscos mínimos aos enfermeiros que realizarão a validação dos critérios, podendo se sentir desconfortável com algumas afirmativas do questionário, portanto, será dado a ele a opção de não responder a quaisquer questões que o deixem constrangidos.

Benefícios:

Quanto aos benefícios, são indiretos e, pode-se citar, a importância da seleção dos critérios na criação de um instrumento que guiará a escolha do banho do paciente coronariopata, internado em uma unidade coronariana.

Endereço: Av. Pasteur, 208

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21) 2542-7706

E-mail: cex.unirio2@gmail.com

**UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**



Continuação do Parecer 2.759.1-02

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos adequados, porém no TCLE não colocar a graduação do risco, "risco mínimo", utilizar a maneira como está descrito nas informações preenchidas pela pesquisadora na plataforma.

Recomendações:

Refazer riscos conforme orientações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1078868.pdf	08/05/2018 01:10:41		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_enfermeiro_modificado.pdf	07/05/2018 10:57:46	VICTORIA DE SANTA ROSA NEUMANN	Aceito
Outros	validacao_de_criterios.pdf	10/04/2018 02:23:15	VICTORIA DE SANTA ROSA NEUMANN	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	10/04/2018 02:16:09	VICTORIA DE SANTA ROSA NEUMANN	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	10/04/2018 02:09:14	VICTORIA DE SANTA ROSA NEUMANN	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_victoria.pdf	10/04/2018 02:03:29	VICTORIA DE SANTA ROSA NEUMANN	Aceito
Outros	autorizacao_socerj.pdf	15/03/2018 17:49:12	Renata Flavia Abreu da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Av. Pasteur, 206

Bairro: Urca

CEP: 22.280-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7708

E-mail: cep.unirio03@gmail.com

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 2.789/149

Não

RIO DE JANEIRO, 06 de Julho de 2018

Assinado por:
Paulo Sergio Marcellini
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 298

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7798

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

ANEXO B – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO PRIMEIRO ARTIGO

25/03/2019 ScholarOne Manuscripts

Revista Gaúcha de Enfermagem

Home

Author

Submission Confirmation

Print

Thank you for your submission

Submitted to
Revista Gaúcha de Enfermagem

Manuscript ID
RGENF-2019-0100

Title
VALIDAÇÃO DE CRITÉRIOS PARA A ESCOLHA DO BANHO DO PACIENTE NA UNIDADE CORONARIANA

Authors
de Santa Rosa Neumann, Victória
Azevedo da Silva, Renata

Date Submitted
25-Mar-2019

Author Dashboard

© Clarivate Analytics | © ScholarOne, Inc., 2019. All Rights Reserved.

ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.

ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,797 and #7,263,835.

[@ScholarOnePress](#) | [System Requirements](#) | [Privacy Statement](#) | [Terms of Use](#)

ANEXO C – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO SEGUNDO ARTIGO

27/05/2019 ScholarOne Manuscripts

 Revista Gaúcha de Enfermagem

 Início

 Autor

Confirmação da submissão  Imprimir

Obrigado pela sua submissão

Submetido para
Revista Gaúcha de Enfermagem

ID do manuscrito
RGENF-2019-0206

Título
ELABORAÇÃO DE ALGORITMO PARA A ESCOLHA DO BANHO DO PACIENTE NA UNIDADE CORONARIANA

Autores
de Santa Rosa Neumann, Victória
Abreu da Silva, Renata

Data da submissão
27-mai-2019

Painel do autor

© Clarivate Analytics | © ScholarOne, Inc., 2019. Todos os direitos reservados.
ScholarOne Manuscripts e ScholarOne são marcas registradas da ScholarOne, Inc.
Patentes da ScholarOne Manuscripts Nº 7.257.757 e Nº 7.263.555.

 [@ScholarOneNews](#) |  [Requisitos do sistema](#) |  [Declaração de privacidade](#) |  [Termos de uso](#)