

Processo de enfermagem á pessoa com agravo cardiológico pautado na resolução 736/2024

Process of illness of people with cardiological worsening provided for in resolution 736/2024

Proceso de enfermedad de personas con empeoramiento cardiológico previsto en la resolución 736/2024

Fernanda Arajio Valle Matheus¹, Carliana de Melo Oliveira², Larissa Pereira de Azevedo³, Tássia Palmeira Coelho⁴, Fabiana Costa da Silva⁵, Rosângela Ribeiro de Souza⁶, Simone Barbosa Santos⁷, Rosiane Santana dos Santos⁸

Como citar: Matheus FAV, Oliveira CM, Azevedo LP, Coelho TP, Silva FC, Souza RR, et al. Processo de enfermagem á pessoa com agravo cardiológico pautado na resolução 736/2024. REVISA. 2024; 13(3): 633-42. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v13.n3.p633a642>

REVISA

1. Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-7501-6187>

2. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0009-0005-7563-3704>

3. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0009-0008-2682-2076>

4. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-5263-5986>

5. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0009-0002-0100-5316>

6. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0009-0002-4952-5329>

Recebido: 30/04/2024
Aprovado: 23/06/2024

RESUMO

Objetivo: descrever o processo de enfermagem às pessoas com agravos cardiológicos. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência através da aplicação do processo de enfermagem, voltado para pessoas com agravos cardiológicos no contexto hospitalar. **Resultados:** Foi aplicado a teoria da adaptação nas seis fases da Teoria de Calista Roy e foi elaborado diagnósticos de enfermagem para os quatro modos de adaptação: fisiológico, interdependência, autoconceito e função de papel. **Considerações finais:** Ao aplicar o PE no indivíduo com agravos cardiológicos a equipe multidisciplinar deve realizá-lo em todas as suas etapas, e utilizar os protocolos para oferecer um cuidado holístico e integral, visando a promoção da saúde, prevenção de risco potencial e adaptação diante das necessidades em saúde.

Descritores: Multiprofissional; Cuidado; Família; Cardiológico.

ABSTRACT

Objective: to describe the nursing process for people with cardiological problems. **Methodology:** This is an experience report through the application of the nursing process, aimed at people with cardiological problems in the hospital context. **Results:** The adaptation theory was applied in the six phases of Calista Roy's Theory and nursing diagnoses were developed for the four modes of adaptation: physiological, interdependence, self-concept and role function. **Final considerations:** When applying PE to individuals with cardiological problems, the multidisciplinary team must carry it out in all its stages, and use protocols to offer holistic and comprehensive care, aiming to promote health, prevent potential risk and adapt to of health needs.

Descriptors: Multidisciplinary; Careful; Family; Cardiological.

RESUMEN

Objetivo: describir el proceso de enfermería de personas con problemas cardiológicos. **Metodología:** Se trata de un relato de experiencia mediante la aplicación del proceso de enfermería, dirigido a personas con problemas cardiológicos en el contexto hospitalario. **Resultados:** Se aplicó la teoría de la adaptación en las seis fases de la Teoría de Calista Roy y se desarrollaron diagnósticos de enfermería para los cuatro modos de adaptación: fisiológico, interdependencia, autoconcepto y función de rol. **Consideraciones finales:** Al aplicar la EP a personas con problemas cardiológicos, el equipo multidisciplinario debe realizarla en todas sus etapas y utilizar protocolos para ofrecer una atención holística e integral, con el objetivo de promover la salud, prevenir riesgos potenciales y adaptarse a las necesidades de salud.

Descritores: Multidisciplinario; Cuidadoso; Familia; Cardiológico.

Introdução

O Processo de Enfermagem deve estar fundamentado em suporte teórico, que podem estar associados entre si, como Teorias e Modelos de Cuidado, Sistemas de Linguagens Padronizadas, instrumentos de avaliação de predição de risco validados, Protocolos baseados em evidências e outros conhecimentos correlatos, como estruturas teóricas conceituais e operacionais que fornecem propriedades descritivas, explicativas, preditivas e prescritivas que lhe servem de base (BRASIL, 2024). O processo de enfermagem (PE) é uma metodologia de trabalho fundamental para nortear as ações do cuidado de enfermagem ao indivíduo no contexto saúde-doença tendo como objetivo reunir as atividades de enfermagem para que não sejam feitas de forma isolada e façam parte de um processo. Este processo é orientado pelo menos por uma teoria, sendo composto por etapas ordenadas, dinâmicas, interacionadas e independentes podendo ocorrer em qualquer cenário da atenção direta ao cliente¹.

Dessa forma, a necessidade de aplicar o PE às pessoas com abordagem clínicas e cirúrgicas dos agravos cardiovasculares é necessária devido às diversas às doenças cardiovasculares que acometem a população brasileira. São exemplos: angina instável, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, dentre outras. O Ministério da saúde apontou em uma análise da situação de saúde no Brasil em 2018 que as doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte no Brasil². Urge que os profissionais de enfermagem estejam capacitados para prestar um cuidado de qualidade, integral e humanizado às pessoas com agravos cardiovasculares assim como aprimorar as ações de prevenção para o agravo.

O processo de enfermagem é referido pelo Conselho de Enfermagem que o denomina Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), considerando esta ser uma atividade privativa da enfermeira (o), regulamentada pela Lei do exercício profissional (BRASIL, 1986), complementada pela Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem³. Em 2024, surge a resolução 736 de 2024 que Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto sócio ambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem.

Logo, a SAE emerge como ferramenta operacionalizadora do processo de enfermagem, através da organização do trabalho, quanto ao método, instrumentos e pessoal, devendo ser realizada em todos os ambientes, públicos ou privados, no qual ocorre o cuidado de enfermagem³. Conseqüentemente, o processo de enfermagem através da SAE, é um método para atender o outro de forma mais organizada e sistemática alicerçado nas seguintes etapas: histórico; diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação⁴. Já a teoria de enfermagem funciona como um alicerce estrutural para implementar a SAE, considerando a importância de um marco conceitual que fundamente o cuidado e organização que o serviço almeja alcançar¹. A partir dos pressupostos da teoria empregada, a enfermeira pode alinhar as atividades assistenciais e gerenciais, possibilitando a implementação de cuidados efetivos, eficientes, com foco no paciente e seguros.

O objetivo desse trabalho é descrever o processo de enfermagem às pessoas com agravos cardiopatológicos.

Método

Trata-se de um relato de experiência que busca compreender e considerar a complexidade do ser humano, contribuindo para a aproximação da teoria com a prática. Este relato poderá subsidiar a qualidade do cuidado as pessoas com agravos cardiovasculares.

Considerando a importância de se aliar uma teoria de enfermagem ao PE e no nosso caso à pessoa com agravos cardiovasculares a teoria da adaptação de Calista Roy (1991)⁵ propõe que o paciente é um ser biopsicossocioespiritual com interações a depender das mudanças em sua vida e preconiza quatro modelos de adaptação: necessidades fisiológicas, autoconceito, papel funcional, interdependência. O primeiro modelo ou necessidades fisiológicas se organizam em cinco necessidades básicas: oxigenação; nutrição; eliminação; atividade e repouso; proteção. O segundo modelo é o modo de autoconceito que evidencia os aspectos psicológicos e espirituais do ser humano. Já o terceiro modelo divide-se em comportamentos instrumentais que se refere ao conjunto de papéis que o sujeito desempenha na sociedade e comportamentos expressivos que se relacionam às emoções, e os feedbacks. O último modelo é o modo de interdependência ou modo social que se relacionam às necessidades afetivas satisfeitas, de dar e receber afeto, amor, afeição, afirmação⁵. Roy propôs em sua teoria um processo de enfermagem composto por 6 fases.

Resultados

A coleta de dados ou histórico de enfermagem do processo de enfermagem corresponde a 1ª e 2ª etapa do MAR. Vale ressaltar que nessa etapa é necessário considerar as informações que permeiam as dimensões subjetivas, objetivas, históricas e atuais da vida dos indivíduos. É um momento importante de contato e imersão com as crenças e costumes, hábitos e necessidades do outro. Nesse momento a enfermeira irá coletar dados e os principais problemas encontrados são: dor no peito que se irradia para o braço, palpitação, falta de ar, perda de consciência, desmaios, edema em Mmii, taquicardia, náuseas, perda de apetite e ganho de peso injustificado.

É necessário, estar atenta às essas informações de cunho biomédico, dentre outras, como estado emocional e as condições de entendimento do indivíduo quanto ao procedimento a ser realizado, bem como envolver a família no processo do cuidado. No MAR, estaria incluso nessa etapa a avaliação dos estímulos, que auxilia o profissional de enfermagem a identificar circunstâncias internas ou externas que atuarão nos seus comportamentos. Nesta etapa, a teoria afirma existir três estímulos, o focal, o contextual e o residual. O primeiro, refere-se a própria condição da pessoa ou o contexto inserido ou ainda como isso vai impactar nos comportamentos assumidos, os quais foram avaliados na primeira fase. O contextual são aqueles elementos que permeiam diretamente o focal, interferem no modo de adaptação do indivíduo, a exemplo da idade, sexo, família, etnia e outros. Por último, os residuais são os estímulos indiretos, muitas vezes, não percebidos pela pessoa, mas que também contribuem no processo adaptativo.

No exame físico, deve ser observado a aparência geral, cognição, pele, PA, pulsos arteriais, pressão, pulsação venosa e jugulares, membros e pulmões. Devem ser verificados sinais, além de ser realizada inspeção, palpação, percussão e ausculta. Na inspeção verifica-se a aparência geral, a distensão

venosa jugular, tórax, membros e pele aquecida, coloração normal, enchimento capilar <2 seg + ponto de impulso máximo e não visível e sem distensão de jugular. As manifestações clínicas mais comuns são: dor torácica (verificando se a dor é irradiada e intermitente, persistente, se dói a palpação, se piora aos esforços), dispneia (o que precipita ou alivia, se piora aos esforços, se é necessário elevar-se para dormir, se é paroxística noturna ou ortopnéia), palpitações (se existe, qual a duração, o que alivia ou precipita), fraqueza ou fadiga (característica aos esforços, se alivia com repouso, se tem fraqueza de membros inferiores, se acompanha edema ou dor?), tontura ou síncope (se os episódios são frequentes, o que precipita, qual a duração, o que alivia).

A 2ª etapa do PE corresponde a 3ª fase do MAR ou diagnóstico de enfermagem estão ligados aos problemas encontrados e a elaboração de diagnósticos conforme adaptação positiva ou negativa do paciente, problemas potenciais e situações de bem estar referentes as condições biológicas, psíquicas, sociais e espirituais, uma vez que o foco do atendimento é a pessoa e não a doença. Essa etapa culmina na tomada de decisão ou seja: as respostas da pessoa, família ou coletividade humana que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados. Cabe salientar que os diagnósticos devem ser apresentados por prioridade e o grande diferencial do enfermeiro para o médico é eles diagnosticam doenças e nós diagnosticamos respostas humanas decorrentes de problemas de saúde e processos de vida, Essa fase será baseada na taxonomia II da NANDA International (North American Nursing Diagnosis Association) e deverá pautar-se nos quatro modelos de adaptação. A estrutura do NANDA-I contém sete eixos ou dimensões da resposta humana. Na taxonomia atual são organizados e aprovados 244 diagnósticos, distribuídos em 13 domínios e 47 classes. O diagnóstico de enfermagem é formado de componentes estruturais: título do diagnóstico, definição, fatores relacionados, características definidoras, condições associadas, fatores de risco e população em risco. Estes componentes estruturais irão compor 3 tipos de diagnósticos (1-Diagnostico com foco no problema- composto de título, fator relacionado e característica definidora, 2-Diagnósticos de risco- composto de título e fatores de risco e diagnósticos de promoção a saúde- composto de título, fator relacionado e característica definidora).

Os principais diagnósticos de enfermagem elaborados para a pessoa com agravos respiratórios são:

MODO FISIOLÓGICO

Dor aguda relacionada à agentes lesivos evidenciado por auto relato de dor 7/10.

Padrão Respiratório Ineficaz Evidenciada por: Padrão respiratório anormal

Relacionado à: Fadiga

Débito cardíaco diminuído relacionado à contratilidade alterada, evidenciado por taquicardia, alteração na pressão sanguínea, pele fria, úmida e pegajosa.

Risco de lesão por pressão evidenciado por restrição ao leito.

Risco de quedas devido à idade avançada.

INTERDEPENDÊNCIA/ FUNÇÃO DE PAPEL E AUTOCONCEITO

Disposição para controle da saúde melhorado relacionado pelo desejo de melhorar o controle de regimes prescritos

Risco de religiosidade prejudicada evidenciado pela necessidade de participar de celebrações religiosas

Processos familiares interrompidos relacionado ao comprometimento do estado de saúde de um membro da família evidenciado por interrupção nas atividades sociais de costume.

A 3ª etapa do PE corresponde a 4 fase do MAR ou estabelecimento das metas são os resultados esperados ou comportamento final que se deseja alcançar. Essa fase é realizada após formular os diagnósticos estabelecendo objetivos e resultados esperados, e implantação e desenvolvimento de intervenções específicas. As intervenções de enfermagem são realizadas por meio das prescrições de enfermagem, com base no planejamento realizado. O resultado esperado deve ter relação com o diagnóstico de enfermagem, ser centrado no paciente, ser alcançável, conter limite de tempo, ser mensurável e ser objetivo. O registro e o monitoramento dos resultados esperados (RE) possibilitam obter indicadores capazes de apontar o quanto a equipe de enfermagem contribui para o atendimento das necessidades apresentadas por aqueles que demandam seus cuidados. Dessa forma os profissionais de enfermagem devem evitar que os diagnósticos de risco evoluam para problemas, minimizar ou solucionar os problemas e manter um diagnóstico com foco na promoção. O resultado esperado deve ser pautado no Nursing Outcomes Classification (NOC), o qual é uma taxonomia complementar a taxonomia da NANDA-I, dividida em 7 domínios (saúde funcional, saúde fisiológica, saúde psicossocial, conhecimento em saúde, saúde percebida, saúde familiar e saúde comunitária) e 32 classes, com 490 resultados de enfermagem (MOORHEAD et al., 2016). Dessa forma o enfermeiro pode avaliar suas condutas, mantê-las ou modifica-las de modo a melhorar a qualidade do cuidado prestada pela equipe de enfermagem.

Alguns resultados esperados dos diagnósticos do modo fisiológico.

Dor aguda- RE- Controle da dor. Indicador- sem dor

Padrão Respiratório Ineficaz Evidenciada por: Padrão respiratório anormal

Relacionado à: Fadiga. RE- Padrão respiratório dentro do padrão de normalidade. Indicador padrão respiratório entre 18 e 20 inc/min

Débito Cardíaco diminuído relacionado à contratilidade alterada por taquicardia, alteração na pressão sanguínea, pele fria, úmida e pegajosa. RE- Débito Cardíaco dentro do padrão de normalidade. Indicador- FR entre 80 e 100bat/ min.

Risco de lesão por pressão evidenciado por restrição ao leito. RE- pele e mucosas não comprometidas. Indicador- integridade tecidual não comprometida

Risco de quedas devido à idade avançada. RE- Ocorrências de queda: nenhuma; indicador: nenhuma queda da cama

Alguns resultados esperados do modo INTERDEPENDÊNCIA/ FUNÇÃO DE PAPEL E AUTOCONCEITO

Disposição para controle da saúde melhorado relacionado pelo desejo de melhorar o controle de regimes prescritos. RE- Melhorar a condição de saúde. Indicador: Saúde melhorada

Risco de religiosidade prejudicada evidenciado pela necessidade de participar de celebrações religiosas. RE- Saúde espiritual não comprometida. Indicador: interação com líderes espirituais não comprometido

Processos familiares interrompidos relacionados ao comprometimento do estado de saúde de um membro da família evidenciado por interrupção nas atividades sociais de costume. RE- Processos familiares não comprometidos. Indicador: bem estar familiar.

A 4ª etapa do PE corresponde a 5ª etapa do MAR ou intervenção são os cuidados de enfermagem propriamente ditos para o alcance das metas.

Os cuidados relacionados aos diagnósticos são:

Dor aguda- Realizar levantamento abrangente da dor, incluindo o local, as características, o início, a duração, a frequência, a intensidade e fatores precipitantes a fim de determinar a intervenção adequada, assegurar o paciente alívio da dor com medicações e técnicas de relaxamento, musicoterapia, massagem.

Padrão respiratório ineficaz- Monitorar SSVV; principalmente FR e sat de O₂, Monitorar sons pulmonares; Posicionar a paciente para minimizar o esforço respiratório; Iniciar e manter o uso de oxigênio suplementar, conforme prescrito;

Débito cardíaco diminuído- Oferecer informações reais sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico, Auscultar sons cardíacos, Monitorar estado neurológico, Monitorar valores laboratoriais de eletrólitos que podem aumentar o risco de arritmias (potássio), Monitorar ritmo, frequência cardíaca e pressão arterial, Auscultar pulmões na busca de crepitações ou outros ruídos adventícios, Obter ECG sempre que dor torácica.

Risco de lesão por Pressão- Aplicar escala de braden, mudança de decúbito, uso de coxins e colchão pneumático, orientações de educação e saúde para pacientes e familiares sobre prevenção de lesões.

Risco de quedas- Aplicar escalas de risco de queda diariamente, deixar grades levantadas, orientar pacientes e familiares sobre ações preventivas para evitar quedas.

Disposição para controle da saúde melhorado- Estimular que a pessoa melhore as condições de saúde por meio do conhecimento, encaminhar para serviços que sejam necessários para sua melhora/ cura, incentivar o uso de medicações prescritas e terapêuticas.

Risco de religiosidade prejudicada- Autorizar a entrada do padre, estimular paciente a continuar suas orações, solicitar a família objeto que lembre sua fé (terço ou similares). Processos Familiares interrompidos- Estimular a presença dos familiares; Otimizar um sono tranquilo, alívio da dor, controle emocional; Monitorar padrão de sono e quantidade de horas dormidas; Proporcionar ambiente calmo e seguro.

A 5ª etapa do PE, corresponde a 6ª fase do MAR ou avaliação refere-se ao julgamento da eficácia das intervenções propostas. Ressalta-se que essa etapa é um processo contínuo de verificação de mudanças nas respostas do indivíduo para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado.

Discussão

O Processo de Enfermagem deve estar fundamentado em suporte teórico, como Teorias de ROY que fornecem propriedades descritivas, explicativas, preditivas e prescritivas que lhe servem de base⁶

Para tanto, a comunicação entre profissional e indivíduo deve se dar de maneira dialógica e negociada possibilitando a construção de um saber sobre o processo-saúde e doença mútua⁷. Desse modo, a enfermeira pode apropriar-se dos determinantes e condicionantes de saúde dos indivíduos e assim, planejar suas ações em consonância com as necessidades, na perspectiva do fomento a autonomia e conseqüente melhoria e manutenção da saúde⁸. A coleta de dados refere-se a coleta de informações sobre o estado de saúde a partir de dados coletados de forma direta ou indireta (outras fontes como familiares, amigos, prontuário). Nessa etapa o enfermeiro identifica indícios e realiza inferências. Após essa etapa é importante a confirmação dos dados e posterior agrupamento a depender da teoria utilizada, identificando os fatores causais e comunicando e registrando os dados em prontuário para se assegurar da continuidade da assistência⁹. Salienta-se que essa investigação deve ser guiada por teorias de enfermagem, inclusive com instrumento de coleta de dados, normas, rotinas e protocolos inerentes a mesma¹⁰. No caso dos agravos cardiovasculares essa coleta de dados deve ser baseado nos quatro modelos de adaptação: necessidades fisiológicas, autoconceito, papel funcional, interdependência. O exame físico segue as etapas de observação, inspeção, percussão e ausculta¹¹.

Cabe salientar que esses dados, somados à questões de ordem psicológica, social e espiritual darão subsídios para a formulação de diagnósticos, considerando que as enfermeiras tratam respostas humanas a problemas de saúde e/ou processos de vida com base na análise clínica e reflexiva das informações retidas. Cabe ressaltar que a realização do histórico precede de um roteiro que auxilia e ordena a enfermeira para a coleta, validação, agrupamento e registro dos dados¹².

Assim, ao término da coleta de dados, a enfermeira resume para o indivíduo o que foi dito, abrindo espaço para esclarecimentos e negociação, oportunizando a realização da educação em saúde já desde o início do processo¹³.

Após a realização das intervenções, é realizado o acompanhamento e avaliação do cuidado ofertado, verificando se cada resultado foi alcançado¹⁴. Nos casos negativos, a enfermeira deverá avaliar novamente os resultados esperados e trabalhar junto com a equipe de saúde na formulação/mudanças nas ações para melhoria da condição de saúde deste indivíduo, e assim realizar o planejamento para a alta do indivíduo. A alta hospitalar é uma etapa importante da SAE, pois direciona o plano e a implementação das ações, no decorrer do período entre admissão e alta hospitalar, com a finalidade de prever a continuidade do cuidado ao cliente no domicílio¹⁵.

A enfermeira através da identificação das necessidades do indivíduo na coleta de dados durante o histórico desenvolve um plano de ação completo para melhoria da saúde dessa pessoa. O planejamento da alta é um acordo entre enfermeira, indivíduo e familiar desenvolvido ainda no hospital e que se estenderá à casa do indivíduo após sua alta. Segundo a OMS¹⁶ o planejamento da alta se torna uma estratégia de preparo do indivíduo e família para assumir

responsabilidades pela continuidade do cuidado. Aspectos da educação em saúde são indispensáveis para a continuidade desses cuidados¹⁷.

A enfermeira durante o plano de alta, poderá formular um roteiro para ser entregue ao indivíduo contendo informações sobre o procedimento que foi realizado, os cuidados necessários além da orientação que qualquer alteração que seja identificada, retorne à unidade. A enfermeira desenvolve então seu planejamento visando adaptar o indivíduo promovendo medidas de enfrentamento à nova problemática¹⁸.

Conclusão

Entretanto, apesar dos avanços no conhecimento científico e tecnológico do profissional de enfermagem e do desenvolvimento de ferramentas que viabilizam a melhoria do seu serviço, as ações da enfermeira na atualidade estão quase sempre estabelecidas no modelo assistencial hegemônico, seguindo uma lógica tecnicista e intervencionista.

Ao aplicar a SAE no indivíduo com agravos cardiológicos a enfermeira deve realiza-lo em todas as suas etapas, e utilizar os protocolos para oferecer um cuidado holístico e integral, visando a promoção da saúde, prevenção de risco potencial e adaptação diante das necessidades em saúde.

Cabe ressaltar que a utilização da Prática baseada em evidências compreende o processo que integra a competência clínica individual e os resultados de pesquisa bem fundamentados (pautado em 5 etapas: definição do problema, identificação das informações necessárias, busca de estudos, avaliação da aplicabilidade dos dados obtidos e determinação de sua utilização para o paciente). Desta forma, urge que os enfermeiros realizem pesquisas para extrair os melhores níveis de evidência para prestar um cuidado seguro aos pacientes.

Para além da SAE ser trabalhada pautada na teoria da adaptação e com foco nas evidências, cabe salientar a importância da educação em saúde, a qual se constitui uma ferramenta importante para melhoria do cuidado e das condições de saúde e vida. A educação em saúde desenvolvida pela enfermeira é garantida pela lei do exercício profissional no artigo 8^a, onde a enfermeira participa de atividades de educação em saúde, proporcionando uma melhor qualidade de vida do indivíduo, família e comunidade.

Por fim, cabe ressaltar que todo o processo de enfermagem voltado para a teoria da adaptação deve levar em consideração a segurança do paciente com estratégias voltadas para a gestão de riscos que têm sido implementadas a partir de padrões de acreditação hospitalar, criações de protocolos, guias, manuais e bundles. Todas essas estratégias podem estar atreladas aos diagnósticos de enfermagem de modo a minimizar complicações e assegurar maior segurança ao cuidado prestado.

Agradecimento

Esse estudo foi financiado pelos próprios autores.

Referências

1. Amaral JB, Poveda MMA, Menezes MR. A enfermagem e os cuidados paliativos a pessoa idosa. In: SILVA, R.; AMARAL, J.B.; MALAGUTTI, W. (org). Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte. São Paulo (SP): Martinari, 2012.
2. Waldow VR. Cogitando sobre o cuidado humano. *Cogitare Enferm.*, 1998; 3(2):7-10. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v3i2.44316>
3. Fukada M. Nursing competency: definition, structure and development. *Yonago Acta Med.* 2018;61(1):1-7. doi: <https://doi.org/10.33160/yam.2018.03.001>
4. Booth S. Improving the quality of life of people with advanced respiratory disease and severe breathlessness. *Breathe*, 2019. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31508158>
5. Brasil. Lei n.7498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1986.
6. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências Cofen, 2009 [cited 2022 out 10].
7. Lefevre RA. Aplicação do Processo de Enfermagem: Fundamentos para o Raciocínio Clínico. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 272p
8. Nightingale F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez; 1989.
9. Leopardi MT. Sister Callista Roy - adaptation theory. In: *Nursing theories: instruments for practice*. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p.109-114.
10. Roy SC, Andrews HA. The Roy adaptation model: the definitive statement. Norwalk, Connecticut: Appleton e Lange, 1991. 472p.
11. Previato GF, Baldissera VDA. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. *Interface.* 2018; 22(suppl 22):1535-47. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0647>
12. Tannure MC, Gonçalves AMP. *Sae - Systematization of Nursing Care*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.
13. Santos RO. A importância da comunicação no processo de liderança. *Rev Adm Saúde.* 2018; 18(72):e128. doi: <https://doi.org/10.23973/ras.72.128>
14. Davini MC. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

15. Coelho SMS, Mendes IMDM. Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy. Esc. Anna Nery. 2011; 15 (4):845-850. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400026>
16. Moorhea S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
17. Smeltzer, SC; Bare, B.G. Brunner & Suddarth. Textbook of medical-surgical nursing. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2011.
18. Chernyni RL. Board of the European Association of Palliative Care. Euro - pean Association of Palliative Care recommended framework for the use of sedation in palliative care. Palliat Med. 2009; 23(7):581-93

Autor de correspondência

Fernanda Araújo Valle Matheus
Av Transnordestina, s/n. CEP: 44.036.900 -Novo
Horizonte. Feira de Santana, Bahia, Brasil.
nanmatheus@yahoo.com.br