UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Karen Aline Batista da Silva

Caracterização de riscos, profilaxia de tromboembolismo venoso e assistência segura na percepção do enfermeiro

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profª Associada Carmen Maria Casquel Monti Juliani

Botucatu, 2019

Karen Aline Batista da Silva

Caracterização de riscos, profilaxia de tromboembolismo venoso e assistência segura na percepção do enfermeiro

Orientadora: Profª Associada Carmen Maria Casquel Monti Juliani

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Botucatu, 2019

Silva, Karen Aline Batista da.
Caracterização de riscos, profilaxia de tromboembolismo venoso e assistência segura na percepção do enfermeiro / Karen Aline Batista da Silva. - Botucatu, 2019

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Carmen Maria Casquel Monti Juliani
Capes: 40401006

1. Tromboembolismo - Prevenção. 2. Trombose. 3. Educação permanente. 4. Prática clínica baseada em evidências. 5. Enfermeira e paciente.

Palavras-chave: Embolia; Profilaxia pré-exposição; Segurança do paciente; Tromboembolia venosa; Trombose venosa

Karen Aline Batista da Silva

Caracterização de riscos, profilaxia de tromboembolismo venoso e assistência segura na percepção do enfermeiro

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profª Associada Carmen Maria Casquel Monti Juliani

Comissão examinadora

_____	_____
Prof Assistente Doutor Marcone Lima Sobreira	Prof Dra Silvana Andrea Molina Lima ..
Universidade Estadual Paulista	Universidade Estadual Paulista
_____	_____
Prof Dr Luís Carlos de Paula e Silva	Prof Dr Armando dos Santos Trettene
Faculdade de Medicina de Marília	Universidade de São Paulo

Botucatu, 27 de novembro de 2019.

Aos amores de minha vida, meus filhos Felipe e Catarina

Agradecimentos

A Deus pelo dom da vida e por me guiar diante de todas as dificuldades, me concedendo oportunidades de ser uma pessoa melhor;

Ao meu pai Antonio (in memorian) pelo orgulho demonstrado pela minha profissão;

À minha mãe Hermelinda pela dedicação, ensinamentos e esforços;

Às minhas irmãs Patrícia, Valéria e Karina pelo apoio e união;

Aos meus sobrinhos Marcela, Yasmim e Miguel pela felicidade que me proporcionam;

À professora Carmen, minha orientadora, pela paciência, carinho, dedicação e grande apoio;

Ao Prof José Eduardo Corrente pelo auxílio na análise estatística;

Ao amigo Rodolfo Serafim pelo grande auxílio na coleta de dados;

Às minhas amigas do coração Claudia, Juliana, Elaine, Liriane, Telma, Andrezza, Nilza, Débora e Simone, pelos valiosos momentos de risos e descontração;

Aos amigos André Balbi e Zeca Trindade pelos anos de convivência e pelas oportunidades diárias;

A todos os membros da Comissão de Profilaxia de TEV, principalmente o Dr Marcone, que nos incentiva a continuar e nunca desistir de proporcionar uma assistência segura a todos os pacientes;

Ao meu marido Fernando, pelo incentivo, companheirismo e amor a mim dedicados.

Por isso uma força me leva a cantar
Por isso essa força estranha no ar
Por isso é que eu canto, não posso parar
Por isso essa voz tamanha

Caetano Veloso

Resumo

SILVA, KAB. **Caracterização de riscos, profilaxia de tromboembolismo venoso e assistência segura na percepção do enfermeiro**. 2019. 74f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2019.

Objetivos: caracterizar o risco de tromboembolismo venoso e o uso de profilaxia em pacientes clínicos e cirúrgicos, avaliando a conformidade ou não-conformidade da prescrição de profilaxia medicamentosa e desvelar a percepção dos enfermeiros frente ao uso do protocolo de profilaxia de tromboembolismo venoso. Métodos: Estudo descritivo, com abordagem multimétodos ou método misto, utilizando técnicas quantitativas (estudo transversal) e qualitativas (fenomenologia), com a finalidade de realizar a interação entre os métodos, fornecendo melhores possibilidades analíticas. Resultados: A taxa global de profilaxia de tromboembolismo venoso foi 70% e os pacientes clínicos apresentaram maior conformidade de prescrição de profilaxia em relação ao protocolo e a quantidade de fatores de risco/pacientes foi maior em pacientes clínicos em relação aos cirúrgicos. Os enfermeiros costumam preencher o protocolo no momento da admissão do paciente e, quando não conseguem, informam a necessidade durante passagem do plantão. Há um consenso entre os enfermeiros que médicos fixos nos setores prescrevem mais adequadamente a medicação profilática em relação aos rotativos. Conclusão: Para que todos os usuários se beneficiem da profilaxia, é necessária educação permanente/continuada associada a estratégias para envolvimento da equipe multiprofissional, além de divulgação maciça do protocolo de profilaxia de tromboembolismo venoso, a fim de diminuir as lacunas do conhecimento e instrumentalizar as equipes com a prática baseada em evidências.

Descritores: Tromboembolia Venosa; Trombose Venosa; Embolia; Profilaxia Pré-Exposição; Segurança do Paciente; Educação em Saúde.

Abstract

SILVA, KAB. **Risk characterization, venous thromboembolism prophylaxis and safe care in the nurses' perception.** 2019. 74f. Doctoral Thesis - Botucatu Medical School, Paulista State University, Botucatu, 2019.

Objectives: To characterize the risk of venous thromboembolism and the use of prophylaxis in clinical and surgical patients, to evaluate a measure or non-compliance of prescribing medication prophylaxis and to develop nurses' perceptions regarding the use of venous prophylaxis protocol. Methods: Descriptive study with a multimedia approach or method, using quantitative (cross-sectional) and qualitative (phenomenology) techniques, using an interaction between methods, providing better analytical alternatives. Results: An overall rate of venous thromboembolism prophylaxis was 70% and clinical patients with a higher prevalence of prophylaxis prescription compared to the protocol and a number of risk factors / patients were the highest in clinical patients compared to physicians. Nurses usually complete the protocol at the time of patient admission and, when unable to do so, provide the necessary information during the passage of planting. There is a consensus among nurses that doctors fix in the prescribed sectors more that use prophylactic medication in relation to rotary ones. Conclusion: For all users who benefit from prophylaxis, it is mandatory / continued associated with multiprofessional team participation strategies, in addition to the massive dissemination of venous thromboembolism prophylaxis protocol, an end of loss as knowledge gaps and to instrumentalize as teams with the specific practice in using.

Descriptors: Venous Thromboembolism; Venous Thrombosis; Embolism; Pre-Exposure Prophylaxis; Patient Safety; Health Education.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 11

2. OBJETIVOS 14

3. MÉTODO 14

3.1 Cenário do estudo 15

3.2 Aspectos éticos 17

3.3 Método 1: análise quantitativa 17

3.3.1 Análise estatística 18

3.4 Método 2: análise qualitativa 18

3.4.1 Caracterização da região de estudo 19

3.4.2 Delimitação da região do inquérito 19

3.4.3 Referencial teórico metodológico 19

3.4.4 Amostra 20

3.4.5 Coleta de dados 20

4. RESULTADOS 21

4.1 Método 1: análise quantitativa 21

4.2 Método 2: análise qualitativa 26

4.2.1 Construção dos resultados 26

4.2.2 Analisando as descrições 27

4.2.2.1 Análise ideográfica 28

4.2.2.2 Análise nomotética 29

5. DISCUSSÃO 41

6. CONCLUSÃO 47

7. REFERÊNCIAS 48

8. APÊNDICE 53

8.1 Apêndice 1 53

8.2 Apêndide 2 54

9. ANEXOS 56

9.1 Anexo 1 56

9.2 Anexo 2 57

9.3 Anexo 3 58

1. INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos nas áreas clínicas, a ampliação do acesso aos serviços de saúde ao longo dos anos e a rápida difusão da informação em saúde na era da globalização, ocasionaram transformações importantes no cenário moderno e competitivo dos sistemas de cuidados de saúde. A redução da morbimortalidade por diversas doenças contrasta com os riscos elevados inerentes dessa complexidade tecnológica assistencial, havendo demandas ascendentes e investimentos pouco suficientes[1].

A publicação *To Err is Human* do Institute of Medicine, pode ser considerada a precursora do tema segurança do paciente (SP) já que provocou uma mobilização da classe médica, do público em geral, de organizações norte-americanas e de diversos países. Definiu-se que o termo evento adverso (EA) é o dano causado pelo cuidado à saúde e não pela patologia que ocasionou a hospitalização, podendo prolongar o tempo de permanência do paciente ou resultar em uma incapacidade presente no momento da alta. Apontou também que cerca de 100 mil pessoas morreram em hospitais a cada ano vítimas de EA nos Estados Unidos da América (EUA). Essa alta incidência, além de causar grave prejuízo financeiro às instituições de saúde, resultou em uma taxa de mortalidade maior do que a soma das taxas atribuídas aos pacientes com HIV positivo, câncer de mama ou atropelamentos[2].

A ocorrência dos eventos adversos (EA) envolve custos sociais e econômicos consideráveis, podendo ocasionar danos irreversíveis aos pacientes e seus familiares. Em 1999, estimava-se um total de custos anuais com EA evitáveis nos EUA entre U$ 17 bilhões e U$29 bilhões e a ocorrência de 44 a 98 mil óbitos/ano. Considera também que 10% dos pacientes internados em hospitais sofram EA evitáveis[2].

Diante desta complexidade, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu em 2004 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (AMSP) com o propósito de definir e identificar, mundialmente, prioridades na área da segurança do paciente contribuindo para a pesquisa de campo[3].

Em estudo realizado sobre eventos adversos em hospitais brasileiros, constatou uma incidência de EA estimada em 7,6% sendo que, do total, 67% foram considerados evitáveis. Os eventos mais frequentes foram relacionados a procedimentos cirúrgicos, seguidos por procedimentos clínicos. Os autores relatam que o fato da proporção de EA evitáveis no Brasil ser considerada mais

elevada pode sugerir que o problema seja mais frequente em países em desenvolvimento quando comparados aos desenvolvidos[4].

Instituições devem repensar, principalmente junto da equipe de enfermagem, os processos de notificação de EA por ser uma ferramenta fundamental para promover a segurança do paciente, pois fornecem dados importantes para a melhoria da qualidade, com implementação de barreiras, revisões de processos assistenciais e gerenciais, diminuindo as subnotificações[5].

No Brasil, a preocupação com a SP constitui um tema atual e de forte visibilidade, integrando a AMSP e objetivando adotar medidas de melhoria no atendimento ao paciente e aumentar a qualidade dos serviços de saúde[6].

O Ministério da Saúde instituiu em 1º de abril de 2013, por meio da Portaria nº 529, de 01/04/2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), buscando a participação ativa de profissionais da saúde, pacientes, familiares e acompanhantes a captação de informações sobre qualquer procedimento realizado que tenha provocado danos à saúde do usuário durante a internação/atendimento[7].

A Resolução – RDC nº36 de 25 de julho de 2013[8], aplicada aos serviços de saúde públicos, filantrópicos ou privados, tem por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, determinando as atribuições do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), onde a direção de cada serviço de saúde é responsável pela nomeação dos membros, concedendo-lhes total autonomia para execução das ações do Plano de Segurança do Paciente (PSP)[8].

A ocorrência de EA tem um importante impacto por acarretar o aumento na morbidade, na mortalidade, no tempo de tratamento dos pacientes e nos custos assistenciais, repercutindo em outros campos da vida social e econômica do país[9].

No Brasil, o PNSP indica o seguimento de, no mínimo, seis indicadores a fim de melhorar a segurança dos pacientes durante sua hospitalização: identificar corretamente o paciente; melhorar a comunicação entre profissionais da saúde; melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; higienizar as mãos para evitar infecções e reduzir os riscos de quedas e úlceras por pressão[7].

A ocorrência de tromboembolismo venoso (TEV) é uma das complicações mais comuns em pacientes hospitalizados, estando intimamente relacionada à segurança do paciente, sendo a principal causa de morte evitável[10]. Devido a importância de estabelecer profilaxia adequada para minimizar sua ocorrência, as instituições de saúde consideram também a profilaxia de TEV como indicador para avaliar como está a segurança do paciente.

Como todo EA, o TEV deve ser notificado e sua subnotificação está relacionada a história natural da doença, que evolui frequentemente de maneira insidiosa ou com sinais e sintomas comuns a outras doenças[11].

O TEV compreende a trombose venosa profunda (TVP) e a embolia pulmonar (EP), estando caracterizada como a terceira doença cardiovascular com maior ocorrência depois do infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral[12]. É de difícil diagnóstico por possuir sinais e sintomas inespecíficos[13].

A TVP é resultado da formação de trombos em veias profundas, sendo mais comum o aparecimento em membros inferiores. Esses trombos podem causar oclusão parcial ou total do sistema venoso profundo, ocasionando uma obstrução do fluxo sanguíneo na artéria pulmonar, caracterizando assim a EP, complicação imediata e mais grave[14].

A profilaxia de TEV pode ser dividida em mecânica e farmacológica, sendo necessário observar suas contraindicações. A profilaxia mecânica impede a estase do sangue e comumente é disponível na forma de meias compressivas e dispositivos de compressão pneumática intermitente. A profilaxia farmacológica, além de segura, é necessária e fundamental reduzindo a propensão de coagulação sanguínea, sendo utilizada nas formas de enoxaparina sódica, heparina sódica não-fracionada e fondaparinux sódica. Utilizar as várias formas de profilaxia visa diminuir a incidência de TEV, reduzindo a morbimortalidade, tempo de internação e gastos[11,13,15].

Os episódios assintomáticos e os clinicamente aparentes em pacientes hospitalizados estão associados à fatalidade. É comum encontrar uma ênfase à incidência de TEV em pacientes cirúrgicos, despertando a necessidade de profilaxia. Entretanto, mais da metade dos pacientes que sofrem TEV sintomático apresentam doenças clínicas, evidenciando que a profilaxia deve ser realizada nos dois grupos[14]. A profilaxia de TEV, em pacientes criteriosamente avaliados, é a abordagem mais eficaz para minimizar o impacto de sua ocorrência[16].

Para guiar a profilaxia e o tratamento de TEV, o American College Chest Physicians (ACCP) sugere o seguimento de dois algoritmos, clínico e cirúrgico, que avaliam os fatores de risco e as contraindicações, levando em consideração características do paciente e da patologia apresentada. De acordo com essa avaliação, é recomendada, ou não, a dose profilática[17].

A taxa de TEV adquirido no hospital, caso a profilaxia não seja realizada, pode chegar a 10-40% após cirurgias em geral e a 40-60% após cirurgias de quadril[10].

Estudo realizado no Brasil em 1997, estimou cerca de 28 mil internações/ano no SUS em consequência ao TEV, dos quais 4.247 foram a óbito[18].

Apesar de ser elevada, a incidência real do TEV permanece desconhecida, ignorando-se sua verdadeira dimensão. Estima-se que a incidência anual dos tromboembolismos venosos diagnosticados, seja de um a dois episódios por 1000 habitantes na população em geral[19].

Estimar a frequência de TEV é uma tarefa desafiadora, sendo imprescindível assumir a doença como causa importante de morbidade e mortalidade e combatê-la[19].

A participação do enfermeiro é essencial para que as políticas em torno da profilaxia de TEV sejam eficientes, tanto em relação às medidas mecânicas e de estimulo à deambulação, como em relação às medicamentosas, uma vez que sua atuação profissional está diretamente ligada à garantia da administração dos medicamentos prescritos e às orientações necessárias durante a hospitalização e na programação da alta hospitalar. São profissionais que influenciam os pacientes em relação à adesão às terapêuticas utilizadas para a profilaxia de TEV[15].

Há uma escassez de artigos publicados, principalmente na literatura brasileira, demonstrando o papel do enfermeiro frente ao protocolo de profilaxia de TEV.

No Brasil, são poucos os hospitais públicos que trabalham a profilaxia de TEV, considerando sua ocorrência como um EA. O hospital pesquisado é um dos únicos com serviço público de atendimento terciário/quaternário do interior do Estado de São Paulo com o protocolo de profilaxia de TEV implantado e o único com a participação exclusiva de enfermeiros na avaliação inicial do paciente para início do protocolo.

Diante da importância em reconhecer os fatores de risco para desenvolvimento de TEV e planejar assistência adequada ao paciente hospitalizado, justifica-se o presente estudo.

2. OBJETIVOS

2.1 Caracterizar o risco de TEV e o uso de profilaxia em pacientes clínicos e cirúrgicos;
2.2 Avaliar a conformidade ou não-conformidade da prescrição de profilaxia medicamentosa de acordo com as recomendações do ACCP[17];
2.3 Desvelar a percepção dos enfermeiros frente ao uso do protocolo de profilaxia de TEV.

3. MÉTODO

Estudo descritivo, com abordagem multimétodos ou método misto, utilizando técnicas quantitativas (estudo transversal) e qualitativas (fenomenologia), com a finalidade de realizar a interação entre os métodos, fornecendo melhores possibilidades analíticas.

Em geral, as abordagens são utilizadas com propósitos distintos e uma das vantagens desta integração consiste em retirar o melhor de cada uma para responder uma questão específica, promovendo uma complementariedade entre elas, agregando métodos de investigação que possibilitem a compreensão, de maneira que a análise dos fenômenos se torna mais condizente com esta complexidade. Não há um método certo ou errado, mas objetivos e necessidades de estudo de fenômenos diferentes[20].

Para promover a convergência entre os dados coletados e garantir a consistência dos resultados este estudo aproximou-se da triangulação dos métodos.

3.1 Cenário do estudo

O estudo foi realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB), que se insere no Departamento Regional de Saúde VI (DRS VI), abrangendo 68 municípios com cobertura de, aproximadamente, 1,8 milhão de habitantes. É um hospital terciário/quaternário, com 500 leitos (52 de UTI) e referência em atendimento neurológico, cardiovascular, ortopédico, dentre outros.

Diante da necessidade de profilaxia de TEV e monitoramento de sua ocorrência, foi instituída a Comissão de Profilaxia em Tromboembolismo Venoso (CPTEV), sendo constituída por equipe multiprofissional, tendo como médico responsável um cirurgião vascular. Participam também enfermeiros, farmacêutico, médicos clínicos e analista de sistemas de informação.

Em 2014, durante sete meses, a CPTEV reuniu-se periodicamente para estabelecimento do plano de ações para implantação do protocolo de profilaxia de TEV, com realização de *brainstorming* entre os membros, elencando as facilidades e potenciais agentes dificultadores.

Como facilidades, destacou-se o apoio da superintendência, órgão máximo responsável pelo gerenciamento do hospital, o interesse da equipe multiprofissional e a disponibilidade de medicamentos recomendados à profilaxia de TEV no setor de farmácia. Os fatores dificultadores citados foram o déficit importante de recursos humanos (enfermeiros), além da alta rotatividade dos médicos residentes nos setores de internação.

Diante da problemática da ausência de profilaxia, optou-se por iniciar o protocolo de profilaxia de TEV no Serviço de Terapia Intensiva (adultos), composta por 25 leitos e na Unidade Coronariana (UCO), com 8 leitos.

Discutiu-se qual seria a melhor forma de implantação do protocolo, sendo de consenso da CPTEV o não preenchimento em formulários impressos e sim no sistema informatizado, já que o HCFMB possui prontuário eletrônico do paciente (PEP) facilitando a visualização por toda equipe

multiprofissional. Para isso foi definido um novo layout dos protocolos, porém mantendo as informações previamente elencadas nas recomendações do (ACCP)[17].

No PEP, o protocolo desenvolvido foi denominado como TEV clínico e TEV cirúrgico. Ao selecionar cada um deles, o enfermeiro completa as informações e informa o nome do médico que será avisado sobre o preenchimento do protocolo.

O algoritmo ficou visível e de fácil preenchimento. Os riscos, para pacientes cirúrgicos, foram sinalizados com cores ficando vermelho para risco alto, amarelo para risco intermediário e verde para risco baixo.

As medicações padronizadas para profilaxia de TEV foram Enoxaparina sódica Sódica 20mg, Enoxaparina sódica Sódica 40 mg, Fondaparinux sódica Sódico 2,5 mg e Heparina sódica não-fracionada 5000UI.

Também foi inserido no PEP um alarme na prescrição médica, onde ao prescrever um dos medicamentos padronizados, seja para profilaxia ou tratamento com doses mais elevadas, o médico é alertado a visualizar o preenchimento do protocolo.

Definiu-se que o protocolo teria início em outubro de 2014 e que seria realizado a todos os pacientes admitidos nestas áreas, desde que não apresentassem diagnóstico de internação por TEV e com período de hospitalização superior a 24h.

Ao realizar o preenchimento do protocolo, o enfermeiro notificava o médico responsável e inseria na identificação do paciente, localizada na cabeceira do leito, o selo de risco pra TEV.

Após definir a implantação do projeto, a CPTEV organizou um roteiro de treinamento composto por dois momentos (fase 1 e fase 2), a fim de promover e divulgar o protocolo de profilaxia de TEV às equipes médica, de enfermagem e farmácia.

Na fase 1, foram ministradas duas palestras por profissionais especialistas em TEV. Uma das palestras abordou dados epidemiológicos sobre a profilaxia no Brasil e no mundo e a outra, um recorte realizado no próprio HCFMB, destacando a importância da adesão ao protocolo.

Na fase 2, foi realizado um treinamento somente com os enfermeiros da UCO e SETI, abordando aspectos específicos da patologia e sua prevenção, além de demonstração prática do preenchimento do protocolo no PEP.

Além dos treinamentos, foram distribuídos cartazes e *banners* abordando a profilaxia de TEV que foram fixados na sala de prescrição médica.

Paralelo a essa implementação, a CPTEV planejou quais seriam as próximas seções a participarem da implantação do projeto. Decidiu-se, então, implantá-lo, em maio de 2015, na Ala Verde e Ala Amarela do Pronto Socorro e Unidade de AVC e em dezembro de 2015 o protocolo foi

expandido para as seções de Neurologia, Clínica Médica I, Clínica Médica II, Ortopedia/Cirurgia Plástica e Gastrocirurgia.

A CPTEV trabalhou diretamente com o Centro de Informática Médica (CIMED) que foi responsável pela inserção do protocolo (algoritmo clínico e cirúrgico) no PEP e pelo desenvolvimento de relatórios gerenciais personalizados para facilitar a coleta dos indicadores.

3.2. Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, com parecer número 1.850.408, e os procedimentos de pesquisa seguiram todas as normas éticas conforme Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.

3.3 Método 1

Estudo transversal, realizado entre os meses de março/2017 a dezembro/2017, nas seções onde o protocolo de TEV estava instituído: ala verde, ala amarela, unidade de AVC, neurologia, clínica médica I, clínica médica II, ortopedia/cirurgia plástica, serviço de terapia intensiva, unidade coronariana e gastrocirurgia.

Foi realizado o levantamento dos protocolos preenchidos, avaliando todos os indicadores clínicos e cirúrgicos, conforme algoritmo da ACCP[17] (ANEXO1, ANEXO 2), em pacientes admitidos há mais de 24 horas.

Após essa caracterização, foram avaliados os fatores de riscos dos pacientes submetidos ao protocolo e também se a profilaxia prescrita estava ou não em conformidade com as recomendações. Cabe considerar que o fator de risco infarto agudo do miocárdio (IAM) deve-se à história pregressa do paciente.

Os meses de janeiro e fevereiro foram excluídos devido redução do número de internações nas áreas estudadas.

A amostra foi estabelecida a partir de consultoria feita por profissional estatístico, o qual considerou o movimento do hospital levantado em série histórica, a fim de estabelecer a amostra, inicialmente, com 500 pacientes. Como o número total de pacientes no período estudado superou ao sugerido pelo profissional estatístico, optamos pela análise da totalidade de pacientes com o protocolo preenchido.

Foram excluídos os protocolos preenchidos de pacientes com internação menor de 24h e com altas doses de enoxaparina sódica ou heparina sódica que estavam caracterizadas como tratamento a diversas patologias.

Os dados quantitativos foram obtidos a partir dos registros e relatórios oriundos do PEP e a coleta ocorreu no período de março a dezembro de 2017, constituindo um banco de dados organizado em planilha Excel® pela pesquisadora para análise.

Neste relatório não constaram informações a respeito das contraindicações ao uso da profilaxia recomendada pois, no período de coleta de dados, essa informação estava em formatação e ainda não estava disponível para preenchimento médico no PEP, sendo assim, foi necessária uma conferência manual de todos os pacientes, com e sem medicação profilática prescrita, para definir se havia contraindicação ou se a prescrição médica não estava de acordo com as recomendações.

3.3.1 Análise estatística

Para a etapa quantitativa utilizou-se para análise a Estatística Descritiva, tendo como referencial teórico de segurança do paciente e a orientação do ACCP[17] para a profilaxia de TEV.

Para análise estatística, incialmente, foram obtidas as medidas descritivas como média, mediana e desvio padrão para as variáveis quantitativas (idade, tempo de preenchimento do protocolo) e frequências e percentuais para variáveis categorizadas.

As comparações entre médias para as variáveis quantitativas foram feitas utilizando o teste t-student. As associações das variáveis categorizadas com a classificação de risco foram realizadas pelo teste qui-quadrado, levando em conta a presença ou não de contraindicação ao uso da profilaxia medicamentosa.

Em todos os testes foi fixado o nível de 5% de significância ou o p-valor correspondente. Todas as análises foram realizadas utilizando o programa SAS for Windows v. 9.4.

3.4 Método 2

Metodologia qualitativa, onde a construção do conhecimento ocorre a partir das experiências vivenciadas pelos sujeitos.

O método qualitativo é aplicado ao estudo da história, das relações, das crenças, das percepções e das opiniões, que nada mais são do que produtos das interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam, conformando-se ao estudo de grupos focalizados, considerando a história social segundo a ótica do sujeito[21].

A fenomenologia tem como ideal compreender o homem de acordo com sua realidade, vivências e seu interior que necessariamente deve ser manifestado em algum momento de seu convívio social. Ainda, é capaz de desvelar os valores, as percepções e as emoções dos atores pertencentes de um determinado grupo social[22].

A pesquisa fenomenológica tem início quando o pesquisador busca conhecer um fenômeno por meio de experiências já vividas. O indivíduo sempre tem consciência de alguma ação que está dirigida para algo, ou seja, direcionada. A consciência é o objeto de estudo da fenomenologia, sendo formada de aspectos subjetivos capaz de promover determinado ato e está à disposição dos sujeitos para ver algo elucidando aspectos que são caracterizados por tudo aquilo que é possível de ser visto e que assume conteúdo, significado e ocupa um lugar[22].

3.4.1 Caracterização da região do estudo

O estudo foi realizado em enfermarias com internações clínicas e cirúrgicas. Estas unidades recebem pacientes por internação eletiva ou de urgência e emergência.

Cabe salientar que todos os setores de internação não são exclusivamente de uma única especialidade podendo tornar-se unidades com pacientes clínicos e cirúrgicos ao mesmo tempo, pois diante de uma necessidade de leito, os leitos podem ser ocupados pelos pacientes que necessitam independente da especialidade.

3.4.2 Delimitação da região do inquérito

A região onde o fenômeno foi inquirido constituiu-se de depoimentos de enfermeiros das unidades de internação clínica e cirúrgica que receberam ou não treinamento do protocolo e realizam seu preenchimento no PEP.

Foram incluídos enfermeiros que atuavam nas Unidades onde o protocolo estava implantado e que são responsáveis por iniciar o protocolo de profilaxia de TEV no PEP.

Como critério de exclusão, enfermeiros que não puderam ser entrevistados por motivo de licença ou férias no período da coleta.

3.4.3 Referencial teórico metodológico

Para a etapa qualitativa a análise foi realizada por meio da fenomenologia, que compreende três momentos:

- a **descrição fenomenológica**, que tem como elemento básico da pesquisa a percepção, a consciência e o sujeito. Para este momento realizamos a transcrição dos depoimentos dos participantes do estudo;

- a **redução fenomenológica**, faz uma crítica reflexiva dos conteúdos da descrição. Neste momento foram desveladas as unidades significativas dos depoimentos transcritos;

- a **compreensão fenomenológica**, visa revelar a essência do fenômeno do significado atribuído pelos enfermeiros em relação ao uso do protocolo de profilaxia de TEV[23].

3.4.4 Amostra

Atualmente, o quadro de enfermeiros atuando nas unidades assistenciais da instituição é de 200 profissionais, porém, participaram do estudo 13 enfermeiros. As participações foram encerradas devido critério de saturação teórica em relação ao objetivo proposto, ou seja, as informações foram suficientes para responder os objetivos.

A amostragem adequada é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas definições[21].

3.4.5 Coleta dos dados

Os dados qualitativos tiveram origem na amostra intencional foi composta a partir de convite, realizado por telefone, pela pesquisadora aos informantes-chave e, após o aceite, a entrevista foi agendada em local de maior conveniência para o sujeito entrevistado.

Após orientações sobre os objetivos da pesquisa e o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram realizadas as entrevistas no período de novembro de 2017 a janeiro de 2019, que tiveram duração média de seis minutos, e foram áudio-gravadas em locais que respeitaram a privacidade e o anonimato das informações dos atores.

Para nortear as descrições e a obtenção dos discursos dos sujeitos foi lançada a seguinte questão norteadora: "*O protocolo de profilaxia de TEV pode ser considerado como uma ação para garantir a segurança do paciente, minimizando o risco de desenvolvimento de complicações evitáveis. Diante desta afirmação, como você percebe a utilização do protocolo nos pacientes hospitalizados e de sua profilaxia? ".*

Não houve recusa na participação da pesquisa.

Deixando-o falar livremente sobre o assunto, o papel da pesquisadora limitou-se a manter a entrevista voltada para a questão proposta, conduzindo um questionamento aberto e sem limite de tempo, realizando algumas intervenções relativas ao tema, diante da necessidade de algum esclarecimento.

Os depoimentos foram integralmente transcritos e qualquer informação que pudesse identificar o entrevistado, foi suprimida.

Acreditamos que o tempo reduzido (entre 4 a 8 minutos) de cada entrevista se deve ao fato da pergunta ser direta e afirmativa, limitando-se às percepções do sujeito a respeito do protocolo de profilaxia de TEV.

4. RESULTADOS

4.1 Método 1

Foram analisados 3684 protocolos preenchidos, sendo excluídos um total de 343 protocolos devido internação menor de 24h e tratamento com altas doses de enoxaparina sódica ou heparina sódica, não caracterizando a profilaxia.

Após exclusão, foram analisados 3341 protocolos preenchidos e com pelo menos um fator de risco para desenvolvimento de TEV, sendo 2050 (61%) protocolos clínicos e 1291 (39%) protocolos cirúrgicos. Houve predominância do sexo masculino tanto no protocolo clínico com 1144 (55%) pacientes, quanto no protocolo cirúrgico com 722 (56%) pacientes. A média de idade foi de 63 ± 17 anos para o clínico e 54 ± 20 anos para o cirúrgico.

As Tabelas 1 e 2, demonstram a prevalência dos fatores de risco para desenvolvimento de TEV em pacientes clínicos e cirúrgicos respectivamente. Os pacientes clínicos somaram 6179 fatores de risco (média de 2.21 /paciente) e os pacientes cirúrgicos 1717 (média de 1.33/paciente).

Tabela 1. Frequência de fatores de risco encontrados nos pacientes clínicos (n= 2050), segundo algoritmo ACCP. Botucatu, SP, Brasil, 2017.

Fatores de risco	N	% dos pacientes
Mobilidade reduzida	1653	81
Idade ≥ 55 anos	1428	70
Infecção	614	30
Internação em UTI	463	23
Acidente vascular cerebral	353	17
Infarto agudo do miocárdio	314	15
Câncer	198	10
Cateteres centrais e swan ganz	184	9
Obesidade (IMC ≥ 30)	177	9
Doença respiratória grave	158	8

Paresia ou paralisia de MMII	154	7
Insuficiência cardíaca congestiva	112	5
Síndrome nefrótica	90	4
Varizes	56	3
Quimioterapia/hormonioterapia	53	2
Doença inflamatória intestinal	48	2
História prévia de TEV	31	1
Doença reumatológica ativa	26	1
Trombofilias	25	1.22
Insuficiência arterial periférica	20	0.98
Gravidez e puerpério	11	0.54
Reposição hormonal/contraceptivos	11	0.54
Total	**6179**	

IMC: índice de massa corporal; TEV: tromboembolismo venoso; MMII: membros inferiores
Fonte: Banco de dados organizados pela pesquisadora a partir dos dados do PEP.

Tabela 2. Frequência dos fatores de risco encontrados nos pacientes cirúrgicos (n=1291), segundo algoritmo ACCP. Botucatu, SP, Brasil, 2017.

Fatores de risco	N	% dos pacientes
Infecção	546	42
Internação em UTI	292	23
Cateteres centrais e swan ganz	250	19
Câncer	233	18
Paresia ou paralisia de MMII	133	10
Obesidade (IMC ≥ 30)	111	9
Insuficiência arterial periférica	25	2
Trombofilias	22	1.70
Quimioterapia/hormonioterapia	17	1.32
Doença respiratória grave	16	1.24
Síndrome nefrótica	13	1
História prévia de TEV	13	1
Insuficiência cardíaca congestiva	10	0.77
Reposição hormonal/contraceptivos	10	0.77
Varizes	6	0.46
Doença inflamatória intestinal	6	0.46
Doença reumatológica ativa	4	0.31
Gravidez e puerpério	4	0.31
Total	**1717**	

IMC: índice de massa corporal; TEV: tromboembolismo venoso; MMII: membros inferiores
Fonte: Banco de dados organizados pela pesquisadora a partir dos dados do PEP.

O protocolo de profilaxia de TEV estabelece a necessidade de avaliação do paciente com preenchimento dos riscos e indicação de profilaxia nas primeiras 24h de internação. As tabelas 3 e 4 demonstram que o preenchimento do protocolo clínico foi realizado com mediana de 1.14 dias e o cirúrgico com 1.32 dias de internação. Apesar de indicação para reavaliação do protocolo de

profilaxia de TEV em 48h, não houve checagem, caracterizada pela confecção de novo protocolo, dos fatores de risco nos dias subsequentes ao preenchimento.

Tabela 3. Tempo para abertura do protocolo de profilaxia de TEV (algoritmo clínico) em dias X enfermaria. Botucatu, SP, Brasil, 2017.

Enfermaria	n	Média em dias	Mediana em dias
Unidade coronariana	49	0.66	0.63
Unidade de AVC	174	0.77	0.76
Enf. cirurgia	13	0.78	1.00
Pronto socorro-ala verde	121	1.12	0.77
Pronto socorro-ala amarela	99	1.18	0.96
UTI coronariana	40	1.72	0.99
Enf.	67	3.17	1.20
Enf. de clinica medica II	419	3.39	1.57
Enf. de clinica medica I	703	4.26	2.08
Enf. de neurologia	163	5.98	1.53
SETI	202	7.02	1.73
Total	**2050**	**3.67**	**1.14**

AVC: acidente vascular cerebral; UTI: unidade de terapia intensiva; SETI: serviço de terapia intensiva

Fonte: Banco de dados organizados pela pesquisadora a partir dos dados do PEP.

Tabela 4. Tempo para abertura do protocolo de profilaxia de TEV (algoritmo cirúrgico) em dias X enfermaria. Botucatu, SP, Brasil, 2017.

Enfermaria	N	Média em dias	Mediana em dias
Enf. cirurgia plástica e ortopedia	342	2.40	1.37
Enf. gastrocirurgia	526	2.45	1.26
Enf. de neurologia	176	4.53	1.43
SETI	173	5.38	1.80
Enf. de clinica medica I	22	5.66	1.59
Enf. de clinica medica II	52	5.83	1.20
Total	**1291**	**4.37**	**1.32**

SETI: serviço de terapia intensiva

Fonte: Banco de dados organizados pela pesquisadora a partir dos dados do PEP.

Tabela 5. Número de pacientes com protocolo cirúrgico com medicação prescrita X contraindicações X classificação de risco. Botucatu, SP, Brasil, 2017.

	Risco Alto (877 – 68%)			**Risco Interm. (279- 22%)**			**Risco baixo (135 – 10%)**		
	Com CI	**Sem CI**	**p valor**	**Com CI**	**Sem CI**	**p valor**	**Com CI**	**Sem CI**	**p valor**
Sem prescrição	92 (10,5%)	157 (18%)	<0,0001	18 (6,45%)	149 (53,4%)	0,0001	1 (0.74%)	115 (85%)	1,0
Enoxaparina sódica 20 mg	1(0,11%)	32 (3,6%)	<0,0001	1 (0,35%)	3 (1%)	0,6491	0	2 (1,48%)	1,0
Enoxaparina sódica 40 mg	1(0,11%)	542 (61,8%)	<0,0001	0	103 (37%)	<0,0001	0	17 (12,5%)	1,0
Enoxaparina sódica 60 mg	0	6 (0,68%)	<0,0001	0	0	-	0	0	-
Heparina sódica	0	51 (5,81%)	<0,0001	0	5 (1,8%)	<0,0001	0	0	-
Fondaparinux sódica	0	5 (0,57%)	<0,0001	0	0	-	0	0	-
Total	**94 (10.7%)**	**793 (90%)**		**19 (6.8%)**	**260 (93,2%)**		**1 (0,74%)**	**134 (98,9%)**	

CI: contraindicação
Fonte: Banco de dados organizados pela pesquisadora a partir dos dados do PEP.

Nos pacientes classificados como alto risco para desenvolvimento de TEV, houve significância entre as doses prescritas tanto para os com contraindicação, quanto para os sem contraindicação (p <0,0001). Já no risco intermediário, somente pacientes que receberam a dose de 40 mg de enoxaparina sódica e sem contraindicações apresentaram significância estatística.

Tabela 6. Número de pacientes com protocolo clínico com medicação prescrita X contraindicações. Botucatu, SP, Brasil, 2017.

	Com contraindicação (13%)	**Sem contraindicação (87%)**	**p valor**
Sem prescrição	260 (98%)	199 (11%)	<0,0001
Enoxaparina sódica 20 mg	0	296*(16%)	<0,0001
Enoxaparina sódica 40 mg	4 (1.50%)	947 (53%)	<0,0001
Heparina sódica	0	161 (9%)	<0,0001
Fondaparinux sódica	1 (0.37%)	29 (1.6%)	<0,0001
Associação enoxaparina sódica 20mg + 40 mg	0	153 (8.5%)	<0,0001
Total	**265**	**1785**	

*98 pacientes com dose ajustada por apresentarem idade avançada e/ou nefropatia
Fonte: Banco de dados organizados pela pesquisadora a partir dos dados do PEP.

Ao analisar os pacientes clínicos que não apresentavam contraindicações ao recebimento de profilaxia medicamentosa, constata-se que a dose recomendada de 40 mg de enoxaparina sódica estava presente em 53%, apresentando significância em relação às outras doses (p <0,0001).

Nos dados expostos nas tabelas 5 e 6 pode-se observar que 2962 (89%) do total de pacientes analisados apresentaram indicação para uso de medicação profilática, sendo 1785 (60%) clínicos e 1177 (40%) cirúrgicos. As contraindicações foram evidenciadas em 114 (8.8%) pacientes cirúrgicos e 265 (13%) clínicos.

Os resultados também demonstraram que 610 (18%) pacientes, do total analisado, não receberam profilaxia medicamentosa, mesmo não havendo contraindicação para seu uso e estando no grupo com indicação de risco.

Em relação aos pacientes cirúrgicos que foram classificados com alto risco para desenvolvimento de TEV e que não apresentaram contraindicações, 157 (38%) não possuíam qualquer prescrição profilática e 32 (2%) estavam com prescrição de dose inferior à recomendada. Esse índice foi menor nos pacientes clínicos (9%).

Uma particularidade encontrada na prescrição médica de 153 (7%) pacientes clínicos é o uso alternado das doses de enoxaparina sódica de 20mg e 40mg durante o mesmo período de internação, não estando a dose menor duplicada para caracterizar a dose completa. Também podemos destacar que 98 (5%) pacientes clínicos tiveram a prescrição de dose reduzida de enoxaparina sódica de 20mg por serem pacientes idosos ou por apresentarem insuficiência renal com clearence de creatinina <30 ml/min. Em pacientes cirúrgicos esta característica não foi observada.

Tabela 7. Número de pacientes cirúrgicos e clínicos com conformidade e não- conformidade na prescrição de profilaxia medicamentosa, conforme ACCP[16]. Botucatu, SP, Brasil, 2017.

Protocolo	n	Conformidade	Não conformidade
Pacientes clínicos	2050	1495 (73%)	555 (27%)
Pacientes cirúrgicos	1291	838 (65%)	453 (35%)
Total	**3341**	**2333 (70%)**	**1008 (30%)**
p valor		**<0,0001**	**<0,0001**

Fonte: Banco de dados organizados pela pesquisadora a partir dos dados do PEP.

A Tabela 7 informa que, apesar das evidências apresentadas relacionadas à falha na prescrição, ao avaliar a dose de profilaxia medicamentosa prescrita do número global de pacientes, os resultados evidenciaram a conformidade em 2333 (70%) casos, sendo significativamente mais

prevalente entre pacientes clínicos que cirúrgicos (<0,0001). A enoxaparina sódica foi a medicação indicada em 48,5% dos casos.

Tabela 8. Número de internações x Número de protocolos preenchidos. Botucatu, SP, Brasil, 2017.

Enfermaria	n de internações	n de protocolos preenchidos
Enf Ortopedia	647	355 (54,8%)
Enf Clínica Médica I	1176	725 (61,6%)
Enf Clínica Médica II	675	471 (69,7%)
Enf Neurologia	333	339 (101,8%)
Enf Gastrocirurgia	892	593 (66,4%)
Enf Ala amarela	239	99 (38,4%)
Enf Ala verde	315	121 (38,4%)
SETI	1310	375 (28,6%)
UCO	349	89 (25,5%)
Unidade de AVC	414	174 (42%)
Total	**6350**	**3341 (52,6%)**

SETI: Serviço de Terapia Intensiva; UCO: Unidade Coronariana; AVC: Acidente Vascular Cerebral
Fonte: Banco de dados organizados pela pesquisadora a partir dos dados do PEP.

O total de pacientes admitidos nos setores e no período estudado, foi 6350. Sendo assim, observou-se que, embora o protocolo de profilaxia de TEV esteja inserido no PEP e seja de fácil preenchimento, somente 3341 (52,6%) dos pacientes tiveram o algoritmo preenchido.

4.2 Método 2

4.2.1. Construção dos resultados

Foram coletados 13 depoimentos a partir da questão proposta, cujas datas, tempo na instituição e alguns dados da entrevista constam no Quadro 1.

Para preservar a confidencialidade, os sujeitos foram identificados de S1 a S13.

Quadro 1. Profissionais entrevistados

PARTICIPANTES	DATA	DURAÇÃO DA ENTREVISTA	REALIZAÇÃO DE TREINAMENTO	TEMPO NA INSTITUIÇÃO	MAIOR FORMAÇÃO
P1	06/11/2017	8 min	Sim	14 anos	Mestrado
P2	07/11/2017	4 min	Sim	1 ano e 4 meses	Especialista
P3	07/11/2017	7 min	Sim	5 anos	Graduação
P4	20/11/2017	7 min	Sim	4 anos	Especialista
P5	20/11/2017	8 min	Sim	14 anos	Mestrado
P6	30/07/2018	8 min	Sim	5 anos	Graduação
P7	07/12/2018	7 min	Sim	7 anos	Mestrado
P8	07/12/2018	8 min	Não	8 anos	Graduação
P9	07/12/2018	5 min	Não	5 anos	Especialista
P10	09/01/2019	7 min	Sim	5 anos	Mestrado
P11	09/01/2019	6 min	Sim	5 anos	Graduação
P12	09/01/2019	4 min	Sim	9 anos	Doutorado
P13	09/01/2019	6 min	Não	5 anos	Mestrado

4.2.2. Analisando as descrições

A análise dos dados é um processo que acontece desde as entrevistas, com a finalidade de identificar a essencialidade do fenômeno estudado.

As entrevistas foram transcritas imediatamente após sua realização, com o objetivo de manter a fidedignidade da essência dos depoimentos, como transmitidas pelos sujeitos desta pesquisa.

Os depoimentos, integralmente transcritos, constituíram a região de inquérito para desvelamento do fenômeno estudado e foram numerados de 1 a 13, mantendo o sigilo dos entrevistados.

Em seguida, várias leituras flutuantes das transcrições foram realizadas, procurando identificar nos depoimentos os aspectos predominantes frente ao preenchimento do protocolo de profilaxia de TEV, ou seja, reconhecendo as unidades de significado realizando uma busca da compreensão individual, sem realizar interpretações e na busca de desvinculação com qualquer ideia pré-concebida do conteúdo.

Após sucessivas leituras, os depoimentos foram grifados e os estes enumerados, mediante o significado destas falas. Identificadas a expressão do significado contido nas descrições dos entrevistados, foram sendo evidenciadas as essencialidades sobre o preenchimento do protocolo de profilaxia de TEV pelo enfermeiro, ou seja, aspectos que se repetiram nas descrições, porém

extremamente importantes para apreensão do fenômeno. A seguir, estas descrições foram sintetizadas e transcritas para um quadro analítico identificando as convergências, divergências e idiossincrasias que emergiram dos depoimentos.

4.2.2.1. Análise ideográfica

A análise ideográfica foi obtida por meio de depoimentos de enfermeiros, como descrevo a seguir.

Após a realização de várias leituras dos depoimentos foram identificadas as unidades de significado com o objetivo de selecionar as falas que correspondiam ao fenômeno em questão e foram transportadas para um quadro analítico adaptado composto de quatro colunas[24]:

- primeira coluna: composta pelas falas originais dos sujeitos entrevistados, retiradas dos depoimentos após serem codificadas. Nesta coluna, aparece a numeração das unidades facilitando a compreensão de seu processo de extração e sua localização no depoimento;

-segunda coluna: corresponde às elucidações, onde as siglas, palavras ou significados são decodificados por meio de definição bibliográfica ou de minha compreensão sobre o que foi expresso;

- terceira coluna: corresponde à transformação da linguagem do sujeito na linguagem do pesquisador, para apreender a essência do fenômeno;

-quarta coluna: é composta pelas unidades de significado transformadas com enfoque no fenômeno, onde foi realizada uma nova redução, possibilitando a junção de temas em comum.

Como próxima etapa, procurei realizar uma síntese dos depoimentos, partindo-se da quarta coluna do quadro analítico.

Abaixo, exemplo de um quadro analítico.

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 02

UNIDADES DE SIGNIFICADO LINGUAGEM DO SUJEITO	ELUCIDAÇÕES	LINGUAGEM DO PESQUISADOR	UNIDADES DE SIGNIFICADO TRANSFORMADAS COM ENFOQUE NO FENÔMENO
01. O enfermeiro, assim que o paciente é admitido, realiza o protocolo de TEV.	TEV = tromboembolismo venoso	O protocolo de profilaxia de TEV é realizado no momento da admissão do paciente na unidade de internação.	02.01 O protocolo de profilaxia de TEV é realizado no momento da admissão do paciente na unidade de internação.

02. (...) quem preenche é o enfermeiro, diante disto os médicos acabam prescrevendo a profilaxia e poucas vezes nós temos que lembrá-los, mas já aconteceu (...).		Os enfermeiros são responsáveis pelo preenchimento do protocolo de profilaxia de TEV e os médicos, apesar de esquecerem de prescrever a medicação algumas vezes, são responsáveis por fazê-la.	02.02 O protocolo de profilaxia de TEV é preenchido pelo enfermeiro e os médicos prescrevem a medicação profilática. Dificilmente precisa lembrá-los da necessidade da prescrição da medicação.
03. Preencher o protocolo é fácil e é realizado sempre que o paciente é hospitalizado e não demanda muito tempo, já virou rotina (...).		O preenchimento do protocolo de profilaxia de TEV é fácil, fazendo parte da rotina de admissão do paciente na unidade de internação.	02.03 O preenchimento do protocolo de profilaxia de TEV é fácil, fazendo parte da rotina de admissão do paciente na unidade de internação.
04. (...) Acho que os médicos aqui nem sabem que a gente preenche o protocolo, a gente avisa quando faz, fica no sistema, mas não sei se eles olham. Eles realizam a profilaxia, mas não sei se é baseada no protocolo.		Apesar de avisar o médico sobre o preenchimento do protocolo de profilaxia de TEV, não sabe se o mesmo o confere. A profilaxia é realizada, porém não sabe se é baseada no protocolo.	02.04 O enfermeiro avisa o médico a respeito de preenchimento do protocolo, entretanto, não sabe informar se o mesmo realiza a prescrição da profilaxia com base na conferência do protocolo.

4.2.2.2. Análise nomotética

Para realização desta análise foi necessário identificar os temas convergentes nos depoimentos que compuseram a descrição do fenômeno, os aspectos que se repetiram nas descrições gerais com características únicas, mas extremamente importantes para apreensões da essência do fenômeno.

Ao contrário da análise ideográfica, que buscava a identificação individual das descrições, a análise nomotética buscou identificar o enfoque geral do fenômeno, buscando-se tanto as convergências, divergência e idiossincrasias que emergiram, para então contribuir com a análise do geral, considerando-se os pontos comuns evidenciados nos discursos, chegando às temáticas.

Para a composição das categorias, a tematização identificada na análise ideográfica permitiu a emersão das categorias que englobam vários temas. Após reconhecimento das categorias e seus temas que vieram à tona, foi consolidada a interpretação dos achados considerando a perspectiva da compreensão fenomenológica.

Na sequência, uma breve elucidação da categoria proposta e, em seguida, a apresentação das temáticas e suas respectivas falas/depoimentos originais.

Procuro expor minha compreensão acerca de cada tema proposto, apresento um esquema representativo para posterior detalhamento.

ESQUEMA REPRESENTATIVO DA COMPREENSÃO E ANÁLISE DO FENÔMENO

CATEGORIA 1: PRESCRIÇÃO DA PROFILAXIA MEDICAMENTOSA

Observa-se como a prescrição de profilaxia medicamentosa foi realizada, na visão dos enfermeiros.

02 TEMÁTICAS

TEMA 01: Profilaxia medicamentosa adequada X não adequada

Neste tema, podemos observar os acertos e conflitos relacionados às prescrições das doses de profilaxia medicamentosa. Há uma preocupação da enfermagem em relação à checagem das prescrições médicas a fim de garantir que as doses corretas sejam prescritas.

Há também a adequação de doses profiláticas a pacientes nefropatas e idosos. Isso demonstra total conhecimento do protocolo de profilaxia de TEV.

A enfermagem também relata que, após a implantação do protocolo de profilaxia de TEV, há uma maior atenção da equipe médica na prescrição correta da dose profilática.

04.03. Às vezes o protocolo pede uma dose e eles prescrevem dose menor. Tem alguns pacientes que se estiver deambulando, mesmo com idade maior que 60 anos, um paciente de risco, as vezes eles não prescrevem, mas a gente adverte: olhe, esse paciente tem risco, fizemos o protocolo, informamos o médico tal e esse paciente está sem profilaxia.

05.03. Acho que a profilaxia está de acordo com o protocolo, acredito que a equipe médica está seguindo sim.

06.08. O uso das doses de 20mg e 40mg enoxaparina sódica é relativo, pois temos muitos idosos que, às vezes, é necessário diminuir a dose.

06.09. Na falta da enoxaparina sódica utilizamos a heparina sódica subcutânea, porém é mais difícil realizar o controle dos exames dos pacientes.

07.07. Em relação à dose, a equipe médica sempre segue a recomendada. Ainda não vi nenhuma prescrição com dose acima ou abaixo.

09.06. (...) quando eu entrei não tinha essa rotina de se atentar à prescrição da enoxaparina sódica e agora, depois que foi implantado isso, os médicos também estão mais atentos. Deu uma grande diferença, dá pra ver isso na prescrição.

10.07. Existem divergências em relação às doses prescritas e as doses recomendadas pelo protocolo. Às vezes a gente olha a prescrição e vê que está prescrita uma dose de enoxaparina sódica de 80 mg,

por exemplo, para um paciente onde a dose é somente profilática. A gente acaba conversando com a equipe e muitos assumem o erro e acabam trocando a prescrição da medicação.

10.13. Somos muito preocupados e os funcionários também são; eles também avisam quando o paciente está sem a prescrição de enoxaparina sódica. Às vezes tem prescrição que fica sem profilaxia por vários dias.

12.05. Os médicos são bem atentos em relação a isso; fazem correção da dose para nefropata e tudo mais.

TEMA 02: Divergência entre prescrição de profilaxia entre especialidades clínicas e cirúrgicas

Este tema aponta as diferenças de prescrição de profilaxia medicamentosa em especialidades clínicas e cirúrgicas.

Há uma breve descrição de que as especialidades clínicas prescrevem a profilaxia com mais acertos em relação às especialidades cirúrgicas.

04.07. Acho que a equipe cirúrgica falha mais nessa parte. Os clínicos prescrevem diferente, é melhor (...)

12.02. (...) eu acho que a equipe médica, os clínicos, estão mais habituados a prescrever a profilaxia, mas, de qualquer maneira, o protocolo direciona e auxilia nesse processo.

CATEGORIA 2: FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A NÃO PRESCRIÇÃO DA PROFILAXIA MEDICAMENTOSA

A categoria engloba os fatores que contribuem para a não prescrição da profilaxia medicamentosa, colocando os pacientes em risco direto de desenvolvimento de TEV.

02 TEMÁTICAS

TEMA 01: Desconhecimento do protocolo / dúvidas

O desconhecimento do protocolo e consequentemente das doses recomendadas para realização de profilaxia medicamentosa contribuem para o surgimento de eventos adversos preveníveis, expondo os pacientes a riscos desnecessários durante hospitalização.

As dúvidas dizem respeito, na grande maioria das vezes, aos possíveis fatores de risco apresentados pelos pacientes, porém não descritos no protocolo. Há a falsa ideia de que uma cirurgia de grande porte também pode ser classificada como de alto risco para desenvolvimento de TEV.

O relato das dúvidas está diretamente relacionado ao conhecimento dos enfermeiros referente ao protocolo. Esse conhecimento é de extrema importância para o preenchimento correto do protocolo, não deixando pacientes descobertos e sem garantia de profilaxia medicamentosa ou mecânica.

Não conhecer exatamente como a dosagem é prescrita, também implica em não conseguir apontar as possíveis falhas de prescrição, deixando o paciente com dose elevada ou pior, subdose que poderia desencadear o TEV.

01.03. Tem ainda integrante da equipe médica que ainda não sabe do protocolo, mas uma grande maioria que fala que está prescrevendo porque o professor mandou, mas não sabe ao certo a dose.

01.04. Às vezes eu tenho dúvidas de acordo com a patologia e às vezes algumas situações eu avalio e falo: poxa, esse eu acho que entra porque conforme a cirurgia dele e tudo mais eu acho que tem um risco.

01.06. Em alguns momentos, o que eu vejo que complica é nas dúvidas, mas lógico que temos que tirar com as pessoas que estão mais inseridas em todo esse planejamento do protocolo de TEV, porque há situações que necessitam de algumas explicações.

01.12. Tenho algumas dúvidas referentes a outras patologias que não estão no protocolo.

03.06. Para preencher é bem tranquilo, tem umas questões, paciente cirúrgico, grandes cirurgias que não entram no protocolo, até fico em dúvida e acabo colocando o paciente como alto risco.

08.08. Fico na dúvida em algumas coisas em relação ao protocolo. Às vezes acho que tem alguma coisa que predispõe o paciente a entrar no protocolo e não consigo encaixar no quadrinho dos fatores de risco.

08.10. No protocolo cirúrgico, o que mais tenho dúvidas é que as cirurgias que temos aqui na enfermaria acabam entrando como risco intermediário, mas às vezes acho que poderia ser alto risco.

TEMA 02: Recusa/resistência da equipe médica

A recusa/resistência em prescrever a profilaxia medicamentosa coloca a enfermagem em situação difícil em relação ao acompanhamento do paciente pois, ao preencher o protocolo, tem conhecimento a respeito dos riscos e da gravidade da ocorrência de possíveis eventos adversos.

A equipe médica, muitas vezes, não valoriza a opinião da enfermagem e não se atentam às possíveis complicações que a ausência da prescrição de dose recomendada pode ocasionar nos pacientes.

A prescrição correta das doses profiláticas é superada pela necessidade de atingir metas cirúrgicas.

04.10. (...) às vezes, falo que o paciente tem indicação e eles não aceitam, ficam falando que o paciente deambula e a maioria tem vários fatores de risco associados às cirurgias complexas. Às vezes eu bato um pouquinho o pé e eles acabam prescrevendo (...).

04.11. Acho que falta informação para eles. Depende da especialidade, eles insistem que não precisa, mas a gente ressalta que precisa.

10.05. (...) existe uma certa resistência da equipe médica em prescrever o medicamento. (...) a gente vê uma necessidade de profilaxia (...) e acaba avisando a equipe médica que o paciente está sem profilaxia, sem a prescrição de enoxaparina sódica naquele momento e às vezes os médicos não prescrevem e precisamos pedir novamente. Nem todos os médicos são adeptos à prescrição da medicação

10.06. Acho que eles tem conhecimento a respeito da medicação, mas não valorizam nossa queixa quando chegamos e avisamos que os pacientes estão sem a medicação. Eles não dão muita importância a isso, ficam mais preocupados em operar do que com o paciente em si.

CATEGORIA 3: DESOSPITALIZAÇÃO

Esta categoria informa as condições da alta hospitalar e se os pacientes recebem a prescrição de profilaxia medicamentosa.

01 TEMÁTICA

TEMA 01: Cuidados na alta hospitalar

Ao receber alta hospitalar, muitos pacientes recebem a prescrição da profilaxia medicamentosa para uso domiciliar.

Para que a liberação da medicação seja realizada pelo município de origem do paciente, é necessário o acionamento do serviço social pelos enfermeiros. Nem sempre essa liberação é fácil, pois incorre no custo elevado do produto.

Muitas vezes, os municípios não fornecem a enoxaparina sódica e sim a heparina sódica, sendo necessário o paciente retornar ao hospital para trocar a receita. Neste período, caso não tenha adquirido a profilaxia medicamentosa por recursos próprios, está sem a cobertura do medicamento estando sujeito à ocorrência de eventos adversos.

A enfermagem realiza orientações tanto da aplicação da medicação quanto do processo para liberação do medicamento nos municípios.

Nem sempre ocorre a liberação do medicamento pelo município de origem.

*01.10**.** E paciente ortopédico, oncológico, então eles ficam atentos, explicam toda a prescrição para o paciente, a própria receita médica que vai para casa, inclusive já administram a medicação pré-alta.*

01.11. Como às vezes as altas são a noite, eles tentam fazer de uma forma que o serviço social trabalhe junto para oferecer a continuidade da profilaxia, até que o paciente pegue a medicação na cidade de origem (...), porque é uma medicação liberada pela secretaria municipal de saúde (...).

04.05. (...) eu oriento o paciente quando o médico vem com a alta e já aciono o serviço social para que eles forneçam ou peçam para a UBS fornecer e eu vou e oriento como é realizada a aplicação e se tiver dúvidas para seguimento na UBS.

06.07. Quando há provável alta, já incentivamos a deambulação do paciente, mesmo utilizando a enoxaparina sódica.

06.10. Na rede pública, quando os pacientes saem de alta daqui com prescrição de enoxaparina sódica, muitas vezes não recebem, pois, a atenção primária relata falta de produto no mercado.

08.09. Em relação à alta, a gente vê alguns casos que usam a medicação somente internados, não vai para casa com a profilaxia. Dependendo do tipo de cirurgia que fez, se exige que fique acamado ou se o paciente já era acamado, sai com a profilaxia. (...) e a gente faz as orientações dos meios para conseguir a medicação para uso domiciliar.

09.07. Alguns pacientes saem de alta com profilaxia prescrita, principalmente na ortopedia. Aí a gente entra em contato com o serviço social, com o município quando o paciente não consegue comprar, porque é uma medicação um pouco cara. (...) também orientamos certinho como fazer a aplicação.

10.09. (...) a gente tem um problema com essa prescrição, pois muitos pacientes não tem condição de comprar, dependem da secretaria da saúde (...). Então, não sei se esse paciente faz a profilaxia até o retorno médico. Muitos voltam aqui para refazer a prescrição, pois a secretaria de saúde do município oferece outra medicação, a heparina sódica de 5000UI.

10.10. A gente também sempre orienta a respeito da profilaxia que é feita pela medicação, que deve ser aplicada a quatro dedos do umbigo.

12.09. Aqui, quase nenhum paciente sai de alta recebendo profilaxia (...). Apesar que tem paciente acamado que vai embora acamado, mas esses não vão embora recebendo a profilaxia, pois ficam bastante tempo aqui e acabam completando a dose.

13.06. (...) acontece de o paciente estar de alta aqui e vai pegar a medicação no município (...). Tem município que fornece e outros não. Quando não fornece, o paciente precisa comprar e é muito caro.

CATEGORIA 4: PREENCHIMENTO DO PROTOCOLO DE PROFILAXIA DE TEV

04 TEMÁTICAS

Nesta categoria podemos observar o momento que o protocolo de profilaxia de TEV é preenchido e qual profissional o realiza e que, após o preenchimento do protocolo, o enfermeiro comunica o médico responsável pelo paciente para que avalie a dose recomendada de profilaxia medicamentosa. Quando seu preenchimento não é possível durante a admissão, a passagem de plantão torna-se necessária.

TEMA 01- Preenchimento pelo enfermeiro/PEP

O preenchimento do protocolo de profilaxia de TEV é realizado pelo enfermeiro, no PEP e se deu no momento da admissão hospitalar ou em até 24h estando de acordo com o preconizado. Entretanto, a reavaliação do protocolo não costuma ser realizada durante a hospitalização.

Realizar o preenchimento do protocolo nas primeiras 24h de hospitalização antecipa a prescrição da profilaxia medicamentosa, fazendo com que o paciente fique menos exposto ao risco de desenvolvimento de TEV.

O protocolo de profilaxia de TEV está separado em algoritmo clínico e cirúrgico, e à disposição de enfermeiro para preenchimento, que é considerado rápido e fácil.

Ao realizar a prescrição de qualquer dose de enoxaparina sódica, heparina sódica ou fondaparinux sódica, o sistema emite um alerta à equipe médica para visualizar o protocolo preenchido.

O protocolo de profilaxia de TEV deve ser realizado em todos os pacientes admitidos em leitos hospitalares, e caso não haja fatores de risco presentes, há a opção de clicar na caixa *não se aplica.*

Além desses comandos, o PEP também gera um painel de indicadores, de fácil visualização, onde todas as informações referentes ao protocolo podem ser avaliadas por qualquer membro da equipe.

02.01. O enfermeiro, assim que o paciente é admitido, realiza o protocolo de TEV.

02.02. (...) quem preenche é o enfermeiro, diante disto os médicos acabam prescrevendo a profilaxia e poucas vezes nós temos que lembrá-los, mas já aconteceu (...).

04.01. (...) a gente realiza o protocolo no momento da internação dos pacientes, avaliando o grau de infecção, idade, se é cirúrgico ou se é clínico.

05.01. (...) tenho feito sempre nas primeiras 24h da internação (...).

06.01. Temos uma rotina para preenchimento do protocolo. O paciente vem para internar e a gente já faz a avaliação e os médicos também estão cientes dessa realização.

06.03. Eu acho importante a realização do protocolo porque se todas as unidades (...) fizessem do jeito que fazemos aqui, teríamos uma prevenção mais eficaz, com garantia de segurança do paciente em relação ao TEV, porque (...) o paciente chega aqui para nós (...) e já tem o sistema que alerta.

06.04. Quando o médico vai fazer a prescrição, o sistema já lembra do protocolo e quando a enfermeira vai preencher, já está atrelado também o nome do médico que será avisado. Esse sistema é muito bom e (...), é facilitador, pois faz o protocolo realmente dar certo porque você consegue amarrar uma coisa à outra e os profissionais também.

09.05. Geralmente preenchemos quando o paciente interna, (...), quando conseguimos, fazemos, senão passamos para o plantão noturno.

10.12. Aqui na enfermaria, os protocolos são feitos sempre na admissão do paciente, então, todo paciente, mesmo aqueles que não tem risco, tem o protocolo preenchido. A gente procura sempre refazer, mas como é uma enfermaria grande, às vezes a gente não dá conta.

11.02. A partir do momento que interna já faz o protocolo de TEV e a gente ainda não tem condições para fazer a reavaliação em 48h (...).

11.04. Aqui dá pra fazer de todos os pacientes na admissão; eu entro no sistema, no painel de indicadores e checo se estão todos com o protocolo preenchido.

13.04. Fazemos o protocolo logo que o paciente chega e quando vem transferido de outra enfermaria, também checo se está feito, se não estiver a gente faz.

TEMA 02 – Alerta à equipe médica

Após o preenchimento do protocolo, o enfermeiro informa ao médico responsável pelo paciente para que o mesmo avalie qual a necessidade da dose de profilaxia medicamentosa a ser

prescrita. Esta informação é melhor repassada quando existe equipe médica fixa no local. Há uma incerteza a respeito da visualização pela equipe médica do protocolo preenchido.

02. 04. (...) Acho que os médicos aqui nem sabem que a gente preenche o protocolo, a gente avisa quando faz, fica no sistema, mas não sei se eles olham. Eles realizam a profilaxia, mas não sei se é baseada no protocolo.

03.02. Eu não sei como isso aparece para a equipe médica no sistema, mas a gente faz, preenche o protocolo, mas eu não costumo avisar o médico que preenchi o protocolo.

03.05. Às vezes eu preencho e fico preocupada se eles vão ver, porque eu coloco o nome deles.

07.11. Quando preenchemos o protocolo, avisamos a equipe médica. Como eles ficam fixos aqui, facilita bastante e quando realizam as visitas pela manhã, conseguimos acompanhar a participar.

12.11. É bem fácil de preencher o protocolo. Acho que a maior dificuldade é se comunicar com a equipe médica, pois não ficam fixos aqui.

13. 01. (...) eu fico me perguntando se o médico realmente vê esse protocolo. Porque você faz e coloca lá o nome do médico, mas eu fico na dúvida se ele realmente usa aquilo ou se ele nem olha para aquele protocolo.

TEMA 03 – Passagem de plantão

Quando não é possível o preenchimento do protocolo no momento de sua admissão no leito hospitalar, o enfermeiro repassa a informação durante a passagem de plantão na troca de turnos. Há um instrumento para que isso ocorra e é composto de vários indicadores relacionados à assistência, inclusive o protocolo de profilaxia de TEV.

Esse instrumento facilita a comunicação entre profissionais enfermeiros e garante a continuidade da assistência prestada aos pacientes.

07.10. (...) no nosso formulário de passagem de plantão tem um espaço para informar se foi realizado ou não o protocolo de TEV.

08.06. Quando não consigo, informo na passagem de plantão. Dificilmente o paciente recém-admitido passa de um dia para outro sem preenchimento do protocolo.

11.07. Aqui temos um formulário para passagem de plantão com a informação de foi preenchido ou não o protocolo.

12.08. (...) o protocolo está na nossa passagem de plantão. Tem um item no formulário que é o preenchimento ou não do protocolo.

TEMA 04 – Fatores que contribuem para o não preenchimento do protocolo

Alguns fatores dificultam o preenchimento do protocolo de profilaxia de TEV pelos enfermeiros. Um deles está associado à falta de informações registradas no prontuário eletrônico do paciente, onde as especialidades, principalmente cirúrgicas, deixam de inserir dados necessários à avaliação do enfermeiro.

A falta de conhecimento de enfermeiros a respeito do protocolo de profilaxia de TEV é um outro fator que acarreta essa ausência do protocolo, além também do grande número de atividades desempenhadas por esses profissionais.

08.04. Costumo fazer o protocolo durante a admissão do paciente e tem ocasiões que não consigo informações suficientes para preenchimento, nem com o paciente, nem no sistema. Isso acontece principalmente em enfermarias cirúrgicas onde a rotatividade é maior (...)

08.05. Ou também quando o paciente é admitido e tenho problemas com a especialidade, pois às vezes não tem nada descrito do porque o paciente está internado, qual tipo de cirurgia será realizada; não tem uma avaliação mais específica onde posso saber se tem fatores de risco ou não.

10.03. Acho que tem vários fatores envolvidos para o não preenchimento do protocolo; um pouco é a falta de conhecimento de alguns enfermeiros em relação ao preenchimento e sua importância; também existem algumas emergências e os períodos em que não estamos disponíveis para o preenchimento.

10.04. (...) o protocolo também pode ser preenchido no próximo plantão. Só que eu acho que, com o grande número de atividades do enfermeiro, às vezes ele acaba esquecendo de preencher o protocolo.

CATEGORIA 5: FATOR QUE CONTRIBUI PARA O SUCESSO DO PROTOCOLO

A categoria informa qual o principal fator para garantir o sucesso do protocolo de profilaxia de TEV, desde seu preenchimento pelo enfermeiro até a prescrição da dose da profilaxia medicamentosa recomendada.

01 TEMÁTICA

TEMA 01: Equipe médica fixa

A enfermaria que possui equipe médica fixa acaba possuindo alguns benefícios em detrimento das que possuem uma equipe rotativa de médicos residentes, responsáveis por pacientes de diversos lugares. Uma das facilidades é a comunicação e discussão de casos entre a equipe multiprofissional, principalmente a enfermagem.

A enfermagem é a responsável por iniciar o protocolo de profilaxia de TEV e avisa o médico responsável o seu preenchimento. A localização de um médico não fixo no setor pode

demorar muito tempo e, inclusive, atrasar a prescrição da medicação profilática. Sabe-se que, quanto antes prescrever a medicação a uma paciente de risco, menor chance de desenvolver TEV ele terá.

Manter médicos fixos nas enfermarias facilita o processo de trabalho e tornam as decisões mais ágeis.

04.09. (...) quando eu ficava na clínica tinha muita dificuldade em localizar o médico que estava prescrevendo. Mas aqui, a gente consegue fechar um pouco mais.

06.02. (...) nas outras unidades pode ser um pouco mais complicado porque trabalham muito com residentes.

6.11. (...) é um protocolo que dá muito certo, não sei se é pela característica de nosso setor e também por causa desse entrosamento com a equipe médica. Aqui é mais fácil pois temos médicos 24h.

07.05. Aqui, temos médicos sempre presentes e isso facilita o diálogo com eles.

TEMA 2: Segurança do paciente

A segurança do paciente está relacionada à associação de episódios de TEV a eventos adversos facilmente preveníveis com o preenchimento adequado do protocolo associado à prescrição medicamentosa na dose correta.

07.12. Acho o protocolo importante (...) e tentamos fazer tudo certo para evitar a ocorrência de eventos adversos.

08.03. (...) vivenciei a fase antes e após a implantação do protocolo e percebo um aumento muito considerável na segurança do paciente mediante a aplicação do protocolo.

10.02. Eu acho esse protocolo muito importante para evitar a formação de trombose nos pacientes, inclusive aumentando a segurança e a qualidade dos serviços prestados a este paciente.

13.07. O protocolo auxilia na segurança do paciente, pois dá para evitar a TVP, principalmente dos casos cirúrgicos.

5. DISCUSSÃO

Analisando o perfil de pacientes internados que tiveram o protocolo de profilaxia de TEV preenchidos, observa-se a predominância de pacientes clínicos (61%) a cirúrgicos (39%), corroborando com estudados realizados em outros hospitais[25,26-28] e diferindo em outra literatura[29]. A análise foi realizada durante todo o período de internação dos pacientes e não somente nas primeiras 24h, fato que proporcionou observar a profilaxia como um todo.

Estudo realizado pela ACCP em 2012, demonstrou que quase todos os pacientes hospitalizados possuem pelo menos um fator de risco para desenvolvimento de TEV[17]. Os achados do presente estudo vão ao encontro dessa afirmação e demonstram que a quantidade de fatores de risco/pacientes foi maior em pacientes clínicos em relação aos cirúrgicos.

Os fatores de risco mais comuns em pacientes clínicos foram a mobilidade reduzida (81%), idade ≥ 55 anos (70%) e infecção (30%), corroborando com a literatura[25,26,30]. Já os pacientes cirúrgicos apresentaram infecção (42%) e internação em UTI (23%) como os principais fatores de risco para desenvolvimento de TEV, diferindo da literatura citada[25,26].

Em estudo realizado em um hospital universitário em Houston, Texas, observou que os pacientes adquiriram vários fatores de risco durante a hospitalização e que o tempo para surgimento de TEV diferiu significativamente, sendo maior no grupo com protocolo preenchido durante admissão. Salienta que o protocolo de profilaxia de TEV deve ser realizado na admissão do paciente e reavaliado durante a hospitalização, a fim de garantir a profilaxia adequada[29]. Os dados encontrados em nosso estudo, em relação ao preenchimento (em dias) do protocolo, demonstram que as enfermarias estudadas estão dentro do recomendado na literatura ao realizá-lo, entretanto não há reavaliação. Os enfermeiros sujeitos de nossa pesquisa afirmam que costumam preencher o protocolo de profilaxia de TEV durante a admissão do paciente e quando não conseguem, muitas vezes por excesso de demanda, passam a informação ao plantão seguinte para continuidade da assistência e preenchimento.

Em relação ao número de pacientes classificados com risco de desenvolvimento de TEV, os achados corroboram com o estudo ENDORSE[31], realizado em 2008 em 32 países, o qual demonstra que mais da metade dos pacientes internados possuem risco.

É necessário melhorar o registro dos fatores de risco para TEV nos prontuários estabelecendo uma rotina assistencial diária, à beira leito, junto às equipes multiprofissionais[28], o que também percebemos em nosso estudo ao analisar o número de protocolos preenchidos relacionado ao número de internações no período estudado.

A apresentação das contraindicações ao uso da profilaxia medicamentosa mostrou-se relativamente baixa tanto para pacientes clínicos (13%), quanto cirúrgicos (8.8%), estando em consonância com os achados em outros estudos[25, 26-28].

Verificou-se que a taxa global de conformidade relacionada à prescrição de profilaxia medicamentosa foi de 70%, resultado também encontrado em outros artigos[25, 28, 32,33] e contrapondo alguns autores[34] e o estudo ENDORSE[31] que demonstrou que somente metade dos pacientes recebem

a profilaxia recomendada pela ACCP[17]. A enoxaparina sódica foi o medicamento profilático de maior escolha (48%), estando em consonância com o encontrado em outros estudos [27, 29,32,33,35,36].

Em relação à profilaxia de acordo com a estratificação de pacientes clínicos e cirúrgicos, estes apresentaram 64% e 36% de adequações, respectivamente. Na literatura pode-se observar algumas concordâncias[31, 32,37] e outras discordâncias[25,27]. A existência de várias diretrizes, diferenças entre perfis de pacientes e análise pouco uniforme, podem acarretar resultados diversos entre diferentes autores[25].

A ausência de profilaxia medicamentosa, em pacientes sem contraindicação, mostrou-se menor em pacientes clínicos em relação aos cirúrgicos, onde a maioria possuía risco alto para desenvolvimento de TEV [25,32,34,37].

Observou-se conformidade, nos pacientes clínicos, em relação à prescrição da profilaxia medicamentosa a doentes com insuficiência renal e que apresentaram clearence de creatinina < 30 mL/min, estando de acordo com a as recomendações do ACCP[17]. Em pacientes cirúrgicos essa adequação não foi encontrada.

Em estudo realizado com dados de 500 pacientes internados entre outubro de 2015 e fevereiro de 2016 em um hospital universitário, constatou que a taxa global de conformidade profilática para TEV era de 42,1%, estando os pacientes clínicos com profilaxia mais adequada que os cirúrgicos. Também demonstrou que as inadequações presentes durante hospitalização de pacientes clínicos se devem à prescrição/dose de medicamento inadequado e não pela ausência de profilaxia, diferentemente do paciente cirúrgico[34]. Este fato também pode ser constado em nosso estudo. Ainda esclarece que a estratificação de risco incorreta, desconhecimento do protocolo e rodízio de médicos residentes responsáveis por assistir as enfermarias de hospitais universitários, são fatores que podem contribuir para a não prescrição da profilaxia medicamentosa em pacientes cirúrgicos.

Ao avaliar as percepções do enfermeiro acerca do protocolo de profilaxia de TEV, uma das categorias que emergiram cita a presença de equipe médica fixa nas unidades como um fator que contribui para o sucesso do protocolo de profilaxia de TEV, pois o contato e discussão tornam-se parte da rotina diária e do processo de trabalho.

A baixa importância à profilaxia de TEV pode estar relacionada à pouca valorização da patologia, seja por ter apresentação clínica inespecífica ou por dificuldades no diagnóstico. A preocupação com o risco de sangramento, principalmente no período pós-operatório, e pelo custo financeiro que a quimioprofilaxia medicamentosa pode acarretar, também são fatores que contribuem para a não realização da profilaxia[36].

Deve-se considerar que o uso da profilaxia medicamentosa, quando indicado corretamente, apresenta relação custo-benefício positiva[36, 38].

Em relação aos custos hospitalares, estudo realizado a fim de comparar padrões de profilaxia em hospitais públicos e privados constatou que a incidência de TEV foi responsável por quadruplicar a duração do período de internação, duplicando seu custo, que foi maior que o custo total da profilaxia[33].

Apesar dos protocolos estarem inseridos no PEP e serem de fácil manuseio, os algoritmos foram preenchidos em somente 52,6% dos pacientes internados, o que favorece que a instituição não conheça detalhadamente os perfis de risco de TEV em seus pacientes, tornando-se menos capaz na tomada de decisão em relação à profilaxia a ser adotada[25]. Estudo realizado no Jordan University Hospital em Amman, Jordânia, constatou que o protocolo institucional para profilaxia de TEV estava presente em 47,2% dos pacientes hospitalizados[26], enquanto outro estudo encontrou o protocolo preenchido somente em 5% das internações[25].

O preenchimento do protocolo de profilaxia de TEV, relatado em nosso estudo, demonstrou que é iniciado pelo enfermeiro durante a admissão hospitalar e que informam a equipe médica sobre seu preenchimento. Muitas vezes não é possível sua realização imediata devido outras atribuições do profissional, entretanto, criou-se um instrumento de passagem de plantão que demonstra a necessidade de continuidade da assistência de enfermagem, dentre elas, a profilaxia de TEV.

Atualmente, há um esforço em diversificar as medidas para realização da profilaxia de TEV que promovam aderência da equipe multiprofissional no preenchimento dos protocolos. O uso de ferramentas como a educação permanente em saúde pode facilitar esse processo[35,39].

Artigo de revisão, destaca que existem poucas evidências acerca de quais intervenções específicas são realmente efetivas para aumentar as taxas de profilaxia. Entretanto, salienta que alguns estudos apoiam a associação de ações educativas e abordagens tecnológicas, com alertas e decisões clínicas baseadas nestas ferramentas[40]. A implementação de novas estratégias poderia auxiliar na diminuição da incidência do TEV e consequente redução dos índices de mortalidade, morbidade e dos períodos de internação[39].

Medidas de educação continuada melhoram significativamente a prática clínica e deve ser adaptada ao aluno e não aplicada de maneira padronizada. A educação dinâmica, centrada no aluno, pode ser mais eficaz no engajamento da equipe de saúde e pode ter maior potencial para melhorar sua prática assistencial, principalmente na profilaxia de TEV[41].

Estudo realizado em um hospital universitário do norte de Israel que, ao nomear um profissional enfermeiro para acompanhar o protocolo de profilaxia de TEV, conseguiu quase duplicar a taxa de profilaxia medicamentosa. Este fato chamou a atenção da equipe médica, já que uma das funções deste enfermeiro também seria encorajá-los a prescrever a profilaxia recomendada. O envolvimento do enfermeiro levou a uma mudança positiva na rotina diária para além do período estudado[42].

O empoderamento do enfermeiro não resolveu totalmente o problema e, possivelmente, nem todas as sugestões foram aceitas pela equipe médica, já que certamente existiam outros fatores que influenciaram essa decisão[42].

Os enfermeiros, sujeitos de nosso estudo, também possuem empoderamento ao iniciar o protocolo de profilaxia de TEV e discutir junto à equipe médica a necessidade de prescrição medicamentosa de cada paciente.

Um estudo de métodos mistos realizado nos anos de 2010 a 2011 no Johns Hopkins Hospital em Baltimore com enfermeiros de unidades de internação de alta e baixa complexidade, constatou que os enfermeiros possuem conhecimento clínico e experiência para determinar se há necessidade ou não de profilaxia medicamentosa para TEV. Entretanto, são propensos a afirmar que a profilaxia é prescrita desnecessariamente a pacientes que não apresentam restrição de deambulação, bem como usam de sua habilidade na tomada de decisão para não administrar as doses de profilaxia prescrita. A carga de trabalho não foi considerada para essa problemática e sim a recusa anterior do paciente em receber a medicação, a presença de dor ou hematoma[43].

Em nosso estudo, a carga de trabalho é relatada pelos enfermeiros como fator desencadeante do não preenchimento do protocolo e destacam a importância da correta profilaxia medicamentosa, não associando sua necessidade somente à restrição de deambulação.

Os enfermeiros são essenciais para informar os pacientes sobre a importância da profilaxia de TEV, pois os influenciam acerca das terapêuticas utilizadas, encorajando-os[15]. Além disso, também monitoram os riscos de desenvolvimento de TEV, os efeitos colaterais e complicações da profilaxia medicamentosa, além de estimular a deambulação precoce[13].

Em estudo realizado em 33 províncias chinesas, com enfermeiros de 106 hospitais, constatou-se que os resultados referentes ao conhecimento acerca de profilaxia de TEV mostraram-se satisfatórios em relação à profilaxia básica e avaliação de risco, entretanto, faltava conhecimento a respeito da medicação profilática[44].

Da análise qualitativa de nosso estudo, também destacamos a presença de categoria que demonstra o conhecimento acerca do protocolo de profilaxia de TEV, abordando as dúvidas dos

enfermeiros como temática principal. A avaliação dos fatores de risco e a dosagem de medicação prescrita foram fatores apontados pelos sujeitos entrevistados, demonstrando conhecimento fragmentado sobre o protocolo. Essa falta de conhecimento, pode não permitir a avaliação e discussão da dose de profilaxia medicamentosa com a equipe médica podendo desencadear prescrição e administração de dose incorreta, estando o paciente sujeito à ocorrência de eventos adversos.

Embora os enfermeiros não sejam responsáveis pela prescrição da profilaxia medicamentosa para TEV, é de sua responsabilidade monitorar as alterações relacionadas aos riscos de desenvolvimento de TEV e administrar as medicações conforme prescrição[45].

A enfermagem tem a capacidade de evitar a morbimortalidade simplesmente por avaliar adequadamente os riscos e administrar a profilaxia e TEV corretamente aos pacientes sob seus cuidados[13].

Os programas de treinamento a respeito da profilaxia de TEV devem ser abrangentes para suprir a lacuna de conhecimento, dando ênfase também aos detalhes. A identificação correta dos fatores de risco é uma responsabilidade importante do enfermeiro[44].

O feedback necessário com a equipe médica é realizado e os enfermeiros acentuam a necessidade da profilaxia medicamentosa, quando não está prescrita, dado que corroboram com a literatura[43].

Os enfermeiros podem desempenhar papel fundamental na educação de pacientes e familiares, com ou sem profilaxia de TEV, no período de transição entre a hospitalização e a alta hospitalar[45]. Esta afirmação também corrobora com nosso estudo, uma vez que a categoria desospitalização, com enfoque no cuidado na alta hospitalar, também foi citada e contempla todas as informações repassadas a pacientes e familiares a respeito da profilaxia medicamentosa a ser mantida em uso domiciliar ou na orientação a respeito da deambulação precoce e medidas de profilaxia mecânica.

As instituições hospitalares devem trabalhar a profilaxia de TEV com indicadores para monitorar a melhoria da qualidade de processo e, simultaneamente, realizar *benchmarking* para educação de qualidade e medidas apropriadas dos resultados, associados à prática de enfermagem[45].

6. CONCLUSÃO

Os resultados evidenciaram que pacientes clínicos apresentaram maior conformidade na profilaxia medicamentosa em relação aos pacientes cirúrgicos, entretanto, os dois grupos podem ser igualmente prejudicados com as não conformidades identificadas.

Os resultados responderam aos objetivos propostos, contribuindo com o conhecimento sobre a realidade atual da profilaxia de TEV, enriquecida pela compreensão da perspectiva dos enfermeiros no desenvolvimento do protocolo e poderão contribuir com a melhoria do serviço, permitindo as seguintes recomendações:

O sistema informatizado onde está inserido o protocolo de profilaxia de TEV (PEP) pode ser avaliado e devem ser testadas algumas possibilidades de bloqueio, visando o favorecimento de seu preenchimento e da prescrição da profilaxia medicamentosa, aumentando sua abrangência. Também deve considerar a possibilidade de o sistema demonstrar o protocolo preenchido ao prescritor e identificar se a dose está adequada, impedindo as falhas relacionadas à dosagem, bem como emitir um alerta quando há risco e não há profilaxia, já considerando as contraindicações.

A alta hospitalar deve ser trabalhada com antecedência e programada para que pacientes e familiares recebam todas as orientações, inclusive com realização de contrarreferência, para que seja garantida a liberação de medicação profilática, diminuindo assim as reinternações causadas pelo TEV.

Há uma necessidade importante de educação continuada direcionada a toda equipe assistencial, principalmente enfermeiros, a fim de prepará-los para realizar avaliação e acompanhamento de pacientes clínicos e cirúrgicos, diminuindo as lacunas do conhecimento e instrumentalizando-os com a prática baseada em evidências.

Apesar dos trabalhos desenvolvidos pela CPTEV, na orientação e treinamento para utilização do protocolo, pode haver uma lacuna entre as recomendações atuais e a prática diária da enfermagem, causadas principalmente pelo excesso de demanda do enfermeiro, uma vez que este profissional tem atuação em muitos protocolos institucionais. Apesar dos desafios, há que se destacar o relevante papel do enfermeiro na inicialização do protocolo, bem como na abordagem interprofissional para a profilaxia da TEV.

O hospital em questão não possui meios para realização de profilaxia mecânica, como dispensação de meia elástica e sistema de compressão pneumática intermitente, haja vista o custo elevado destes produtos. Portanto, é necessário realizar um trabalho detalhado comprovando as

vantagens dessas alternativas, incluindo as econômicas, e solicitar a padronização de novas tecnologias pelo SUS.

É necessária avaliação constante dos indicadores de profilaxia de TEV, realizando comparações entre as diversas unidades de internação, a fim de estabelecer metas e encontrar as dificuldades causadoras da não profilaxia ou profilaxia incorreta.

Também é necessário estabelecer alguns identificadores visuais que alertem a equipe assistencial sobre o risco de cada paciente.

O processo de trabalho deve ser revisto e investido em equipe médica fixa nas unidades para facilitar o cuidado, a interação com a enfermagem e principalmente, a prescrição correta da profilaxia de TEV. Rever fluxos de trabalho, certamente causarão impacto positivo na profilaxia de TEV.

É de extrema importância o apoio dos níveis hierárquicos mais elevados da instituição, bem como a conscientização de todas as equipes assistenciais de que o TEV é um evento adverso altamente prevenível e que as ações acertadas, certamente, proporcionarão um ambiente mais seguro e com menor número de casos de tromboembolismo venoso, prevenindo complicações e reduzindo a mortalidade.

7. REFERÊNCIAS

1. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. Ciência & Saúde Coletiva. 18 (7): 2029-2036, 2013. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700018.

2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MC, editors. Committee on Quality of Health Care: Institute of Medicine. To Err is Human: building a safer health system. Washington (DC): National Academy Press: 2000.

3. World Health Organization (WHO). Global Priorities for patiente safety research. 2009. [página da Internet]. [acesso em 30 de maio de 2015]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/research/priorites

4. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. International Journal for Quality in Health Care. 2009: 21 (4): 279-284. doi: 10.1093/intqhc/mzp022.

5. Bernardi CD, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2018 [cited 2019 June 23]; 27(3): e2670016. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

07072018000300303&lng=en. Epub Aug 06, 2018. http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018000300303.

6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Boletim Informativo. Segurança do paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA: 2011. [página da Internet]. [acesso em 08 de julho de 2016]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisahome

7. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Brasília, DF.

8. Ministério da Saúde. RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Brasília, DF. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Boletim Informativo. Segurança do paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília (DF): ANVISA: 2013. [página da Internet]. [acesso em 09 de julho de 2016]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisahome

10. Damasceno MM et al. Protocolo Clínico: Prevenção do Tromboembolismo Venoso (TEV). Programa Brasileiro de Segurança do Paciente. Maio de 2016.

11. Maia CP, Diogo Filho A, Diogo DM, Fedrigo LS, Diogo PM. Estudo epidemiológico da profilaxia do tromboembolismo venoso em pacientes internados em especialidades cirúrgicas diversas de um Hospital de Nível Terciário. Rev Horizonte Científico. 2008;2(1):1-24.

12.Piazza G, Hohlfelder B, Goldhaber SZ. Handbook for Venous Thromboembolism. Cham: Springer International Publishing; 2015.

13. Findlay J, Keogh M, Cooper L. Venous thromboembolism profylaxis: the role of the nurse. British Journal of Nursing. 2010; 19(16):1028-32. https://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.16.78190.

14. Rocha AT et al. Tromboembolismo Venoso: Profilaxia em Pacientes Clínico – Parte II. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 31 de março de 2005.

15. Dunn N, Ramos R. Preventing venous thromboembolism: the role of nursing with intermitente pneumatic compression. Am J Crit Care. 2017 March; 26(2): 164-67. http://doi:10.4037/ajcc2017504

16. Bastos M, Barreto SM, Caiafa JS, Rezende SM. Thromboprophylaxis: medical recommendations and hospital programs. Rev. Assoc. Med. Bras. 2011 Jan/Feb;57(1):88-99. doi:10.1590/S0104-42302011000100022.

17. Guyatt GH, Eikelboom JW, Gould MK, et al. Approach to outcome measurement in the prevention of thrombosis in surgical and medical patients: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012 Feb;141(2 Suppl):e185S-94S. doi:10.1378/chest.11-2289.

18. Castro Silva M. Venous thromboembolism in the State of Minas Gerais and its projection to Brazil: Study based in 2,331,353 hospitalizations. Int Angiol.1997; 16: 193-196.

19. Castro Silva M. Epidemiologia do tromboembolismo venoso. J Vasc Br. 2002; 1(2).

20. Cardoso V, Trevisan I, Cicolella DA, Waterkemper R. Revisão sistemática de métodos mistos: método de pesquisa para a incorporação de evidências na enfermagem. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2019 [acesso 2019/05/10];28:e20170279. Disponível em: https://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0279

21. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

22. Husserl E. Idéias para uma fenomenologia pura e para uma filosofia fenomenológica. 2ª ed. São Paulo: Idéias & Letras; 2008.

23. Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo (SP): Moraes, 1989.

24. Sadala MLA. Estar com o paciente: a possibilidade de uma maneira autêntica de cuidar [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1995.

25. Farhat FCLG, Gregório HCT, Carvalho RDP. Evaluation of deep vein thrombosis prophylaxis in a general hospital. J. Vasc. Bras. 2018 Sep 13;17(3):184-92. doi:10.1590/1677-5449.007017.

26. Erzinger FL, Carneiro MB. How can prevention of venous thromboembolism be improved in a hospital with an oncological profile? J. Vasc. Bras. 2016 Oct 20;15(3):189-96. doi:10.1590/1677-5449.003216.

27. Gharaibeh L, Albsoul-Younes A, Younes N. Evaluation of venous thromboembolism prophylaxis after the introduction of na institutional guideline: extent of application and implementation of its recommendations. J. Vasc. Nurs. 2015 Jun;33(2):72-8. doi:10.1016/j.jvn.2014.11.002.

28. Hinrichsen SL, Mouzinho D, Carvalho E, Oliveira CLF, Possas L, Vilella TA. Implementation of the prevention program of Venous Thromboembolism (TEV): Pilot Study. Rev ACRED. [Internet]. 2014 [cited Sep 10, 2019];4(7):1-9. Available from: http://ojs.cbacred.org.br/index.php/Acred01/article/view/166/201.

29. Tatara AW, Ruegger M, Adeola M, Putney D. Time to occurrence based on risk stratification of hospital-acquired venous thromboembolism: a retrospective observational cohort study. J Pharm Pract. [Internet]. 2018 [cited Sep 10, 2019];31(6):651-7. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0897190017735423.

30. Santos ES, Santos LSC, Pereira EJF, Matunaga II, Lopes JLL, Silva RCG et al. Venous Thromboembolism incidence in patients in a hospital specialized in high complexity Cardiopneumology. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo. 2017; 52(3):119-25. https://doi.org/10.25432/1809-3019.2017.52.3.119

31. Cohen AT, Tapson VF, Bergmann JF, Goldhaber SZ, Kakkar AK, Deslandes B, et al. Venous thromboembolism risk and prophylaxis in the acute hospital care setting (ENDORSE study): a multinational cross-sectional study. Lancet. 2008 Feb 02;371(9610):387-94. doi:10.1016/S0140-6736(08)60202-0.

32. Lopes BAC, Teixeira IP, Souza TD, Tafarel JR. Do we know how to prescribe venous

thromboembolism prophylaxis to hospitalized patients? J. Vasc. Bras. 2017 Aug 21;16(3):199-204. doi:10.1590/1677-5449.008516.

33. Cortada APS, Silva TG, Silva AC, Golmia RP, Guerra RL, Takemoto MLS, et al. Comparison of thromboprophylaxis patterns in arthroplasty in public and private hospitals. Einstein. 2015;13(3):410-6. doi:10.1590/S1679-45082015GS3057.

34. Curtarelli A, Correia e Silva LP, Camargo PAB, Pimenta REF, Jaldin RG, Bertanha M. Venous thromboembolism, can we do better? Profile of venous thromboembolism risk and prophylaxis in a University Hospital in the State of São Paulo. J. Vasc. Bras. 2019 Mar 11;18:e20180040. https://doi.org/10.1590/1677-5449.004018.

35. Okuhara A, Navarro TP, Procópio RJ, Bernardes RC, Oliveira LCC, Nishiyama MP. Incidence of deep vein thrombosis and quality of venous thromboembolism prophylaxis. Rev. Col. Bras. Cir. 2014 Jan/Feb;41(1):2-6. doi:10.1590/S0100-69912014000100002.

36. Akpinar EE, Hosgün D, Akan B, Ates C, Gülhan M. Does thromboprophylaxis prevent venous thromboembolism after major orthopedic surgery? J Bras Pneumol. 2013 May/Jun;39(3):280-6. 8doi:10.1590/S1806-37132013000300004.

37. Busato CR, Gomes RZ, Costan DMM, Zubiolo TFM. Evaluation of thromboprophylaxis in medium-sized general hospital. J Vasc Bras. 2014 Jan/Mar;13(1):5-11. doi:/10.1590/jvb.2014.003.
38. Scottish Intercollegiate Guideline Network. Guideline 62: prophylaxis of venous thromboembolism: a national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guideline Network; 2014.

39. Gallo SN, Durán LF, Molano VM, Núñez NA. Assessment of educational strategy to strengthen the guide for the use of thromboprophylaxis in a colombian hospital. Acta Med Colomb. [Internet]. 2015 Jan/Mar [cited Sep 10, 2019];40(1):24-9. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482015000100006.

40. Raymundo SRO, Lobo SMA, Hussain KMK, Hussein KG, Secches IT. What has changed in venous thromboembolism prophylaxis for hospitalized patients over recent decades: review article. J. Vasc. Bras. 2019 Feb 07;18:e20180021. doi: https://doi.org/10.1590/1677-5449.002118.

41. Lau BD, Shaffer DL, Hobson DB,Yenokyan G, Wang J, Sugar EA, et al. Effectiveness of two distinct web-based education tools for bedside nurses on medication administration practice for venous thromboembolism prevention: A randomized clinical trial. PLoS ONE. 2017;12(8): e0181664. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181664

42. Goldstein LH, Sabag P, Melykovsky R, Hemi S, Ron-Avraham G, Azriel M, et al. Could a coagulation nurse liaison improve compliance with venous thromboembolism prophylaxis in medical patientes? J Nurs Care Qual. 2016; 31 (2): E11-E15. DOI: 10.1097/NCQ.0000000000000154.

43. Elder S, Hobson DB, Rand CS, Streiff MB, Haut ER, Efird LE, et al. Hidden barries to delivery of pharmacological venous thromboembolism prophylaxis: the role of nursing beliefs and practices. J Patient Saf. 2014; 0(00): 1-6. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000086

44. Ma YF, Xu Y, Chen YP, Wang XJ, Deng HB, He Y, Wu XJ. Nurses' objective knowledge regarding venous thromboembolism prophylaxis. A national survey study. Medicine. 2018; 97(14). http://dx.doi.org/10.1097/md.0000000000010338

45. Lee JA, Grochow D, Drake D, Johnson L, Reed P. Servellen G. Evaluation of hospital nurses' perceived knowledge and practices of venous thromboembolism assessment and prevention. Journal os Vascular Nursing. March 2014; 32(1):18-24. http://dx.doi.org/10.1016/j.jun.2013.06.001

8. APÊNDICE

8.1 Apêndice 1

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome:_____

Idade:_____Função :_____

Tempo na Instituição:_____

Maior formação: _____

QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA

01. O protocolo de profilaxia de TEV pode ser considerado como uma ação para garantir a segurança do paciente, minimizando o risco de desenvolvimento de complicações evitáveis. Diante desta afirmação, como você percebe a utilização do protocolo nos pacientes hospitalizados e de sua profilaxia?

8.2 Apêndice 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
Resolução nº 466/12 do CNS.
(Maiores de 18 anos – enfermeiros)

Convido, o senhor (a) para participar do projeto de pesquisa intitulado "Caracterização de riscos, profilaxia de tromboembolismo venoso e assistência segura na percepção do enfermeiro", que será desenvolvido por mim Karen Aline Batista da Silva, enfermeira, mestre em enfermagem e doutoranda do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, com orientação do profissional enfermeira e Profº Dra Carmem Maria Casquel Monti Juliani do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu –Unesp. A pesquisa pretende desvelar a percepção dos enfermeiros frente ao uso do protocolo de profilaxia de TEV.

O sr(a). está convidado a participar dessa pesquisa por fazer parte do grupo de enfermeiros lotados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP. A pesquisa será áudio gravada e será realizada uma pergunta abordando conteúdo relacionado à profilaxia do tromboembolismo venoso. A duração da entrevista será de, aproximadamente, 30 minutos. Após a transcrição da entrevista, a gravação será destruída.

Esclarecemos que não haverá nenhum benefício ao participante da pesquisa.

Sua participação neste estudo é voluntária e mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue ao Senhor (a) devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contrato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descrito.

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO EM PARTICIPAR de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas, sem no entanto, que minha identidade seja revelada.
Botucatu,_____/___/_____

_____ _____

Enf. Me Karen Aline Batista da Silva Participante da Pesquisa

Pesquisador: Karen Aline Batista da Silva
Endereço: Av. Prof Mário Rubens Guimarães Montenegro, Unesp Câmpus de Botucatu
CEP 16618-687 Botucatu - SP
Telefone: (14) 38116220
Email: karen@hcfmb.unesp.br

Orientador: Profª Dra Carmen Maria Casquel Monti Juliani
Endereço: Av. Prof Mário Rubens Guimarães Montenegro, Unesp Câmpus de Botucatu

CEP 16618-687 Botucatu - SP
Telefone: (14) 38116220
Email: cjuliani@fmb.unesp.br

9. ANEXOS

9.1 Anexo 1 – Parecer circunstanciado do CEP

UNESP -FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO DE RISCOS, PROFILAXIA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO E ASSISTÊNCIA SEGURA NA PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO

Pesquisador: KAREN ALINE BATISTA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62055616.7.0000.5411

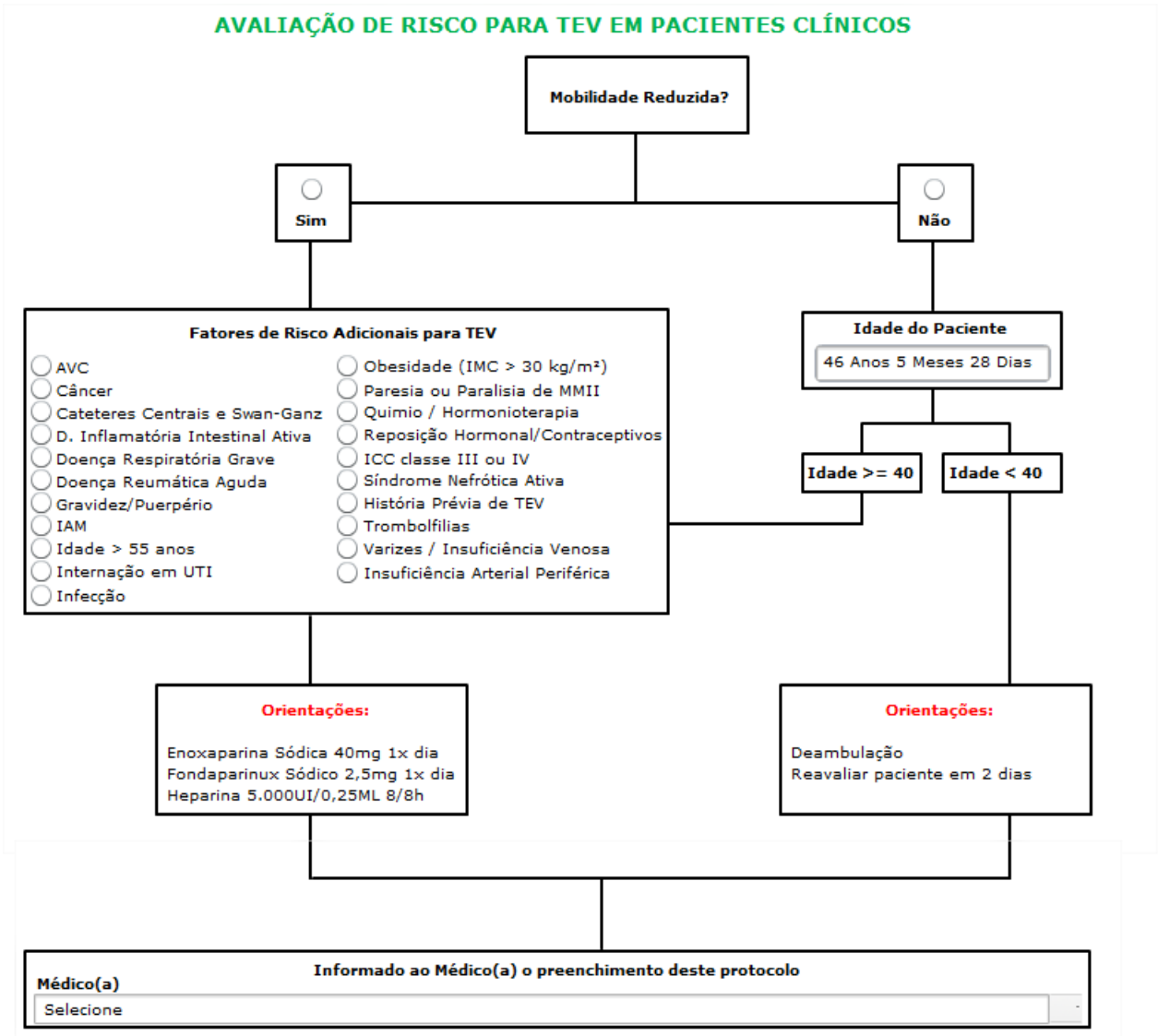
Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

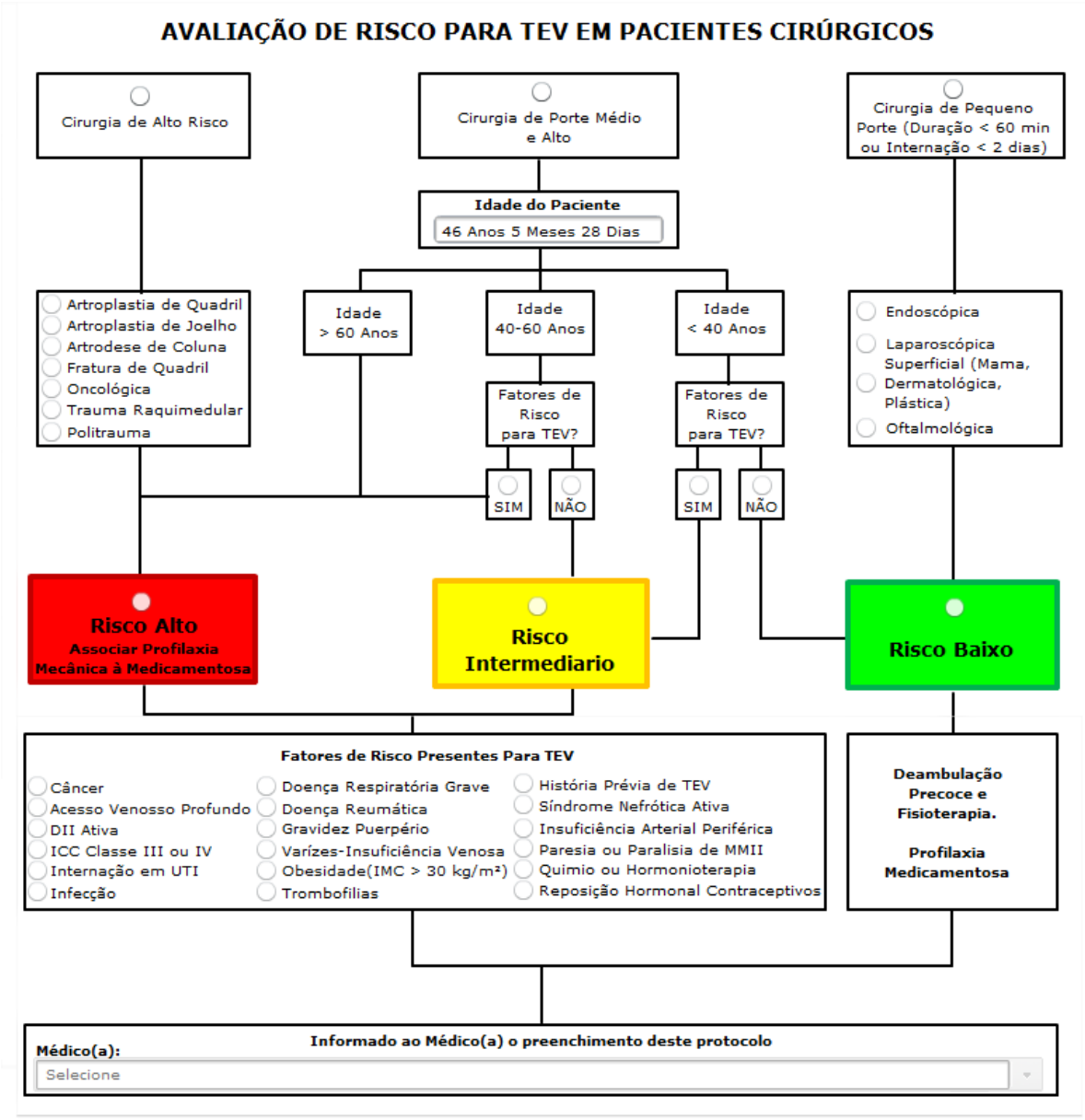
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.850.408

9.2 Anexo 2


AVALIAÇÃO DE RISCO PARA TEV EM PACIENTES CLÍNICOS
Mobilidade Reduzida?
Sim
Não
Fatores de Risco Adicionais para TEV
AVC
Câncer
Cateteres Centrais e Swan-Ganz
D. Inflamatória Intestinal Ativa
Doença Respiratória Grave
Doença Reumática Aguda
Gravidez/Puerpério
IAM
Idade > 55 anos
Internação em UTI
Infecção
Obesidade (IMC > 30 kg/m²)
Paresia ou Paralisia de MMII
Quimio / Hormonioterapia
Reposição Hormonal/Contraceptivos
ICC classe III ou IV
Síndrome Nefrótica Ativa
História Prévia de TEV
Trombolfilias
Varizes / Insuficiência Venosa
Insuficiência Arterial Periférica
Idade do Paciente
46 Anos 5 Meses 28 Dias
Idade >= 40
Idade < 40
Orientações:
Enoxaparina Sódica 40mg 1x dia
Fondaparinux Sódico 2,5mg 1x dia
Heparina 5.000UI/0,25ML 8/8h
Orientações:
Deambulação
Reavaliar paciente em 2 dias
Informado ao Médico(a) o preenchimento deste protocolo
Médico(a)
Selecione

9.3 Anexo 3


AVALIAÇÃO DE RISCO PARA TEV EM PACIENTES CIRÚRGICOS
Cirurgia de Alto Risco
Cirurgia de Porte Médio e Alto
Cirurgia de Pequeno Porte (Duração < 60 min ou Internação < 2 dias)
Idade do Paciente
46 Anos 5 Meses 28 Dias
Artroplastia de Quadril
Artroplastia de Joelho
Artrodese de Coluna
Fratura de Quadril
Oncológica
Trauma Raquimedular
Politrauma
Idade > 60 Anos
Idade 40-60 Anos
Idade < 40 Anos
Endoscópica
Laparoscópica Superficial (Mama, Dermatológica, Plástica)
Oftalmológica
Fatores de Risco para TEV?
Fatores de Risco para TEV?
SIM
NÃO
SIM
NÃO
Risco Alto
Associar Profilaxia Mecânica à Medicamentosa
Risco Intermediario
Risco Baixo
Fatores de Risco Presentes Para TEV
Câncer
Acesso Venosso Profundo
DII Ativa
ICC Classe III ou IV
Internação em UTI
Infecção
Doença Respiratória Grave
Doença Reumática
Gravidez Puerpério
Varízes-Insuficiência Venosa
Obesidade(IMC > 30 kg/m²)
Trombofilias
História Prévia de TEV
Síndrome Nefrótica Ativa
Insuficiência Arterial Periférica
Paresia ou Paralisia de MMII
Quimio ou Hormonioterapia
Reposição Hormonal Contraceptivos
Deambulação Precoce e Fisioterapia.
Profilaxia Medicamentosa
Informado ao Médico(a) o preenchimento deste protocolo
Médico(a):
Selecione