



**UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA**

LEONEL ALVES DO NASCIMENTO

**ELABORAÇÃO, VALIDAÇÃO E FIDEDIGNIDADE DE UM
PROTOCOLO DE SEGURANÇA PARA O MANEJO DA SEDE
NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO**

Londrina
2013

LEONEL ALVES DO NASCIMENTO

**ELABORAÇÃO, VALIDAÇÃO E FIDEDIGNIDADE DE UM
PROTOCOLO DE SEGURANÇA PARA O MANEJO DA SEDE
NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ligia Fahl Fonseca

Londrina
2013

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

N244e Nascimento, Leonel Alves do.

Elaboração, validação e fidedignidade de um protocolo de segurança para o manejo da sede no pós-operatório imediato / Leonel Alves do Nascimento. – Londrina, 2013.
192f. : il.

Orientador: Ligia Fahl Fonseca.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.
Inclui bibliografia.

1. Sede – Teses. 2. Protocolos clínicos – Teses. 3. Estudos de validação – Teses. 4. Assistência perioperatória – Teses. I. Fonseca, Ligia Fahl. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083-089

LEONEL ALVES DO NASCIMENTO

**ELABORAÇÃO, VALIDAÇÃO E FIDEDIGNIDADE DE UM
PROTOCOLO DE SEGURANÇA PARA O MANEJO DA SEDE NO
PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Ligia Fahl Fonseca
UEL – Londrina - PR

Prof.^a Dr.^a Claudia Benedita dos Santos
USP – Ribeirão Preto - SP

Prof.^a Dr.^a Edilaine Rosseto
UEL – Londrina - PR

Londrina, 13 de dezembro de 2013.

Dedico este trabalho a diversas pessoas...

Com certeza a realização deste trabalho e muito antes disso, as conquistas que tive até aqui, foram fruto da participação de pessoas especiais ao longo da caminhada.

Dedico este trabalho aos inúmeros pacientes, inominados, mas de tal importância que seu bem estar motivou a realização deste trabalho.

A meus pais, a minha esposa, amigos e profissionais que atuam comigo.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pelos inigualáveis presentes com os quais nos envolve diariamente, mesmo que muitas vezes não mereçamos;

A meus pais, **Ivanildo Pedro do Nascimento e Leni Alves do Nascimento**, pelo incentivo ao aprendizado e apoio incondicional. Com meus pais aprendi valiosas lições que se tornaram o alicerce de minha existência;

A minha esposa, **Amanda Cristina Martins do Nascimento**, pela incrível capacidade de compreensão, carinho e dedicação. Minha Esquilinha...

Agradeço a minha orientadora Dr.^a **Ligia Fahl Fonseca**, por me guiar, nos momentos em que estava na neblina, sem saber qual o caminho seguir e com medo de errar. Por ler atenciosamente todas as versões e modificações no trabalho, mesmo durante as madrugadas;

As professoras Dr.^a **Claudia Benedita dos Santos** e Dr.^a **Edilaine Rosseto**, pelas contribuições realizadas, pela dedicação e empenho avaliar minha produção;

Aos **docentes e discentes** do Programa de Mestrado da Universidade Estadual de Londrina, pelo incentivo e auxílio nos momentos de dificuldade;

Aos profissionais, **Carla Priscila Santana, Duanne Crivillin, Maikon Rosa dos Santos, Josiani Ribeiro Gimenes e Fernanda Lopes da Rosa Reis** por contribuírem de modo importante na coleta de dados;

A **Larissa Jacovenco**, pelo aceite em coordenar o período de coleta de dados da fidedignidade, sendo um exemplo de responsabilidade e interesse, uma peça fundamental;

Ao **Grupo de Estudos sobre a Sede Perioperatória**, pelo esforço em agregar conhecimentos para o alívio da sede;

A **Marília Ferrari Conchon**, pela ajuda mutua durante o percurso de caminhos semelhantes de pesquisa;

Aos estatísticos **Dr. José Carlos Dalmas e Dr.ª Claudia Benedita dos Santos**, pelas valiosas orientações sobre o mundo da estatística e seus testes;

Às enfermeiras **Dr.ª Marli Vanuchi, Dr.ª Dagmar Willamowius Vituri, Dr.ª Adriana Cristina Galbiatti Parminondi Elias, Dr.ª Denise Schmidt**, pelo incentivo e valiosas orientações ao longo da realização deste estudo;

Aos mais que amigos, **Maikon Rosa e Mariana Bessa, Caio Ferrari e Pauline Bitzer, Maico Moura, Rafael Botega, Douglas Oliveira, Bruna e Daniel Nascimento, Rodrigo Demarchi**, pelos laços que vão além de uma simples amizade;

Aos enfermeiros, **Cibele Tramontini, Mara Garanhani, Percival Guimarães, Denise Sardinha, Júlio César Trannin, Elisangela Pereira, Elisangela Cardador, Edmilson Lacena, Marcelo Ruela, Heber José, José Carlos, Lucélia Kojempa, Renata Perfeito, Dolores Lopes, Edite Kikuchi**, pelo exemplo;

Aos profissionais do **Centro Cirúrgico do Hospital Universitário de Londrina e do Hospital Zona Norte de Londrina**, pelas diversos aprendizados e momentos únicos que compartilhamos;

A **Clarice Spoladore dos Reis**, que com dedicação e paciência, foi além das correções da língua portuguesa e contribuiu ricamente para o desenvolvimento e conclusão dos artigos;

Sede

*Meu espírito anseia por água, água agora!
Minha língua está seca, minha garganta, quente.
Por água, chuva fresca derrubada de um ramo,
Ou orvalho abundante em uma folha qualquer.
Meu corpo faminto está queimando por nadar
Em águas aquecidas pelo sol, onde o ar é fresco,
Como no Vale das Trutas onde sobre um galho
O tentilhão canta docemente para o lago.
Oh água, água, quando a noite se esvai,
Quando o dia rouba cores por meio da janela,
Água límpida prateada quando acordo sozinho,
Todas as partes impotentes, de cérebro febril,
Água pura de primícias de uma fonte das montanhas,
Para lavar-me, limpar-me e saciar minha sede!!
(Claude McKay)*

NASCIMENTO, Leonel Alves do. **Elaboração, validação e fidedignidade de um Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede no pós-operatório imediato.** 2013. 192p. Defesa (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A sede é um desconforto real de alta incidência e intensidade no Pós-Operatório Imediato, deflagrada por uma confluência de fatores: desequilíbrio hidroeletrólítico, hipovolemia, uso de drogas anestésicas e ressecamento da cavidade oral. O manejo da sede encontra desafios específicos como impossibilidade de reposição via oral de grandes volumes líquidos, a possibilidade de aspiração pulmonar devido ao nível de consciência rebaixado pelas drogas anestésicas e presença de náuseas e vômitos, trazendo consigo o desafio de encontrar maneiras seguras de abordar a sede já instalada no perioperatório sem colocar em risco a segurança do paciente. A inexistência de protocolos que avaliem critérios de segurança clínica que permitam o manejo da sede contribui para que a sede não seja avaliada, registrada e tratada, motivando a realização desta pesquisa.

OBJETIVO: Elaborar, validar e testar a fidedignidade de um Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede (PSMS) no Pós-Operatório Imediato. **MÉTODO:** Pesquisa metodológica e aplicada, quantitativa, desenvolvida no biênio 2012/2013. Todos os aspectos éticos foram respeitados. Para a elaboração do protocolo e seu manual operacional, foi realizada extensa busca na literatura e consulta a especialistas, validação de aparência, análise semântica e validação de conteúdo. Para validação de conteúdo utilizou-se a Técnica Delphi com nove *experts*. A fidedignidade foi testada em uma Sala de Recuperação Anestésica de um hospital escola público. Uma dupla de Enfermeiros e outra de Técnicos de Enfermagem aplicaram o PSMS em 118 pacientes de forma independente e simultânea. Para a análise dos dados utilizou-se o SPSS® (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 20.0.

RESULTADOS: Os critérios de segurança elencados foram avaliação do nível de consciência, reflexos de proteção de vias aéreas (tosse e deglutição) e ausência de náuseas e vômitos. Estes critérios foram agrupados e organizados no formato de um algoritmo gráfico, sendo que se um critério de segurança não é alcançado, a avaliação é interrompida. Após duas rodadas da técnica Delphi, os critérios alcançaram de 93 a 97% de consenso entre os *experts* (Índice de Validade de Conteúdo – 1). No teste de fidedignidade, a dupla de enfermeiros aplicou o protocolo 118 vezes em 78 pacientes. Os índices de concordância foram quase perfeitos, atingindo kappa de 0,853 a 1, com kappa geral de 0,968. Os técnicos de Enfermagem aplicaram 48 vezes o PSMS em 40 pacientes, com concordância moderada (0,791) no critério Nível de Consciência e quase perfeita nos demais critérios (0,878 a 1), com kappa geral de 0,867. **CONCLUSÃO:** O Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede foi validado e testado quanto a sua fidedignidade atingindo resultados satisfatórios. O Protocolo de Segurança Para o Manejo da Sede permite a triagem de pacientes durante a recuperação da anestesia, que, de outra forma, possivelmente teriam permanecido desconfortáveis pela sede intensa.

Palavras-chave: Sede. Protocolos clínicos. Estudos de validação. Assistência perioperatória. Reprodutibilidade dos testes.

NASCIMENTO, Leonel Alves do. **Development, validation and reliability of a Safety Protocol for Thirst Management in the immediate postoperative period.** 2013. 192p. Thesis (Master's degree in Nursing) – State University of Londrina, Londrina, 2013.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Thirst is a real discomfort of high incidence and intensity in the Immediate Postoperative Period, triggered by a confluence of factors: electrolyte imbalance, hypovolemia, use of anesthetic drugs and dryness of the oral cavity. Thirst management poses specific challenges such as restrictions in ingestion of large liquid volumes orally, the possibility of pulmonary aspiration due to lowered consciousness level by anesthetic drugs and the presence of nausea and vomiting, presenting the challenge to find safe ways to approach already installed thirst in the perioperative period, without jeopardizing patient safety. The lack of protocols to assess clinical safety criteria that allow for safe management of thirst, contributes to the fact that thirst is not assessed, recorded and treated, thus motivating this research. **OBJECTIVE:** The aim of this study was to develop, validate and test the reliability of a safety protocol for thirst management postoperatively. **METHOD:** Methodological and applied research, with a quantitative approach, conducted from 2012 to 2013. All ethical aspects were respected. For the development of the protocol and its operations manual, an extensive literature search as well as expert consultations, face validity, semantic analysis and content validation procedures were conducted. For content validation, the Delphi technique was employed with nine experts. Reliability was tested in a Post Anesthesia Care Unit of a public teaching hospital. Two nurses and two nursing technicians applied the Safety Protocol for Thirst Management (SPTM) in 118 patients independently and simultaneously. For data analysis, SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences) version 20.0 was used. **RESULTS:** The safety criteria assembled were: level of consciousness assessment, protective airway reflexes (coughing and swallowing) and absence of nausea and vomiting. These criteria were grouped and organized in the form of a graph algorithm, in which, if a safety criterion is not achieved, the evaluation is halted. After two rounds of the Delphi technique, a 93-97% consensus of the criteria was reached amongst experts (*Content Validity Index -1*) in the reliability test, the pair of nurses applied the Thirst Safe Management Protocol (TSMP) 118 times in 78 patients. Concordance rates were nearly perfect, reaching a kappa of 0.853 to 1, with an overall kappa of 0.968. Nursing technicians applied the TSMP 48 times in 40 patients with moderate agreement (0.791) in the level of consciousness criterion and almost perfect in the other criteria (0.878 to 1), with an overall kappa of 0.867. **CONCLUSION:** The Thirst Safe Management Protocol (TSMP) was validated and tested for its reliability reaching satisfactory results. The TSMP allows for the screening of patients even during recovery from anesthesia, who would, otherwise, likely have remained in distress caused by intense thirst.

Keywords: Thirst. Clinical protocols. Validation studies. Perioperative care. Reproducibility of results

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Organograma para elaboração de medida psicológica	32
Figura 2 – Sequência de Execução de uma Pesquisa Delphi Eletrônica	41
Figura 3 – Diagrama dos procedimentos metodológicos desenvolvidos e referenciais teóricos	47
Figura 1 – Representação gráfica das atividades realizadas para a elaboração do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede, segundo a proposta de Pasquali ⁽¹³⁾ no polo teórico - Norte do Paraná, Brasil, 2013 (Artigo 1)	61
Figura 2 – Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede - Norte do Paraná, Brasil, 2013 (Artigo 1)	66
Figura 1 – Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede - Norte do Paraná, Brasil, 2013 (Artigo 2)	82
Figura 1 – Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede no Pós-Operatório Imediato (Artigo 3)	93

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Respostas dos observadores e a variação Inter observadores.....	42
Tabela1 – Concordância entre os avaliadores enfermeiros e técnicos de Enfermagem na aplicação do PSMS em uma sala de recuperação anestésica de um hospital-escola de grande porte, Brasil 2013, p-valor 0,000 (Artigo 3).....	95
Tabela 2 – Concordância e discordância entre os avaliadores enfermeiros e técnicos em relação às dimensões do PSMS, em números absolutos - Brasil, 2013 (Artigo 3)	95

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Concordância dos juízes em relação aos atributos dos itens de avaliação que compõem os três instrumentos de validação do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede nas duas rodadas de validação - Norte do Paraná, Brasil, 2013 (Artigo 2)81
- Quadro 2** – Concordância dos juízes em relação aos atributos dos itens de avaliação que compõem o Instrumento de Avaliação do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede, a partir da aplicação dos testes CVI e IRA, nas duas rodadas de validação - Norte do Paraná, Brasil, 2013 (Artigo 2)81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UTI	Unidades de Terapia Intensiva
ASA	<i>American Society of Anesthesiologists</i>
SRA	Sala de Recuperação Anestésica
POI	Pós-Operatório Imediato
AORN	<i>Association of Perioperative Registered Nurses</i>
ASPAN	<i>American Society of PeriAnesthesia Nurses</i>
SOBECC	Sociedade Brasileira de Enfermeiros em Centro Cirúrgico
IRA	<i>Interrater Agreement</i>
CVI	<i>Content Validity Index</i>
FVI	<i>Fatorial Validity Index</i>
UEL	Universidade Estadual de Londrina
HUL	Hospital Universitário de Londrina
SUS	Sistema Único de Saúde
PSMS	Protocolo de Segurança Para o Manejo da Sede
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS	28
2.1	OBJETIVO GERAL	29
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
3	REFERENCIAL METODOLÓGICO	30
3.1	REFERENCIAL METODOLÓGICO: ELABORAÇÃO, VALIDAÇÃO E FIDEDIGNIDADE DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	31
3.2	PROCEDIMENTOS TEÓRICOS	32
3.2.1	Teorização dos Constructos	32
3.2.2	Construção do Instrumento.....	34
3.3	VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO	35
3.3.1	Análise semântica dos itens	35
3.3.2	Validação de instrumentos de medida	36
3.4	TÉCNICA DELPHI	38
3.5	TESTE DE PRECISÃO.....	41
3.6	ERROS DE MENSURAÇÃO.....	43
4	MÉTODO	45
4.1	TIPO DE PESQUISA.....	46
4.2	DESENVOLVIMENTO DO PROTOCOLO DE SEGURANÇA PARA O MANEJO DA SEDE.....	47
4.3	REVISÃO DE LITERATURA	48
4.4	ENTREVISTAS COM ESPECIALISTAS EM RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA	48
4.5	VALIDAÇÃO	49
4.6	FIDEDIGNIDADE DO PROTOCOLO DE MANEJO DA SEDE	52
4.7	ADMINISTRAÇÃO DE MÉTODOS DE ALÍVIO DA SEDE	54
4.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	54
4.9	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	54
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	57

5.1	ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO DE SEGURANÇA PARA O MANEJO DA SEDE NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO	57
5.2	VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO PROTOCOLO DE SEGURANÇA PARA O MANEJO DA SEDE NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO	73
5.3	FIDEDIGNIDADE INTERAVALIADORES DO PROTOCOLO DE SEGURANÇA PARA O MANEJO DA SEDE NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO	87
6	CONCLUSÃO	103
	REFERÊNCIAS	106
	APÊNDICES	114
	APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	115
	APÊNDICE B - Convite de participação de especialistas na validação de conteúdo do protocolo de segurança para o manejo da sede no pós-operatório imediato	116
	APÊNDICE C - Instrumento 1: validação de conteúdo dos itens do protocolo de segurança para o manejo da sede.....	118
	APÊNDICE D - Instrumento 2 : validação de conteúdo dos atributos do protocolo de segurança para o manejo da sede	122
	APÊNDICE E - Instrumento 3: validação de conteúdo do manual operacional - instruções para o preenchimento.....	126
	APÊNDICE F - Instrumento 4: caracterização dos juízes.....	132
	APÊNDICE G –Termo de consentimento livre e esclarecido.....	133
	APÊNDICE H –Instrumento de validação dos procedimentos operacionais.....	134
	APÊNDICE I – Protocolo de segurança para o manejo da sede eseu manual operacional	151
	ANEXOS	158
	ANEXO A - Parecer do comitê de ética em pesquisa	159
	ANEXO B - Instruções aos autores – revista da escola de Enfermagem da USP	160
	ANEXO C - Instruções aos autores – Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE).....	170
	ANEXO D - Instruções aos autores – AORN Journal	182

Da meia noite em diante meu maior problema foi a sede.É [...] minha boca estava soltando até umas “pelinhas” já estava tudo descascando e com sede [...] eu já fui pra lá (Centro Cirúrgico) com a boca grudando de sede. Horrível... [...] eu preferia ficar só com fome do que com sede... sede é terrível.. [...] eu estava nervosa porque eu estava com sede. [...] minha vontade era de tomar água, porque eu passei a noite inteirinha com sede, desde a hora que deu meia noite, eu já queria tomar água e não podia. E eu sabia que até amanhecer e ir pra cirurgia ia demorar muito tempo e minha boca já estava até grudando de sede. A sede estava péssima!

Paciente Um*

*Pesquisas em andamento no
Grupo de Estudo sobre a sede Perioperatória*

1 INTRODUÇÃO

A sede é definida como a vontade consciente de beber água. Grande parte da percepção de sede é um processo aprendido ou condicionado por sinais como a secura da boca ou da garganta, desencadeando o desejo de beber. Algumas patologias, costumes, estados emocionais, hábitos e a alimentação influenciam a presença e intensidade da sede, tornando-a individual e subjetiva (LEIPER, 2005).

Considerada um sintoma, a sede é o reflexo de alterações no equilíbrio hidroeletrolítico e hemodinâmico, percebido pelo indivíduo por características referidas por meio de sinais e sensações subjetivas, como: boca seca, garganta seca, vontade de beber água, entre outros. De acordo com o Modelo de Manejo de Sintomas, um sintoma é "uma experiência subjetiva que reflete alterações no funcionamento biofísico, sensações, ou a cognição de um indivíduo" (DODD et al., 2001). A compreensão desta premissa é importante, para analisar o sintoma sede, pois assim como a dor, caracteriza-se pela subjetividade.

A busca pela água no intuito de alcançar o equilíbrio hídrico em indivíduos sadios é um processo fisiológico que atinge seu objetivo caso seja possível a ingesta hídrica normal. No entanto, em inúmeras situações de estresse em que o desequilíbrio e a sede se instalam, é vetado ao indivíduo o acesso à água, levando à desidratação involuntária. A desidratação involuntária é um fenômeno que ocorre quando o organismo é exposto a diversos estressores: atividade física, ambiente frio ou quente, ou desidratação por alguma condição clínica que proíba a ingesta. O grau da desidratação involuntária é aproximadamente proporcional ao grau do stress imposto ao corpo (GREENLEAF, 1992).

O indivíduo hospitalizado, por sua vez, com frequência vivencia a desidratação involuntária e conseqüente sede pela necessidade de permanecer em jejum para a realização de algum procedimento ou terapêutica.

Assim como a dor, a sede é uma sensação comum e até recentemente, não tratada e valorizada nas instituições de saúde, principalmente por dificuldades em sua identificação e mensuração, que depende do reconhecimento e auto relato do sintoma pelo próprio paciente (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013). Desconforto real e muitas vezes intenso, a sede está presente na experiência do paciente nos mais diferentes tratamentos, tanto hospitalares, como ambulatoriais.

Estudos sobre os desconfortos relatados por pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), por exemplo, relatam que a sede causa grande sofrimento ao paciente como é possível observar pela fala: "muito difícil [...] a

gente quase morre de sede [...], você vê a pessoa lavando o chão, escuta aquele barulho de água, da vontade de pular lá [...]" (GOIS et al., 2012).

Alta incidência e magnitude da sede, também foram encontradas em estudo envolvendo 171 pacientes na UTI. De uma lista com 10 sintomas, a sede foi o segundo desconforto mais incidente e o sintoma com maior desconforto, com média de 2,16. A fome e falta de ar tiveram a intensidade relatada de 1,89 cada (ARAÍet al., 2010).

Em uma lista de 42 desconfortos, os profissionais da equipe de Enfermagem que trabalham em UTI reconheceram parcialmente o desconforto causado pela sede, sendo indicados pelos enfermeiros como o quinto desconforto mais estressante na UTI e em nono lugar para técnicos de Enfermagem (GOIS; DANTAS, 2004). A inexistência de instrumentos de avaliação e protocolos para mensurar a sede dificulta o real apreço pela equipe de saúde, que, embora reconheça a sede como um estressor, subvaloriza o desconforto referido por quem o sente.

A sede também é descrita como um dos mais incidentes desconfortos durante a recuperação pós-anestésica. Apesar de sua alta incidência, a sede é considerada uma complicação menor e suas repercussões para o paciente são pouco estudadas. Foi o desconforto de maior incidência relatada por 43,8% dos 160 pacientes que se recuperavam de algum procedimento cirúrgico sob anestesia geral, com classificação da *American Society of Anesthesiologists* (ASA) I a III submetidos a procedimento cirúrgico com duração superior a 30 minutos (FIGUEREDO; SÁNCHEZ; PÉREZ, 1996).

Outros estudos relatam incidências que variam de 42,9% (n=91) (SOLER et al., 1993) a 75% (n=128) (ARONI; NASCIMENTO; FAHL, 2012). Não somente a incidência da sede é elevada, mas a intensidade do desconforto (em uma escala de 1 a 10) relatada pelos pacientes é de grande magnitude, sendo descrita com média de 6,1 (DP=2,18) (ARONI; NASCIMENTO; FAHL, 2012), 6,6 (DP=2,03) (SOLER et al., 1993) e 8,17 (CHO; KIM; PARK, 2010).

A sede é um mecanismo compensatório acionado quando ocorre um decréscimo na osmolaridade ou em situações de hipovolemia, motivando o indivíduo a beber água. A água corporal e o controle de sal são regulados por um complexo mecanismo de sinalização neuro-hormonal e iônico.

A fisiologia da sede ainda é objeto de estudos, sendo que seu

mecanismo de ação não foi totalmente compreendido (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013).

A sede osmótica ou desidratação intracelular é ativada em resposta a um aumento da tonicidade. O sódio é o principal soluto extracelular, exercendo uma pressão osmótica contrabalanceando a pressão exercida pelos solutos intracelulares. Para manter o equilíbrio dinâmico, a osmolaridade muda de acordo com o movimento da água de regiões com baixa concentração do soluto, para locais de alta concentração (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013; GUYTON; HALL, 2011; LEIPER, 2005).

Quando um déficit de água ou elevação da tonicidade ocorre, a concentração de soluto circulante reduz eficazmente o volume intracelular. Como a água se move a partir de dentro da célula para a região de maior concentração de soluto no espaço extracelular, esta mudança de fluídos diminui o volume celular e eventualmente causa sua desidratação. Estas flutuações na osmolaridade são captadas por receptores nos órgãos circumventriculares localizados centralmente na parede anterior do terceiro ventrículo no hipotálamo. Estes receptores são amplamente vascularizados, permitindo assim a rápida detecção de sinais osmóticos no sangue e nos fluídos intersticiais. A sensação real de sede ocorre profundamente dentro do córtex cingulado e cerebelo, em resposta a alterações na pressão osmótica plasmática ou na hipovolemia (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013; DENTON et al., 1999).

A desidratação intracelular até a década de 60 foi reconhecida como único estímulo para a sede. Em estudos posteriores identificou-se que, reduções no volume plasmático como na hemorragia, vômitos, diarreia, sudorese e diurese, ativam um complexo sistema neuro-hormonal de sensores osmóticos, de volume e de pressão arterial que deflagram a sede hipovolêmica (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013).

Células localizadas centralmente na parede anterior do terceiro ventrículo no hipotálamo produzem dois peptídeos: a angina vasopressina (hormônio anti-diurético) e o hormônio natriurético. O resultado dessa cascata neuro-hormonal reduz a perda de água e de sódio por meio da reabsorção tubular nos rins e orienta a redistribuição de água nos compartimentos intra e extracelulares. À medida que a excreção de sódio continua, a perda de água é reduzida pela diminuição gradual na micção e transpiração, provocando um deslocamento de compensação de líquidos a

partir das áreas intersticiais para as células aumentando o volume celular. Por sua vez, o aumento dos níveis de angiotensina II e vasopressina solicitados por estes mecanismos compensatórios ativam os mecanismos da sede e o apetite por sódio (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013; GUYTON, HALL, 2011; LEIPER, 2005).

A sede hipovolêmica só é iniciada caso haja uma perda de pelo menos 10% do volume plasmático. Já a sede osmótica é iniciada com alterações de apenas 1% a 2%. Esta sensibilidade é necessária para evitar compensação apenas por mudanças mínimas na pressão, como ocorre em alterações posturais (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013).

A sede osmótica e hipovolêmica são estímulos que iniciam a sede “verdadeira” que responde a mudanças na osmolaridade ou no volume plasmático. Existem também mecanismos que estimulam a sede que não estão relacionados com mudanças no equilíbrio hidroeletrolítico. Chamada de sede “falsa”, a sede não regulatória, está relacionada a um padrão de comportamento à medida que o organismo interage com o ambiente por meio de receptores da orofaringe (O’HEARN, 1990).

Receptores existentes na mucosa da orofaringe detectam a diminuição do fluxo salivar e conseqüente secura da boca. Esses receptores participam na geração do componente periférico da sede, quando, mesmo na inexistência de deficiência geral de água no organismo, por exemplo, durante fala prolongada.

Receptores presentes na boca e no esôfago respondem a estímulos térmicos, químicos, táteis e fazem parte do mecanismo que influencia a intensidade da percepção da sede. A atividade neuronal envolvida na deglutição e nos receptores da orofaringe é eficaz na detecção ou medição do volume de líquido ingerido. Além disso, a distensão do estômago ativa um receptor de estiramento gástrico, embora esta resposta nem sempre reduza a percepção de sede. Sabor e outros fatores psicológicos podem ter um efeito estimulante e reduzir a intensidade da sede (BRUNSTROM; TRIBBECK; MACRAE, 2000; LEIPER, 2005; SALATA; VERBALIS; ROBINSON, 1987).

A falsa sede, portanto, pode ser mitigada simplesmente pela umidificação da mucosa oral. Quando o indivíduo apresenta um “déficit” hídrico negativo, “sede verdadeira”, a umidificação da cavidade oral é capaz de diminuir o desconforto, mas não é capaz de eliminá-la (BARR et al., 1991). Há indícios que

estes receptores orais sejam particularmente sensíveis ao frio (SALATA; VERBALIS; ROBINSON, 1987).

Estes receptores sinalizam alterações na hidratação da mucosa. A xerostomia, também conhecida como “boca seca”, é uma condição clínica relacionada com o uso de alguns medicamentos, diabetes mellitus, distúrbios imunológicos, radioterapia, terapias renais substitutivas, entre outras. A xerostomia é comum em pacientes ambulatoriais e causa imenso desconforto, sendo tratadas com a utilização de medicações colinérgicas e aplicação de saliva e/ou lubrificantes sintéticos (GLORE; SPITERI-STAINES; PALERI, 2009; GUGGENHEIMER; MOORE, 2003).

A Sede e o Paciente Cirúrgico

O paciente cirúrgico pode ter a sede potencializada por diversos fatores entre eles o jejum pré-operatório, as medicações utilizadas e a perda sanguínea no intraoperatório. Há indícios que a entubação orotraqueal na anestesia geral, aumenta a intensidade da sede devido à perda de umidade pela cavidade oral (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013; MORITA et al., 2001).

O jejum pré-operatório tem como objetivo diminuir o risco e o grau de regurgitação do conteúdo gástrico, prevenindo assim a aspiração pulmonar e consequente pneumonia aspirativa, relacionada a um alto índice de morbimortalidade (MORO, 2004; YAMASHITA et al., 2001).

A *American Society of Anesthesiologists* (ASA) faz recomendações sobre o jejum. Para líquidos sem resíduos como água, chá, café, suco de fruta sem polpa, todos sem álcool e com pouco açúcar, recomenda-se um jejum de duas horas para todas as idades. O leite materno deve ter um jejum de quatro horas para recém-nascidos e lactentes. Para crianças e adultos, uma dieta leve (chá e torradas) e leite não materno são aceitos até seis horas antes do procedimento. Já para refeições que incluam alimentos fritos, gordurosos ou carne é recomendado que seja feito um jejum de oito horas ou mais (ASA, 1999).

Apesar da clara recomendação da ASA, muitos hospitais brasileiros adotam períodos de jejum pré-operatório exacerbadamente prolongados. Estes períodos de jejum em hospitais públicos universitários variam de oito a 37 horas (AGUILAR-NASCIMENTO, 2010; ARONI; NASCIMENTO; FAHL, 2012). Períodos

menores de jejum e nutrição perioperatória demonstram resultados satisfatórios, diminuindo os desconfortos do paciente e aumentando a sua capacidade de recuperação (AGUILAR-NASCIMENTO, 2010; OLIVEIRA et al., 2009).

Soma-se ao tempo de jejum pré-operatório, o jejum pós-operatório, que muitas vezes é ampliado sem real necessidade (LUDWIG; PALUDO; FERNANDES; SCHERER, 2013). Esse período de jejum prolongado leva a quadros de desidratação e ressecamento da cavidade oral, desencadeando e intensificando o desconforto da sede no período perioperatório.

Durante o período transoperatório, o paciente cirúrgico sofre exposição a temperaturas baixas da sala operatória. Um agravante durante a anestesia geral é a permanência de abertura maxilar durante todo o procedimento devido ao tubo endotraqueal, aumentando o ressecamento das mucosas orofaríngeas (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013; MORITA et al., 2001).

As drogas utilizadas também provocam e intensificam a sede. As principais classes de medicamentos são os agentes anticolinérgicos, opióides, antidepressivos, antipsicóticos, diuréticos, anti-hipertensivos, sedativos, ansiolíticos, relaxantes musculares e anti-histamínicos. Os agentes anticolinérgicos e analgésicos opióides quando utilizados no paciente cirúrgico, competem com a ação da acetilcolina nos receptores muscarínicos, ocasionando relaxamento do músculo liso dos brônquios, diminuindo as secreções gástricas, brônquica e salivar, resultando assim em secura da boca e a sensação de sede (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013; FIGUEREDO; SÁNCHEZ; PÉREZ, 1996; GUGGENHEIMER; MOORE, 2003; OMOIGUI, 2001).

A perda sanguínea e de eletrólitos estão intimamente relacionados à quantidade de água presente no organismo. Durante a cirurgia, a perda sanguínea pode variar de pequena quantidade a grandes volumes, chegando até hemorragias não controladas, ocasionando queda na pressão arterial do paciente. Essa queda ativa a produção de renina e todas as reações químicas até se obter angiotensina II, o que resulta em um reflexo de sede pelo indivíduo a fim de normalizar todo esse processo (GUYTON; HALL, 2011).

A saciedade inicia-se antes mesmo da absorção da água e mudanças na osmolaridade plasmática. Os processos motores e sensoriais ligados à ingestão de água são capazes de aliviar temporariamente a sensação de sede. A distensão do estômago pelo líquido ingerido também desempenha papel na

saciedade. Estes mecanismos informam que foi ingerido água, saciedade pré-absorção, indicando que o indivíduo pare de beber (BARR et al., 1991).

Um interessante estudo objetivou avaliar a redução de ativação da região do cíngulo posterior, provável responsável pela sensação de sede, tanto falsa quanto verdadeira. Foram infundidos em voluntários uma solução hipertônica de cloreto de sódio, submetendo-os a um estado de sede intensa. Após esse processo foram realizadas tomografias por emissão de pósitrons que demonstraram pontos de ativação da região do cíngulo posterior. A seguir a cavidade oral destes voluntários foram irrigadas com água e ao se realizarem novas tomografias percebe-se uma redução na ativação do cíngulo somente com a umidificação da cavidade oral embora focos significativos persistissem na região anterior, media e posterior do mesmo. Após a ingestão de água até a saciação notou-se o desaparecimento desses pontos persistentes somente com a irrigação da boca. A sensação de sede, portanto, desaparece muito antes que a água ingerida seja absorvida e o equilíbrio compensado (DENTON et al., 1999).

No paciente cirúrgico, portanto, existe uma confluência de fatores que deflagram a sede no POI: desequilíbrio hidroeletrólítico, hipovolemia, uso de drogas anestésicas e ressecamento da cavidade oral.

Dessa forma a abordagem para o manejo da sede encontra desafios específicos como impossibilidade de reposição via oral de grandes volumes líquidos, a possibilidade de aspiração pulmonar devido ao nível de consciência rebaixado pelas drogas anestésicas e presença de náuseas e vômitos. O grande desafio, portanto, seria encontrar maneiras seguras de abordar a sede já instalada no perioperatório sem colocar em risco a segurança do paciente.

Algumas estratégias têm sido estudadas para minorar o desconforto da sede durante a recuperação anestésica. Em 1981, Drain e colaboradores, recomendaram a administração de pequenos pedaços de gelo ao paciente com sede na SRA, avaliando o retorno dos reflexos laríngeos e faríngeos. Para eles é menos provável que estas intervenções causem náuseas e vômitos, apesar de não apresentarem evidências científicas sobre a eficácia do gelo no alívio da sede.

Outros estudos sobre os métodos de alívio da sede abriram possibilidades interessantes no manejo eficaz da sede. Gaze congelada ou lascas de gelo diminuíram significativamente a sede em paciente no POI de colecistectomia (CHO; KIM; PARK, 2010). Esse estudo realizado na Coréia avaliou os efeitos de três

intervenções: uso de gaze congelada com soro fisiológico, gaze molhada ou gelo para o alívio da sede e condição da cavidade oral após cirurgias de colecistectomia videolaparoscópica com um total de 53 pacientes subdivididos nos três grupos. Houve diferença estatisticamente significativa na intensidade da sede final entre os três grupos, sendo que o grupo da gaze congelada e gelo foram mais eficazes na redução da sede e melhoria das condições da cavidade oral (CHO; KIM; PARK, 2010). Gargarejos com água fria mostrou ser eficaz no alívio da sede e da boca seca durante o POI em cirurgias ortopédicas e em cirurgias nasais (HUR et al., 2009; YOON; MIN; 2011).

Duas estratégias de manejo da sede (2 ml de água na temperatura ambiente / lascas de gelo de 2 ml) foram comparadas, concluindo-se que as duas estratégias reduziram a sensação de sede. A intensidade média inicial de sede foi de 5,1 para o grupo Água e 6,1 para o grupo Gelo. Os métodos experimentados mostraram-se eficazes em aliviar a sede no POI. O grupo Gelo mostrou maior eficácia no alívio da sede, reduzindo a intensidade de 6,13 para 1,51, e de 5,11 para 2,33 no grupo Água. Somente dois (2,2%) pacientes apresentaram vômitos durante a pesquisa (ARONI; NASCIMENTO; FAHL, 2012). Novas pesquisas estão sendo realizadas com a finalidade de elucidar qual a melhor estratégia no alívio da sede por estes pesquisadores.

As conclusões desses estudos indicam que a sede é um desconforto real e gera grande sofrimento ao paciente, podendo ser aliviada com a administração de pequenas quantidades de água ou gelo ao paciente na SRA (ARONI; NASCIMENTO; FAHL, 2012; CHO; KIM; PARK, 2010; YOON, MIN, 2011).

O presente estudo visa ampliar o conhecimento sobre a sede dentro da dimensão Estratégia de Manejo de Sintomas, explicitada pela Teoria de Manejo de Sintomas. A Teoria de Manejo de Sintomas é um modelo teórico que representa o processo multidimensional do manejo de sintomas. Este modelo foi inicialmente desenvolvido por meio do esforço de diversos pesquisadores, membros do *Symptom Management Faculty Group da University of California at San Francisco School of Nursing (UCFS School of Nursing Symptom Management Faculty Group, 1994)* em 1994 (LINDER, 2010).

Os integrantes deste grupo representam diversos programas de pesquisa de agravos em adultos e crianças, entre elas *diabetes mellitus*, doenças cardíacas e pulmonares, câncer e dor. Baseado nestas experiências construiu-se

um modelo dedutivo, focado em três componentes interativos do manejo de sintomas: Experiência do Sintoma; Estratégias do Manejo de Sintomas e Resultados, tendo como premissa que o manejo efetivo de um sintoma deve contemplar estes três componentes básicos (LINDER, 2010).

A experiência do sintoma inclui a experiência individual do sintoma, a avaliação do significado do sintoma e a repercussão no indivíduo. As estratégias de manejo de sintomas descrevem as diferentes manobras e intervenções para o controle do sintoma. Os resultados relacionam aos aspectos diretos e indiretos da aplicação das estratégias no controle do sintoma (DODD et al., 2001)

Uma preocupação crescente com a segurança do paciente cirúrgico tem se materializado no cenário mundial, por meio de metas e protocolos visando tornar a assistência à saúde mais segura. Estas ações estimulam a elaboração e implantação de soluções para a segurança do paciente, por meio das produções de “boas práticas” (OMS, 2009). Adotadas em um número crescente de países, estas metas para avaliação da segurança em momentos designados, contemplam critérios como cirurgia correta, lado correto, paciente correto, entre outros. Não se identificam, no entanto, processos de avaliação de segurança para a administração de estratégias para minorar a sede do paciente no período perioperatório.

Após extensa revisão da literatura médica, identificou-se lacuna no conhecimento devido à inexistência de uma ferramenta que permitisse ao profissional da saúde avaliar de forma sistemática a segurança para a administração de estratégias de alívio da sede no POI. Neste ensejo, a necessidade de estabelecer critérios de segurança para a administração de métodos para alívio da sede durante a recuperação anestésica motivou a realização deste estudo.

Para a elaboração de um instrumento de mensuração é imprescindível a realização de testes de validação, assim como a avaliação da fidedignidade do instrumento. Estes processos garantem que os resultados destas medidas sejam confiáveis, significativas, precisos e exatos (LILFORD et al., 2003).

A validade de um instrumento refere-se ao grau em que ele mensura aquilo que ele supõe medir. É comum que especialistas na área do conteúdo do instrumento sejam chamados para analisar a adequação dos elementos que compõe o instrumento na representação do universo hipotético. Tradicionalmente o conceito de validade abrange três categorias principais: a validade de conteúdo e a de aparência; validade de constructo e a validade de critério (POLIT; BECK;

HUNGLER, 2005).

Já a fidedignidade de um instrumento é o grau de coerência com o qual o instrumento mede o atributo. Quanto menor a variação produzida por um instrumento, em repetidas mensurações, maior sua fidedignidade. A fidedignidade do instrumento é medida por meio da estabilidade, consistência interna e equivalência (POLIT; BECK; HUNGLER, 2005).

Tradicionalmente encontram-se inúmeros estudos de validação de escalas de mensuração de constructos. Em relação à sede, no entanto, somente uma escala foi encontrada. A escala, composta por seis itens de avaliação foi aplicada para pacientes com base no último tratamento dialítico. As respostas variavam de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente) (WELCH, 2002).

Embora se encontre estudos de validação de escalas, não foram encontradas pesquisas que elaborassem e validassem protocolos de ação. O único estudo de validação de um instrumento de avaliação clínico foi sobre a Avaliação da Prontidão do Prematuro. A elaboração deste instrumento visa preencher uma dificuldade dos profissionais em estabelecer o momento adequado e seguro para iniciar a amamentação em prematuros. A elaboração e validação deste instrumento resultou no Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral, que padroniza as ações para iniciar a alimentação do prematuro, com vistas ao aleitamento materno, de forma segura e objetiva (FUJINAGA et al., 2013).

Em síntese, a sede perioperatória é uma das sensações mais prementes e intensas, porém insuficientemente valorizada, avaliada e tratada pela equipe que cuida diretamente dos pacientes em recuperação e no POI (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013; ARONI; NASCIMENTO; FAHL, 2012). Sua incidência é pouco conhecida e as formas de cuidado são incipientes. Os pedidos e suplicas por água advindas dos pacientes, geralmente não são considerados pela equipe como parte do cuidado. A equipe cirúrgica, que assiste o paciente no POI, está despreparada para realizar uma conduta apropriada a esse paciente com sede, devido à escassez de pesquisas que retratem dessa temática.

Nota-se que, mesmo as entidades de classe como a *Association of Perioperative Registered Nurses (AORN)*, *American Society of PeriAnesthesia Nurses (ASPAN)*, ASA e Sociedade Brasileira de Enfermeiros em Centro Cirúrgico (SOBECC) não possuem protocolos/*guidelines*, ou sugerem padrões de assistência

a pacientes com sede na fase pós-operatória.

A realização deste trabalho busca trazer para os profissionais que cuidam de pacientes no POI, um protocolo que permita, por meio de avaliação sistemática, determinar a segurança na administração de métodos de alívio na SRA, preenchendo assim uma carência no conhecimento quanto a segurança no manejo da sede no POI (ARONI; NASCIMENTO; FAHL, 2012).

Eu acompanhei meu irmão que operou, quase mataram ele de sede não davam água de jeito nenhum, nem pra molhar a boca [...] eu tinha medo disso aí [sede], eu vi o que meu irmão passou, e eu tinha medo[...].

Paciente quinze*

*Pesquisas em andamento no
Grupo de Estudo sobre a sede Perioperatória*

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar, validar e testar a fidedignidade de um Protocolo de Segurança Para o Manejo da Sede no pós-operatório imediato.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Elaborar um Protocolo de Segurança Para o Manejo da Sede no pós-operatório imediato, baseado em sinais e sintomas relevantes na determinação da segurança de administração de métodos de alívio da sede;
- ✓ Realizar validação semântica e de conteúdo por uma banca de especialistas na área de recuperação anestésica do Protocolo de Segurança Para o Manejo da Sede;
- ✓ Avaliar a fidedignidade para enfermeiros do Protocolo de Segurança Para o Manejo da Sede em pacientes durante sua recuperação anestésica.
- ✓ Avaliar a fidedignidade para técnicos de Enfermagem do Protocolo de Segurança Para o Manejo da Sede em pacientes durante sua recuperação anestésica.

Como eu vou te explicar? É a pior coisa que tem. Você está com sede e não poder tomar água. E pior, é você ver a água. Se você não está vendo, tudo bem. A partir do momento em que você vê a água fica mais difícil. Você sente a boca seca, a garganta seca, sabe, é uma coisa que não dá para explicar direito, é péssimo. A sensação de sede é horrível. [...] O organismo precisa de água. Você não pode dar mais água para mim naquele dia, mas o que deu ajudou bastante, quando a gente sai do Centro Cirúrgico ficamos com muita sede, uma sede horrível. Obrigado por ter me dado água.

Paciente Dois*

*Pesquisas em andamento no
Grupo de Estudo sobre a sede Perioperatória*

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

3.1 REFERENCIAL METODOLÓGICO: ELABORAÇÃO, VALIDAÇÃO E FIDEDIGNIDADE DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

A realização de pesquisas que elaboram instrumentos de mensuração em enfermagem é crescente, principalmente com o estabelecimento de cursos de pós-graduação, mestrado e doutorado no Brasil (RIBEIRO, 2013). Processos de validação destes instrumentos são fundamentais para que os resultados sejam fidedignas, significativos, precisos e exatos (LILFORD et al., 2003).

No presente estudo, o constructo/fenômeno avaliado é a “Segurança para o manejo da sede no pós-operatório imediato”. A avaliação de condições que determinam a segurança no manejo da sede é primordial para a aplicação de métodos de alívio e assim minorar o desconforto no paciente.

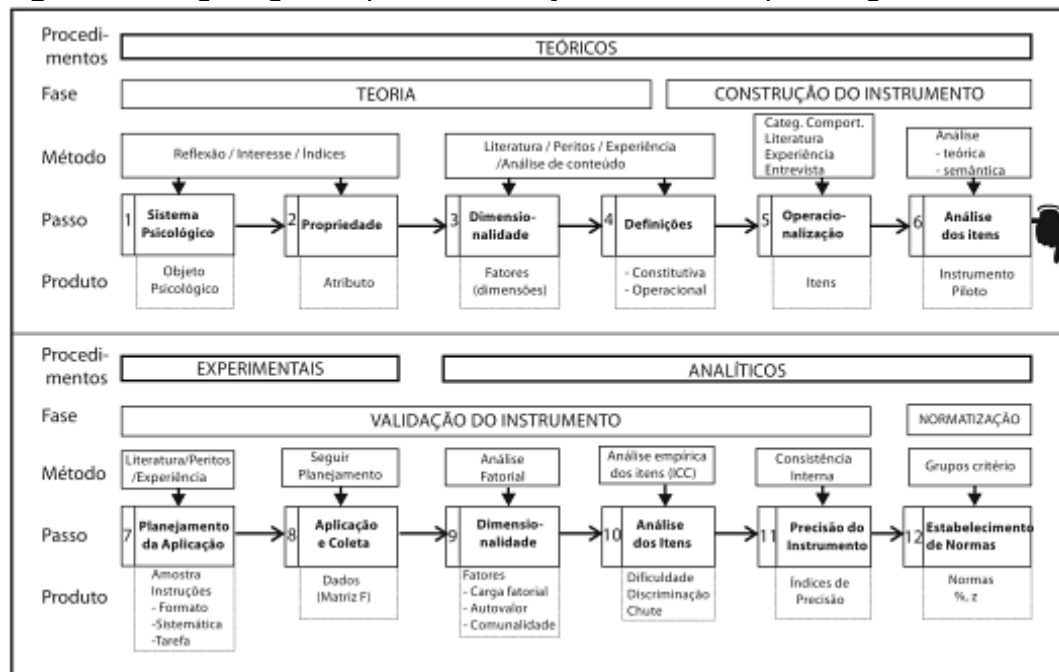
Mensuração envolve a atribuição de valores numéricos á qualidade de objetos, definindo à qualidade do atributo. Nenhum atributo possui um valor numérico, mas utilizam-se pesquisas para medir seu conceito (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

A elaboração de instrumentos requer, além de revisão de literatura sobre o tema, a definição do seu constructo ou conceito, ou seja, a representação comportamental a que se quer chegar.

Pesquisas realizadas com o intuito de elaborar e validar escalas que mensuram constructos, conceitos como dor, agitação, nível de consciência, encontram-se com frequência e qualidade crescentes na literatura de enfermagem nacional e internacional. O método proposto por Pasquali (1999) é o escolhido para a condução desse processo em grande parte das escalas elaboradas.

Não se encontrou, entretanto, um referencial metodológico que guiasse os passos para a elaboração de um protocolo. Dessa forma, foi utilizada a metodologia proposta por Pasquali (1999) para a construção de instrumentos de mensuração, com adaptações cabíveis dentro da elaboração de um protocolo que pressupõe a tomada de ações. Esta metodologia compreende três momentos distintos: Procedimentos Teóricos, Procedimentos Experimentais e Procedimentos Analíticos (Figura 1).

Figura 1 – Organograma para elaboração de medida psicológica



Fonte: Pasquali (1999)

O único estudo de validação de um instrumento de avaliação clínico foi sobre a Avaliação da Prontidão do Prematuro. A elaboração deste instrumento visa preencher uma dificuldade dos profissionais em estabelecer o momento adequado e seguro para iniciar a amamentação em prematuros. A elaboração e validação deste instrumento resultou no *Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral*, padronizando as ações para iniciar a alimentação do prematuro, com vistas ao aleitamento materno, de forma segura e objetiva (FUJINAGA et al., 2013). Dessa forma, optou-se por seguir os passos descritos por Fujinaga e colaboradores (2013) para a realização desta pesquisa.

Lynn (1986) defende que a validação de conteúdo é destinada para avaliar a qualidade de um instrumento e é um processo realizado em duas etapas: A primeira é a elaboração do instrumento e a segunda é o julgamento do instrumento pelos especialistas, obtendo um índice de consenso.

3.2 PROCEDIMENTOS TEÓRICOS

3.2.1 Teorização dos Constructos

Os Procedimentos Teóricos constituem a primeira etapa na

elaboração de instrumentos de pesquisa. Procura-se sistematizar o conhecimento existente sobre o constructo, com a finalidade de elaborar o instrumento de medida. Algumas definições são necessárias para a compreensão dos procedimentos teóricos:

– **Sistema Psicológico:** Qualquer sistema ou objeto que pode ser descrito e expresso em termo observáveis pode ser mensurado. Um objeto em si não pode ser medido, entretanto, suas propriedades ou atributos, sim. Neste passo, a definição da motivação que leva o pesquisador a resolver criar um instrumento, por mais vaga que seja, deve ser descrita (PASQUALI, 1999; POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

O anseio de estabelecer um protocolo que avalie a segurança em se administrar métodos de alívio da sede ao paciente no POI, além da deficiência no conhecimento sobre o manejo da sede, foram imprescindíveis para definir o objeto psicológico como “Manejo Seguro da Sede no Pós-Operatório Imediato”.

– **Propriedade do Sistema Psicológico:** O “Manejo seguro da sede no pós-operatório” não retrata propriamente um objeto de mensuração, mas por meio de atributos ou propriedades que o caracterizam, pode-se medir o constructo (PASQUALI, 1999; POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

A definição das propriedades que delimitam o objeto psicológico auxilia a restrição de propriedades que não compreendem o objeto psicológico. As definições e as propriedades devem ser claras e precisas, evitando assim vieses durante a construção do instrumento de medida (PASQUALI, 1999). Para isso recorre-se à experiência sobre o constructo, à literatura e até mesmo à entrevista com especialistas.

– **Dimensionalidade do Atributo:** Constitui a estrutura interna, sendo o produto final a definição dos fatores que compõem o constructo. A dimensionalidade do atributo vem de teorias sobre o constructo ou dados empíricos provenientes de análises fatoriais ou estudos prévios, confirmando que as variáveis do instrumento são influenciadas pelo constructo escolhido (PASQUALI, 1999).

Welch (2002) desenvolveu e validou uma escala que mede a intensidade do desconforto da sede em pacientes que realizam diálise, encontrando relação positiva entre o desconforto da sede, a intensidade da sede e o ganho de peso interdialítico. Sua escala foi o único instrumento que mede o desconforto da sede encontrado na literatura médica.

3.2.2 Construção do Instrumento

Após definir a propriedade e as suas dimensões é necessário conceituar detalhadamente os constructos. O produto final terá duas definições: a *constitutiva* e a *operacional*.

Definição constitutiva é a conceituação onde o constructo é definido por outros constructos. Esta definição é extremamente importante por que elas situam o constructo de forma exata e precisamente dentro da teoria deste constructo. É o momento de definir as dimensões e colocar os limites semânticos em que eles possuem dentro da teoria do constructo (PASQUALI, 1999).

Definições operacionais são responsáveis pela operacionalização do constructo. O instrumento passa do plano abstrato para um plano concreto, de realização. Ao realizar as definições operacionais, deve-se atentar para que as definições sejam realmente operacionais e que representem o mais amplamente possível o constructo. A tarefa a ser realizada, consiste em elencar todas as categorias comportamentais que definam o constructo (PASQUALI, 1999).

A partir da realização dos passos anteriores, a construção dos itens consiste praticamente na organização das categorias de comportamento. É certo, porém, que pode-se pedir auxílio para a literatura, encontrando possíveis testes que medem o constructo. Outra estratégia é lançar-se mão da entrevista, realizando consulta à população alvo, incentivando a opinião em relação ao objeto que se deseja medir. Os itens aqui construídos ou coletados por meio da entrevista, não são meramente colocados a esmo, ou sem propósito. Todos os itens devem atender as definições constitutivas e operacionais do constructo (PASQUALI, 1999).

A quantidade de itens para representarem o constructo, depende de quão complexo seja o constructo. Dentro da técnica de construção de instrumentos, é sugerido que para manter uma quantidade de itens, devem ser incluídos ao menos 10% de itens a mais. Justificam-se estas medidas para que os itens incluídos no teste piloto possuam validade teórica real e não simplesmente pareçam ter validade (PASQUALI, 1999).

3.3 VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO

Após operacionalizar o constructo, acredita-se que os itens representem adequadamente o constructo. Contudo ainda é necessário testar os itens com a opinião de outros especialistas para determinar se ela possui garantias de validade aparente e de conteúdo. Duas análises serão realizadas neste passo: A análise semântica e a análise por juízes (PASQUALI, 1999; POLIT, BECK, HUNGLER, 2004; RUBIO et al., 2003).

3.3.1 Análise Semântica dos Itens

Esta análise tem como objetivo verificar se todos os itens são compreensíveis, relevantes e pertinentes para todos os participantes a que o instrumento se destina. A avaliação semântica possui duas principais preocupações: a primeira que os itens sejam compreensíveis e inteligíveis para o estrato mais baixo (habilidade) e em segundo evitar que o instrumento seja deselegante ou infantil com o estrato mais elevado (habilidade) (PASQUALI, 1999).

A análise semântica pode ser realizada em uma situação de *brainstorming*, onde dois grupos (estrato alto e baixo), com dois ou três participantes cada. Em reuniões independentes, o pesquisador apresenta o instrumento item por item e pede para o grupo reproduzir as ações ou conteúdos relatados. Se a reprodução do item for fidedigna ao objetivo que se propõe o instrumento, representa que o item foi corretamente compreendido.

Caso o item apresente alguma dificuldade de compreensão ou não seja compreendido como o pesquisador definiu, significa que o item precisa ser modificado. Desta forma, o pesquisador explica para o grupo qual o objetivo do item e o grupo passa então a sugerir mudanças para melhorar sua compreensão (PASQUALI, 1999).

3.3.2 Validação de Instrumentos de Medida

A validade de um instrumento refere-se ao grau em que um instrumento mede aquilo que ele supõe medir. É comum que especialistas na área do conteúdo do instrumento sejam chamados para analisar a adequação dos

elementos que compõe o instrumento na representação do universo hipotético (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004). Tradicionalmente o conceito de validade abrange três categorias principais: a validade de conteúdo e a de aparência; validade de constructo e a validade de critério. Neste estudo utilizou-se a validade de conteúdo e de aparência.

Validade aparente: A validade de instrumentos de pesquisa pode ser aparente, onde o instrumento parece estar medindo o constructo elencado. Esta modalidade de validade é importante nas etapas iniciais do desenvolvimento de instrumentos de pesquisa (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

A aceitabilidade dos itens que compõem a escala de medida precisa ser avaliada tanto por parte dos elaboradores quanto pelos sujeitos que irão utilizar a escala. Nesta etapa, podem ser convidados especialistas e também pacientes para que julguem a escala, indicando assim o grau com que a escala atinge os objetivos propostos por ela (DA SILVA, RIBEIRO-FILHO, 2006).

Uma característica importante neste tipo de validade é a definição de que, ao olhar dos sujeitos que irão responder o instrumento, ele não seja irrelevante, inadequado, tolo ou infantil (MARTINS, 2006). Orienta-se também que o instrumento não deve exigir habilidade de leitura além das de um adolescente de 12 anos. Os itens devem ser curtos e simples e não conter palavras difíceis ou termos de jargão (TERWEE, BOT, DEBOER, 2007).

Validade de conteúdo: Esta modalidade de avaliação consiste na preocupação do investigador na cobertura detalhada da área de conteúdo que está sendo medida. O julgamento por especialistas é o único modo de se conseguir analisar o instrumento. Não existem métodos plenamente objetivos para garantir que o instrumento está cobrindo adequadamente o que se pretende medir. A validade de conteúdo é fundamental e constitui a base principal de qualquer programa que construção de escalas de medida (DA SILVA, RIBEIRO-FILHO, 2006).

A validade aparente e de conteúdo caminham juntas. Ambas podem ser entendidas como uma forma de tradução ou transdução, onde o constructo de interesse é concebido na realidade operacional e funcional. Estas medidas de validade avaliam o grau no qual os pesquisadores traduzem adequadamente o constructo de interesse numa operação elaborada para mensurá-lo (DA SILVA, RIBEIRO-FILHO, 2006).

Nesta etapa, convida-se juízes ou *experts* que analisam a

adequação dos itens, verificando sua abrangência no universo hipotético do conteúdo. Ao final da avaliação é possível calcular um índice de validade que indique a concordância dos especialistas.

Os critérios necessários para convidar os *experts* são diversos e compostos por juízes especialistas de conteúdo e especialistas leigos. Os juízes especialistas são aqueles que trabalham com o desenvolvimento e validação de instrumentos de mensuração. Já os especialistas leigos são aqueles que possuem uma maior experiência em campo, ou seja, que apresentam experiência no tema em estudo (RUBIO, et al., 2003).

A recomendação sobre o número de especialistas necessários para o processo de validação é divergente na literatura. Existem autores que orientam de três a 20 juízes (RUBIO, et al., 2003; DAVIS, 1992; LYNN, 1986). Outra opção é avaliar o nível de especialização e diversidade do conteúdo. Quanto mais juízes, mais informações sobre a medida e também maior a dificuldade de conseguir uma concordância. Espera-se uma concordância de no mínimo 80% entre os juízes pode determinar a validade do instrumento (RUBIO, et al., 2003; DAVIS, 1992; LYNN, 1986). Os itens que não atingirem o percentual mínimo de 80% devem ser reformulados ou excluídos com base na avaliação e sugestões dos especialistas (VITURI, 2007).

Rubio e colaboradores (2003) demonstram três possibilidades de análise dos dados. A primeira é a análise pelo Índice de Fidedignidade (reliability) ou concordância intra-avaliadores (*interrater agreement* - IRA), que avalia a concordância dos especialistas quanto à representatividade e clareza dos itens em relação ao conteúdo. Pode-se calcular para cada item e depois para o instrumento inteiro. O cálculo é realizado dividindo-se o número de itens que apresentaram concordância igual ou maior que 80% pelo número total de itens.

A segunda possibilidade de análise é o Índice de Validade de Conteúdo (*Content Validity Index* - CVI). Os itens e o instrumento como um todo são considerados válidos se obtiverem um CVI de 0,80 para a representatividade da medida. O CVI para cada item é calculado dividindo-se o número de especialistas que indicaram o item com escore 3 ou 4, em um escala ordinal de 1 a 4 (de irrelevante a extrema relevância), pelo total de especialistas. O cálculo resulta na proporção de especialistas que julgaram o item válido. O CVI para o instrumento todo é calculado dividindo-se o total de itens que receberam um CVI de 0,80 pelo

número total de itens do instrumento.

Por fim, a análise pelo Índice de Validade Fatorial (*Fatorial Validity Index – FVI*), que avalia o grau em que cada especialista apropriadamente associou o item com seu respectivo fator. Isso fornece uma indicação preliminar da validade fatorial da medida. Como é um índice ainda novo, não existem critérios para determinar o nível desejado e não foi utilizado nesta pesquisa.

Validade de constructo: Refere-se à amplitude em que a medida corresponde à construção teórica do fenômeno sob estudo. A validade de constructo é difícil e desafiadora, podendo ser avaliada de diversas maneiras, como a técnica dos grupos conhecidos, previsão teórica e análise fatorial (RUBIO et al., 2003; POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

Validade relacionada ao critério: Nesta modalidade o pesquisador procura estabelecer uma relação entre os escores do seu instrumento com algum critério externo. O principal problema é encontrar um instrumento confiável e válido para estimar a validade de seu instrumento.

Após encontrar um critério compatível com seu instrumento, os escores destes instrumentos são correlacionados e resultam em um coeficiente de validade que varia de 0,00 a 1,00. Valores acima de 0,70 são desejáveis e indicam uma maior fidedignidade.

3.4 TÉCNICA DELPHI

Desde que foi desenvolvido na década de 50, o método Delphi tem sido utilizado para facilitar a elaboração de previsões assim como a tomada de decisões. Este método foi inicialmente criado como um procedimento capaz de ajudar peritos a obterem melhores previsões, do que poderiam obter por meio de reuniões de grupo tradicionais (ROWE, WRIGHT, 2001).

O nome Delphi é baseado no Oráculo de Delfos que era o mais importante centro religioso da Grécia antiga. Entre os séculos 8 a.C. e 2 a.C., o Oráculo foi muito procurado por pessoas em busca de previsões sobre o futuro, conselhos e orientações. A cidade de Delfos era a sede do principal templo grego, dedicado ao deus Apolo, e em cujos subterrâneos funcionava o famoso oráculo (WOOD, 2003).

A técnica Delphi é uma metodologia baseada no uso estruturado do

conhecimento, da experiência e da criatividade de um grupo de especialistas, com o pressuposto de que o julgamento coletivo, quando utilizado adequadamente, é melhor do que a opinião de um só indivíduo ou mesmo de alguns indivíduos desprovidos de uma ampla variedade de conhecimentos especializados (WRIGHT, SPERS, PEDROSO, 2007; SCARPARO et al., 2012).

As vantagens na utilização da técnica Delphi estão relacionadas a (WRIGHT, 1986; GIOVINAZZO, 2001; SCARPARO et al., 2012):

- ✓ Indisponibilidade de dados, como o que ocorre em assuntos pouco discutidos, os especialistas selecionados trazem mais informações relevantes ao estudo;
- ✓ Necessidade de responder um questionário individual, com liberdade de tempo e sem a pressão de se sentir vigiado como em um grupo, possibilita maior reflexão, respostas completas e maior cuidado;
- ✓ Anonimato dos respondentes desconsidera influências como “status acadêmico” ou profissional, ou capacidade de comunicação, na análise dos dados;
- ✓ Fatores como manipulação, omissão, pressão de grupo, concordância com as respostas mais incidentes, não são dificuldades;
- ✓ A utilização da Técnica Delphi pela internet diminui acentuadamente os gastos referentes ao preparo do material e seu envio aos pesquisadores;
- ✓ Diminui o tempo de duração de cada rodada, seja pela rapidez com que os questionários são enviados e devolvidos, quanto pela facilidade de tabulação dos dados, pois elimina a necessidade de digitação das respostas;
- ✓ A utilização da internet em pesquisas é uma possibilidade mais atrativa e flexível, sendo escolha em diversas pesquisas na Enfermagem.

Esta técnica tem sido amplamente utilizada na construção e adaptação de instrumentos de medida na Enfermagem, caracterizada pela flexibilidade, em que o pesquisador responsável pelo estudo estabelece as regras quanto ao número de fases, número de especialistas e nível de consenso para considerar o instrumento válido (DINI, 2007).

A avaliação dos especialistas utilizando a técnica Delphi é realizada por meio da aplicação de um instrumento aos especialistas em sucessivas rodadas (*rounds*). Na primeira rodada, o instrumento é julgado e as respostas são analisadas e comparadas. As questões/itens que não apresentarem concordância são

reformuladas ou excluídas, de acordo com um índice de consenso estipulado pelo pesquisador previamente. A literatura recomenda que o índice de concordância seja de 70 a 80% (SCARPARO et al., 2012; FARO, 1997; PASQUALI, 2003).

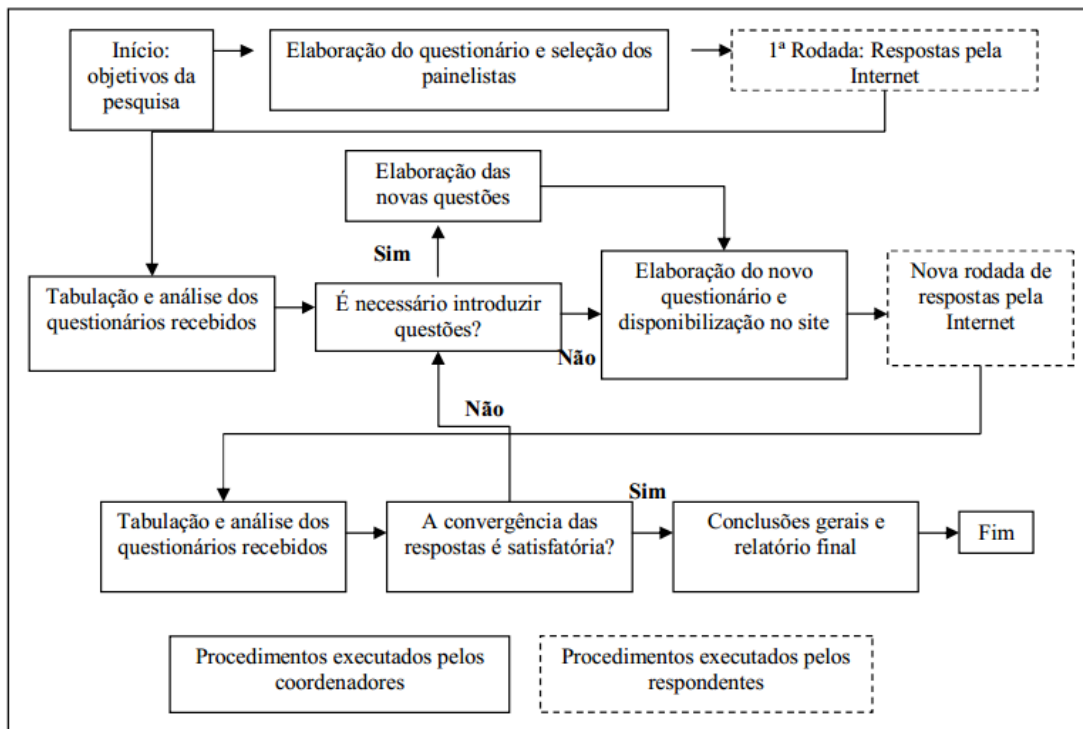
Após a adequação dos itens do instrumento, o pesquisador inicia a segunda rodada. Agora os juízes recebem o instrumento modificado e julgam se as modificações atenderam os critérios estabelecidos. Após esta avaliação os questionários são novamente devolvidos e as concordâncias calculadas. Estas rodadas podem ser realizadas múltiplas vezes, geralmente sendo realizadas duas ou três rodadas (SCARPARO et al., 2012; PASQUALI, 2003).

Não existe um consenso na literatura sobre quantos especialistas devem participar. O número de participantes depende do fenômeno estudado e das regras elaboradas pelo pesquisador. A inclusão dos participantes pode ser realizada por meio de indicação (técnica “bola de neve”), onde um integrante indica outros, e assim sucessivamente (SCARPARO et al., 2012).

Para a utilização da Técnica Delphi por correio eletrônico, algumas considerações são levantadas pela literatura. Entre estas, o instrumento deve ser enxuto, com itens que estejam relacionados com os objetivos da pesquisa, pois um instrumento extenso desestimula o respondente (GIOVINAZZO, 2001).

Deve-se observar o formato do arquivo a ser enviado, salvando-o em formatos compatíveis com as versões antigas. É importante enviar também instruções de como proceder para responder o instrumento de validação e sua devolução. O pesquisador deve-se colocar à disposição para qualquer esclarecimento e auxílio. A Figura 2 mostra uma sequencia de atividades que devem acontecer quando aplicamos a Técnica Delphi no formato eletrônico (GIOVINAZZO, 2001).

Figura 2 - Sequência de Execução de uma Pesquisa Delphi Eletrônica



Fonte: GIOVINAZZO, 2001.

3.5 TESTE DE PRECISÃO

A fidedignidade de um instrumento é o grau de coerência com o qual o instrumento mede o atributo. Quanto menor a variação produzida por um instrumento, em repetidas mensurações, maior sua fidedignidade (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

A fidedignidade do instrumento é medida por meio da estabilidade, consistência interna e equivalência das respostas dos itens. Utilizou-se neste estudo a avaliação da fidedignidade por meio da equivalência interavaliadores.

Estabilidade consiste na aplicação e mensuração dos escores quando o instrumento é utilizado com os mesmos indivíduos, em ocasiões diferentes. Sabe-se que o tempo da aplicação é crítico, pois quanto menor o tempo, maior a concordância. Essa investigação é chamada de teste-reteste (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004; TROCHIM, 2006). Períodos longos podem comprometer a interpretação do coeficiente de fidedignidade, pois o sujeito pode adquirir novos aprendizados. Da mesma forma, um tempo curto pode contaminar a resposta devido ao efeito memória, quando o sujeito lembra-se da resposta anterior e a repete (MARTINS, 2006).

O período de tempo recomendado pode ser de 1 a 2 semanas, mas existem situações em que este período pode ser revisto. É necessário, no entanto, que o tempo entre as aplicações seja descrito e justificado (TERWEE et al., 2007).

A consistência interna objetiva avaliar em uma única aplicação do instrumento a um grupo de sujeitos, o quão bem os itens da escala refletem o mesmo constructo. Um método para realizar este tipo de análise é a divisão pela metade (*the split-half technique* ou precisão das metades). Nesta abordagem os itens são divididos em duas metades (pares e ímpares) e somados. Os escores das duas metades são utilizados para computar o coeficiente de fidedignidade (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004; TROCHIM, 2006).

Já a equivalência é um método para estimar a fidedignidade mediante a aplicação do mesmo instrumento por observadores diferentes, de forma independente, simultânea e de igual treinamento, medindo os mesmos fenômenos. Este tipo de mensuração da fidedignidade é indicado principalmente para instrumentos clínicos, em que existem provas consideráveis de variância do examinador. Quando os dois ou mais observadores pontuam o fenômeno de forma congruente, os escores tem probabilidade de serem exatos e confiáveis (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004; TROCHIM, 2006; VIEIRA, GARRETT, 2005). Este método também é conhecido como fidedignidade Interavaliadores (Tabela 1).

Tabela 1 – Respostas dos observadores e a variação Inter observadores.

		Resultados Observador 2		
		Sim	Não	Total
Resultados Observador 1	Sim	a	B	m_1
	Não	c	D	m_0
	TOTAL	n_1	n_0	n

Fonte: Viera, Garrett, 2005.

(a) e (d) representam o número de vezes em que os dois observadores concordaram plenamente. (b) e (c) representam o número de vezes em que os observadores discordaram. Se não houver desacordo, (d) e (c) podem ser igual a zero, sendo a concordância observada igual a 1 ou 100%. Caso não exista nenhuma concordância, (a) e (d) podem ser 0, sendo a concordância igual a 0.

Resumindo: a precisão teste-reteste avalia a variância do erro quando abrange flutuação temporal, o método de consistência interna prevê a variância entre conjuntos paralelos de itens e a equivalência estima a variância do avaliador (VITURI, 2013). Estas diferentes técnicas de se medir a fidedignidade,

garantem que em situações iguais o instrumento medirá precisamente o fenômeno estudado.

3.6 ERROS DE MENSURAÇÃO

O objetivo primordial na elaboração de instrumentos de mensuração é desenvolver um instrumento válido e fidedigno, evitando-se a ocorrência de erros de mensuração. Os erros de mensuração em instrumentos de medida são passíveis de ocorrer, sendo, entretanto, consequentes de fatores casuais, como os observados a seguir (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004):

- ✓ Contaminantes situacionais como, por exemplo, a presença de alguém observando a medição, temperatura da sala, hora do dia;
- ✓ Parcialidade nas respostas, quando características dos respondentes podem interferir na medida do atributo;
- ✓ Fatores pessoais transitórios como fadiga, humor, fome, pois podem alterar a motivação do respondente em realizar a pesquisa;
- ✓ Variações na aplicação do instrumento entre os avaliadores;
- ✓ Amostragem dos itens.

Os erros podem ser classificados em aleatórios ou sistemáticos. O erro aleatório é causado por todos os fatores que podem alterar aleatoriamente a avaliação de uma pessoa, como o estado de humor, necessidades fisiológicas, entre outras. Um fator importante do erro aleatório é que ele acrescenta variabilidade para os dados, mas não afeta o desempenho médio do grupo. Os erros aleatórios são conhecidos como ruídos (TROCHIM, 2006).

O erro sistemático é causado por qualquer fator que afete a avaliação em toda a amostra. Um exemplo seria o ruído no lado externo a uma sala onde esta sendo aplicado um teste, sendo que este ruído pode afetar toda a população que esta fazendo o teste. Ao contrário do erro aleatório, o erro sistemático pode trazer os resultados tanto para o positivo quanto para o negativo. Os erros sistemáticos também são conhecidos como viés na medição e devem ser evitados ou minimizados (TROCHIM, 2006).

Estratégias para diminuir os erros de mensuração, incluem a realização de um teste piloto, treinamento dos pesquisadores, evitando que o pesquisador possa realizar a análise de forma equivocada, comprometendo a

qualidade dos dados coletados, dupla digitação dos dados, verificação de incongruências e a utilização de múltiplas medidas de um mesmo constructo (TROCHIM, 2006).

Os processos de validação são fundamentais para que o resultado da avaliação seja confiável, significativo, preciso e exato. Neste contexto necessitamos testar os itens de avaliação de acordo com a opinião de outros profissionais, determinando assim sua validade.

A etapa final deste trabalho consistiu na aplicação do instrumento validado, com a finalidade de medir a fidedignidade interavaliadores do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede.

*Fome, sede, a boca fazendo, tipo, casquinha, sensação de que estava grudando a boca porque esta seca, sede e fome. Estava de jejum, desde a meia noite. Era (**uma sede muito forte**), mas naquela hora você me deu o gelo, ai foi passando. Mas na hora a boca da gente fica bem seca assim. Bastante sede... A sede [...]. Mas a sede incomodava mais.*

Paciente Três*

*Pesquisas em andamento no
Grupo de Estudos sobre a sede Perioperatória*

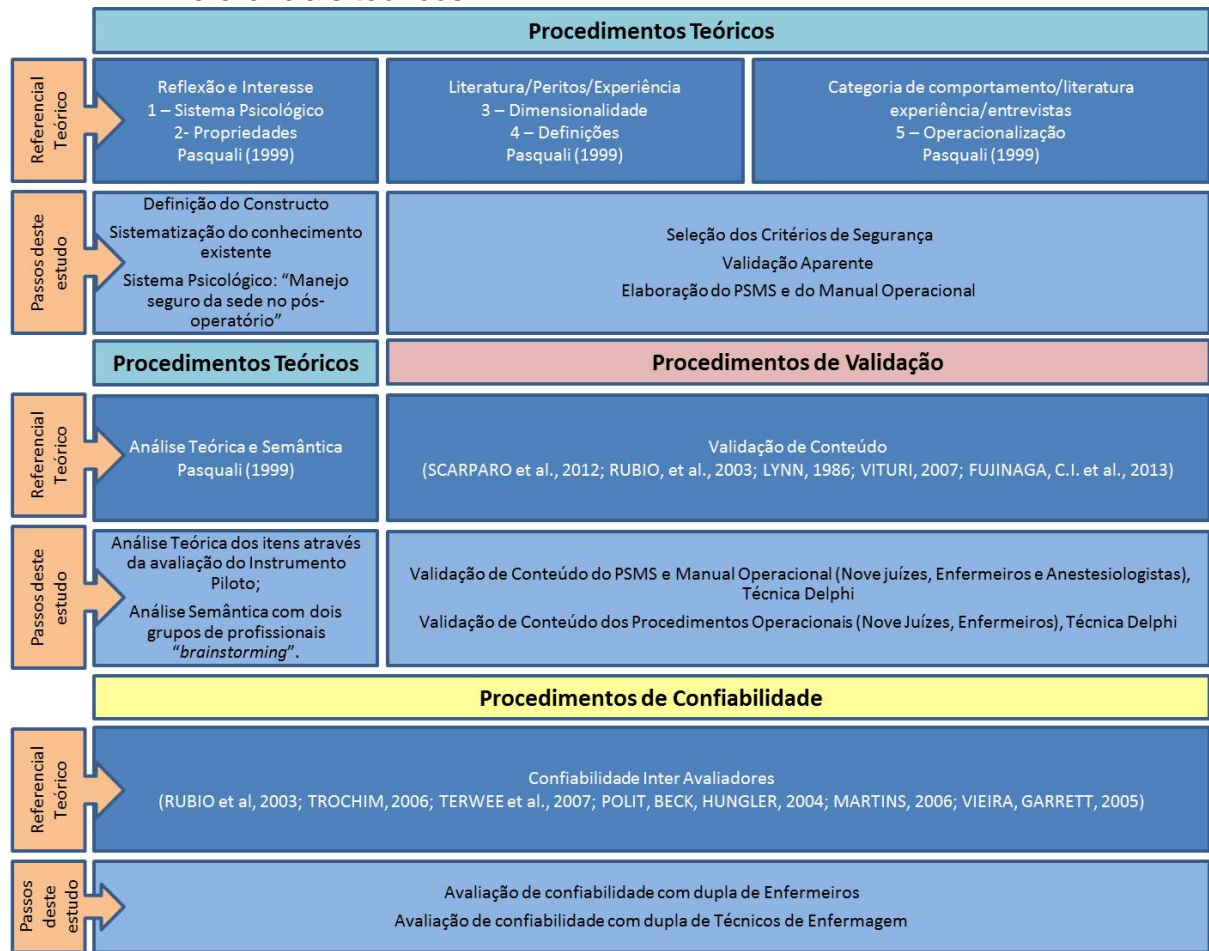
4 MÉTODO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa metodológica, básica e aplicada de abordagem quantitativa. Pesquisas metodológicas caracterizam-se pelo desenvolvimento de instrumentos de coleta de dados, definição do constructo ou comportamento a ser medido, formulação dos itens da ferramenta e desenvolvimento das instruções para usuários e respondentes (LOBIONDO-WOOD, 2001). A pesquisa básica é aquela em que o pesquisador tem como objetivo acumular informações, expandindo a base do conhecimento específico, melhorando assim sua compreensão e refinando uma teoria.

Adicionalmente, a pesquisa aplicada atua na solução imediata de um problema existente, planejando e encontrando uma solução para uma questão, utilizando os conhecimentos apreendidos pela pesquisa básica. Pesquisa metodológica se refere aos métodos de obtenção, organização e análise dos dados, resultado em processos de validação de instrumentos e técnicas de pesquisa (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004). Os procedimentos desenvolvidos nesta pesquisa estão descritos na figura 3.

Figura 3 – Diagrama dos procedimentos metodológicos desenvolvidos e referenciais teóricos.



4.2 DESENVOLVIMENTO DO PROTOCOLO DE SEGURANÇA PARA O MANEJO DA SEDE

Para o desenvolvimento do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede (PSMS), observaram-se os pressupostos abordados por Pasquali (1999). Este método compreende três momentos distintos: Procedimentos Teóricos, Procedimentos Experimentais e Procedimentos Analíticos.

Os Procedimentos Teóricos foram seguidos a fim de sistematizar o conhecimento existente em relação ao manejo da sede e sobre a segurança na administração dos métodos de alívio. Com este intuito, foram realizadas: revisão da literatura médica, consulta à especialistas no cuidado ao paciente durante o POI e participação do grupo de estudos sobre a sede perioperatória.

4.3 REVISÃO DE LITERATURA

O aporte teórico para a elaboração do protocolo deu-se por meio de consulta a literatura nacional e internacional, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino - Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), PUBMED, EMBASE e *The Cochrane Library*.

Os seguintes descritores foram utilizados: sede, assistência perioperatória, sala de recuperação, náuseas e vômitos, deglutição, complicações pós-operatórias, complicações na manutenção de vias aéreas e respiração, avaliação no POI, permeabilidade vias aéreas, hidratação de mucosa, hidratação oral. Descritores sobre o referencial metodológico também foram incluídos: elaboração e validação de instrumentos de pesquisa, validação de instrumentos de mensuração, validação e fidedignidade.

Os critérios de inclusão no estudo foram: publicações em livros e indexações nas bases de dados selecionados com os descritores elencados acima, publicados em português, espanhol e inglês, a partir da década de 80. Os artigos que não foram encontrados na íntegra na internet e cujos resumos foram considerados importantes foram solicitados via Comutação Bibliográfica (COMUT) pela biblioteca do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Foram encontrados 136 artigos, nacionais e internacionais.

4.4 ENTREVISTAS COM ESPECIALISTAS EM RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA

Devido ao ineditismo do tema, as propriedades necessárias para se garantir a segurança para o manejo da sede no POI eram escassas. A entrevista com profissionais com ampla experiência no cuidado ao paciente durante o perioperatório complementou a determinação das propriedades do sistema psicológico.

Consultaram-se 18 *experts*, entre eles anesthesiologistas (13), cirurgiões (3) e enfermeiros doutores (2). A participação maior de profissionais anesthesiologistas foi proposital, pois este profissional é atualmente responsável pela liberação de estratégias para o manejo da sede durante a recuperação anestésica.

Estes profissionais foram escolhidos por conveniência e facilidade

de contato, atuam em cinco hospitais de médio e grande porte da cidade de Londrina, no Paraná. Após o convite e aceite em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), e responderam a seguinte questão: “Quais são os critérios que em sua prática, você avalia para liberar a administração de um método de alívio ao paciente que refere sede na Sala de Recuperação Anestésica?”.

Com a análise de especialistas e dos pesquisadores completou-se a *face validity* ou validade aparente. As respostas foram transcritas e tabuladas, utilizando planilha Excel 2010® e analisadas de acordo com a frequência de citações. Os critérios foram confrontados com a literatura levantada e também com a expertise dos pesquisadores, resultando nos seguintes atributos finais de segurança: Avaliação no nível de consciência, avaliação da proteção de vias aéreas por meio da tosse e deglutição e a ausência de náuseas e vômitos.

Com estes resultados em mãos, foi possível então construir as definições constitutivas e operacionais e o Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede foi elaborado a seguir, seguindo um algoritmo gráfico, onde a avaliação de um critério de segurança depende do resultado favorável do critério anterior. O Manual Operacional foi desenvolvido contendo as definições dos requisitos de segurança, sua fundamentação científica, fontes de informação, critérios para a qualificação da avaliação e a periodicidade de avaliação.

4.5 VALIDAÇÃO

Os processos realizados para a validação se dividem em duas etapas: análise semântica e validação de conteúdo.

a) Análise semântica

A análise semântica foi realizada no Hospital Universitário de Londrina (HUL), que é uma instituição de nível terciário, público de ensino, referencia para o Sistema Único de Saúde (SUS). A instituição possui 313 leitos, um Centro Cirúrgico com sete salas operatórias e uma sala de recuperação com sete leitos.

Foram convidados a participar oito profissionais divididos em dois

grupos. O primeiro grupo foi composto por quatro auxiliares de enfermagem, que trabalham na SRA, com experiência no cuidados com pacientes o POI. Já no segundo grupo participaram dois enfermeiros mestrados e dois enfermeiros doutores com experiência no cuidado com pacientes na SRA.

Durante o mês de julho de 2013, o PSMS foi apresentado verbalmente para os dois grupos em encontros separados, item por item, e após solicitou-se para os participantes reproduzir as ações ou conteúdo relatado. Nesta etapa alguns ajustes de redação, assim como mudanças ortográficas foram necessárias. As alterações foram realizadas e após duas rodadas com os participantes foi possível concluir que o PSMS possui alta compreensão entre os grupos, não sendo necessária qualquer outra alteração.

b) Validação de conteúdo

Para os procedimentos de validação de conteúdo foram convidados enfermeiros e anesthesiologistas. Os aspectos que foram considerados para a escolha dos juizes foram a experiência na assistência ao paciente na SRA, publicações de artigos dentro da área e nível acadêmico. Os profissionais residem nas cidades de Londrina (PR), Maringá (PR), São Carlos (SP) e São Paulo (SP). Uma enfermeira doutora foi convidada a participar da banca de juizes por sua expertise na elaboração e validação de instrumentos de medida.

Os juizes foram convidados por meio de contato telefônico, quando rapidamente foram elencados os objetivos da pesquisa e como seria sua participação. Após o aceite em participar da banca de especialistas, foi solicitado o endereço eletrônico para contato posterior e envio dos instrumentos de validação.

No primeiro contato via e-mail foi enviada uma carta (APÊNDICE B), explicando os objetivos da pesquisa, os procedimentos de validação e então o convite a participar da banca de especialistas. Em anexo enviaram-se os instrumentos de validação. A resposta a este e-mail foi considerada como aceite em participar da pesquisa.

Os instrumentos de validação foram adaptados do estudo de Vituri (2007), compreendendo a avaliação dos três critérios de segurança elencados e seus 10 itens de avaliação. A avaliação da validade do Manual Operacional foi realizado utilizando um instrumento próprio.

No primeiro instrumento (APÊNDICE C) os juízes avaliaram cada item de segurança apresentado no protocolo, assinalando sim ou não nos seguintes requisitos: Comportamental (permite avaliação clara e precisa), objetividade (permite resposta pontual), simplicidade (expressa uma única ideia), clareza (explicitado de forma clara, simples e inequívoca), pertinência (não insinua atributo divergente do definido), precisão (cada item de avaliação é distinto dos demais, não se confundem), variedade (os termos utilizados, embora parecidos, não se repetem) e credibilidade (está descrito de maneira que não pareça despropositado).

No segundo instrumento (APÊNDICE D), o conjunto de itens foi avaliado utilizando os seguintes critérios: Atribuível (reflete aspecto de qualidade para o cuidado de enfermagem), Acessível (os dados são acessados rapidamente com o mínimo de esforço extra e custo), Comunicável (a relevância da medida pode ser facilmente comunicada e compreendida), Contextualizável (a medida pode ser obtida livre de contexto ou, os efeitos do contexto podem ser ajustados), Efetivo/preciso (mede o que se propõe a medir), Exequível (a medida é aplicável), Objetivo (a medida permite ação de mensuração clara e precisa, sem julgamento subjetivo). Nesta avaliação os juízes indicaram pontos (1-4), onde um não contempla o atributo e quatro contempla o atributo.

Por fim, o terceiro instrumento (APÊNDICE E) mede a validade do Manual Operacional, nos seguintes itens: Descritor (é claro e objetivo no que se propõe a mensurar), Fundamentação (é suficiente para evidenciar o indicador), Fonte de dados (está correta e é suficiente para o que se propõe a mensurar), Critérios para qualificação da avaliação (são claros e objetivos, não geram dúvidas acerca do que deve ser avaliado), Periodicidade da avaliação (é adequada ao que se pretende medir). Para caracterizar cada avaliação os juízes apontaram sim ou não, conforme sua análise.

Ao término da elaboração dos instrumentos de validação, realizou-se um pré-teste, por uma enfermeira doutora experiente no cuidado ao paciente no POI, sendo realizadas modificações no instrumento melhorando seu entendimento e clareza, conforme sua sugestão.

A coleta de dados foi realizada utilizando as premissas da Técnica Delphi (SCARPARO, et al, 2012). Esta técnica permite a dedução e o refinamento de um grupo de especialistas ou um painel de *experts*, com o objetivo de criar um consenso entre eles. Surge do pressuposto que a opinião e o conhecimento de um

grupo de especialistas são melhores que a opinião de uma só pessoa (SCARPARO, et al, 2012).

O consenso é buscado por meio da aplicação de questionários, onde cada participante explicita suas percepções sobre o tema em discussão e por meio do *feedback* e retroalimentação espera-se encontrar o consenso. A circulação do questionário entre os participantes se denomina rodada ou *rounds*. Esta técnica permite que diferentes experts participem na avaliação do instrumento sem ser necessário a reunião física dos participantes (SCARPARO, et al, 2012). Para obter um nível de concordância ideal foram necessárias duas rodadas entre os avaliadores.

O índice de concordância durante os processos de validação foram definidos pelos pesquisadores em 80%. Os atributos de segurança que não atingiram o percentual mínimo de 80% foram reformulados com base na avaliação e sugestões dos especialistas e encaminhados para nova avaliação, almejando assim, alcançar o percentual de concordância (SCARPARO, et al, 2012).

Para o processamento e análise dos dados foi estruturado um banco de dados em planilha Excel 2010® e as análises estatísticas foram realizadas com auxílio do *software* SPSS® (versão 20.0).

A validação de conteúdo foi obtida por meio do Índice de Validade de Conteúdo (*Content Validity Index –CVI*) e o Índice de Fidedignidade (*reliability*) ou concordância interavaliadores (*Interrater Agreement – IRA*)(RUBIO, et al, 2003).

O ICV é obtido por meio da soma de todos os juízes que atribuíram três ou quatro (Instrumento 2) dividido pela totalidade dos juízes. O IRA é obtido por meio da somatória de todos os itens que possuíram 80% de consenso, dividindo pelo total dos itens (RUBIO, et al, 2003).

O protocolo ao término dos procedimentos de validação foi corrigido em relação a língua portuguesa. O produto final foi apresentado aos juízes que concordaram com a versão final do PSMS.

4.6 FIDEDIGNIDADE DO PROTOCOLO DE MANEJO DA SEDE

A fidedignidade do PSMS foi realizada por meio da equivalência inter-observadores. A fidedignidade de um instrumento de pesquisa, juntamente com as medidas de validade, são medidas que garantem que o instrumento mede o

que se propõe medir e de forma estável, sem interferência do tempo ou das condições do avaliador (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

Para avaliar o grau de concordância entre os avaliadores, formaram-se duas duplas de profissionais com experiência no cuidado com o paciente durante a recuperação pós-anestésica. O local de coleta dos dados foi a SRA do HUL. Os pacientes foram convidados a participar da pesquisa e após a exposição dos objetivos da pesquisa e como seria a sua participação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE G). Os participantes menores de 18 anos participaram da pesquisa mediante o aceite do responsável.

A primeira dupla (enfermeiros) aplicou de forma independente e simultaneamente o PSMS em 78 pacientes, sem comunicação entre os avaliadores. Enquanto um profissional aplicava o PSMS, o outro apenas acompanhava e registrava as considerações, na avaliação seguinte os profissionais invertiam a ordem. Nos casos em que os pacientes não atenderam os critérios de segurança, as avaliações continuaram em uma periodicidade de 15 minutos até que atendessem os critérios de segurança ou recebessem alta da SRA. Semelhantemente, a segunda dupla (técnicos de enfermagem), aplicou o PSMS em 40 pacientes, com um total de 48 avaliações.

A amostra de pacientes foi por conveniência, com os seguintes critérios de inclusão: estar em recuperação anestésica (na SRA ou na sala de operação), apresentar sede, idade acima de 12 anos, aceitar participar da pesquisa e os dois avaliadores estivessem disponíveis. O período de coleta com os enfermeiros foi de dezembro de 2012 a janeiro de 2013. Os técnicos de enfermagem realizaram suas avaliações durante os meses de maio a junho de 2013. As duplas foram escolhidas por conveniência, de acordo com a disponibilidade em participar da pesquisa e participar de treinamento sobre o PSMS e a coleta dos dados foi determinada por tempo.

Para a análise dos dados utilizou-se o SPSS® versão 20.0 e uma ferramenta online do Laboratório de Epidemiologia e Estatística (LEE) (<http://www.lee.dante.br>, acesso 10/06/13) para calcular o coeficiente Kappa e realizar a análise descritiva. O índice Kappa é calculado por meio da diferença entre as avaliações que concordam em comparação com o acordo que seria esperado (VIERA, GARRETT, 2005). A interpretação da força de concordância dos valores de kappa adotadas neste estudo foram as seguintes: 0 a 0,2 (concordância pobre); 0,21

a 0,4 (desprezível); 0,41 a 0,6 (discreta); 0,61 a 0,8 (moderada) e 0,81 a 1 (quase perfeita) (LANDIS, KOCH, 1977).

4.7 ADMINISTRAÇÃO DE MÉTODOS DE ALÍVIO DA SEDE

Em comum acordo com o Serviço de Anestesia da instituição foi definido que caso o paciente alcançasse todos os critérios de segurança estabelecidos no PSMS, a administração de pequena dose (3 ml) de gelo ao paciente seria permitida. A escolha pelo gelo como método de alívio da sede foi devido a resultados positivos desta estratégia em pesquisas realizadas (CHO; KIM; PARK, 2010; YOON, MIN, 2011; ARONI; NASCIMENTO; FAHL, 2012).

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Todas as etapas deste trabalho obedeceram às diretrizes da Resolução Nº 196 de 10 de Outubro de 1996. Parecer aprovado pelo Comitê de Ética da instituição pesquisada (CAAE: 02299412.6.0000.5231) (ANEXO A), todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.9 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados serão apresentados no formato de três artigos:

- Elaboração do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede no Pós-Operatório Imediato

Retrata o processo de elaboração do Protocolo de Segurança no Manejo da Sede no Pós-Operatório Imediato. Este manuscrito será submetido à avaliação da Revista da Escola de Enfermagem da USP (REEUSP – Qualis Capes Enfermagem: A2 – Normas Anexo B).

- Validação do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede no Pós-Operatório Imediato

Este artigo diz respeito aos procedimentos de validação de conteúdo

do Protocolo de Segurança no Manejo da Sede no Pós-Operatório Imediato. A revista selecionada para sua submissão foi a Revista Latino-Americana de Enfermagem (Qualis Capes Enfermagem: A1 – Normas Anexo C).

- Fidedignidade interavaliadores do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede no Pós-Operatório Imediato

Refere-se a análise da fidedignidade interavaliadores do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede no Pós-Operatório Imediato. Este manuscrito será submetido à avaliação da *AORN Journal* (Qualis Capes Enfermagem: A1 – Anexo D).

Lá (na Sala de Recuperação) a única coisa que eu senti foi a sede. A boca seca. Minha boca secou muito, ai o menino me deu gelo para chupar, mas dai quando eu sai de lá, me liberaram para beber água, e dai eu tomei água... [...]Ah, não da nem para explicar, por que quando você fica com a boca seca, você quer beber agua, você fica esquisita, assim, no meu caso não era bem sede, mas a boca seca. Mas a minha boca estava muito seca, e dava uma agonia até. Ai me deram gelo e melhorou, deu para aguentar um até chegar aqui embaixo.

Paciente Sete*

*Pesquisas em andamento no
Grupo de Estudos sobre a sede Perioperatória*

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO DE SEGURANÇA PARA O MANEJO DA SEDE NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO¹

Development of a Safety Protocol for Thirst Management in the immediate postoperative period

Elaboración del protocolo de seguridad de la sede de la administración postoperatoria inmediata

Leonel Alves do Nascimento^{2*}, Lígia Fahl Fonseca³, Edilaine Rosseto⁴, Claudia Benedita dos Santos⁵

RESUMO

OBJETIVO: Elaborar um Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede no Pós-Operatório Imediato. **MÉTODO:** Pesquisa metodológica e aplicada, quantitativa, desenvolvida no biênio 2012/2013. Para a elaboração do protocolo e seu manual operacional, efetuou-se extensa busca na literatura e consulta a especialistas. As análises teórica e semântica foram realizadas por juízes. **RESULTADOS:** Os critérios de segurança elencados foram: avaliação do nível de consciência e dos reflexos de proteção de vias aéreas (tosse e deglutição) e ausência de náuseas e vômitos. Esses critérios foram agrupados e formatados num algoritmo gráfico, que conduz à interrupção do procedimento caso um critério de segurança não alcance avaliação esperada. **CONCLUSÃO:** A construção do protocolo visou suprir a falta de um modelo específico na literatura para padronizar as ações de enfermagem no manejo da sede no pós-operatório imediato.

Descritores: Sede. Protocolos clínicos. Assistência perioperatória.

¹ Extraído da dissertação “Elaboração, validação e fidedignidade de um Protocolo de Segurança para o Manejo da sede no Pós-Operatório Imediato”, Universidade Estadual de Londrina, 2013

² Enfermeiro Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Participante do Grupo de Pesquisa em Enfermagem Perioperatória (GPENP). Enfermeiro assistencial do Hospital Dr. Anísio Figueiredo, Londrina-PR, Brasil. leonel_jan@hotmail.com

³ Enfermeira Doutora. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, Coordenadora do Grupo de Pesquisa em Enfermagem Perioperatória (GPENP). Londrina-PR, Brasil. ligiafahl@gmail.com

⁴ Enfermeira Doutora. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Londrina-PR, Brasil. ediluirosseto@gmail.com

⁵ PhD, Professor Associado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, SP, Brasil. cbsantos@eerp.usp.br

* Endereço para correspondência (autor responsável):

Leonel Alves do Nascimento
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem
Av. Robert Koch, 60, Vila Operária, Londrina-PR, CEP 86038-440
Telefone: (43) 9664-9663
e-mail: leonel_jan@hotmail.com

ABSTRACT

OBJECTIVE: Develop a Security Protocol for the Management of Thirst in the Immediate Postoperative Period. **METHOD:** Methodological and applied research with a quantitative approach, developed in the biennium 2012/2013. For the development of the protocol and its operational manual, an extensive literature search and expert consultation was conducted. The theoretical and semantics analysis were carried out by judges. **RESULTS:** The safety criteria listed were: assessment of level of consciousness and airway protective reflexes (coughing and swallowing) and absence of nausea and vomiting. These criteria were grouped and formatted in a graph algorithm, which leads to the interruption of the procedure if an expected security criterion is not met. **CONCLUSION:** The development of the protocol aimed to address the lack in the literature of a specific model to standardize nursing actions for thirst management in the immediate postoperative period.

Descriptors: Thirst. Clinical protocols. Perioperative care.

RESUMEN

OBJETIVO: Desarrollar un protocolo de seguridad para la gestión de postoperatorio ser inmediata. **MÉTODO:** Investigación metodológica y aplicada, cuantitativa, desarrollada en el bienio 2012/2013. Para la preparación del protocolo y su manual de instrucciones, se realizó una amplia búsqueda bibliográfica y consulta de expertos. El análisis teórico y la semántica se llevaron a cabo por los jueces. **RESULTADOS:** Los criterios de seguridad mencionados fueron: evaluar el nivel de conciencia y los reflejos protectores de las vías respiratorias (tos y la deglución) y la ausencia de náuseas y vómitos. Estos criterios se agruparon y formateados en un algoritmo gráfico, que conduce a la interrupción del procedimiento, si una revisión de la política de seguridad no llega a lo esperado. **CONCLUSIÓN:** La construcción del protocolo destinado a hacer frente a la falta de un modelo específico en la literatura para estandarizar las acciones de enfermería en la sede de la administración en el postoperatorio inmediato.

Descriptorios: Sed, Protocolos Clínicos, Atención Perioperativa.

Introdução

A sede é um desconforto de alta incidência no pós-operatório imediato (POI) e causa sofrimento ao paciente durante sua recuperação anestésica. É definida como a vontade consciente de beber água, apesar de ser um mecanismo de compensação para o restabelecimento do equilíbrio hídrico no organismo, condicionada tanto por sinais e sintomas fisiológicos como por condições culturais, emocionais, hábitos e aspectos alimentares⁽¹⁾.

O paciente cirúrgico apresenta algumas condições que propiciam e potencializam o aparecimento da sede: jejum pré-operatório, medicações do processo anestésico-cirúrgico, entubação orotraqueal e perda sanguínea no intraoperatório^(2,3).

Em uma pesquisa com 160 pacientes durante o POI, 43,8% apontaram a sede como o desconforto de maior incidência⁽⁴⁾. Em outros estudos, mencionam-se ocorrências que variam de 42,9% (n=91)⁽⁵⁾ a 75% (n=128)⁽⁶⁾. Nesse período também a

intensidade da sede é elevada. Quando se utilizou a escala analógica numérica (de 1 a 10) para o paciente avaliar, a sede teve intensidade média de 6,1 (DP=2,18)⁽⁶⁾, 6,6 (DP=2,03)⁽⁵⁾ e 8,17 (DP=1,47)⁽⁷⁾.

Tem-se avaliado estratégias para minorar o desconforto da sede durante a recuperação anestésica. Pesquisas indicam que a administração de lascas de gelo é mais eficaz para o alívio no manejo da sede no POI⁽⁶⁻⁸⁾.

A sede do paciente no perioperatório é um sinal e sintoma de desequilíbrio e desconforto intenso que deve ser valorizado e atendido pela equipe.

Mesmo diante da magnitude da sede, ela ainda é considerada uma complicação menor no perioperatório, e suas repercussões para o paciente são pouco estudadas. Também o cuidado de enfermagem não está sistematizado, permitindo-se, muitas vezes, que o paciente permaneça com sede por períodos prolongados tanto no pré quanto no pós-operatório. As intervenções, quando realizadas, são esporádicas e pontuais, quase sempre espontâneas e empíricas.

A abordagem para o manejo da sede, sobretudo no POI, encontra desafios específicos devido a contraindicação da reposição de grandes volumes líquidos por via oral, diante da possibilidade de aspiração pulmonar em razão do rebaixamento do nível de consciência pelas drogas anestésicas e da presença de náuseas e vômitos. O grande problema, portanto, seria encontrar maneiras seguras de aliviar a sede já instalada no perioperatório sem colocar em risco a segurança do paciente.

Por se enfatizar a segurança do paciente cirúrgico, inclusive por meio de detalhados protocolos da Organização Mundial de Saúde, a aplicação de planos estratégicos, como o “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, tem diminuído significativamente os erros na assistência no transoperatório⁽⁹⁾. Dentre os critérios de segurança elencados por associações especializadas, há padrões para avaliação e liberação do paciente em recuperação anestésica com parâmetros como: nível de consciência, permeabilidade de vias aéreas, frequência respiratória, saturação de oxigênio, pressão sanguínea, presença de dor, náuseas e vômitos⁽¹⁰⁾. Não se encontrou na literatura nenhuma recomendação ou protocolo de avaliação que vise à segurança para a utilização de estratégias quando se identifica a sede, e isso faz com que ela continue não sendo avaliada, registrada e atendida. A sede continua não sendo avaliada, registrada e assistida, visto que não se sabe como fazê-lo por falta de critérios e consequentemente, pelo risco de complicações.

A elaboração de um Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede (PSMS) contribuirá para que se eleve o patamar de segurança no cuidado ao paciente com sede,

permitindo que, pela avaliação sistemática da condição clínica, o profissional tenha subsídios para administrar ou não um método de alívio.

Método

Pesquisa metodológica de abordagem quantitativa, nos meses de abril a agosto de 2012, estudo desenvolvido em associação com o Grupo de Pesquisa sobre a Sede Perioperatória da Universidade Estadual de Londrina, sul do Brasil, que busca compreender e pesquisar a experiência da sede perioperatória em sua complexidade. A pesquisa metodológica caracteriza-se pelo desenvolvimento de instrumentos de coleta de dados, definição do constructo ou comportamento a ser medido, formulação dos itens da ferramenta e desenvolvimento das instruções para usuários e respondentes⁽¹¹⁾. A realização de pesquisas metodológicas é relevante para a Enfermagem, pois existe carência de estudos que elucidem a maioria dos conceitos que lhe interessam⁽¹²⁾.

Para a construção do protocolo, utilizou-se o modelo teórico de elaboração de instrumentos para mensurar fenômenos subjetivos, proposto por Pasquali⁽¹³⁾, com destaque para os procedimentos teóricos, adotando-se neste estudo sua terminologia.

Na elaboração de instrumentos psicológicos de medida, o polo teórico enfoca a questão que deve fundamentar todo empreendimento científico, no caso, a explicitação da teoria sobre o constructo ou objeto psicológico para o qual se quer desenvolver um instrumento de medida, bem como da operacionalização do constructo em itens⁽¹³⁾. Esse polo esclarece a teoria do traço latente e os tipos ou categorias de comportamentos que constituem uma representação adequada do mesmo traço. Devem-se elaborar procedimentos teóricos para cada instrumento; para tanto, depende-se da literatura existente sobre o constructo psicológico que o instrumento pretende medir⁽¹³⁾.

Consiste em seis etapas: sistema psicológico, propriedades, dimensionalidade, definições, operacionalização e análise teórica e semântica. As três primeiras etapas dizem respeito à teoria do constructo; a quarta etapa contempla a teoria e também a construção do instrumento, e a quinta e sexta etapas se referem à construção do instrumento⁽¹³⁾. Elas podem ser visualizadas na Figura 1, assim como as atividades realizadas em cada etapa neste estudo:

Figura 1 - Representação gráfica das atividades realizadas para a elaboração do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede, segundo a proposta de Pasquali⁽¹³⁾ no polo teórico – Sul do Brasil, 2013



ETAPA 1-2- Sistema Psicológico e Definição da Propriedade

A determinação do sistema psicológico e a definição da propriedade são fundamentais, pois são elas que tornam explícita a teoria sobre o constructo que se deseja construir⁽¹³⁾. Neste estudo, a reflexão sobre a temática nos estimulou a criar uma ferramenta que possibilitasse a mensuração de critérios de segurança para o manejo da sede no POI. Como resultado estabeleceu-se que “sede” é o sistema psicológico e “segurança no manejo da sede no POI” é o atributo de propriedade cuja mensuração é objeto deste estudo.

ETAPA 3- Dimensionalidade do atributo e Definição dos critérios de segurança para o manejo da sede

A dimensionalidade do atributo diz respeito à sua estrutura interna, semântica. Aqui se define quais critérios de segurança no manejo da sede são componentes distintos a ser avaliados a fim de se garantir a segurança⁽¹³⁾.

A definição dos itens a ser avaliados pelo PSMS baseou-se nas seguintes fontes de informação: literatura científica, análise de fundamentos teóricos e evidências disponíveis; expertise dos pesquisadores no cuidado com o paciente no POI, entrevistas com profissionais com experiência clínica e conhecimento agregado pelo grupo de pesquisa no estudo da sede no perioperatório da Universidade Estadual de Londrina.

Realizou-se ampla consulta nestas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), PUBMED, EMBASE e *The Cochrane Library*, usando-se os descritores: sede, perioperatório, recuperação anestésica, náuseas e vômitos, deglutição, complicações pós-operatórias, retorno de reflexos de deglutição, complicações na manutenção de vias aéreas e respiração, gelo, água, avaliação no POI, permeabilidade das vias aéreas, hidratação de mucosa, hidratação oral e critérios de alta da Sala de Recuperação Anestésica (SRA). Os critérios de inclusão foram: publicações em livros e artigos indexados nas bases de dados selecionadas com os descritores em português, espanhol e inglês, a partir da década de 1980.

Para a definição dos critérios, consultaram-se, numa seleção por conveniência, 18 *experts*, entre eles anesthesiologistas (13), cirurgiões (3) e enfermeiros doutores (2), tendo como critérios de inclusão possuir experiência no cuidado com o paciente no POI, atuar em hospitais públicos e privados de médio e grande porte na cidade de Londrina, serem acessíveis e após o convite e aceite em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e responderam a seguinte questão: “Quais são os critérios que em sua prática, você avalia para liberar a administração de um método de alívio ao paciente que refere sede na Sala de Recuperação Anestésica?”. O número de entrevistas com anesthesiologistas foi propositadamente maior por ser o profissional que libera ou não a administração de um método de alívio.

O pensamento norteador para a seleção final dos critérios de segurança foi guiado pela seguinte pergunta: o que seria relevante avaliar durante a recuperação da anestesia que pudesse de fato comprometer a segurança do paciente? Agruparam-se as respostas por incidência de ocorrência, definindo-se categorias de segurança que foram confrontadas com a literatura pertinente e com a experiência dos pesquisadores. O conhecimento adquirido pelo grupo de estudos sobre a sede no perioperatório foi outra fonte relevante de dados na seleção dos critérios devido ao estado embrionário dos estudos desta temática.

ETAPA 4- Definições Constitutivas e Operacionais

Feita a seleção dos critérios de segurança, é necessário conceituar detalhadamente esses constructos. Nesta etapa, o resultado é a conceituação clara e precisa dos fatores que importam na construção do instrumento de medida⁽¹³⁾.

Definição constitutiva é a que define um constructo por meio de outros. Ela caracteriza o constructo, dando-lhe as dimensões que deve assumir no espaço semântico da teoria em que está incluído⁽¹³⁾.

A definição operacional, por sua vez, marca a passagem do abstrato para o concreto, e são duas as suas principais preocupações: a primeira é que as definições devem ser efetivamente operacionais, para que possam ser reproduzidas por comportamentos físicos. A segunda preocupação é que esta definição deve ser o mais abrangente possível dos constructos. Elas provêm da literatura específica do assunto estudado, da opinião de peritos e do conhecimento do pesquisador. Quanto mais completa for a listagem de categorias comportamentais, mais simples será a construção do instrumento⁽¹³⁾.

ETAPA 5- Operacionalização

Esta etapa está relacionada com a construção dos itens, com a expressão da representação comportamental do constructo, ou seja, são as tarefas que o usuário do instrumento deve realizar para avaliar a magnitude da presença do constructo⁽¹³⁾.

Para construir um instrumento de pesquisa, é necessário considerar os seguintes critérios: comportamento, objetividade, simplicidade, clareza, relevância, precisão, variedade, modalidade, tipicidade, credibilidade, amplitude e equilíbrio⁽¹³⁾. Esses fundamentos nortearam a construção do protocolo em sua primeira versão, contando com 6 indicadores de segurança e 16 itens de avaliação, distribuídos em um algoritmo gráfico.

A seguir, elaborou-se o Manual Operacional, que especifica as operações que o pesquisador deve realizar para coletar as informações exigidas, além de explicitar os critérios que devem ser utilizados para observar e mensurar a variável a ser avaliada⁽¹²⁾. O Manual Operacional, que abrange cada critério de segurança indicado no protocolo, teve sua estrutura adaptada de um estudo em que se elaborou e validou um instrumento de mensuração da qualidade da assistência de enfermagem⁽¹⁴⁾. O manual é composto por: descritor, fundamentação científica, fontes de avaliação, procedimentos operacionais, critérios para a qualificação da avaliação e periodicidade da avaliação.

ETAPA 6- Análise Teórica e Semântica

Com base nos itens, levanta-se a hipótese de que eles representam adequadamente o constructo. Em busca da pertinência dos seus itens, é necessária a análise teórica e semântica dos juízes.

Análise Teórica por juízes

Os itens do protocolo foram submetidos à análise de três enfermeiros com formação em nível de doutorado e experiência no cuidado ao paciente no POI, que avaliaram que a estrutura do instrumento e a adequação da estrutura do instrumento e dos itens em cada categoria proposta eram adequadas.

Esses procedimentos garantiram que a escolha dos critérios de segurança fosse determinada pela sua pertinência, conferindo a *face validity* do PSMS. A validade aparente indica se a medida, á primeira vista, mede o que se propõe medir, e, mesmo não determinando com segurança a validade de uma escala de medida, é fundamental no processo de elaboração, possibilitando, assim, outros métodos de validação⁽¹³⁾. Com essa avaliação, espera-se que os itens sejam reduzidos, de acordo com o julgamento dos juízes⁽¹⁵⁾.

Análise Semântica do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede

Esta análise avalia a estrutura semântica dos itens e a compatibilidade da escrita para a população-alvo, conferindo se todos os itens são compreensíveis a todos os membros da população à qual o instrumento se destina⁽¹³⁾. O instrumento não deve exigir habilidades de leitura além das de um adolescente de 12 anos. Isso significa que os itens devem ser curtos e simples e não conter palavras difíceis nem termos de jargão⁽¹⁵⁾.

Realizada no Hospital Universitário de Londrina (HUL), instituição de nível terciário, público de ensino, referencia para o Sistema Único de Saúde (SUS), com 313 leitos, Centro Cirúrgico e Sala de Recuperação com sete leitos. Foram convidados a participar oito profissionais divididos em dois grupos. O primeiro grupo foi composto por quatro auxiliares de enfermagem; e no segundo participaram dois enfermeiros mestrandos e dois doutores. Ambos os grupos com experiência no cuidado ao paciente na SRA.

O PSMS foi apresentado verbalmente para os dois grupos em encontros separados, item por item, e após solicitou-se para os participantes reproduzir as ações ou conteúdo relatado, registrando-se as respostas em instrumento específico. Nesta etapa alguns ajustes de redação, assim como mudanças ortográficas foram necessários. As alterações foram realizadas e após duas rodadas com os participantes foi possível concluir que o PSMS possui alta compreensão entre os grupos, não sendo necessária nenhuma outra alteração.

Procedimentos Éticos

Todas as etapas deste trabalho obedeceram às diretrizes da Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996. Com o Parecer aprovado pelo Comitê de Ética da instituição

pesquisada (CAAE: 02299412.6.0000.5231), todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Neste estudo, definiu-se **sede** como sistema psicológico, e **segurança no manejo da sede**, como atributos de propriedades. A partir desse ponto foi possível estabelecer as dimensões e definições do protocolo. A consulta aos 18 profissionais com experiência no POI indicou os seguintes critérios de segurança: avaliação do nível de consciência (n=15), proteção de vias aéreas (“tosse e deglutição” n=4), ausência de náuseas e vômitos (n=3), saturação de oxigênio (n=1), procedimento cirúrgico (n=5), quantificação da diurese (n=2), ruídos hidroaéreos (n=1), técnica anestésica (n=1) e pressão arterial (n=1).

Após extensa e rigorosa análise dos critérios sugeridos pelos *experts*, diante das evidências encontradas na literatura e da experiência dos autores, decidiu-se pelos seguintes itens de avaliação: Nível de Consciência, Proteção de Vias Aéreas (Tosse e Deglutição), Náuseas, Vômitos, Saturação de Oxigênio e Procedimento Cirúrgico. A seleção desses itens buscou atender os requisitos de máximo de segurança, simplicidade e facilidade de aplicação na prática clínica.

Análise por juízes

Com a análise do *face validity*, agruparam-se os indicadores Náuseas e Vômitos e excluíram-se Saturação de Oxigênio e Procedimento Cirúrgico. Permaneceram, então, 10 dos 16 itens de avaliação relacionados na primeira versão, que eram mais longa, menos objetiva e inespecífica.

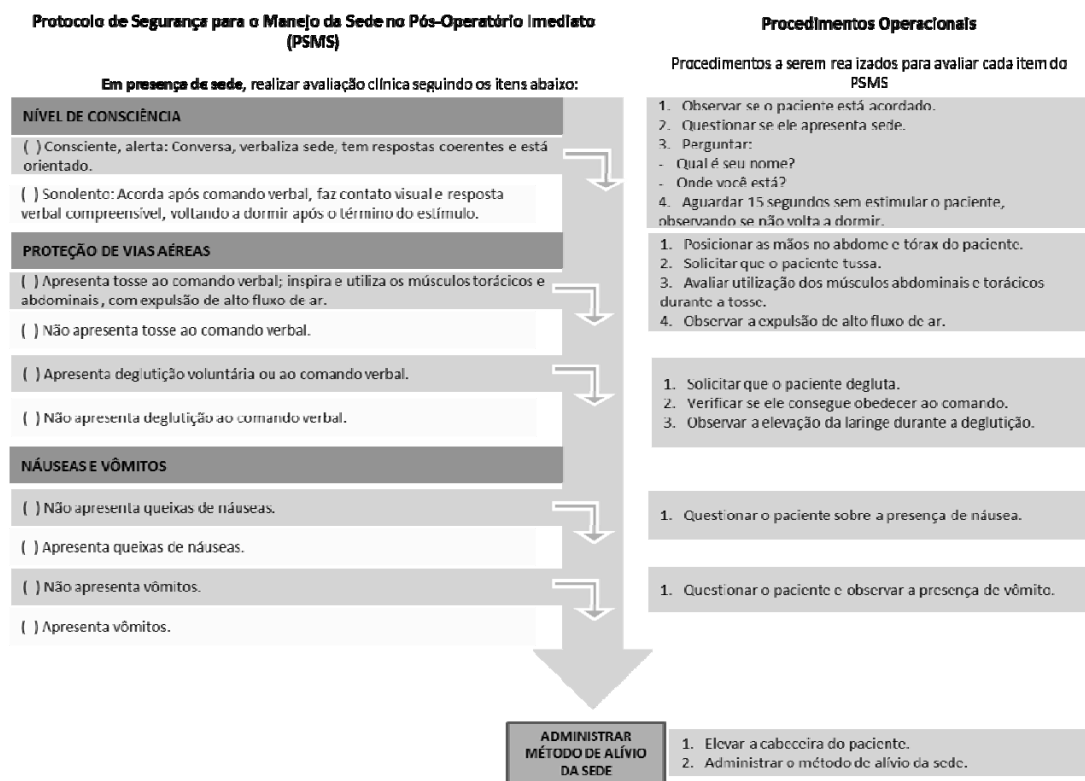
Os critérios finais foram então dispostos num algoritmo gráfico (Figura 2), em que a avaliação favorável de todos os indicadores conduz à determinação da segurança para a administração do método de alívio da sede.

As linhas com tonalidade escura e instruções em negrito representam o indicador que está sendo avaliado (no PSMS elas possuem tonalidade verde-escura). A linha com tonalidade clara representa o critério de segurança esperado para determinar que se continue a sequência de avaliação do protocolo (no PSMS, com tonalidade verde-clara). As linhas com tonalidade clara representam o critério de corte, indicando que o paciente não apresenta condição clínica segura para a administração dos métodos de alívio (no PSMS, amarelo-claro). Ressalta-se que, durante a avaliação, a identificação de qualquer condição clínica que não seja a primeira estabelecida em cada critério de segurança sinaliza a

interrupção do uso do protocolo. Deve-se, então, iniciar nova avaliação após um período que permita mudança no estado clínico do paciente.

Enquanto analisavam o protocolo, os juízes optaram por incluir nele uma sessão que descrevesse os passos necessários para sua aplicação. Elaboraram-se, assim, os Procedimentos Operacionais, que foram acrescidos ao protocolo visando avaliar cada critério. O protocolo final, depois da validação de conteúdo, realizada posteriormente e não descrita neste artigo, está apresentado na Figura 2:

Figura 2 – Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede - Norte do Paraná, Brasil, 2013



Análise Semântica

O grupo de enfermeiros e o grupo de auxiliares de enfermagem não encontraram nenhuma dificuldade na interpretação dos itens; apenas foram realizadas pequenas alterações na ordem das sentenças. Analisou-se o desenho esquemático do PSMS, suas cores e direcionalidade por setas, com boa compreensão por todos.

Discussão

Por se tratar de um tema inédito, a elaboração de um protocolo que confira segurança ao paciente não foi uma tarefa fácil de ser realizada, mas espera-se que sua

contribuição seja o início do manejo da sede, baseado em evidências científicas. A definição de critérios de segurança e a construção de um protocolo com o objetivo de avaliar a condição clínica do paciente traz subsídios ao profissional para a administração de métodos para o alívio da sede.

A realização deste estudo permitiu quantificar quanto diversificados e subjetivos eram os critérios utilizados pelos profissionais responsáveis pela liberação de métodos de alívio da sede. Observou-se que os critérios relatados são amplos e, em grande parte, inespecíficos para avaliar a segurança no manejo da sede. Isso decorre, sobretudo, do estado do conhecimento sobre a sede perioperatória e das ainda incipientes evidências científicas para o seu manejo.

Diferentes profissionais emitiram opiniões ou convicções contraditórias em relação à possibilidade de liberação de métodos de alívio. Por vezes defendiam que o tipo de procedimento e o sítio afetado condicionam a liberação de algum método de alívio da sede, como no caso de cirurgias abdominais, ocasião em que esta prática seria proibida. Em outras, consideravam que, independentemente do procedimento cirúrgico, a quantidade a ser administrada é pequena e não teria repercussão negativa para o paciente.

O débito urinário, o turgor da pele e a hipotensão estão relacionados com quadros de desidratação, por isso não constituem um critério de segurança propriamente dito. A necessidade de jejum prolongado no pós-operatório, mesmo não sendo embasado em evidências científicas, tem como pressuposto que o repouso intestinal seria importante para a cicatrização de anastomoses digestivas com menor risco. No entanto, a alimentação precoce traz benefícios, como alta antecipada, menor incidência de complicações infecciosas e diminuição de custos⁽¹⁶⁾.

A avaliação do item Nível de Consciência, mencionado por 83% dos *experts* consultados, é imprescindível para se determinar a emergência do estado anestésico durante o POI. O nível de consciência está intimamente relacionado ao retorno dos reflexos protetores, como tosse e deglutição⁽¹⁷⁾. Na experiência clínica se observa que o paciente, mesmo sonolento, aparentemente responde de modo adequado aos outros critérios de segurança propostos pelo protocolo. Desejou-se, entretanto, estabelecer um critério elevado de corte visando instituir um padrão mais rígido de segurança nesse momento. Para a sequência do protocolo, o paciente deve, portanto, manter-se acordado e alerta, sem voltar a dormir.

O critério Proteção de Vias Aéreas, ao ser avaliado, assegura a verificação do retorno dos reflexos protetores de tosse e deglutição, que fazem parte de uma série de reflexos fisiológicos que impedem a aspiração broncopulmonar de secreções salivares e

gástricas. É fundamental avaliar esse item, pois o paciente, durante sua recuperação anestésica, permanece em decúbito dorsal, podendo estar ainda sob efeito de medicações anestésicas e de relaxantes musculares. Esses reflexos indicam que o paciente é capaz de se defender contra uma possível aspiração broncopulmonar⁽¹⁸⁾.

Para a administração dos métodos de alívio da sede, é primordial a ausência de náuseas e vômitos. Define-se náusea como eventos musculares de vômitos sem expulsão do conteúdo gástrico e se refere a uma sensação subjetiva da necessidade de vomitar. Vômito ou êmese é a contração do diafragma e músculos abdominais e relaxamento do esfíncter esofágico expulsando o conteúdo gástrico⁽¹⁹⁾.

Observa-se, na prática, que diversos mitos interferem nas ações dos profissionais no manejo da sede. Acredita-se que o principal deles, relacionado à necessidade da manutenção de jejum absoluto no POI, refere-se ao risco de vômitos e consequente aspiração pulmonar. Desse modo, o paciente permanece longos períodos em jejum absoluto, perpetuando o desconforto causado pela sede. A validação de um instrumento que permite intencionalmente avaliar a presença ou não de náuseas ou vômitos traz um avanço no cuidado ao paciente com sede.

Quanto ao tempo de procedimento e à técnica anestésica utilizada, não se encontraram evidências científicas que corroborem a indicação desses critérios dentro do protocolo. A liberação da administração do método de alívio da sede, proposta por este protocolo, está vinculada com a rigorosa avaliação do nível de consciência, dos reflexos protetores das vias aéreas e da ausência de náuseas e vômitos. Esses critérios são indicativos para avaliar se o paciente apresenta ou não condições seguras para o manejo da sede.

Conclusão

Os critérios de segurança selecionados para o PSMS foram: Avaliação do Nível de Consciência, Proteção de Vias Aéreas (Tosse e Deglutição) e Ausência de Náuseas e Vômitos. Esses critérios, que permitem elevada segurança no manejo da sede, foram agrupados em um algoritmo gráfico de fácil entendimento. Elaborou-se o manual operacional com base em extensa revisão literária sobre cada critério escolhido. Além disso, indicaram-se procedimentos operacionais em cada fase do protocolo, padronizando sua aplicação. A análise dos especialistas e dos grupos em relação à análise semântica e ao pré-teste apontou que o protocolo é de fácil compreensão e rápida aplicação.

Cabe aqui o registro de uma dificuldade que encontramos ao realizar este estudo: a pequena quantidade de trabalhos para orientar na construção de protocolos de ação

na área de enfermagem. Esta pesquisa serve de auxílio e incentivo para outros pesquisadores que objetivem elaborar um protocolo de ação.

A construção do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede no POI traz consigo a possibilidade de aprofundar os estudos sobre o manejo de um desconforto tão comum e intenso, que é a sede no POI.

Referências

1. Leiper J. Thirst. In: Caballero B, Allen L, Prentice A. Encyclopedia of Human Nutrition. 2nd. ed. University of Aberdeen, Aberdeen, UK: Elsevier Academic Press, 2005. p. 278-286.
2. Morita T, Tei Y, Tsunoda J, et al. Determinants of the sensation of thirst in terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer*. 2001; 9(3):177-86.
3. Arai S, Stotts N, Puntillo K. Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation. *Am J Crit Care* [Internet]. 2013 [Cited 2013 Aug 10];22(4):328-35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23817822>
4. Figueredo E, Sánchez G, Pérez J. Thirst is the most common minor complication in the immediate postoperative period. *RevEspAnestesiolReanim*. 1996;43(2):74.
5. Soler RRS, Sociats IC, Pes AS, et al. Estudio del grado de satisfacción del paciente quirúrgico crítico y sus familiares atendido en una unidad de reanimación post-quirúrgica. *Control de Calidad Asistencial*. 1993;8(2-3):35-9.
6. Aroni P, Nascimento LA, Fonseca LF. Assessment strategies for the management of thirst in the post-anesthetic recovery room. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2012 [cited 2013 Jun 20];25(4):530-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/en_08.pdf
7. Cho EA, Kim KH, Park JY. Effects of frozen gauze with normal saline and ice on thirst and oral condition of laparoscopic cholecystectomy patients: pilot study. *Journal of Korean Academy of Nursing*. [Internet]. 2010 [cited 2013 Feb 10];40(5):714-23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21157173>
8. Yoon SY, Min HS. The effects of cold water gargling on thirst, oral cavity condition, and sore throat in orthopedics surgery patients. *Korean J Rehabil Nurs*. [Internet]. 2011 [cited 2013 Feb 10];14(2):136-44. Available from: <http://www.komci.org/GSResult.php?RID=0116KJRN%2F2011.14.2.136&DT=6>
9. Pancieri AP, Santos BP, Ávila MAG, Braga EM. *Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital-escola*. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2013 [Cited 2013 Jun 25];34(1):71-8. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/33863/24507>

10. Whitaker CDK, Booth H, Clyburn P, et al. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Immediate post-anaesthesia recovery 2013: Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. *Anaesthesia*. [Internet]. 2013 [Cited 2013 Set 12];68(3):288-97. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23384257>
11. LoBiondo-Wood G, Haber J. *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001.
12. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 7.ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
13. Pasquali L. *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração*. Brasília: LABPAM/IBAPP; 1999. Testes referentes a constructo: teoria e modelo de construção; p. 37-72.
14. Vituri DW. *Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem*. [dissertação]. [Maringá (PR)]: Universidade Estadual de Maringá; 2007. 238 f.
15. Terwee CB, Bot SD, De Boer MR, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*. [Internet]. 2007 [Cited 2013 Feb 09];60(1):34-42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17161752>
16. Bankhead R, Boullata J, Brantley S, et al. Enteral nutrition practice recommendations. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. [Internet]. 2009 [Cited 2013 Jan 30]33(2):122-67. Available from: <http://pen.sagepub.com/content/early/2009/01/27/0148607108330314.full.pdf+html>
17. Leder SB, Suiter DM, Lisitano WH. Answering orientation questions and following single-step verbal commands: effect on aspiration status. *Dysphagia* [Internet]. 2009 [cited 2013 Feb 10];24(3):290-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19263106>
18. Souza TM, Carvalho R, Paldino CM. Diagnósticos, prognósticos e intervenções de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica. *Rev. SOBECC*. 2012; 17(4): 33-47.
19. Lages N, Fonseca C, Neves A, et al. Náuseas e vômitos no pós-operatório: uma revisão do “pequeno-grande” problema. *Rev. Bras. Anesthesiol* [Internet]. 2005 [cited 2013 Jan 25];55(5):575-85. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v55n5/v55n5a13.pdf>

ANEXO

MANUAL OPERACIONAL DO PROTOCOLO DE SEGURANÇA PARA O MANEJO DA SEDE

1. **Indicador: Avaliação do Nível de Consciência**

Descritor: Define-se consciência como a capacidade de o indivíduo reconhecer a si mesmo e aos estímulos do ambiente e a capacidade de responder corretamente a esses estímulos. As alterações no nível de consciência relacionam-se com estados de desorientação no tempo e no espaço e até com o coma profundo. Também se podem observar estados intermediários de alterações na consciência.

A sonolência ou letargia é um estado de diminuição do nível de consciência em que o paciente consegue manter-se acordado com estímulos leves, apresenta resposta verbal compreensível, mas volta a dormir quando não está sendo estimulado.

A *American Society of Anesthesiologists* (ASA) recomenda a avaliação periódica do estado mental do paciente durante o tempo de recuperação pós-anestésica, para detecção e rápida solução de possíveis complicações.

Fundamentação científica:

ASA Task Force on Postanesthetic Care: Practice guidelines for postanesthetic care. *Anesthesiology*, 2002;96:742-752.

Berger JR. Clinical approach to stupor and coma. In: Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J. *Neurology in clinical practice. Principles of diagnosis and management*. 4th ed. Salt Lake: Elsevier; 2004. v.1, p.43-64.

Práticas Recomendadas SOBECC/Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. – 6.ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

Fontes de Informação: A avaliação do nível de consciência deve englobar uma descrição do estado de alerta do paciente em resposta a estímulos verbais. O objetivo é determinar se há alguma alteração do nível de consciência e assim avaliar o paciente quanto à segurança em administrar métodos de alívio da sede.

Procedimentos Operacionais: Observar se o paciente está acordado. Questionar se ele apresenta sede. Perguntar: Qual é seu nome? Onde você está? Aguardar 15 segundos sem estimular o paciente, observando se não volta a dormir.

Crítérios para qualificação da avaliação: Consciente, alerta: Conversa, verbaliza sede, tem respostas coerentes e está orientado; Sonolento: Acorda após comando verbal, faz contato visual, tem resposta verbal compreensível e volta a dormir ao término do estímulo.

Periodicidade da avaliação: Verificar o nível de consciência é o primeiro item a ser avaliado pelo Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede no pós-operatório. Caso o paciente esteja sonolento ou com o nível de consciência mais rebaixado, interromper o protocolo, retomando a avaliação após 15 minutos.

2. Indicador: Proteção de Vias Aéreas

Descritor: Trata-se de um conjunto de mecanismos fisiológicos os quais trabalham concomitantemente com a finalidade de evitar a aspiração laringotraqueal (alimento, saliva ou conteúdos gástricos conduzidos à traqueia). Para este protocolo, definiram-se dois mecanismos de proteção de vias aéreas: tosse e deglutição.

A tosse, voluntária ou involuntária, é um reflexo de proteção das vias aéreas. Seus benefícios relacionam-se à eliminação das secreções em razão do aumento da pressão pleural positiva, o que leva à compressão das vias aéreas de pequeno calibre, produzindo alta velocidade do fluxo nas vias aéreas. Ela desencadeia um alto fluxo expiratório, empregando energia cinética da musculatura expiratória e da retração elástica do pulmão. Dessa forma, ocorre o deslocamento de materiais líquidos e sólidos, eventualmente aspirados, e a sua condução à faringe, para posterior expectoração ou deglutição.

A tosse eficaz compreende quatro fases: nervosa (receptores irritativos nas vias aéreas altas captam o estímulo e o enviam para o centro bulbar, de onde retorna para acionar a musculatura respiratória e a glote); inspiratória (ocorre a contração dos músculos inspiratórios, aumentando o volume pulmonar e a força de retração elástica do pulmão); compressiva (logo após a fase inspiratória, a glote se fecha e há um esforço expiratório que permite aos músculos a geração de altas pressões no pulmão); explosiva (após a fase compressiva, a glote se abre num alto fluxo expiratório, provocando assim a retirada das secreções). É considerada ineficaz quando os receptores periféricos, o controle central da musculatura respiratória ou o aparelho musculoesquelético forem, de alguma maneira, afetados por anormalidades.

A deglutição é o deslocamento do bolo alimentar desde a boca até o estômago, de modo seguro e eficaz. Consiste em duas fases, uma voluntária e outra involuntária. A fase voluntária é oral e se dá por etapas preparatórias, preparando o alimento para ser deglutido; a fase involuntária corresponde às etapas laríngea e esofágica, que são automáticas e normalmente não podem ser interrompidas. Diferentes estímulos iniciam o processo de deglutição – os estímulos frios apresentaram até mesmo melhores respostas do que aqueles próximos à temperatura corporal, especialmente em estruturas como da úvula, tonsilas palatinas e arcos palatoglossos em sua porção superior.

Fundamentação científica:

Guyton AC, Hall JE. *Tratado de Fisiologia Médica*. 11.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

Lynch CS. *Análise da fisiologia da deglutição por meio da ultrassonografia [tese]*. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008. 107p.

Pereira NAV, Motta AR, Vicente LCC. Reflexo da deglutição: análise sobre eficiência de diferentes estímulos em jovens saudáveis. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. 2008 jul-set;20(3):159-64.

Práticas Recomendadas SOBECC/Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. 6. ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. II Diretrizes Brasileiras no Manejo da Tosse Crônica, *J Bras Pneumol* 2006. 32 (supp6): S 403-446.

Machado MGR. *Bases da fisioterapia respiratória – terapia intensiva e reabilitação*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

Fontes de Informação: Avaliar os mecanismos de proteção de vias aéreas requer a observação da tosse do paciente mediante a solicitação para que tussa. Devem-se observar as seguintes fases do ciclo da tosse: inspiração, utilização da musculatura abdominal e torácica e a consequente expulsão de alto fluxo de ar. Quando o paciente não apresentar as fases sequenciais do ciclo, deve-se caracterizá-lo como “não apresenta tosse”.

A avaliação da deglutição segue de forma semelhante à da tosse. Solicita-se ao paciente que degluta observando-se os movimentos característicos do processo. Caso esses movimentos não estejam presentes, assinala-se que o paciente não apresenta deglutição.

Procedimentos Operacionais: Posicionar as mãos no abdome e tórax do paciente. Solicitar que o paciente tussa. Avaliar utilização dos músculos abdominais e torácicos durante a tosse. Observar a expulsão de alto fluxo de ar.

Critérios para qualificação da avaliação:

Tosse: Apresenta tosse ao comando verbal; Inspira e utiliza os músculos torácicos e abdominais com expulsão de alto fluxo de ar; Não apresenta tosse ao comando verbal.

Deglutição: Apresenta deglutição voluntária ou ao comando verbal; Não apresenta deglutição.

Periodicidade da avaliação: As avaliações dos mecanismos de proteção de vias aéreas contemplam o segundo item de avaliação do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede no POI. Caso o paciente não tenha tosse e/ou deglutição espontânea ou ao comando, deve-se interromper a avaliação e retomá-la em 15 minutos, avaliando o protocolo desde o início.

3. Indicador: Náuseas e Vômitos

Descritor: Náuseas e vômitos podem ocorrer a qualquer momento durante ou após um procedimento cirúrgico. No pós-operatório, são complicações frequentes da anestesia e atualmente sua incidência global permanece em cerca de 20% a 30%.

O risco para náuseas e vômitos pode estar relacionado a três fatores: o cliente, as técnicas anestésicas e o procedimento cirúrgico. A mobilização visceral durante o ato cirúrgico e o uso da medicação anestésica ou de opiáceos no pós-operatório têm como consequência frequente as náuseas e os vômitos. Várias das drogas utilizadas no procedimento anestésico-cirúrgico podem causar reações adversas como náuseas e vômitos. Dentre elas: Alfentanil, Remifentanil, Sufentanil, Dopamina, Cloridrato Esmolol, Etomidato, Furosemida, Hidrocortisona, Metoprolol, Midazolam, Sulfato de Morfina, Neostigmina, Halotano, Isoflurano, Óxido Nitroso e Sevoflurano.

A mais séria complicação relacionando o vômito à anestesia é a pneumonia aspirativa. Por isso se preconiza o jejum pré-operatório, que se estende até o pós, muitas vezes por tempo desnecessariamente prolongado. Considerou-se insignificante um volume gástrico de 16 a 36 ml quando correlacionado com a incidência de náuseas e vômitos no pós-operatório, indicando que é segura a administração de pequenos volumes de líquido, como o que este protocolo propõe.

Náusea é o termo que descreve os eventos musculares de vômitos sem expulsão do conteúdo gástrico. Refere-se a uma sensação subjetiva da necessidade de vomitar. O paciente com náusea pode ou não apresentar vômito.

Vômitos ou êmese é uma séria complicação pós-anestésica e se dá pela contração do diafragma e músculos abdominais e relaxamento do esfíncter esofágico expulsando o conteúdo gástrico. Caso o paciente não tenha recuperado seus reflexos de proteção de vias aéreas, ele pode aspirar o conteúdo gástrico, uma complicação grave que leva a um quadro de pneumonia aspirativa, com alto índice de mortalidade. A recuperação é longa e dispendiosa, pois é feita, em parte, nas Unidades de Tratamento Intensivo.

A ASA ressalta que, no pós-operatório, a avaliação de rotina e o monitoramento de náuseas e vômitos detectam complicações e reduzem os resultados adversos.

Fundamentação científica:

ASA Task Force on Postanesthetic Care: Practice guidelines for postanesthetic care. *Anesthesiology*, 2002;96:742-752.

Bogossian L. Manual de pré e pós-operatório. 2.ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica; 1995.

Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. 10.ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

Lages N, et al. Náuseas e vômitos no pós-operatório: uma revisão do “pequeno-grande” problema. *Rev. Bras. Anesthesiol*, set-out 2005; vol. 55, n.5, p. 575-85.

Omoigui S. Manual de drogas usadas em anestesia, 2.ed., São Paulo: Santos, 2001.

Perlas A, Davis L, Khan M, Mitsakakis N, Chan VW. Gastric sonography in the fasted surgical patient: a prospective descriptive study. *AnesthAnalg*. 2011;113(1):93-7.

Fontes de Informação: Deve-se avaliar a presença de náuseas ou vômitos questionando-se o paciente. Caso haja vômitos ou resposta positiva quanto à presença de náuseas, deve-se interromper a avaliação.

Procedimentos Operacionais: Solicitar que o paciente degluta. Verificar se ele consegue obedecer ao comando. Observar a elevação da laringe durante a deglutição.

Critérios para qualificação da avaliação: A presença de náuseas e/ou vômitos contraindica a administração de gelo para o alívio da sede. Náusea: Não apresenta queixas de náuseas; Apresenta queixas de náuseas. Vômito: Não apresenta vômitos; Apresenta vômitos.

Periodicidade da avaliação: Avaliar a presença de náuseas e vômitos faz parte da terceira e última etapa de avaliação da segurança para a administração dos métodos de alívio da sede. Caso o paciente apresente vômitos ou queixa de náuseas, deve-se interromper o protocolo, voltando a realizá-lo em 15 minutos, partindo do seu início.

5.2 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO PROTOCOLO DE SEGURANÇA PARA O MANEJO DA SEDE NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Validation of a safety protocol for thirst management in the Immediate Postoperative Period

Validación de un Protocolo de Seguridad del Manejo de la Sed en el Posoperatorio Inmediato

RESUMO

OBJETIVO: Validar o Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede no Pós-Operatório Imediato. **MÉTODO:** Pesquisa metodológica e aplicada, quantitativa, desenvolvida no biênio 2012/2013. Da validação do conteúdo participaram 18 juízes utilizando a técnica Delphi. O julgamento pelos juízes requereu experiência em recuperação anestésica, leitura extensiva do material produzido e capacidade para fazer correlações com o cuidado ao paciente com sede. A pesquisa recebeu parecer favorável do Comitê de Ética. **RESULTADOS:** Em duas rodadas de validação, todos os critérios de segurança elencados no protocolo e seu respectivo Manual Operacional atingiram altos níveis de concordância entre os nove especialistas consultados. Os critérios Nível de Consciência e Ausência de Náuseas e Vômitos apresentaram concordância total. Já os itens relacionados à Proteção de Vias Aéreas (Tosse e Deglutição) tiveram concordâncias variando de 93% a 97% (Índice de Validade de Conteúdo – 1). Os Procedimentos Operacionais apresentaram concordância de 96% a 100%. **CONCLUSÃO:** O alto índice de concordância dos juízes evidencia a fidedignidade do protocolo e sugere que sua utilização na prática clínica consistirá em importante ferramenta de avaliação da segurança para o manejo da sede.

Descritores: Sede. Protocolos clínicos. Estudos de validação. Assistência perioperatória.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Validate a safety protocol for thirst management in the immediate postoperative period. **METHOD:** methodological and applied research with a quantitative approach, conducted from 2012 to 2013. Content validity was obtained employing Delphi technique with eighteen experts. Judgment by judges required expertise in anesthetic recovery, extensive reading of the material and ability to make correlations with care to the patient with thirst. The research project was approved by the Human Subjects Committee. **RESULTS:** In two validation rounds, all safety criteria listed in the protocol and its operational manual achieved high levels of agreement amongst experts. Safety criteria level of consciousness and absence of nausea and vomiting presented total agreement. Items related to protective airway reflexes (coughing and swallowing) received 93 to 97% levels of agreement (Content Validity Index - 1). Operational Procedures presented an agreement of 96 to 100%. **CONCLUSION:** High level of agreement amongst judges indicates that the protocol was satisfactorily validated, standardizing nursing actions in the management of thirst.

Descriptors: Thirst. Clinical protocols. Validation studies. Perioperative care.

ABSTRACTO

OBJETIVO: Validar un Protocolo de Seguridad del Manejo de la Sed en el Posoperatorio Inmediato. **MÉTODO:** Investigación metodológica y aplicada, cuantitativa, desarrollada 2012/2013. Para la elaboración del protocolo y su manual operacional, fue realizada extensa búsqueda en la literatura y consulta a especialistas. El proyecto de investigación recibió parecer favorable del Comité de Ética. **RESULTADOS:** En dos rondas de validación, todos los criterios de seguridad que figuran en el protocolo y el Manual de Operaciones respectivo alcanzaron altos niveles de acuerdo entre los nueve expertos consultados. Criterios Nivel de conciencia y ausencia de náuseas y vómitos mostró de acuerdo. Ya los elementos relacionados con la protección de las vías respiratorias (tos y deglución) habrían concordancia que van del 93% al 97%. Procedimientos operativos mostraron acuerdo de 96% a 100%. **CONCLUSIÓN:** El alto nivel de acuerdo de los jueces demuestra la fiabilidad del protocolo y sugiere que su uso en la práctica clínica consistirá en importante herramienta de evaluación para el manejo de la sede de la seguridad.

Descriptores: Sed, Protocolos Clínicos, Estudios de Validación, Atención Perioperatoria.

Introdução

A sede é um desconforto real de alta incidência e intensidade no pós-operatório imediato (POI). Estudos apontam sua incidência entre 42,9% (n=91)⁽¹⁾; 43,8% (n=160)⁽²⁾ e 75% (n=128)⁽³⁾, e a intensidade do desconforto relatada pelos pacientes é de grande magnitude, sendo descrita com média de 6,1 (DP=2,18)⁽³⁾ a 6,6 (DP=2,03)⁽¹⁾.

Pesquisas sobre os desconfortos que pacientes cirúrgicos vivenciaram na Unidade de Terapia Intensiva apontam que a sede é um estressor sempre presente e de elevada intensidade, gerando sofrimento ao paciente⁽⁴⁻⁶⁾. Avaliação realizada com 171 pacientes identificou um total de 405 sintomas, dos quais a sede foi o segundo mais comum e o desconforto de maior intensidade relatada⁽⁷⁾.

A origem da sede está associada a aspectos fisiológicos, psicológicos e fatores externos. Jejum pré-operatório, alterações no balanço hídrico, drogas anestésicas, entubação orotraqueal, medo e ansiedade, além de aspectos ambientais, como temperatura e umidade do ar estão relacionados à presença da sede no POI⁽⁸⁾.

Os estudos encontrados sobre esse desconforto tão comum no POI ainda são incipientes e trazem informações sobre fisiologia⁽⁹⁾, incidência⁽¹⁻³⁾, intensidade do desconforto^(1,3) e métodos de alívio como lascas de gelo ou água gelada^(3,10,11).

Observa-se, porém, que na prática clínica, não se avalia a sede de forma sistematizada, não existem registros de sua ocorrência, nem estratégias e protocolos definidos para seu manejo. Embora inevitável, a sede é abordada como uma complicação menor no POI, subvalorizada pelos profissionais e não priorizada no tratamento. Talvez o maior mito relacionado ao alívio da sede no perioperatório deve-se à manutenção de períodos

excessivamente prolongados de jejum, tanto no pré (de 8 a 37 horas⁽³⁾; de 8 a 27 horas⁽¹²⁾) como no POI, pelo temor da ocorrência de broncoaspiração. Dessa forma, não há uma avaliação individualizada para se determinar a possibilidade de administrar medidas de manejo da sede.

O Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede (PSMS) é um produto inédito, fruto de esforço inédito para a elaboração de uma ferramenta que propicie aos profissionais uma forma de avaliar a segurança para a administração de um método de alívio da sede. Os procedimentos de elaboração seguiram os passos descritos por Pasquali (1999)⁽¹³⁾, que recomenda atividades para a construção, validação e mensuração das propriedades psicométricas de instrumentos de mensuração de fenômenos subjetivos, que são divididos em três polos: teórico, experimental e analítico. O polo teórico consiste nos procedimentos de elaboração da escala e são subdivididos em seis etapas: sistema psicológico, propriedades, dimensionalidade, definições, operacionalização e análise teórica e semântica. As três primeiras etapas dizem respeito à teoria do constructo, a quarta, contempla a teoria e também a construção do instrumento, e a quinta e sexta etapas se referem à construção do instrumento⁽¹³⁾.

Como resultado desses processos, elaborou-se o Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede, os Procedimentos Operacionais e o Manual Operacional. Os critérios de segurança selecionados foram dispostos num algoritmo gráfico (Figura 1), em que a avaliação positiva de todos os indicadores resulta na determinação da segurança para a administração do método de alívio da sede.

As linhas com tonalidade escura e em negrito representam o indicador que está sendo avaliado (no PSMS elas possuem tonalidade verde-escura). A linha com tonalidade clara representa o critério de segurança esperado para determinar a sequência de avaliação do protocolo (no PSMS, com tonalidade verde-clara). As linhas com tonalidade clara representam o critério de corte, indicando que o paciente não apresenta condição clínica segura para a administração dos métodos de alívio (no PSMS, amarelo-claro). Setas azuis partem das linhas dos critérios de segurança em direção à próxima avaliação. Ressalta-se que, durante a avaliação, a identificação de qualquer condição clínica que não seja a primeira estabelecida em cada critério de segurança sinaliza a interrupção do uso do protocolo. Deve-se iniciar nova avaliação após um período que permita mudança no estado clínico do paciente.

Os processos de elaboração e validação de escalas de mensuração são cada vez mais frequentes na área de Enfermagem e importantes para garantir que esses

instrumentos de avaliação sejam fidedignos, confiáveis e precisos⁽¹⁴⁾. O objetivo desta pesquisa foi, portanto, validar esse Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede no POI.

Método

Pesquisa metodológica e aplicada, de abordagem quantitativa, desenvolvida durante o biênio 2012/2013, de acordo com os seguintes passos:

Validação de Conteúdo

Define-se Validade de Conteúdo como a representatividade e a extensão com que cada item de medida comprova o domínio de interesse e a dimensão dentro daquilo que se propõe a medir no fenômeno investigado⁽¹⁵⁾. Para os procedimentos de validação, procedeu-se à elaboração dos instrumentos de avaliação, a formação da banca de juízes e o julgamento dos itens por meio da técnica Delphi.

Instrumento de Validação

Utilizou-se um modelo adaptado de avaliação dos itens⁽¹⁶⁾, compreendendo a avaliação dos três critérios de segurança selecionados e seus 10 itens de avaliação, dos Procedimentos Operacionais e do Manual Operacional.

No primeiro instrumento, os juízes avaliaram cada item de segurança apresentado no protocolo, assinalando sim ou não nos seguintes requisitos: comportamental, objetividade, simplicidade, clareza, pertinência, precisão, variedade e credibilidade.

Já o conjunto de itens do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede foi avaliado utilizando o segundo instrumento seguindo os critérios: atribuível, acessível, comunicável, contextualizável, efetivo/preciso, exequível e objetivo. A pontuação dos juízes podia ser de 1 a 4, onde 1 correspondia a não contempla o atributo; 2, contempla o atributo, mas precisa de mudanças significativas; 3, contempla o atributo, mas necessita de pequenas alterações, e 4, contempla totalmente o atributo.

O terceiro instrumento, por fim, media a validade do Manual Operacional nos seguintes itens: descritor, fundamentação, fonte de dados, critérios para qualificação da avaliação e periodicidade da avaliação. Para caracterizar sua avaliação, os juízes apontaram sim ou não para cada item.

Uma doutora em Enfermagem, com experiência em POI, avaliou os instrumentos num pré-teste, seguindo-se os ajustes necessários.

Seleção dos juízes e validação pela banca de juízes

Para participar da banca de juízes, convidaram-se 11 profissionais, por conveniência, levando-se em consideração graduação em Enfermagem (mestrado e doutorado) e em Medicina (especialização em anestesiologia), ambas com experiência na assistência ao paciente na Sala de Recuperação Anestésica. Além de uma enfermeira doutora, por sua expertise na elaboração e validação de instrumentos de medida. Participaram da banca de especialistas cinco enfermeiros e quatro médicos. Os procedimentos de validação com os juízes foram realizados durante o biênio 2012/2013.

Cada juiz recebeu por e-mail o instrumento de validação e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo a resposta ao instrumento considerada o aceite em participar da pesquisa. Para o consenso da avaliação, utilizou-se a técnica Delphi, método que propicia a dedução e o refinamento das informações por um grupo de especialistas. Busca-se o consenso aplicando-se questionários, nos quais cada participante coloca suas percepções sobre o tema em discussão, e também por meio da retroalimentação⁽¹⁷⁾.

Definiu-se um consenso de concordância mínima de 80%; os atributos de segurança que não atingiram o percentual mínimo foram reformulados com base na avaliação e sugestões dos especialistas e encaminhados para nova avaliação^(17,18).

Validação dos Procedimentos Operacionais

Utilizou-se, nesta etapa, o mesmo instrumento de validação do PSMS, assim como o método de avaliação pelos especialistas e os critérios de análise. Estes foram os critérios de inclusão para compor o grupo de juízes: possuir doutorado em Enfermagem e ter experiência na assistência ao paciente na Sala de Recuperação Anestésica. A banca de especialistas constituiu-se de nove participantes.

Análise dos dados

Estruturou-se um banco de dados na planilha Excel 2010®, e realizaram-se as análises estatísticas com auxílio do *software Statistical Package for Social Sciences – SPSS®* (versão 20.0), considerando-se um nível de significância para a pesquisa de 5%. Obteve-se a validação de conteúdo pelo Índice de Validade de Conteúdo (*Content Validity Index –CVI*), pelo Índice de Fidedignidade (*reliability*) e pela concordância interavaliadores (*Interrater Agreement – IRA*). Para obter o CVI, somaram-se os valores 3 ou 4 atribuídos no Instrumento 2 e dividiu-se o total pelo número de juízes que participaram dessa etapa. O CVI

é obtido por meio da soma da nota de todos os juízes que atribuíram 3 ou 4 dividido pela totalidade dos juízes. Para calcular o IRA, dividiu-se o número de itens que apresentou acima de 80% de concordância pelo total de itens⁽¹⁵⁾.

Procedimentos Éticos

Todas as etapas deste trabalho obedeceram às diretrizes da Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996, com o Parecer aprovado pelo Comitê de Ética da instituição pesquisada (CAAE: 02299412.6.0000.5231); todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

A idade dos participantes variou de 31 a 40 anos (1), 41 a 50 anos (5), mais que 50 anos (3). Dois dos juízes eram especialistas, três eram mestres e quatro eram doutores, com tempo de atuação profissional de 15 a 20 anos (1), 20 a 25 anos (2) e 25 a 30 anos (6). Sete dos juízes trabalham em instituições de grande porte, um juiz, em uma instituição de médio porte (51 a 150 leitos) e um, em uma instituição especial (acima de 500 leitos). Os profissionais residiam nas cidades de Londrina (PR), Maringá (PR), São Carlos (SP) e São Paulo (SP).

Técnica Delphi - 1ª Rodada

Para a análise de cada item do PSMS, utilizou-se o primeiro instrumento de validação, cujo resultado foi a concordância de todos os juízes em relação aos itens: consciente; sonolento; tosse; deglutição; náuseas, vômitos. Não houve alterações em relação a esse instrumento.

No segundo instrumento, todos os juízes concordaram em manter inalterado o critério de segurança Nível de Consciência. Dois juízes (22%) referiram que o critério objetividade não foi alcançado no item Proteção de Vias Aéreas. Os critérios Náuseas e Vômitos tiveram concordância total.

No terceiro instrumento, no critério Nível de Consciência, dois juízes (22%) apontaram necessidade de mudanças para alcançar aceite nos critérios de qualificação da avaliação e periodicidade da avaliação. Para o critério Proteção de Vias Aéreas, um juiz (11%) relatou a necessidade de alterar os critérios de qualificação da avaliação, e outro juiz (11%) apontou sugestões quanto à periodicidade da avaliação. Os critérios Náuseas e Vômitos

tiveram concordância total. Com base na avaliação e nas sugestões dos juízes, foram realizadas as seguintes alterações:

Protocolo

Mudança de “Consciente, alerta e calmo: Conversa, verbaliza sede, tem respostas coerentes e está orientado” para “Consciente, alerta: Conversa, verbaliza sede, tem respostas coerentes e está orientado”. Mudança de “Sonolento: Acorda após comando verbal, faz contato visual, tem resposta verbal compreensível e volta a dormir” para “Sonolento: Acorda após comando verbal, faz contato visual, tem resposta verbal compreensível e volta a dormir após o término do estímulo”.

No item Proteção de Vias Aéreas, alterou-se “Apresenta tosse efetiva espontânea ou ao comando verbal” para “Apresenta tosse ao comando verbal: Inspira e utiliza os músculos torácicos e abdominais, com expulsão de alto fluxo de ar” e “Não apresenta tosse ao comando verbal ou apresenta de forma ineficaz e superficial” para “Não apresenta tosse ao comando verbal”.

Manual Operacional

Avaliação do Nível de Consciência: Alterações nos critérios de qualificação da avaliação que são os itens do PSMS. Em relação à periodicidade da avaliação, alterou-se de “Este item será avaliado quando o paciente verbalizar sede e dentro da sequência do protocolo” para “A avaliação do Nível de Consciência é o primeiro item a ser avaliado pelo Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede no pós-operatório. Caso o paciente esteja sonolento ou com o nível de consciência mais rebaixado, interromper o protocolo, retomando a avaliação após 15 minutos”.

Proteção de Vias Aéreas: Realizadas as alterações no descritor, tornou-se mais clara a identificação de sinais fisiológicos observáveis. Com essa finalidade, acrescentou-se o texto: “A tosse desencadeia um alto fluxo expiratório, empregando energia cinética da musculatura expiratória e da retração elástica do pulmão. Dessa forma, ocorre o deslocamento de materiais líquidos e sólidos, eventualmente aspirados, e a sua condução à faringe, para posterior expectoração ou deglutição. A tosse eficaz compreende quatro fases: nervosa (receptores irritativos nas vias aéreas altas captam o estímulo e o enviam para o centro bulbar, de onde retorna para acionar a musculatura respiratória e a glote); inspiratória (ocorre a contração dos músculos inspiratórios, aumentando o volume pulmonar e a força de retração elástica do pulmão); compressiva (logo após a fase inspiratória, a glote se fecha e há

um esforço expiratório que permite aos músculos a geração de altas pressões no pulmão); explosiva (após a fase compressiva, a glote se abre num alto fluxo expiratório, provocando assim a retirada das secreções). A tosse é considerada ineficaz quando os receptores periféricos, o controle central da musculatura respiratória ou o aparelho musculoesquelético forem, de alguma maneira, afetados por anormalidades”.

Alterou-se também a periodicidade da avaliação: de “Este item será avaliado quando o paciente verbalizar sede e dentro da sequência do protocolo” para “As avaliações dos mecanismos de proteção de vias aéreas contemplam o segundo item de avaliação do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede no pós-operatório. Caso o paciente não tenha tosse e/ou deglutição espontânea, a avaliação deve ser interrompida e a avaliação deve ser retomada em 15 minutos, avaliando-se o protocolo desde o início”.

2º Rodada

Destaca-se que, apesar de todos os itens alcançarem mais que 80% de concordância pelos juízes durante a primeira rodada, optou-se pelas correções descritas anteriormente realizando uma segunda rodada de validação com os juízes. Conferiu-se, assim, maior concordância entre os juízes nos critérios de segurança do protocolo.

A segunda rodada de validação pelos juízes resultou na concordância total nos seguintes itens: acordado, sonolento, deglutição, náuseas e vômitos. Apenas um juiz (11%) apontou necessidade de mudanças no item tosse nos critérios comportamental e simplicidade.

As alterações no Manual Operacional apresentaram concordância total nos critérios Nível de Consciência, Náuseas e Vômitos. Já no item Proteção de Vias Aéreas, um juiz (11%) referiu necessidade de alterações nos seguintes critérios: Descritor, Fonte de Dados e Critérios para Qualificação da Avaliação. Observa-se, no Quadro 1, a concordância dos juízes em relação aos instrumentos de validação do PSMS durante as duas rodadas de validação. O Quadro 2, a seguir, retrata a concordância dos juízes em relação aos testes CVI e IRA.

Quadro 1 - Concordância dos juízes em relação aos atributos dos itens de avaliação que compõem os três instrumentos de validação do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede nas duas rodadas de validação - Norte do Paraná, Brasil, 2013

Itens	Rodadas de Validação (Técnica Delphi)					
	Concordância dos Juízes					
	Rodada 1 (%)			Rodada 2 (%)		
Instrumentos	1	2	3	1	2	3
Nível de Consciência (Acordado)	96	98	87	100	100	100
Nível de Consciência (Sonolento)	92			100		
Proteção de Vias Aéreas (Tosse)	96	97	93	97	100	93
Proteção de Vias Aéreas (Deglutição)	100			100		
Náuseas	100	100	98	100	100	100
Vômitos	100			100		

1 Instrumento de Validação dos Itens de Segurança; 2 Instrumento de Validação do Conjunto de Itens; 3 Instrumento de Validação do Manual Operacional

Quadro 2 - Concordância dos juízes em relação aos atributos dos itens de avaliação que compõem o Instrumento de Avaliação do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede, a partir da aplicação dos testes CVI e IRA, nas duas rodadas de validação -Norte do Paraná, Brasil, 2013

Rodadas de Validação	CVI ^A		IRA ^B		CI ^C		CVI ^D	
	1 ^a	2 ^a	1 ^a	2 ^a	1 ^a	2 ^a	1 ^a	2 ^a
Nível de Consciência	0,98	1	1	1	0,94	1	0,98	1
Consciente, alerta: conversa, verbaliza sede, tem respostas coerentes e está orientado;					0,96	1		
Sonolento: acorda após comando verbal, faz contato visual, tem resposta verbal compreensível e volta a dormir ao término do estímulo.					0,92	1		
Proteção de Vias Aéreas	0,97	1	1	1	0,99	1	0,98	1
Apresenta tosse ao comando verbal: Inspira e utiliza os músculos torácicos e abdominais com expulsão de alto fluxo de ar;					0,96	1		
Não apresenta tosse ao comando verbal.					1	1		
Apresenta deglutição voluntária ou ao comando verbal;					1	1		
Não apresenta deglutição.					1	1		
Náuseas e Vômitos	1	1	1	1	1	1		
Não apresenta queixas de náuseas;					1	1		
Apresenta queixas de náuseas.					1	1		
Não apresenta vômitos;					1	1		
Apresenta vômitos.					1	1		

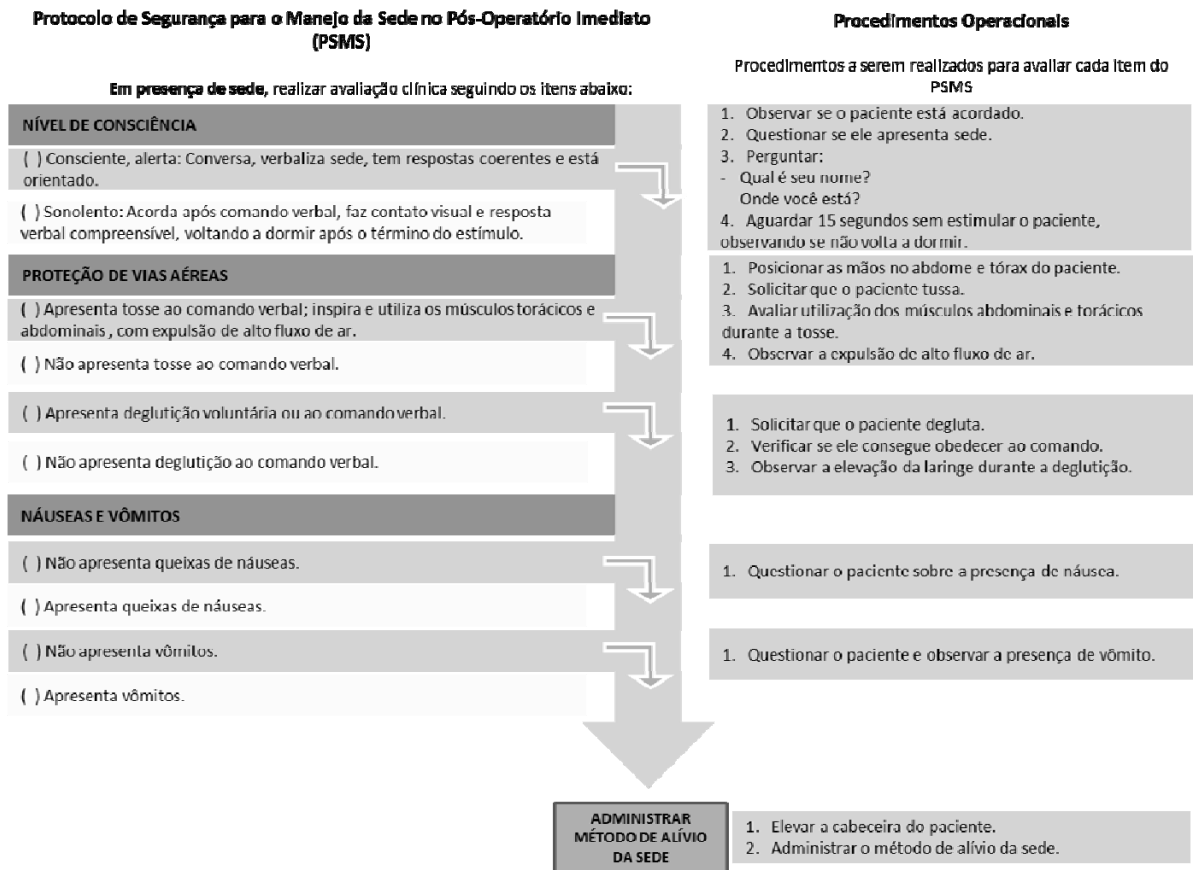
A *Content Validity Index* aplicado às dimensões; B *Interrater agreement* aplicado às dimensões; C *Content Validity Index* aplicado aos itens; D *Content Validity Index* aplicado ao instrumento.

Validação dos Procedimentos Operacionais

Da validação dos Procedimentos Operacionais participaram nove juízes: do sexo feminino, com faixa etária predominante entre 41 a 50 anos (56%), com doutorado (89%), tempo de trabalho como enfermeiro de 15 a 20 anos (44%), atuação na academia (56%), em instituições públicas (89%) e hospitais de grande porte (100%).

Os Procedimentos Operacionais desenvolvidos e validados podem ser observados na Figura 1. A avaliação do instrumento de validação proporcionou alta concordância entre os juízes (96% a 100%), em uma única rodada.

Figura 1 - Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede – Sul do Brasil, 2013



Discussão

A técnica de validação de conteúdo empregada neste estudo foi detalhada e criteriosa. O julgamento dos itens de segurança realizado pelos juízes requereu experiência em recuperação anestésica, disponibilidade de tempo para leitura extensiva do material produzido e também capacidade para fazer correlações com uma nova área de estudo: o cuidado ao paciente com sede. Tendo em vista o ineditismo do Protocolo de Segurança para o

Manejo da Sede na literatura, torna-se difícil a discussão dos dados referentes ao processo de validação diante de outros estudos. Outros processos de validação em termos inéditos corroboram o quão laborioso e desafiante é o processo de desenvolvimento de tal produto científico⁽¹⁹⁾.

A dimensão Avaliação do Nível de Consciência é constituída por dois itens: consciente e sonolento. Essa dimensão teve um alto índice no ICV (0,98), se bem que um juiz tenha sugerido mudanças em relação à qualificação da avaliação e à periodicidade, permitindo o esclarecimento desses itens no Manual Operacional. Esse critério determina a emergência do estado anestésico com liberação dos agentes anestésicos durante o POI. O nível de consciência está intimamente relacionado ao retorno dos reflexos protetores, como a tosse e deglutição⁽²⁰⁾, e portanto constitui-se no critério de maior relevância para a segurança na administração de um método de alívio da sede.

Na dimensão Proteção de Vias Aéreas, que apresentou alto índice de concordância entre os juízes, os critérios elencados foram tosse e deglutição. Esse critério verifica o retorno dos reflexos protetores de tosse e deglutição, que fazem parte de uma série de reflexos fisiológicos que impedem a aspiração broncopulmonar de secreções salivares e gástricas⁽²¹⁾.

A terceira dimensão do protocolo, Náuseas e Vômitos, apresentou concordância total, não tendo sofrido nenhuma alteração. Define-se náusea como eventos musculares de vômitos sem expulsão do conteúdo gástrico; refere-se a uma sensação subjetiva da necessidade de vomitar. Já vômitos ou êmese é a contração do diafragma e dos músculos abdominais com relaxamento do esfíncter esofágico, gerando a expulsão do conteúdo gástrico⁽²²⁾. Um instrumento que permita intencionalmente avaliar a presença ou não de náuseas ou vômitos traria um avanço no cuidado ao paciente com sede, pois a ocorrência dessas complicações com consequente aspiração pulmonar é o maior temor para a administração de métodos de alívio da sede.

O PSMS abre caminhos para novas pesquisas como: a avaliação da sede e dos critérios de segurança para seu alívio em grupos específicos de pacientes, como crianças e idosos, e a definição da melhor estratégia para o alívio da sede.

Conclusão

A elaboração e validação do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede é uma produção inédita, justificando-se pela inexistência, até o momento, de conhecimento sistematizado sobre os critérios de segurança necessários para o procedimento.

Conseqüentemente os pacientes são submetidos a períodos excessivos em jejum no POI, aumentando seu sofrimento.

O alto índice de concordância por parte dos juízes sugere que a utilização do PSMS na prática clínica poderá ser uma importante ferramenta de avaliação da segurança para o manejo da sede. Após a avaliação de sua fidedignidade, o PSMS permitirá que profissionais (técnicos, enfermeiros e anestesiológicos) que atuam na recuperação anestésica usufruam deste instrumento como um método sistematizado de avaliação inserido em seu processo de trabalho.

Referências

1. Soler RRS, Sociats IC, Pes AS, Ribas MG, Vila RD. Studio del grado de satisfacción del paciente quirúrgico crítico y sus familiares atendido en una unidad de reanimación post-quirúrgica. *Control de Calidad Asistencial*. 1993;8(2-3):35-9.
2. Figueredo E, Sánchez G, Pérez J. Thirst is the most common minor complication in the immediate postoperative period. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 1996;43(2):74.
3. Aroni P, Nascimento LA, Fonseca LF. Assessment strategies for the management of thirst in the post-anesthetic recovery room. *Acta paul. enferm.* [internet]. 2012 [acesso em 20 jun 2013];25(4):530-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/en_08.pdf
4. Gois CFL, Dantas RAS. Estressores em uma unidade pós-operatória de cirurgia torácica: avaliação da enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet]. 2004 [acesso em 15 fev 2013];12(1):22-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n1/v12n1a04.pdf>
5. Lisboa GCF, Maimoni A, Santos V, Rodriguez EOL. Stress factors for patients undergoing cardiac surgery. *Invest. educ. Enferm* [internet]. 2012 [acesso em 25 abr 2013];30(3):312-9. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v30n3/v30n3a03.pdf>
6. Lira ALBC, Araújo WM, Souza NTC, Frazão CMFQ, Medeiros ABA. Mapeamento dos cuidados de Enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev. Rene* [internet]. 2012 [acesso em 10 jan 2013];13(5):1171-81. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/241/pdf>
7. Puntillo KA, Arai S, Cohen NH, Gropper MA, Neuhaus J, Paul SM, Miaskowski C. Symptoms experienced by intensive care unit patients at high risk of dying. *Crit Care Med* [internet]. 2010 [acesso em 15 jan 2013];38(11):2155-60. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20711069>
8. Landström M, Rehn IM, Frisman GH. Perceptions of registered and enrolled nurses on thirst in mechanically ventilated adult patients in intensive care units-a phenomenographic study. *Intensive Crit Care Nurs* [internet]. 2009 [acesso em 15 dez 2012];25(3):133-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19394226>

9. Arai S, Stotts N, Puntillo K. Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation. *Am J Crit Care* [internet]. 2013 [acesso em 10 aug 2013];22(4):328-35. Disponível em:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23817822>
10. Cho EA, Kim KH, Park JY. Effects of frozen gauze with normal saline and ice on thirst and oral condition of laparoscopic cholecystectomy patients: pilot study. *Journal of Korean Academy of Nursing*. [internet]. 2010 [acesso em 10 fev 2013];40(5):714-23. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21157173>
11. Yoon SY, Min HS. **The effects of cold water gargling on thirst, oral cavity condition, and sore throat in orthopedics surgery patients**. *Korean J Rehabil Nurs*. [internet]. 2011 [acesso em 10 fev 2013];14(2):136-44. Disponível em:<http://www.komci.org/GSResult.php?RID=0116KJRN%2F2011.14.2.136&DT=6>
12. Aguilar-Nascimento JE. Como otimizar o preparo pré-operatório com terapia nutricional. *Boletim SBNPE* [internet]. 2010 [acesso em 12 jun 2013];12(32):2-5. Disponível em: http://www.sbnperj.com.br/Arquivos/boletim_32.pdf
13. Pasquali L. Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília: LABPAM/IBAPP; 1999. Testes referentes a constructo: teoria e modelo de construção; p. 37-72.
14. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
15. Rubio DM, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee ES, Rauch S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research* [internet]. 2003 [acesso em 10 dez 2012];27(2):94-111. Disponível em:<http://jaleh.persianggih.com/image/article.pdf>
16. Vituri DW. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação da qualidade do cuidado de Enfermagem. [dissertação]. Maringá (PR): Universidade Estadual de Maringá; 2007. 238 p.
17. Scarparo AF, Laus AM, Azevedo ALCS, Freitas MRI, Gabriel CS, Chaves LDP. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na Enfermagem. *Rev Rene* [internet]. 2012 [acesso em 21 fev 2013];13(1):242-51. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/36/31>
18. Fernández-Sola C, Granero-Molina J, Mollinedo-Mallea J, Gonzales MHP, Aguilera-Manrique G, Ponce ML. Development and validation of an instrument for initial nursing assessment. *Rev. esc. enferm. USP* [internet]. 2012 [acesso em 30 jan 2013];46(6):1415-22. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/en_19.pdf
19. Joventino ES, Oriá MOB, Sawada NO, Ximenes LB. Validación aparente y de contenido de la escala de autoeficacia materna para prevención de diarrea infantil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet]. 2013 [acesso em 20 set 2013];21(1). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/es_v21n1a12.pdf
20. Leder SB, Suiter DM, Lisitano Warner H. Answering orientation questions and following single-step verbal commands: effect on aspiration status. *Dysphagia* [internet]. 2009

[acesso em 10 fev 2013];24(3):290-5. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19263106>

21. Machado MGR. Bases da Fisioterapia Respiratória – Terapia Intensiva e Reabilitação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
22. Lages N, Fonseca C, Neves A, Landeiro N, Abelha FJ. Náuseas e vômitos no pós-operatório: uma revisão do “pequeno-grande” problema. Rev. Bras. Anesthesiol [internet]. 2005 [acesso em 25 jan 2013];55(5):575-85. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rba/v55n5/v55n5a13.pdf>

5.3 FIDEDIGNIDADE INTERAVALIADORES DO PROTOCOLO DE SEGURANÇA PARA O MANEJO DA SEDE NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Interrater reliability testing of the Safety Protocol for Thirst Management

Leonel Alves do Nascimento
Lígia Fahl Fonseca
Claudia Benedita dos Santos

RESUMO

Objetivo: Testar a fidedignidade do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede no pós-operatório imediato.

Método: Pesquisa quantitativa, metodológica e aplicada realizada no Brasil num hospital de ensino. O protocolo desenvolvido e validado em seu conteúdo (Índice de Validade de Conteúdo¹ – Concordância de 93% a 100%) instituiu como critérios de segurança a avaliação do nível de consciência, presença de tosse e deglutição e ausência de náuseas e vômitos. Uma dupla de enfermeiros e outra de técnicos de enfermagem testaram a fidedignidade do protocolo em 118 pacientes após parecer favorável do Comitê de Ética institucional.

Resultados: A dupla de enfermeiros aplicou o protocolo 118 vezes em 78 pacientes. A concordância foi quase perfeita, atingindo Kappa de 0,968. Os técnicos de enfermagem aplicaram-no 48 vezes em 40 pacientes, com concordância moderada (0,791) no critério Nível de Consciência e quase perfeita nos demais critérios, com Kappa de 0,867.

Conclusão: O Protocolo apresentou altos níveis de concordância, com valores Kappa quase perfeitos.

Descritores: Sede. Enfermagem perioperatória. Protocolos clínicos. Reprodutibilidade dos testes. Fidedignidade.

Introdução

As complicações que ocorrem com o paciente durante o Pós-Operatório Imediato (POI) têm sido largamente pesquisadas, entre elas a hipotermia, dor, náuseas, vômitos, hipóxia, hipotensão, taquicardia, tremores, hipertensão, depressão respiratória e delírios.¹⁻³

A sede é uma das sensações mais prementes e intensas no período perioperatório. Embora de elevada incidência, as estratégias para o cuidado ainda são incipientes. A sede é insuficientemente valorizada, avaliada e tratada pela equipe que cuida diretamente dos pacientes no POI.⁴⁻⁶ Pedidos e súplicas por água ainda não são valorizados pela equipe como parte do cuidado perioperatório, sobretudo em razão de uma conduta extremamente conservadora ditada pelo temor de broncoaspirações, sem uma adequada

avaliação do risco real envolvido. Some-se a isso a escassez de pesquisas que retratam esta temática e a inexistência de protocolos que orientem a conduta clínica nesta situação.

Apesar da existência deste problema e das repercussões para o paciente, paradoxalmente as entidades especializadas em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e anestesiologia não possuem protocolos/*guidelines* em relação ao manejo da sede no perioperatório.

Objetivo

Este estudo tem como objetivo testar a fidedignidade interavaliadores do PSMS na utilização clínica com pacientes que apresentam sede no POI.

Plano de Fundo

Sede no Perioperatório

A sede acomete grande parcela dos pacientes cirúrgicos e é um desconforto real, extremamente desagradável, presente tanto no pré quanto no pós-operatório. A incidência varia de 42,9% (n=91)⁷ a 75% (n=128)⁵, com média de intensidade do desconforto de 6,1 (DP=2,18)⁵; 6,6 (DP=2,03)⁷ e 8,17 (DP=1,47)⁸.

Estudos realizados com pacientes cirúrgicos em unidades de cuidados intensivos retratam que a sede traz sofrimento ao paciente, como se pode observar no relato: “muito difícil [...] a gente quase morre de sede [...], você vê a pessoa lavando o chão, escuta aquele barulho de água, dá vontade de pular lá [...]”.⁹

Também se encontrou alta incidência e magnitude da sede num estudo com 171 pacientes na UTI. De uma lista com 10 sintomas de desconforto, a sede foi o segundo mais frequentemente apontado por 70,8% dos pacientes; na avaliação da intensidade do desconforto, foi a mais referida, com média de 2,16, sendo que, no mesmo estudo, fome e falta de ar tiveram a intensidade relatada de 1,89 cada.¹⁰

O grande desafio no POI é encontrar maneiras seguras de aliviar a sede já instalada usando estratégias que consigam, com pequeno volume de líquido, reduzir ou mitigar a sede sem colocar em risco a segurança do paciente, uma vez que ele está se recuperando do procedimento anestésico-cirúrgico sob o risco aumentado de broncoaspiração. Receia-se que a administração de um método de alívio da sede cause complicações ao

paciente, sobretudo a ocorrência de náuseas, vômitos e consequente aspiração broncopulmonar.

Há indícios de que a administração de líquidos frios ou gelo possuem melhor desempenho pela ativação de receptores presentes na orofaringe sensíveis a temperatura^{5,8,11,12}, como observado em imagens fornecidas por *positron emission tomography* (PET)¹³ e por *functional magnetic resonance imaging* (fMRI)¹⁴.

Na prática clínica observamos que a equipe não avalia a sede de forma intencional e desconhece suas estratégias de manejo. Adota-se então, particularmente durante o POI, uma postura conservadora, observando-se estritamente o jejum e ignorando-se os apelos dos pacientes por água. Quando realiza alguma intervenção, é de forma empírica e não padronizada.

Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede

Visando preencher essa lacuna na conduta com o paciente com sede no POI, elaborou-se o PSMS com o intuito de estabelecer critérios que possibilitam avaliar se é seguro administrar métodos de alívio da sede. Os critérios elencados foram: nível de consciência, proteção de vias aéreas (tosse e deglutição) e ausência de náuseas e vômitos.

Define-se o nível de consciência pela capacidade do indivíduo em reconhecer a si mesmo e aos estímulos do ambiente e responder corretamente a esses estímulos¹⁵, podendo ser preditivo para o risco de aspiração broncopulmonar.¹⁶

Durante a recuperação anestésica, o nível de consciência é significativamente afetado por anestésicos e barbitúricos. A *American Society of Anesthesiologists* (ASA) recomenda avaliação periódica do estado mental do paciente para detecção e rápida solução de possíveis complicações.¹⁷

O critério Proteção de Vias Aéreas trata de um conjunto de mecanismos fisiológicos que trabalham concomitantemente com a finalidade de evitar a aspiração laringotraqueal. Dentre esses mecanismos destaca-se a capacidade de tossir e deglutir. A tosse relaciona-se com a eliminação das secreções pelo aumento da pressão pleural positiva, produzindo alta velocidade do fluxo nas vias aéreas.^{18,19} Na Sala de Recuperação Anestésica (SRA), a combinação de decúbito dorsal com ação residual de anestésicos e relaxantes musculares afeta negativamente a contração muscular, interferindo na capacidade de proteção das vias aéreas.

A deglutição é o deslocamento do bolo alimentar desde a boca até o estômago. Diferentes estímulos iniciam o processo de deglutição, e os estímulos frios

apresentaram melhores respostas do que aqueles próximos à temperatura corporal.^{18,20} O retorno do reflexo da deglutição é um dos indicadores da superficialização do plano anestésico.

Náuseas e vômitos no pós-operatório (NVPO) são complicações no POI cuja incidência permanece em cerca de 20% a 30%. O risco para NVPO pode estar relacionado a três fatores: o cliente, as técnicas anestésicas e o procedimento cirúrgico.²¹

A náusea, sensação subjetiva da necessidade de vomitar, caracteriza-se por eventos musculares de vômitos sem expulsão do conteúdo gástrico. Já vômito ou êmese é a contração do diafragma e músculos abdominais e relaxamento do esfíncter esofágico expulsando o conteúdo gástrico.^{18,21}

O risco de uma pneumonia aspirativa é maior caso o paciente não tenha recuperado seus reflexos de proteção de vias aéreas. Preconiza-se o jejum pré-operatório com o ensejo de prevenir tal complicação, embora na prática seja desnecessariamente prolongado.^{22,23}

Importância para a Enfermagem

O cliente cirúrgico não busca apenas o resultado favorável de sua cirurgia: ele espera segurança em todos os processos que dizem respeito à sua saúde. Partindo dessa premissa, o cuidado deve seguir protocolos construídos de acordo com evidências científicas. No POI, a definição de critérios de segurança e um protocolo para avaliar a condição clínica do paciente trazem subsídios ao profissional para a tomada de decisão em relação à administração de algum método de alívio da sede.

O PSMS preenche uma importante lacuna no estado da arte do estudo da sede perioperatória. É uma ferramenta que consolida uma avaliação intencional, sistemática e criteriosa de cinco relevantes aspectos da condição clínica do paciente, os quais podem indicar a segurança na administração de métodos de alívio da sede durante sua recuperação anestésica.

Em uma fase anterior, realizamos os procedimentos de validação semântica e de conteúdo, ambas com altos níveis de concordância entre os juízes. Neste estudo, realizamos a análise da fidedignidade interavaliadores, visando medir se o protocolo pode ser replicado e generalizado em outras realidades.

Referencial Teórico

O referencial teórico do nosso estudo é a Teoria de Manejo de Sintomas, um modelo teórico que representa o processo multidimensional do manejo de sintomas, inicialmente desenvolvido, em 1994, por pesquisadores membros do *Symptom Management Faculty Group* da *University of California at San Francisco School of Nursing* (UCFS School of Nursing Symptom Management Faculty Group, 1994).²⁴

Os integrantes do referido grupo representam diversos programas de pesquisa de agravos em adultos e crianças, como diabetes mellitus, doenças cardíacas e pulmonares, oncologia e dor. Essas experiências resultaram na construção de um modelo dedutivo, focado em três componentes interativos do manejo de sintomas: Experiência do Sintoma, Estratégias do Manejo de Sintomas e Resultados, tornando-se premissa do manejo efetivo de um sintoma.²⁴

A experiência do sintoma inclui a experiência individual, a avaliação de seu significado e sua repercussão para o indivíduo. As estratégias de manejo de sintomas descrevem as diferentes manobras e intervenções para seu controle. Os resultados relacionam-se aos aspectos diretos e indiretos da aplicação das estratégias no controle do sintoma.²⁵ A presente pesquisa visa ampliar o conhecimento sobre a sede dentro da dimensão Estratégia de Manejo de Sintomas explicitada pela Teoria de Manejo de Sintomas.

Desenho do estudo

Pesquisa quantitativa, metodológica e aplicada, realizada na SRA de um hospital público de ensino, de nível terciário, localizado no Sul do Brasil. A instituição possui 313 leitos, um centro cirúrgico com sete salas operatórias e uma sala de recuperação com sete leitos. O período de coleta com os enfermeiros foi de dezembro de 2012 a janeiro de 2013. Os técnicos de enfermagem realizaram suas avaliações durante os meses de maio a junho de 2013.

A fidedignidade e a concordância são medidas importantes no processo de desenvolvimento de instrumentos de mensuração. Relacionam-se com a qualidade do instrumento e com a capacidade de se obter o mesmo resultado após sucessivas avaliações. Também podem ser obtidas entre avaliadores, fornecendo informações sobre a quantidade de erro inerente à medida.^{26,27}

A equivalência interavaliadores é um método para estimar a fidedignidade mediante a aplicação do mesmo instrumento por observadores diferentes, de forma independente, simultânea e de igual treinamento, medindo os mesmos fenômenos. Indica-se

esse tipo de mensuração da fidedignidade principalmente para instrumentos clínicos, em que existem provas consideráveis de variância do examinador. Quando dois ou mais observadores pontuam o fenômeno de forma congruente, os escores têm probabilidade de ser exatos e confiáveis.^{26,28, 29}

O índice Kappa mede a diferença entre o acordo observado e o acordo previsto.²⁶ Os valores do índice Kappa variam de -1 a +1, onde, quanto mais próximo de +1, maior a concordância entre os avaliadores e menor a variação do instrumento entre eles. A interpretação da força de concordância dos valores de Kappa é: 0 a 0,2 (concordância pobre); 0,21 a 0,4 (desprezível); 0,41 a 0,6 (discreta); 0,61 a 0,8 (moderada) e 0,81 a 1 (quase perfeita).³⁰

Para avaliar o grau de concordância entre os avaliadores, formamos duas duplas de profissionais (enfermeiros e técnicos de enfermagem) com experiência no cuidado com o paciente durante a recuperação pós-anestésica. As duplas foram escolhidas por conveniência, de acordo com a disponibilidade em participar da pesquisa e do treinamento sobre o PSMS e da coleta dos dados determinada por tempo.

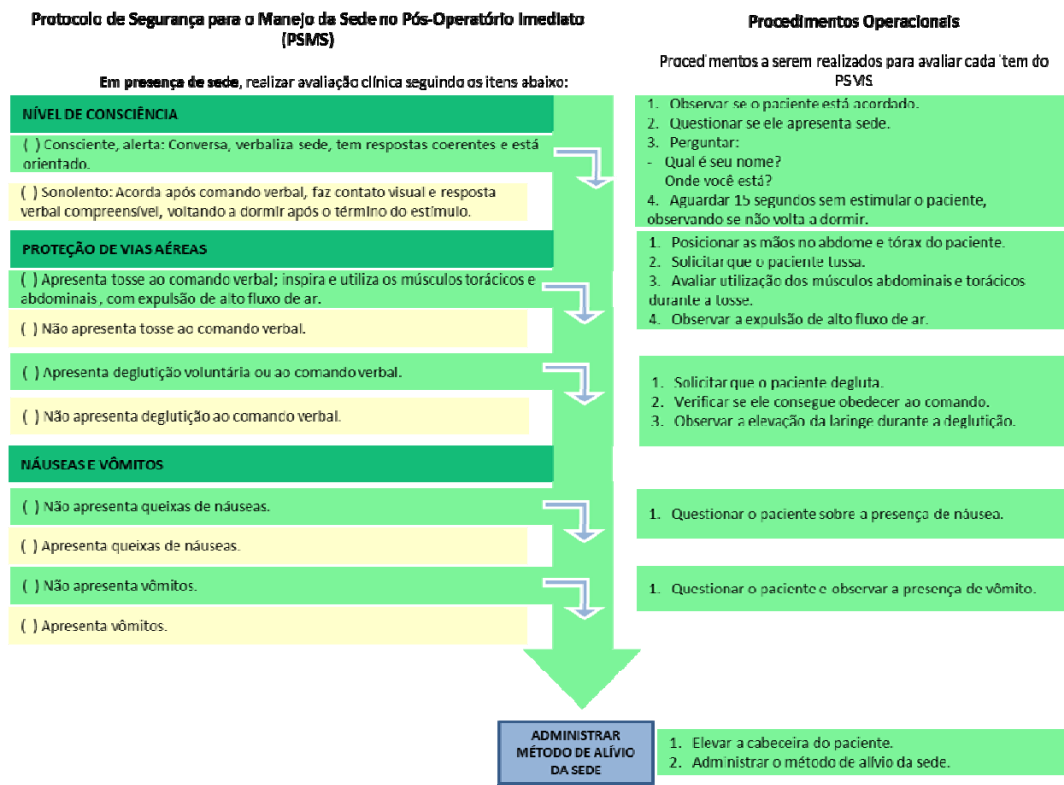
Como critérios de inclusão para a escolha dos pacientes definimos: estar em recuperação anestésica, qualquer técnica anestésica e procedimento cirúrgico, manifestar sede, idade acima de 12 anos e aceitar participar da pesquisa. Para a análise dos dados utilizamos o programa SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0.

Descrição dos Instrumentos

Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede

O PSMS (Figura 1) foi resultado de uma extensa revisão da literatura da saúde e elaborado com a *expertise* de diversos profissionais. Os critérios de segurança elencados no PSMS incluem: avaliação do nível de consciência, retorno dos reflexos de proteção das vias aéreas (tosse e deglutição) e ausência de náuseas e vômitos.

Figura 1 - Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede no Pós-Operatório Imediato



Utilizando-se o formato de um algoritmo gráfico, os critérios de segurança são avaliados de forma sequencial, seguidos de instruções detalhadas de como realizá-las (Procedimentos Operacionais). Cada critério atua como pré-requisito para a avaliação do seguinte e, caso o paciente não apresente o critério de segurança estabelecido, a avaliação é interrompida e reiniciada após uma periodicidade em que ocorra a mudança no estado clínico do paciente.

O Manual Operacional traz referenciais teóricos que fundamentam suas premissas e estabelece as operações que devem ser realizadas para coletar as informações exigidas. Para cada critério de segurança indica-se descritor, fundamentação científica, fontes de avaliação, procedimentos operacionais, critérios para a qualificação e periodicidade da avaliação.

O PSMS foi validado em sua aparência e também em relação a seu conteúdo. Utilizando a Técnica Delphi em duas rodadas, a validação de conteúdo apresentou um *content validity index (CVI)* de 1, com altos índices de concordância (93%-100%) entre os nove *experts* que julgaram o instrumento.

Description of procedures for protection of participants' rights

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais de ética em pesquisa com seres humanos e recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CAAE: 02299412.6.0000.5231). Convidamos e informamos os participantes em relação aos objetivos da pesquisa e procedimentos de participação e, após o aceite, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Descrição dos Procedimentos de Coleta

A dupla de enfermeiros aplicou de forma independente e simultânea o PSMS em 78 pacientes durante a recuperação anestésica, sem comunicação entre os avaliadores. Nos casos em que os pacientes não atenderam os critérios de segurança propostos pelo PSMS, as avaliações continuaram em uma periodicidade de 15 minutos, até que eles satisfizessem os critérios de segurança ou recebessem alta da SRA. Semelhantemente a dupla de técnicos de enfermagem aplicou o protocolo em 40 pacientes, num total de 48 avaliações. Em comum acordo com o serviço de anestesia da instituição, definiu-se que o paciente, caso alcançasse todos os critérios de segurança estabelecidos no PSMS, receberia uma pequena dose (3ml) de gelo.

Resultados

Participaram da pesquisa 118 pacientes, que apresentaram sede durante a recuperação anestésica. Predominou o sexo feminino, com 58,5% (n=69), com média de idade de 36,4 anos (DP=17,34), variando de 12 a 83 anos. A classificação ASA 1 foi a mais incidente (51,7%, n=61), seguida da ASA 2 (40,7%, n=48).

A clínica cirúrgica ginecologia e obstetrícia foram predominantes (36,4%, n=43), seguidas da ortopedia (15,3%, n=18). O sangramento intraoperatório foi classificado como pequeno (79,7%, n=94), moderado (17,8%, n=21) e intenso (2,5%, n=3). Mediu-se a intensidade do desconforto por meio de uma escala numérica de 1 a 10, sendo a intensidade média de sede 6,16 (DP=2,48).

A técnica anestésica de bloqueio raquimedular foi a mais utilizada, com 47,5% (n=56) dos casos, seguida pela anestesia geral balanceada, com 28% (n=33).

Fidedignidade com Enfermeiros

O PSMS foi aplicado 118 vezes em 78 pacientes. Predominou a aplicação única (76,9%, n=60), duas vezes (5,1%, n=4), três (10,3%, n=8) e quatro vezes (7,7%, n=6), para os pacientes que não atingiram os critérios de segurança.

A Tabela 1 demonstra a concordância entre os critérios de segurança, assim como o percentual e o índice Kappa. A Tabela 2 apresenta o percentual de concordância entre os avaliadores enfermeiros em relação às dimensões do PSMS. O Kappa geral calculado na etapa de fidedignidade com enfermeiros foi de 0,968.

Tabela 1 - Concordância entre os avaliadores enfermeiros e técnicos de Enfermagem na aplicação do PSMS em uma sala de recuperação anestésica de um hospital-escola de grande porte, Brasil 2013.

Dimensões do PSMS	Concordância (%)	Kappa	IC 95%
Enfermeiros (n=118)			
Nível de Consciência	99,2	0,98	0,79-1
Proteção de Vias Aéreas (Tosse)	99,2	0,85	0,67-1
Proteção de Vias Aéreas (Deglutição)	100	*	*
Náuseas	100	1,00	0,82-1
Vômitos	100	1,00	0,82-1
Técnicos de Enfermagem (n=48)			
Nível de Consciência	95	0,791	0,51-1
Proteção de Vias Aéreas (Tosse)	100	1	0,72-1
Proteção de Vias Aéreas (Deglutição)	100	1	0,72-1
Náuseas	97,5	0,878	0,60-1
Vômitos	100	1	0,72-1

* Concordância total sobre a presença de deglutição espontânea. P-valor 0,000

Tabela 2 - Concordância e discordância entre os avaliadores enfermeiros e técnicos em relação às dimensões do PSMS, em números absolutos - Brasil, 2013

Dimensões do PSMS	Nível de Consciência	Proteção de Vias Aéreas (Tosse)	Proteção de Vias Aéreas (Deglutição)	Náuseas	Vômitos
Enfermeiros					
Passou	83	114	118	109	117
Reprovado	34	3	0	9	1
Discordância	1	1	0	0	0
Total	118	118	118	118	118
Técnicos de Enfermagem					
Passou	33	47	47	43	47
Reprovado	11	1	1	4	1
Discordância	4	0	0	1	0
Total	48	48	48	48	48

Fidedignidade com Técnicos de Enfermagem

Avaliamos 40 pacientes em 48 aplicações do PSMS. Predominou a aplicação única (87,5%, n=35), seguida de duas vezes (5%, n=2) e três vezes (7,5%, n=3). O percentual de concordância e o índice Kappa, assim como a concordância na aprovação e reprovação nos critérios de segurança, são apresentados nas Tabelas 1 e 2, respectivamente. O Kappa geral calculado na etapa de fidedignidade com técnicos de enfermagem foi de 0,867.

Discussão

Encontramos certa dificuldade em discutir os dados referentes ao processo de fidedignidade no cotejo com outros estudos sobre tema semelhante, tendo em vista o ineditismo do PSMS na literatura.

Os resultados permitiram a análise da fidedignidade interavaliadores do PSMS para enfermeiros e técnicos de enfermagem. Isso atendeu plenamente ao intuito operacional com que foi elaborado para ser utilizado tanto por enfermeiros como por auxiliares e técnicos de enfermagem, pois em muitos hospitais brasileiros não existe um enfermeiro que atue de forma integral na SRA.³¹

Observa-se que a intensidade média do desconforto da sede foi de 6,16 (DP=2,48), muito semelhante a outros estudos: 6,1 (DP=2,18)⁵, 6,6 (DP=2,03)⁷ e 8,17 (DP=1,47)⁸. Esses achados reforçam a magnitude do sintoma sede no POI e a relevância de sua investigação.

Não obstante a robustez da realidade dos dados, os profissionais de saúde tendem a minimizar a relevância deste sintoma. Em uma lista de 42 desconfortos, a equipe de enfermagem reconhece parcialmente o desconforto causado pela sede, sendo indicado pelos enfermeiros como o quinto desconforto mais estressante na UTI; para técnicos de enfermagem, ocupa o nono lugar.⁴ É comum o pensamento de que a infusão de volume intravascular reduz ou evita a sede, ou então que pacientes submetidos a sedação não sofrem com a sede. Esses conceitos propiciam a subvalorização da sede como desconforto, repercutindo negativamente nas ações de cuidado ao paciente.³²

Com os enfermeiros, o Kappa alcançou índices considerados quase perfeitos em todos os critérios de segurança do PSMS. Com os técnicos de enfermagem, apenas o critério de segurança Nível de Consciência alcançou concordância moderada; os demais tiveram concordância quase perfeita.³⁰

Entre os avaliadores, Nível de Consciência foi o critério de segurança que apresentou discordância. Durante o período de recuperação anestésica, o nível de consciência

sofre variações à medida que ocorre a superficialização da anestesia e a eliminação dos agentes anestésicos. Não são raras as situações em que o paciente interage e é responsivo, mas volta a dormir quando não estimulado. O protocolo diferencia claramente os níveis acordado e sonolento, requerendo que o avaliador aguarde 15 segundos para determinar a diferença entre os dois níveis. Pode-se ter encontrado essa dificuldade no decorrer das avaliações. Além disso, as luzes posicionadas no teto da SRA levam os pacientes a manter os olhos fechados, o que pode ser interpretado erroneamente pelos avaliadores como sonolência.

Entretanto, optou-se pela rigurosidade na avaliação do nível de consciência, considerando que esse critério é o maior responsável pela segurança para a administração de método de alívio da sede.

Os dados da Tabela 2 mostram alta frequência de pacientes que atingiram os critérios de segurança estabelecidos pelo PSMS. Já que eles manifestam sede, é possível constatar, pela própria aplicação sequencial do PSMS, que apresentam condições de segurança para que lhes seja administrado algum método de alívio; mesmo assim não o recebem. Sobre a aplicação do PSMS, observou-se também entre os avaliadores o alto número de concordâncias, tanto na aprovação como na reprovação.

As duplas relataram que a aplicação do PSMS é fácil e rápida – cada avaliação em média, aproximadamente, dois minutos.

Limitações do Estudo

A dificuldade em viabilizar a participação dos técnicos de enfermagem em tempo integral prolongou o período de coleta de dados justamente na medida da fidedignidade, pois os técnicos se dividiam entre as atividades referentes ao seu horário de trabalho e a aplicação do PSMS. Erros de mensuração podem ser observados em pesquisas quantitativas; neste caso, observa-se que alguns fatores pessoais transitórios (ter que abandonar uma tarefa para realizar a avaliação) podem ter influenciado a avaliação nessa etapa.²⁸ Tal dificuldade resultou em uma amostra menor de avaliações com a dupla de técnicos de enfermagem.

Os resultados não podem ser generalizados para a utilização do PSMS com pacientes portadores de necessidades especiais, como deficiência auditiva, e entre crianças.

Recomendações para prática clínica

A inexistência de um instrumento que avalie as condições de segurança para a administração de um método de alívio da sede no paciente cirúrgico propicia o prolongamento deste desconforto a pacientes que possivelmente poderiam recebê-lo.

O PSMS representa um avanço para a prática da enfermagem, possibilitando que a equipe tenha subsídios para avaliar o paciente, visando um cuidado seguro. Para a implantação do PSMS, recomendamos o treinamento de toda a equipe de enfermagem e da anestesiologia, observando os parâmetros estabelecidos no protocolo e no seu Manual Operacional.

Recomendações para educação

Por se tratar de um algoritmo gráfico de fácil compreensão, o PSMS pode ser ensinado em cursos de graduação e educação permanente, o que permitirá maior sensibilização dos alunos sobre o tema, ampliando sua repercussão e discussão. Treinamentos de curta duração podem ser decisivos na reversão de uma atitude ainda de desvalorização e subtratamento diante do paciente cirúrgico com sede durante a recuperação anestésica.

Recomendações para futuras pesquisas

São ainda necessários estudos de acurácia, sensibilidade e especificidade para então se completarem as medidas psicométricas do protocolo de avaliação para que o PSMS seja utilizado na prática clínica. Devem também ser conduzidos estudos que avaliem a utilização do PSMS com grupos diferentes de pacientes, como crianças, idosos, obesos, gestantes, entre outros. Além disso, é importante investigar a adequação da periodicidade do uso do PSMS, permitindo sua implantação no processo de trabalho em serviços de recuperação anestésica.

Conclusão

Com base nos resultados obtidos, conclui-se que o PSMS apresentou altos níveis de concordância, com valores Kappa quase perfeitos.

O PSMS permite a avaliação sistemática de critérios de segurança na administração de métodos de alívio da sede no POI, e os elevados índices de concordância apontam que o instrumento possui equivalência interavaliadores, podendo, a partir daqui, ser avaliado na prática clínica.

O manejo da sede deve ser uma das preocupações do enfermeiro que atua na SRA, pois a sede é um desconforto intenso e de alta incidência durante o POI. O PSMS tem a finalidade de padronizar e sistematizar as ações de enfermagem no controle e alívio da sede, minimizando temores de complicações como náuseas, vômitos e consequente pneumonia aspirativa que, até então, eram empecilhos para o manejo da sede.

Referencias

1. Capello RG, Alves ALS, Júnior AC, Carvalho R. Nursing interventions during anesthetic recovery: control of pain, nausea, hypothermia and other postoperative complications. Rev Dor. http://dor.org.br/revistador/Dor/2009/volume_10/n%C3%BAmero_2/pdf/Volume_10_n_2_pags_113-119.pdf. Accessed January 14, 2013.
2. Popov DC, Peniche ACG. Nurse interventions and the complications in the post-anesthesia recovery room. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(4):953-61.
3. Mattia AL, Maia LF, Silva SS, Oliveira TC. Diagnósticos de enfermagem nas complicações em sala de recuperação anestésica. Enfermería Global. 2010;18:1-11.
4. Gois CFL, Dantas RAS. Estressores em uma unidade pós-operatória de cirurgia torácica: avaliação da enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2004;12(1):22-7.
5. Aroni P, Nascimento LA, Fonseca LF. Assessment strategies for the management of thirst in the post-anesthetic recovery room. Acta paul enferm. 2012;25(4):530-6.
6. Arai S, Stotts N, Puntillo KA. Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation. Am J Crit Care. 2013;22(4):328-35.
7. Soler RRS, Sociats IC, Pes AS, Ribas MG, Vila RD. Estudio del grado de satisfacción del paciente quirúrgico crítico y sus familiares atendido en una unidad de reanimación post-quirúrgica. Control de Calidad Asistencial. 1993;8(2-3):35-9.
8. Cho EA, Kim KH, Park JY. Effects of frozen gauze with normal saline and ice on thirst and oral condition of laparoscopic cholecystectomy patients: pilot study. Journal of Korean Academy of Nursing. 2010;40(5):714-23.
9. Gois CFL, Aguillar OM, Santos V, Lapa-Rodriguez EO. Stress factors for patients undergoing cardiac surgery. Invest Educ Enferm. 2012;30(3):312-19.
10. Puntillo KA, Arai S, Cohen NH, et al. Symptoms experienced by intensive care unit patients at high risk of dying. Crit Care Med. 2010;38(11):2155-60.
11. Hur YS, et al. The comparison of moisturizing effect of cold water gargling, wet gauze application and humidification in reducing thirst and mouth dryness after nasal surgery. Clinical Nursing Research. 2009;15:43-53.

12. Yoon SY, Min HS. The Effects of Cold Water Gargling on Thirst, Oral Cavity Condition, and Sore Throat in Orthopedics Surgery Patients. *Korean J Rehabil Nurs.* 2011;14(2):136-44.
13. Denton D, Shade R, Zamarippa F, et al. Neuroimaging of genesis and satiation of thirst and an interoceptor-driven theory of origins of primary consciousness. *Proc Natl Acad Sci.* 1999;96(9):5304-9.
14. De Araújo IE, Kringelbach ML, Rolls ET, McGlone F. Human cortical responses to water in the mouth, and the effects of thirst. *J Neurophysiol.* 2003;90(3):1865-76.
15. Berger JR. Clinical approach to stupor and coma. In: Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J. *Neurology in clinical practice. Principles of diagnosis and management.* 4th ed. Salt Lake: Elsevier; 2004. v.1, p.43-64.
16. Leder SB, Suiter DM, Lisitano WH. Answering orientation questions and following single-step verbal commands: effect on aspiration status. *Dysphagia.* 2009;24(3):290-5.
17. ASA Task Force on Postanesthetic Care: Practice guidelines for postanesthetic care. *Anesthesiology,* 2002;96:742-752.
18. Guyton AC, Hall JE. *Tratado de Fisiologia Médica.* 11ª ed. Rio de Janeiro, Elsevier Ed., 2011.
19. Machado MGR. *Bases da fisioterapia respiratória – terapia intensiva e reabilitação.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
20. Pereira NAV, Motta AR, Vicente LCC. Reflexo da deglutição: análise sobre eficiência de diferentes estímulos em jovens saudáveis. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica.* 2008;20(3):159-64.
21. Lages N, Fonseca C, Neves A, et al. Náuseas e vômitos no pós-operatório: uma revisão do “pequeno-grande” problema. *Rev. Bras. Anesthesiol.* 2005;55(5):575-85.
22. Anderson M, Comrie R. Adopting preoperative fasting guidelines. *AORN J.* 2009;90(1):73-80.
23. Andrew-Romit JJ, Van de Mortel, TF. 'Ritualistic preoperative fasting: is it still occurring and what can we do about it?'. *ACORN: The Journal of Perioperative Nursing in Australia.* 2011;24(1):14-9.
24. Linder L. Analysis of the UCSF Symptom Management Theory: implications for pediatric oncology nursing. *J Pediatr Oncol Nurs.* 2010;27(6):316-24.
25. Dodd M. et al. Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs.* 2001;33(5):668-76.
26. Viera AJ, Garrett JM. Understanding interobserver agreement: the Kappa statistic. *Fam Med.* 2005;37(5):360-3.
27. Kottner J, Audigé L, Brorson S, et al. Guidelines for Reporting Reliability and Agreement Studies (GRRAS) were proposed. *J Clin Epidemiol.* 2011;64(1):96-106.

28. Polit DF, Benck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
29. Trochim WMK. Research methods: knowledge bases. 2006.
<http://socialresearchmethods.net/kb/>. Accessed February 03, 2013.
30. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-74.
31. Lourenço MB, Peniche ACG, Costa ALS. Post anesthesia care units of Brazilian hospitals: organizational and care aspects. *Rev. SOBECC*. 2013;18(2): 25-32.
32. Landström M, Rehn IM, Frisman GH. Perceptions of registered and enrolled nurses on thirst in mechanically ventilated adult patients in intensive care units - a phenomenographic study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2009;25(3):133-39.

*Tive sede e tive dor. Ai fui medicada e tomei um gelinho também, para aliviar um pouco da sede[...]. Ah, já fazia quase um dia que eu estava sem tomar água, desde as 16 horas de segunda que eu não comia, não tomava nada, então a sede era muito grande. Ressecava a boca, então isso era muito desconfortável [...] É muito ruim, e como. Antes eu nem me importaria, mas na minha gestação eu tomei muita água. Então dai eu sinto muita falta. ... **(ai me deram)** a pedrinha de gelo. Duas! Que foi o que aliviou para mim poder ficar até a hora que pude comer e beber água. Foi o que aliviou bastante.*

Paciente Cinco*

*Pesquisas em andamento no
Grupo de Estudos sobre a sede Perioperatória*

6 CONCLUSÃO

Os critérios elencados para avaliar a segurança na administração de métodos de alívio da sede foram: Nível de consciência, Proteção de Vias Aéreas (Tosse e Deglutição) e Ausência de Náuseas e Vômitos. A escolha destes critérios foi possível devido uma extensa busca na literatura e entrevista com profissionais que cuidam de pacientes durante o perioperatório, acrescidos dos conhecimentos acumulados pelo grupo de pesquisa em relação aos cuidados com o pacientes com sede.

Os critérios de segurança foram agrupados e organizados no formato de algoritmo gráfico, onde a aprovação de um critério permite a avaliação dos critérios seguintes. Para a avaliação do PSMS foram desenvolvidos e validados os Procedimentos Operacionais que apresentam os passos necessários para avaliação dos critérios de segurança. O Manual Operacional, por sua vez, descreve a fundamentação científica dos critérios de segurança, explicitando seus conceitos e particularidades.

Após a validação aparente e a análise semântica, o PSMS alcançou patamares elevados na validação de conteúdo, com concordância variando de 93% a 100% e Índice de Validade de Conteúdo de um entre os especialistas, em duas rodadas da técnica Delphi. A validação dos Procedimentos Operacionais atingiu também altos níveis de concordância entre os juízes (96% a 100%) em uma única rodada.

Os procedimentos de fidedignidade foram realizados com amostra de 118 pacientes, alcançando um Kappa geral para enfermeiros de 0,968 e de 0,867 para os técnicos de Enfermagem. Estes valores indicam que o PMSS possui fidedignidade quase perfeita, permitindo a reprodutibilidade dos achados em múltiplas aplicações.

A construção, validação e teste de fidedignidade do PSMS representou um esforço inédito para viabilizar um instrumento de alta aplicabilidade clínica. Sua elaboração foi justificada pela inexistência de conhecimentos sistematizados sobre os critérios de segurança necessários para o manejo da sede. A utilização na prática clínica do PSMS pode contribuir para minimizar temores de complicações como náuseas, vômitos e consequente pneumonia aspirativa que até então eram empecilhos para o manejo da sede no pós-operatório imediato.

A técnica de validação de conteúdo empregada neste estudo é detalhada e criteriosa. O julgamento dos itens de segurança realizados pelos juízes

requeriu experiência em recuperação anestésica, disponibilidade de tempo para leitura extensiva do material produzido e também capacidade para fazer correlações com uma nova área de estudo, ou seja, o cuidado ao paciente com sede.

O alto índice de concordância por parte dos juízes nos processos de validação e fidedignidade indica que a utilização do PSMS na prática clínica pode ser uma importante ferramenta de avaliação da segurança no manejo da sede.

As dificuldades para a realização deste estudo centraram-se no desafio de elaborar e validar um protocolo de avaliação, principalmente pela indisponibilidade de estudos com o mesmo método. Desenvolver os critérios de segurança também se mostrou uma dificuldade, tanto pela falta de literatura científica voltada para esta temática, como pela inexistência de profissionais especialistas no manejo da sede. Por fim, a dificuldade em viabilizar a participação dos técnicos de Enfermagem em tempo integral prolongou o período de coleta de dados na medida de fidedignidade, pois os técnicos se dividiram entre as atividades referentes ao seu horário de trabalho e a aplicação do PSMS para avaliação da fidedignidade.

São ainda necessários estudos de acurácia, sensibilidade e especificidade completando assim as medidas psicométricas do protocolo de avaliação, para que o PSMS possa ser utilizado na prática clínica. Estudos que avaliem a utilização do PSMS com grupos diferentes de pacientes, como crianças, idosos, obesos, gestantes, entre outros, devem ser conduzidos. É importante, também a avaliação das vantagens e dificuldades de aplicação na perspectiva da equipe de saúde.

Durante a etapa do teste de fidedignidade, 118 pacientes que participaram da pesquisa apresentaram sede. A intensidade média do desconforto relatado foi de 6,16. Observou-se que se estes pacientes não participassem da pesquisa, possivelmente não receberiam nenhum método de alívio da sede e sofreriam ainda com este desconforto durante sua recuperação anestésica.

A elaboração de um Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede no Pós-Operatório Imediato, portanto, vai ao encontro dos diversos esforços da equipe de saúde para o resgate de um cuidado humanizado durante a estadia do paciente na Sala de Recuperação Anestésica.

Na compreensão do conceito de cuidado para Ayres (2004), há uma interação entre atitudes práticas em situações em que se reclamam ações

terapêuticas, mediada pela interação entre dois ou mais sujeitos, visando o alívio de um sofrimento e promoção do bem-estar, por meio de saberes especificamente voltados para essa finalidade. Baseado nos resultados desta pesquisa, os conhecimentos produzidos pela avaliação de critérios de segurança, atuam diretamente no alívio do desconforto da sede, onde, por meio da interação da equipe de saúde com o paciente com sede e a avaliação de suas condições, o resultado é bem-estar e segurança.

Compreender sintomas subjetivos que afligem os pacientes requer sensibilidade, intencionalidade e processo sistematizado de avaliação. A ciência do manejo de sintomas retrata a necessidade do desenvolvimento de estratégias que avaliem a experiência do sintoma, seu manejo e resultados (DODD et al., 2001). Esforços na elucidação quanto ao manejo de sintomas tem sido direcionado à dor, fadiga ou sintomas associados como depressão e perturbações do sono. O PSMS vem contribuir com a sistematização de critérios de segurança, permitindo que estratégias sejam utilizadas para reduzir o sintoma sede em toda a sua complexidade.

Sede, muita sede, eu estava desde a meia noite de terça sem beber nem comer [...] Ah, uma sede! não era nem fome, mas uma sede que a boca secava e não tinha nada para você engolir, bem seca, doía até o estomago, sede que Deus o livre, difícil. Desde a hora da cesária eu já sentia muita sede. Já estava com bastante sede. Ai eu fui para a sala e secou a boca de uma vez. Deu mais sede ainda.

Paciente Quatro*

*Pesquisas em andamento no
Grupo de Estudos sobre a sede Perioperatória*

AGUILAR-NASCIMENTO, J.E. Como otimizar o preparo pré-operatório com terapia nutricional. **Boletim SBNPE**, São Paulo, n. 32, p. 2-5, jan-fev. 2010.

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS - Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures. *Anesthesiology*, 1999;90:896-905.

ANDERSON, M.; COMRIE, R. Adopting preoperative fasting guidelines. **AORN J.**, Denver, v. 90, n. 1, p. 73-80, 2009.

ANDREW-ROMIT, J.J.; VAN DE MORTEL, T.F. 'Ritualistic preoperative fasting: is it still occurring and what can we do about it?', **ACORN: The Journal of Perioperative Nursing in Australia**, v. 24, n. 1, p. 14-19, 2011.

ARAI, S.; STOTTS, N.; PUNTILLO, K. Thirst in Critically Ill Patients: From Physiology to Sensation. **Am J Crit Care**, Thorofare, v. 22, n. 4, p. 328-335, Jul. 2013.

ARONI, P.; NASCIMENTO, L.A.; FONSECA, L.F. Assessment strategies for the management of thirst in the post-anesthetic recovery room. **Acta paul. Enferm**, São Paulo, v.25, n. 4, p. 530-536, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/en_08.pdf>. Acesso em 20 Jun. 2013.

ASA Task Force on Postanesthetic Care: Practice guidelines for postanesthetic care. **Anesthesiology**, v. 96, p. 742-752, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO. **Práticas Recomendadas da SOBECC**. São Paulo, SP, 2013.

AYRES, J.R.C.M. Care and reconstruction in healthcare practices, **Interface - Comunic., Saúde, Educ**, Botucatu, v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004.

BANKHEAD, R. et al. Enteral nutrition practice recommendations. **JPEN J Parenter Enteral Nutr**, Thorofare, v. 33, n. 2, p. 122-167, 2009. Disponível em: <<http://pen.sagepub.com/content/early/2009/01/27/0148607108330314.full.pdf+html>>. Acesso em: 13 de Fev. 2013.

BARR, S. et al. Fluid replacement during prolonged exercise: Effects of water, saline and no fluid. **Med. Sci. Sports Exerc**, Indianapolis, v. 23, n. 7, p. 811-817, Jul. 1991.

BERGER, J.R. Clinical approach to stupor and coma. In: BRADLEY, W.G.; DAROFF, R.B.; FENICHEL, G.M.; JANKOVIC, J. *Neurology in clinical practice. Principles of diagnosis and management*. 4th ed. Salt Lake: Elsevier; v.1, p.43-64, 2004.

BRUNSTROM, J.M.; TRIBBECK, P.M.; MACRAE, A.W. The role of mouth state in the termination of drinking behavior in humans. **Physiol Behav**, Cincinnati, v. 68, n. 4, p. 579-583, Feb. 2000.

- CAPELLO, R.G. et al. Nursing interventions during anesthetic recovery: control of pain, nausea, hypothermia and other postoperative complications. **Rev Dor**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 113-119, Abr-Jun. 2009, Disponível em <http://dor.org.br/revistador/Dor/2009/volume_10/n%C3%BAmero_2/pdf/Volume_10_n_2_pags_113-119.pdf>. Acesso em 10 fev 2013.
- CHO, E.A.; KIM, K.H.; PARK, J.Y. Effects of frozen gauze with normal saline and ice on thirst and oral condition of laparoscopic cholecystectomy patients: pilot study. **Journal of Korean Academy of Nursing**, Seoul, v. 40, n. 5, p. 714-723, out. 2010.
- DA SILVA, J.A.; RIBEIRO-FILHO, N.P. Avaliação e mensuração de dor: pesquisa, teoria e prática. Ribeirão Preto: FUNPEC-Editora; 2006.
- DAVIS, L. Instrument review: Getting the most from your panel of experts. **Applied Nursing Research**, v.5, p. 194-197, Nov. 1992.
- DE ARAÚJO, I.E.; KRINGELBACH, M.L.; ROLLS, E.T.; MCGLONE, F. Human cortical responses to water in the mouth, and the effects of thirst. **J Neurophysiol**, Washington, v. 90, n. 3, p. 1865-1876, 2003.
- DENTON, D. et al. Neuroimaging of genesis and satiation of thirst and an interoceptor-driven theory of origins of primary consciousness. **Proc. Natl. Acad. Sci**, Washington DC, v.95, n. 9, p. 5304-5309, Feb. 1999. Disponível em: <<http://www.pnas.org/content/96/9/5304.full>>. Acesso em 25 Abr. 2013.
- DINI, A.P. **Sistema de Classificação de Pacientes Pediátricos: construção e validação de instrumento**. 2007. 170 f. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2007.
- DODD, M. et al. Advancing the science of symptom management. **J Adv Nurs**, San Francisco, v. 33, n. 5, p. 668-676, Mar. 2001.
- DRAIN, C.B.; SHIPLEY, B.S. Enfermagem na sala de recuperação. Rio de Janeiro: Interamericana, 1981. cap. 14.
- FARO, A.C.M.E. Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.31, n.2, p. 259-273, ago. 1997.
- FERNÁNDEZ-SOLA, C. et al. Development and validation of an instrument for initial nursing assessment. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1415-1422, Dec. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/en_19.pdf>. Acesso em 15 Jan 2013.
- FIGUEREDO, E.; SÁNCHEZ, G.; PÉREZ, J. Thirst is the most common minor complication in the immediate postoperative period. **Rev Esp Anestesiol Reanim**, v.43, n.2, p. 74, Fev. 1996.
- FUJINAGA, C.I. et al. Validação clínica do Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.21, n. 6, jan-fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_18.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2013.

- GIOVINAZZO, R.A. Modelo de aplicação da metodologia Delphi pela Internet: vantagens e ressalvas. **Administração On-line**, São Paulo, v.2, n. 2, abr-jun. 2001. Disponível em: <http://www.fecap.br/adm_online/art22/renata.htm>. Acesso em: 4 jul. 2013.
- GLORE, R.J.; SPITERI-STAINES, K.; PALERI, V. A patient with dry mouth. **Clin Otolaryngol**, Malden, v. 34, n. 4, p. 358-363, Aug. 2009.
- GOIS C.F.L.; DANTAS R.A.S. Stressors in care at a thoracic surgery postoperative unit: nursing evaluation. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, Feb. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Ago. 2013.
- GOIS, C.F.L. et al. Stress factors for patients undergoing cardiac surgery. **Invest Educ Enferm**, Medellín, v.30, n. 3, p. 312-319, Dec. 2012.
- GREENLEAF, J.E. Problem: thirst, drinking behavior, and involuntary dehydration. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Indianapolis, v.24, n. 6, p.645-656, Jun.1992.
- GUGGENHEIMER, J.; MOORE, P.A. Xerostomia Etiology, recognition and treatment. **JADA**, Chicago, v.134, n. 1, p. 61-69, Jan. 2003.
- GUYTON, A.C.; HALL, J.E. Tratado de Fisiologia Médica. 11ª ed. Rio de Janeiro, Elsevier Ed., 2011.
- HUR, Y.S. et al. The comparison of moisturizing effect of cold water gargling, wet gauze application and humidification in reducing thirst and mouth dryness after nasal surgery. **Clinical Nursing Research**, Philadelphia, v. 15, p. 43-53, 2009.
- JOVENTINO, E.S. et al. Validación aparente y de contenido de la escala de autoeficacia materna para prevención de diarrea infantil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/es_v21n1a12.pdf>. Acesso em: 20 set 2013.
- KOTTNER, J. et al. Guidelines for Reporting Reliability and Agreement Studies (GRRAS) were proposed. **J Clin Epidemiol**, Oxford, v. 64, n. 1, p. 96-106, Jan. 2011.
- LAGES, N. et al. Náuseas e vômitos no pós-operatório: uma revisão do “pequeno-grande” problema. **Rev. Bras. Anesthesiol**, Campinas, v. 55, n. 5, p. 575-585, Sept-Out. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942005000500013>. Acesso em 25 Jan 2013.
- LANDIS, J.R.; KOCH, G.G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, Washington, v.33, n. 1, p. 159-174, Mar. 1977.
- LANDSTRÖM, M.; REHN, I.M.; FRISMAN, G.H. Perceptions of registered and enrolled nurses on thirst in mechanically ventilated adult patients in intensive care

units-a phenomenographic study. **Intensive Crit Care Nurs**, Edinburgh, v. 25, n. 3, p. 133-139, Jun. 2009.

LEDER, S.B.; SUITER, D.M.; LISITANO, W.H. Answering orientation questions and following single-step verbal commands: effect on aspiration status. **Dysphagia**, New York, v. 24, n. 3, p. 290-295, Sep. 2009.

LEIPER, J. Thirst. In: CABALLERO, B; ALLEN, L; PRENTICE, A. **Encyclopedia of Human Nutrition**. 2. ed. University of Aberdeen, Aberdeen, UK: Elsevier Academic Press, 2005. P. 278-286.

LILFORD, R. J. et al. The measurement of active errors: methodological issues. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 12, p. 8-12, Dec. 2003. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii8.full.pdf+html>. Acesso em: 30 abr. 2012.

LINDER, L. Analysis of the UCSF Symptom Management Theory: implications for pediatric oncology nursing. **J Pediatr Oncol Nurs**, Philadelphia, v.27, n. 6, p. 316-324, Nov-Dec. 2010.

LIRA, A.L.B.C. et al. Mapeamento dos cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 5, p. 1171-1181, 2012. Disponível em <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/241/pdf>>. Acesso em 28 abr 2013.

LISBOA, G. et al. Stress factors for patients undergoing cardiac surgery. **Invest. educ. Enferm**, Medellín, v. 30, n. 3, p. 312-319, Sept-Dec. 2012. Disponível em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072012000300003>. Acesso em 25 Mar 2013.

LOBIONDO-WOOD G, HABER J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001.

LOURENÇO, M.B.; PENICHE, A.C.G.; COSTA, A.L.S. Post anesthesia care units of brazilian hospitals: organizational and care aspects. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v.18, n. 2, p. 25-32, Abr-Jun. 2013.

LUDWIG, R.B. et al. Menor tempo de jejum pré-operatório e alimentação precoce no pós-operatório são seguros? **ABCD, arq. bras. cir. Dig**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 54-58, jan-mar. 2013.

LYNN, M. R. Determination and qualification of content validity. **Nursing Research**, New York, v. 35, n. 6, p. 382-86, Nov./Dec. 1986.

MACHADO, M.G.R. Bases da Fisioterapia Respiratória – Terapia Intensiva e Reabilitação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

MARTINS, G.A. Sobre fidedignidade e validade. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, São Paulo v. 8, n. 20, p. 1-12, 2006.

MATTIA, A.L. et al. Diagnósticos de enfermagem nas complicações em sala de recuperação anestésica. **Enfermería Global**, Murcia, n. 18, p. 1-11, Fev. 2010. Disponível em <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000100002&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 18 fev. 2013.

MORITA, T. et al. Determinants of the sensation of thirst in terminally ill cancer patients. **Support Care Cancer**. v. 9. n. 3, p. 177-186, Mai. 2001.

MORO, E.T. Prevenção da aspiração pulmonar do conteúdo gástrico. **Rev. Bras. Anesthesiol**, Campinas, v. 54, n. 2, p. 261-275, Mar-Apr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942004000200014>. Acesso em 20 Abr. 2013.

O'HEARN, W.A. Thirst: A Critical Care Nursing Challenge. **Dimensions of Critical Care Nursing**, Philadelphia, v.9, n.1, p. 6-15, Jan/Fev. 1990.

OLIVEIRA, K.G.B. et al. A abreviação do jejum pré-operatório para duas horas com carboidratos aumenta o risco anestésico? **Rev. Bras. Anesthesiol**, Campinas, v. 59, n. 5, set-out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942009000500006&script=sci_arttext>. Acesso em 20 Abr. 2013.

OMOIGUI, S. Manual de drogas usadas em anestesia, 2a ed., São Paulo: Santos, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas**. Rio de Janeiro, 2009. 211 p.

PANCIERI, A.P. et al. Check list de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital-escola. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 71-78, 2013. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/33863/24507>>. Acesso em: 25 Jun 2013.

PASQUALI, L. (org.). **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília: LabPAM & IBAPP, 1999.

PASQUALI, L. **Psicometria dos testes na psicologia e na educação**. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

PEREIRA, N.A.V.; MOTTA, A.R.; VICENTE, L.C.C. Reflexo da deglutição: análise sobre eficiência de diferentes estímulos em jovens saudáveis. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**. Barueri, v. 20, n. 3, p. 159-164, 2008.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, 487 p.

Polit D. F. ; BECK C. T. ; HUNGLER B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7.ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

POPOV, D.C.; PENICHE, A.C.G. Nurse interventions and the complications in the post-anesthesia recovery room. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 953-961, Dec. 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a30v43n4.pdf>>. Acesso em 10 Jan. 2013.

PUNTILLO, K.A. et al. Symptoms experienced by intensive care unit patients at high risk of dying. **Crit Care Med**, Mount Prospect, v. 38, n. 11, p. 2155-2160, Nov. 2010.

RIBEIRO, M.A.S. et al. Estudos de validação na enfermagem: revisão integrativa. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 14, n. 1, p. 218-228, 2013. Disponível em <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/54/pdf>>. Acesso em: 15 fev 2013.

ROWE, G.; WRIGHT, G. Expert opinions in forecasting: the role of the Delphi technique. In ARMSTRONG, J. Scott, ed. - Principles of forecasting: a handbook for researchers and practitioners. Nova Iorque: Springer, 2001.

RUBIO, D.M. et al. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research**, Washington, v. 27, n. 2, p. 94-111, 2003.

SALATA, R.A. et al. Cold water stimulation of oropharyngeal receptors in man inhibits release of vasopressin. **J Clin Endocrinol Metab**, Chevy Chase, v.65, n. 3, p. 561-567, Sept. 1987.

SCARPARO, A.F. et al. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 13, n.1, p. 242-51, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. II Diretrizes Brasileiras no Manejo da Tosse Crônica, **J BrasPneumol** 2006. 32 (supp6): S 403-446.

SOLER, R.R.S. et al. Estudio del grado de satisfacción del paciente quirúrgico crítico y SUS familiares atendido em uma unidade de reanimación post-quirúrgica. **Control de Calidad Asistencial**, Oviedo, v. 8, n. 2-3, p. 35-39, 1993.

SOUZA, T.M.; CARVALHO, R.; PALDINO, C.M. Diagnósticos, prognósticos e intervenções de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica. **Rev. SOBECC**. São Paulo, v. 17, n. 4, p. 33-47, 2012.

TERWEE, C.B. et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **J Clin Epidemiol**, Oxford, v.60, n.1, p. 34-42, Jan. 2007.

TROCHIM, W.M.K. Research methods: knowledge bases. 2006. Disponível em: <<http://socialresearchmethods.net/kb/>>. Acesso em: 03 Feb. 2013.

VIERA, A.J.; GARRETT, J.M. Understanding interobserver agreement: the kappa statistic. **Fam Med**, Kansas City, v.37, n.5, p. 360-363, May. 2005.

VITURI, D.W. **Avaliação como princípio da Gestão da Qualidade**: testando a fidedignidade inter-avaliadores de indicadores para avaliação da qualidade da

assistência de enfermagem. 2013, 208p. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2013.

VITURI, D.W. **Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem**. 2007. 238 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2007.

WELCH, J.L. Development of the thirst distress scale. **Nephrology Nursing Journal**, Pitman, v. 29, n. 4, p. 337-342, Aug. 2002.

WHITAKER, C.D.K.; BOOTH, H.; CLYBURN, P. et al. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Immediate post-anaesthesia recovery 2013: Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. **Anaesthesia**, v. 68, n. 3, p. 288-298, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23384257>>. Acesso em: 12 Set 2013.

WOOD, M. **The Road to Delphi: Scenes from the History of Oracles**, Farrar Straus & Giroux, 2003.

WRIGHT, J.T.C. A técnica Delphi: Uma ferramenta útil para o planejamento do Brasil?. In: III ENCONTRO BRASILEIRO DE PLANEJAMENTO EMPRESARIAL - "COMO PLANEJAR 86", 1986, São Paulo: SPE - Sociedade Brasileira de Planejamento Empresarial, 1986. P. 199-207.

WRIGHT, J.T.C.; SPERS, R.G.; PEDROSO, J.R. Um estudo sobre a competitividade dos arranjos produtivos locais de Goiás e as oportunidades estratégicas de negócios para pequenas e médias empresas. **Revista Ciências da Administração**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 23-25, ago. 2007.

YAMASHITA, A.M. et al - Anestesiologia SAESP, 5ª Ed, São Paulo, Atheneu, 2001.

YOON, S.Y.; MIN, H.S. The Effects of Cold Water Gargling on Thirst, Oral Cavity Condition, and Sore Throat in Orthopedics Surgery Patients. **Korean J Rehabil Nurs**, Seoul, v.14, n. 2, p. 136-144, Dec. 2011.

Lembro que me deu sede e você me deu um pouquinho de gelo, né. Perguntou qual que era a nota. Eu joguei uma nota lá, aí eu joguei uma nota mais baixa, né, mais ou menos isso. Aí depois minha sede já tinha ido embora, por causa do gelo [...]ah, sei lá, tipo assim é, não tem como explicar, mas essa sede que eu senti é um [...] sempre que sinto sede, eu sinto um pouco de dor na barriga, em casa isso é normal. Aí se eu sinto sede eu tenho que tomar água na hora, e é isso.

Paciente Dez*

*Pesquisas em andamento no
Grupo de Estudos sobre a sede Perioperatória*

APÊNDICE A

Termo de consentimento livre e esclarecido

“Sede do paciente cirúrgico: compreensão da problemática e elaboração de estratégias para o manejo da sede no pós-operatório imediato”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa **“Sede do paciente cirúrgico: compreensão da problemática e elaboração de estratégias para o manejo da sede no pós-operatório imediato”**, realizada no **“Hospital Universitário de Londrina”**. O objetivo da pesquisa é “Compreender a percepção da equipe de saúde no manejo da sede no paciente cirúrgico”.

A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: Será realizada algumas perguntas norteadoras em relação aos desconfortos que o paciente enfrenta durante o período pós-operatório e as soluções que você utiliza em sua prática para amenizá-los.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios esperados são compreender a percepção da equipe no manejo da sede para propiciar futuras o desenvolvimento de estratégias para mitigar a sede no período pós operatório. Não haverá nenhum risco pessoal inerente a pesquisa.

Informamos que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contactar: Enfermeira Dr. Ligia Fahl Fonseca fone (43) 9938-0280, residente na Rua Takabuim Murata, 555, Jardim Gilba Palhamo, Londrina-PR, mestrando Leonel Nascimento, 96649663 ou 33566392, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60, ou no telefone 33712490. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Londrina, ____ de _____ de 2012.

Pesquisador Responsável: Leonel Nascimento

Eu, _____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura: _____

Data: _____

APÊNDICE B

Convite de participação de especialistas na validação de conteúdo do protocolo de segurança para o manejo da sede no pós-operatório imediato

Prezado Senhor,

Temos o prazer de convidá-lo para participar como juiz no processo de validação de um protocolo de alívio da sede que faz parte de um estudo de mestrado em enfermagem da Universidade Estadual de Londrina intitulado: “Sede do paciente cirúrgico: elaboração e validação de um protocolo de manejo da sede”, que se desenvolve em um hospital público de ensino no Norte do Paraná, no corrente ano.

A sede é um desconforto real e de alta incidência no pós-operatório imediato. Na percepção do paciente, este incômodo é intenso e resulta no aumento de ansiedade, desidratação, irritabilidade, fraqueza e desespero. Apesar disso, é insuficientemente valorizada, avaliada e registrada pela equipe. Seu manejo não é padronizado e as formas de cuidado relacionadas a ela ainda são incipientes. Este trabalho pioneiro tem como objetivo elaborar e validar um Protocolo de Segurança Para o Manejo da Sede.

Com base em resultados de pesquisas que realizamos, propomos um protocolo para avaliação clínica do paciente em recuperação anestésica, o que permitirá a administração de pequenos cubos de gelo para minimizar esse desconforto tão incidente no pós-operatório.

O tipo de validação a ser realizado pelo senhor será a Validação de Conteúdo, ou Validação Opinativa, que visa determinar:

- Se os itens de avaliação propostos pela pesquisa representam o construto teórico abordado e,
- se são capazes de mensurar a segurança na administração de estratégias para o alívio da sede do paciente adulto na sala de recuperação anestésica.

Os documentos elaborados para sua apreciação são:

Protocolo de Segurança Para o Manejo da Sede no Pós-Operatório Imediato (Anexo 1).

Manual operacional dos atributos latentes do protocolo de manejo da sede (Anexo 2).

Desse modo, o senhor deverá registrar seu parecer acerca dos itens propostos nos seguintes instrumentos:

Instrumento 1: Validação de conteúdo dos itens do Protocolo de Segurança Para o Manejo da Sede (Anexo 3).

Instrumento 2: Validação de conteúdo dos atributos do Protocolo de Segurança Para o Manejo da Sede (Anexo 4).

Instrumento 3: Validação de conteúdo do manual operacional (Anexo 5).

Instrumento 4: Caracterização do juiz (Anexo 6).

Esclarecemos que o protocolo e os instrumentos de validação são constituídos de poucos itens. Mediante seu aceite em participar, o que nos daria muito prazer, necessitamos da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, o qual deverá ser devolvido por meio de fotocópia escaneada, juntamente com os demais instrumentos.

Solicitamos que os instrumentos sejam devolvidos no prazo de até 30 dias (17 de Setembro de 2012) após o recebimento, por e-mail, utilizando-se do endereço eletrônico deste e-mail.

Sua participação como especialista é de suma importância, a qual agradecemos antecipadamente. Solicitamos a gentileza de confirmar o recebimento deste e-mail e sua intenção de participar como juiz neste processo.

Colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos.

APÊNDICE C

Instrumento 1: validação de conteúdo dos itens do protocolo de segurança para o manejo da sede

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

O objetivo deste instrumento é o de captar o parecer dos juízes pesquisadores acerca de cada um dos itens de avaliação dos indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem explicitados no “**Protocolo de Segurança Para o Manejo da Sede no Pós-operatório**”.

Este instrumento é uma adaptação do estudo de Vituri (2007), e é composto por uma coluna onde estão enunciados os itens de avaliação dos itens de avaliação da segurança na aplicação dos métodos de manejo da sede e oito colunas com os requisitos a serem analisados, subdivididas em duas colunas de respostas dicotômicas “sim” e “não” que devem ser assinaladas com um “X”. Os campos para preenchimento estão coloridos em azul pastel.

Assinalar com um “X” na opção “SIM” se o item de avaliação preencher o requisito e, na opção “NÃO” se não preencher o requisito.

Marcar somente uma opção.

REQUISITOS A SEREM ANALISADOS PARA CADA UM DOS ITENS DE AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO DE SEGURANÇA PARA O MANEJO DA SEDE NO PÓS-OPERATÓRIO	
1. Comportamental	Permite ação de avaliação clara e precisa.
2. Objetividade	Permite resposta pontual.
3. Simplicidade	Expressa uma única ideia.
4. Clareza	Explicitado de forma clara, simples e inequívoca.
5. Pertinência	Não insinua atributo divergente do definido.
6. Precisão	Cada item de avaliação é distinto dos demais, não se confundem.
7. Variedade	Os termos utilizados, embora parecidos, não se repetem.
8. Credibilidade	Está descrito de maneira que não pareça despropositado.

Deglutição	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Outros Comentários e Sugestões:																

APÊNDICE D

Instrumento 2 : validação de conteúdo dos atributos do protocolo de segurança para o manejo da sede

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

O objetivo deste instrumento é o de captar o parecer dos juízes pesquisadores acerca dos atributos do **conjunto dos itens** de avaliação de cada um dos indicadores explicitados no “Protocolo de Segurança Para o Manejo da Sede no pós-operatório”.

Este instrumento foi adaptado dos estudos de Vituri (2007), e é composto por uma coluna onde está enunciado o requisito a ser analisado, sete colunas com os atributos a serem pontuados com o **número 1, 2, 3 ou 4**, de acordo com uma das quatro opções de respostas. Os campos para preenchimento estão coloridos em azul pastel.

Marcar somente uma opção.

ATRIBUTOS:

ATRIBUTOS A SEREM AVALIADOS PARA CADA UM DOS ITENS DE AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO DE SEGURANÇA PARA O MANEJO DA SEDE NO PÓS-OPERATÓRIO	
1. Atribuível	Reflete aspecto de qualidade para o cuidado de enfermagem.
2. Acessível	Os dados são acessados rapidamente com o mínimo de esforço extra e custo.
3. Comunicável	A relevância da medida pode ser facilmente comunicada e compreendida.
4. Contextualizável	A medida pode ser obtida livre de contexto ou, os efeitos do contexto podem ser ajustados.
5. Efetivo/Preciso	Mede o que se propõe a medir.
6. Exequível	A medida é aplicável.
7. Objetivo	A medida permite ação de mensuração clara e precisa, sem julgamento subjetivo.

RESPOSTAS:

ROL DE RESPOSTAS POSSÍVEIS PARA OS ATRIBUTOS DO CONJUNTO DOS ITENS DE AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO DE SEGURANÇA PARA O MANEJO DA SEDE NO PÓS-OPERATÓRIO	
1	Não contempla o atributo.
2	Incapaz de contemplar o atributo sem revisão.
3	Contempla o atributo, mas precisa de alteração mínima.
4	Contempla o atributo.

INSTRUMENTO 2: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS ATRIBUTOS PROTOCOLO DE SEGURANÇA PARA O MANEJO DA SEDE NO PÓS-OPERATÓRIO

Indicador: Avaliação do Nível de Consciência

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

() Consciente, alerta e calmo: Conversa, verbaliza sede, tem respostas coerentes e está orientado

() Sonolento: Acorda após comando verbal, faz contato visual, tem resposta verbal compreensível e volta a dormir



ITENS:

- **Consciente, alerta e calmo:** Conversa, verbaliza sede, tem respostas coerentes e está orientado;
- **Sonolento:** Acorda após comando verbal, faz contato visual, tem resposta verbal compreensível e volta a dormir.

Atribuível	Acessível	Comunicável	Contextualizável	Efetivo/Preciso	Exequível	Objetivo

Outros Comentários e Sugestões:

Indicador: Proteção de Vias Aéreas

PROTEÇÃO DE VIAS AÉREAS	
() Apresenta tosse efetiva espontânea ou ao comando verbal	↓
() Não apresenta tosse ao comando ou apresenta de forma ineficaz e superficial	
() Apresenta deglutição voluntária ou ao comando verbal	↓
() Não apresenta deglutição ou apresenta deglutição ineficaz	

ITENS:

- Apresenta tosse efetiva espontânea ou ao comando verbal;
- Não apresenta tosse ao comando, ou apresenta de forma ineficaz e superficial;
- Apresenta deglutição voluntária ou ao comando verbal;
- Não apresenta deglutição espontânea, ou de forma ineficaz.

Atribuível	Acessível	Comunicável	Contextualizável	Efetivo/Preciso	Exequível	Objetivo

Outros Comentários e Sugestões:

Indicador: Náuseas e Vômitos

NÁUSEAS E VÔMITOS
<input type="checkbox"/> Não apresenta queixas de náuseas
<input type="checkbox"/> Apresenta queixas de náuseas
<input type="checkbox"/> Não apresenta vômitos
<input type="checkbox"/> Apresenta vômitos

ITENS:

Náuseas

- Não apresenta queixas de náuseas
- Apresenta queixas de náuseas

Vômitos

- Não apresenta vômitos
- Apresenta vômitos

Atribuível	Acessível	Comunicável	Contextualizável	Efetivo/Preciso	Exequível	Objetivo

Outros Comentários e Sugestões:

APÊNDICE E

Instrumento 3: validação de conteúdo do manual operacional - instruções para o preenchimento

O objetivo deste instrumento é o de captar o parecer dos juízes pesquisadores acerca do construto operacional de cada um dos itens explicitados no **“MANUAL OPERACIONAL DOS ATRIBUTOS LATENTES DO PROTOCOLO DE SEGURANÇA PARA O MANEJO DA SEDE NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO”**.

Este instrumento consiste numa adaptação do estudo de Vituri (2007), e é composto por uma coluna onde está enunciado o Indicador a ser avaliado e cinco colunas com os requisitos a serem analisados, subdivididas em duas colunas de respostas dicotômicas “sim” e “não” que devem ser assinaladas com um “X”. Os campos para preenchimento estão coloridos em azul pastel.

Assinalar com um “X” na opção “SIM” se a operacionalização do item preencher o requisito e, na opção “NÃO” se não preencher o requisito.

Marcar somente uma opção.

REQUISITOS A SEREM AVALIADOS EM CADA UM DOS ITENS	
1. Descritor	É claro e objetivo no que se propõe a mensurar.
2. Fundamentação	É suficiente para evidenciar o indicador.
3. Fonte de dados	Está correta e é suficiente para o que se propõe a mensurar.
4. Critérios para qualificação da avaliação	São claros e objetivos, não geram dúvidas acerca do que deve ser avaliado.
5. Periodicidade da avaliação:	É adequada ao que se pretende medir.

INSTRUMENTO 3: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO MANUAL OPERACIONAL**Indicador: Avaliação do Nível de Consciência****1. Descritor:**

Consciência é definida como a capacidade do indivíduo de reconhecer a si mesmo e aos estímulos do ambiente e a capacidade de responder corretamente aos estímulos. As alterações no nível de consciência se relacionam em estados de desorientação no tempo e no espaço até o coma profundo. Estados intermediários de alterações na consciência podem ser observados.

A **sonolência** ou letargia é um estado de diminuição do nível de consciência em que o paciente consegue se manter acordado com estímulos leves, apresenta resposta verbal compreensível, mas volta a dormir quando não está sendo estimulado.

A *American Society of Anesthesiologists* (ASA) recomenda que o estado mental deve ser avaliado periodicamente durante o tempo de recuperação pós anestésica do paciente, detectando assim possíveis complicações e atuando de maneira rápida e eficaz.

2. Fundamentação científica:

- ASA Task Force on Postanesthetic Care: Practice guidelines for postanesthetic care. *Anesthesiology*, 2002;96:742-752.
- Berger JR. Clinical approach to stupor and coma. In: Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J. *Neurology in clinical practice. Principles of diagnosis and management*. 4th ed. Salt Lake: Elsevier; 2004. v.1, p.43-64.
- Práticas Recomendadas SOBECC / Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. – 5ª edição. São Paulo: SOBECC, 2009.

3. Fontes de Informação:

A avaliação do nível de consciência deve englobar uma descrição do estado de alerta do paciente, em resposta a estímulos verbais e dolorosos. O objetivo é determinar se existe alguma alteração do nível de consciência, e assim avaliar o paciente quanto a segurança em administrar métodos de alívio da sede.

4. Critérios para qualificação da avaliação:

- **Consciente, alerta e calmo:** Conversa, verbaliza sede, tem respostas coerentes e está orientado;
- **Sonolento:** Acorda após comando verbal, faz contato visual, tem resposta verbal compreensível e volta a dormir.

5. Periodicidade da avaliação:

Este item será avaliado quando o paciente verbalizar sede e dentro da sequência do protocolo.

Indicadores	Descritor		Fundamentação		Fonte de Dados		Critérios para qualificação da avaliação		Periodicidade da avaliação	
	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Avaliação no Nível de Consciência										
Caso “NÃO” justifique e/ou dê sugestões:										
Indicador: Proteção de Vias Aéreas										
<p>1. Descritor:</p> <p>A proteção de vias aéreas é um conjunto de mecanismos fisiológicos que trabalham concomitantemente com a finalidade de evitar que o ocorra a aspiração laringo-traqueal, ou seja, evitando que o alimento, saliva ou conteúdos gástrico sejam conduzidos a traquéia. Dois mecanismos de proteção de vias aéreas foram definidos para este protocolo: a tosse e a deglutição.</p> <p>A tosse é definida como um reflexo de proteção das vias aéreas, podendo ser voluntária ou involuntária. Os benefícios da tosse estão relacionados à eliminação das secreções das vias aéreas devido ao aumento da pressão positiva pleural, determinando a compressão das vias aéreas de pequeno calibre e por meio da produção de alta velocidade do fluxo nas vias aéreas.</p> <p>A Deglutição é definida como o deslocamento do bolo alimentar da boca até o estômago de forma segura e eficaz. A deglutição consiste em duas fases, uma voluntária e outra involuntária. A fase voluntária se dá por meio das etapas preparatórias e oral, preparando o alimento para ser deglutido e a fase involuntária, pela etapa laríngea e esofágica, que são etapas automáticas que normalmente não pode ser interrompidas. Diferentes estímulos podem iniciar o processo de deglutição, inclusive os estímulos frios apresentaram melhores respostas do que aqueles próximos à temperatura corporal, especialmente nas estruturas como a úvula, tonsilas palatinas e arcos palatoglosso em sua porção superior.</p> <p>2. Fundamentação científica:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Guyton AC, Hall JE. Tratado de Fisiologia Médica. 11ª ed. Rio de Janeiro, Elsevier Ed., 2006. – Lynch CS. Análise da fisiologia da deglutição por meio da ultra-sonografia [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008. 107pg. – Pereira NAV, Motta AR, Vicente LCC. Reflexo da deglutição: análise sobre eficiência de diferentes estímulos em jovens saudáveis. Pró-Fono Revista de Atualização Científica. 2008 jul-set;20(3):159-64. – Práticas Recomendadas SOBECC / Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. – 5ª edição. São Paulo: SOBECC, 2009. 										

- Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. II diretrizes Brasileiras no Manejo da Tosse Crônica, J Bras Pneumol 2006. 32 (supp 6): S 403-446.

3. Fontes de Informação:

Avaliação clínica do paciente.

4. Critérios para qualificação da avaliação:

Tosse:

- Apresenta tosse efetiva espontânea ou ao comando verbal;
- Não apresenta tosse ao comando ou apresenta de forma ineficaz e superficial.

Deglutição:

- Apresenta deglutição voluntária ou ao comando verbal;
- Não apresenta deglutição ou apresenta deglutição ineficaz.

5. Periodicidade da avaliação:

Este item será avaliado quando o paciente verbalizar sede e dentro da sequência do protocolo.

Indicadores	Descritor		Fundamentação		Fonte de Dados		Critérios para qualificação da avaliação		Periodicidade da avaliação	
	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Proteção de Vias Aéreas	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Caso “NÃO” justifique e/ou dê sugestões:										

Indicador: Náuseas e Vômitos

1. **Descritor:**

Náuseas e vômitos podem ocorrer a qualquer momento durante ou após um procedimento cirúrgico. As náuseas e vômitos no pós-operatório são complicações frequentes da anestesia e atualmente sua incidência global permanece em cerca de 20% a 30%.

O risco para náuseas e vômitos pode estar relacionado a três fatores: o cliente, as técnicas anestésicas e o procedimento cirúrgico. A mobilização visceral, o uso da medicação anestésica ou de opiáceos no pós-operatório, observados nas cirurgias abdominais, tem como consequência frequente as náuseas e vômitos. Várias drogas utilizadas no procedimento anestésico-cirúrgico podem causar reações adversas como náuseas e vômitos. Dentre estas, o Cloridrato de Alfentanil, dopamina, Cloridrato Esmolol, Etomidato, Furosemida, Hidrocortisona, Metoprolol, Midazolam, Sulfato de Morfina, Neostigmina, Propofol, halotano, Isoflurano, Óxido Nitroso e Sevoflurano, drogas comumente utilizadas na prática anestésica.

A mais séria complicação relacionada ao vômito e a anestesia é a pneumonia aspirativa. Desta forma, preconiza-se jejum pré-operatório que se estende até o pós, muitas vezes por tempo desnecessariamente prolongado. Um volume gástrico de 16 a 36 ml foi considerado insignificante quando correlacionado com a incidência de náuseas e vômitos no pós-operatório, indicando que a administração de pequenos volumes de líquido, como o proposto por este protocolo, é seguro.

Náusea é o termo usado para descrever os eventos musculares de vômitos sem expulsão do conteúdo gástrico. A náusea se refere a uma sensação subjetiva da necessidade de vomitar. O paciente com náusea pode ou não apresentar vômito.

Vômitos ou emese é uma séria complicação pós-anestésica e acontece por contração do diafragma e músculos abdominais e relaxamento do esfíncter esofágico expulsando o conteúdo gástrico. Caso o paciente não tenha recuperado seus reflexos de proteção de vias aéreas, ele pode aspirar o conteúdo gástrico. A aspiração do conteúdo gástrico é uma complicação grave que leva a um quadro de pneumonia aspirativa, com índice de mortalidade alto. A recuperação é longa e dispendiosa, pois em parte é feita nas Unidades de Tratamento Intensivo.

A ASA coloca que a avaliação de rotina e monitoramento de náuseas e vômitos detecta complicações e reduz os resultados adversos durante o período de pós-operatório.

2. **Fundamentação científica:**

- ASA Task Force on Postanesthetic Care: Practice guidelines for postanesthetic care. *Anesthesiology*, 2002;96:742-752.
- Bogossian I. Manual de pré e pós-operatório. 2ª edição. Rio de Janeiro: médica e científica; 1995.
- Gayton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica, 10ª ed., Rio de Janeiro: EDITORA guanabara Koogan, 2002.
- Lages N. et al. Náuseas e vômitos no pós-operatório: uma revisão do “pequeno-grande” problema. *Rev Brasileira de enfermagem*, set-

out 2005; vol. 55, nº5, p. 575 – 585.

- Omoigui S. Manual de drogas usadas em anestesia, 2aed, São Paulo: editora Santos, 2001.
- Perlas A, Davis L, Khan M, Mitsakakis N, Chan VW. Gastric sonography in the fasted surgical patient: a prospective descriptive study. Anesth Analg. 2011 Jul;113(1):93-7.

3. Fontes de Informação:

Avaliação clínica e verbalização do paciente.

4. Critérios para qualificação da avaliação:

A presença de náuseas e vômitos contra indica a administração de gelo para o alívio da sede.

Náusea:

- Não apresenta queixas de náuseas
- Apresenta queixas de náuseas

Vômito:

- Não apresenta vômitos
- Apresenta vômitos

5. Periodicidade da avaliação:

Este item será avaliado quando o paciente verbalizar sede e dentro da sequência do protocolo.

Indicadores	Descritor		Fundamentação		Fonte de Dados		Critérios para qualificação da avaliação		Periodicidade da avaliação	
	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Náuseas e Vômitos	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
Caso “NÃO” justifique e/ou dê sugestões:										

Outros Comentários e Sugestões:

APÊNDICE F

Instrumento 4: caracterização dos juízes

1. Faixa etária:	
<input type="checkbox"/> Entre 20 a 30 anos.	<input type="checkbox"/> entre 41 a 50 anos.
<input type="checkbox"/> Entre 31 a 40 anos.	<input type="checkbox"/> Mais que 50 anos.
2. Formação:	
<input type="checkbox"/> Enfermeiro	<input type="checkbox"/> Anestesiologista
3. Formação:	
<input type="checkbox"/> Graduação	<input type="checkbox"/> Doutorado
<input type="checkbox"/> Especialização	<input type="checkbox"/> Pós Doutorado
<input type="checkbox"/> Mestrado	
4. Tempo de atuação profissional:	
<input type="checkbox"/> Menos que 5 anos.	<input type="checkbox"/> Entre 20 e 25 anos.
<input type="checkbox"/> Entre 5 e 10 anos.	<input type="checkbox"/> Entre 25 e 30 anos.
<input type="checkbox"/> Entre 10 e 15 anos.	<input type="checkbox"/> Mais que 30 anos.
<input type="checkbox"/> Entre 15 e 20 anos.	
5. Campo de atuação profissional:	
<input type="checkbox"/> Hospitalar.	<input type="checkbox"/> Ambos.
<input type="checkbox"/> Academia.	
<input type="checkbox"/> Outros:	
6. Tipo de Instituição em que atua profissionalmente:	
<input type="checkbox"/> Pública.	<input type="checkbox"/> Ambos.
<input type="checkbox"/> Privada.	
<input type="checkbox"/> Outros:	
7. Porte da instituição em que atua profissionalmente:	
<input type="checkbox"/> Pequeno porte (até 50 leitos).	<input type="checkbox"/> Grande porte (entre 151 a 500 leitos).
<input type="checkbox"/> Médio porte (entre 51 a 150 leitos).	<input type="checkbox"/> Especial (acima de 500 leitos).

APÊNDICE G

Termo de consentimento livre e esclarecido

“Elaboração e validação de um protocolo de manejo da sede no pós-operatório”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar voluntariamente da pesquisa **“Elaboração e validação de um protocolo de manejo da sede no pós-operatório”**, realizada no **“Hospital Universitário de Londrina”**. O objetivo da pesquisa é “criar e validar um protocolo de manejo da sede durante o pós-operatório”.

A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: depois de sua cirurgia, será perguntado se está sentindo sede. Se estiver com sede, será avaliado o protocolo, contendo perguntas sobre a presença de náuseas e vômitos e também os pesquisadores solicitaram que você tussa. Esta avaliação será realizada duas vezes, com dois pesquisadores. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa.

Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios esperados são verificar a fidedignidade do protocolo de manejo da sede na sala de recuperação anestésica. Não terá nenhum risco pessoal inerente a pesquisa.

Informamos que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue a você.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE:

Eu, _____, no dia ____/____/_____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas e sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e mudar minha decisão se assim o desejar. Concordando assim em participar voluntariamente da pesquisa.

Assinatura ou Impressão dactiloscópica do participante

Assinatura: _____

Impressão dactiloscópica:

APÊNDICE H

Instrumento de validação dos procedimentos operacionais

Anexo 1

Protocolo de Manejo Seguro da Sede no pós-operatório imediato (PMMS)

Em presença de sede, realizar avaliação clínica seguindo os itens abaixo:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

Consciente, alerta: Conversa, verbaliza sede, tem respostas coerentes e está orientado

Sonolento: Acorda após comando verbal, faz contato visual e resposta verbal compreensível, voltando a dormir após o término do estímulo

PROTEÇÃO DE VIAS AÉREAS

Apresenta tosse ao comando verbal: Inspira e utiliza os músculos torácicos e abdominais, com expulsão de alto fluxo de ar

Não apresenta tosse ao comando verbal

Apresenta deglutição voluntária ou ao comando verbal

Não apresenta deglutição ao comando verbal

NÁUSEAS E VÔMITOS

Não apresenta queixas de náuseas

Apresenta queixas de náuseas

Não apresenta vômitos

Apresenta vômitos

ADMINISTRAR MÉTODO DE ALÍVIO DA SEDE

Procedimentos Operacionais

Procedimentos a serem realizados para avaliar cada item do PMSS

- 1. Observar se o paciente está acordado.
 - 2. Questionar se ele apresenta sede
 - 3. Perguntar:
 - Qual é seu nome?
 - Onde você está?
 - 4. Aguardar 15 segundos sem estimular o paciente, observando se não volta dormir
- 1. Posicionar as mãos no abdome e tórax do paciente
 - 2. Solicitar que o paciente tussa
 - 3. Avaliar utilização dos músculos abdominais e torácicos durante a tosse
 - 4. Observar a expulsão de alto fluxo de ar
- 1. Solicitar que o paciente degluta
 - 2. Verificar se ele consegue obedecer ao comando
 - 3. Observar a elevação da laringe durante a deglutição
- 1. Questionar o paciente sobre a presença de náusea
- 1. Questionar o paciente e observar a presença de vômito
- 1. Elevar a cabeceira do paciente
 - 2. Administrar o método de alívio da sede

Somente esta parte será validada

MANUAL OPERACIONAL DOS ATRIBUTOS LATENTES DO PROTOCOLO DE MANEJO DA SEDE

Indicador: Avaliação do Nível de Consciência

1. Descritor:

Consciência é definida como a capacidade do indivíduo de reconhecer a si mesmo e aos estímulos do ambiente e a capacidade de responder corretamente a estes estímulos. As alterações no nível de consciência se relacionam em estados de desorientação no tempo e no espaço até o coma profundo. Estados intermediários de alterações na consciência podem ser observados.

A **sonolência** ou letargia é um estado de diminuição do nível de consciência em que o paciente consegue se manter acordado com estímulos leves, apresenta resposta verbal compreensível, mas volta a dormir quando não está sendo estimulado.

A *American Society of Anesthesiologists* (ASA) recomenda que o estado mental deve ser avaliado periodicamente durante o tempo de recuperação pós-anestésica do paciente, detectando assim possíveis complicações e atuando de maneira rápida e eficaz.

2. Fundamentação científica:

- ASA Task Force on Postanesthetic Care: Practice guidelines for postanesthetic care. *Anesthesiology*, 2002;96:742-752.
- Berger JR. Clinical approach to stupor and coma. In: Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J. *Neurology in clinical practice. Principles of diagnosis and management*. 4th ed. Salt Lake: Elsevier; 2004. v.1, p.43-64.
- Práticas Recomendadas SOBECC / Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. – 5ª edição. São Paulo: SOBECC, 2009.

3. Fontes de Informação:

A avaliação do nível de consciência deve englobar uma descrição do estado de alerta do paciente, em resposta a estímulos verbais. O objetivo é determinar se existe alguma alteração do nível de consciência, e assim avaliar o paciente quanto a segurança em administrar métodos de alívio da sede.

4. Procedimentos Operacionais: Ao avaliar o paciente, os seguintes passos devem ser observados:

- ✓ Observar se o paciente está acordado.
- ✓ Questionar se ele apresenta sede
- ✓ Perguntar:
- ✓ Qual é seu nome?

✓ Onde você está?

✓ Aguardar 15 segundos sem estimular o paciente, observando se não volta dormir.

5. **Crítérios para qualificação da avaliação:**

- **Consciente, alerta:** Conversa, verbaliza sede, tem respostas coerentes e está orientado;
 - **Sonolento:** Acorda após comando verbal, faz contato visual, tem resposta verbal compreensível e voltando a dormir após o término do estímulo.
6. **Periodicidade da avaliação:** A avaliação do nível de consciência é o primeiro item a ser avaliado pelo protocolo de manejo da sede no pós-operatório. Caso o paciente esteja sonolento ou com o nível de consciência mais rebaixado, interromper o protocolo, retomando a avaliação após 15 minutos.

Indicador: Proteção de Vias Aéreas

6. **Descritor:**

A **proteção de vias aéreas** é um conjunto de mecanismos fisiológicos que trabalham concomitantemente com a finalidade de evitar que ocorra a aspiração laringo-traqueal, ou seja, evitando que o alimento, saliva ou conteúdos gástrico sejam conduzidos a traquéia. Dois mecanismos de proteção de vias aéreas foram definidos para este protocolo: a tosse e a deglutição.

A **tosse** é definida como um reflexo de proteção das vias aéreas, podendo ser voluntária ou involuntária. Os benefícios da tosse estão relacionados à eliminação das secreções das vias aéreas devido ao aumento da pressão positiva pleural, determinando a compressão das vias aéreas de pequeno calibre e por meio da produção de alta velocidade do fluxo nas vias aéreas.

Atosse desencadeia um alto fluxo expiratório, empregando energia cinética da musculatura expiratória e da retração elástica do pulmão. Dessa forma, ocorre o deslocamento de materiais líquidos e sólidos, eventualmente aspirados, e a sua condução a faringe, para posterior expectoração ou deglutição. A tosse pode ser dividida em quatro fases: nervosa (quando o estímulo é captado por receptores irritativos nas vias aéreas altas, enviado para o centro bulbar e retorna para acionar a musculatura respiratória e a glote); inspiratória (ocorre a contração dos músculos inspiratórios, aumentando o volume pulmonar e da força de retração elástica do pulmão); compressiva (logo após a fase inspiratória, a glote se fecha e acontece um esforço expiratório que permite aos músculos a geração de altas pressões no pulmão); explosiva (após a fase compressiva, ocorre a abertura da glote provocando um alto fluxo expiratório, realizando assim a retirada das secreções). A observância destas fases é necessária para que o paciente tenha uma tosse eficaz.

A tosse ineficaz é caracterizada quando os receptores periféricos, o controle central da musculatura respiratória ou o aparelho musculoesquelético forem de alguma maneira, afetados por anormalidades.

A **Deglutição** é definida como o deslocamento do bolo alimentar da boca até o estômago de forma segura e eficaz. A deglutição consiste em duas fases, uma voluntária e outra involuntária. A fase voluntária se dá por meio das etapas preparatórias e oral, preparando o alimento para ser deglutido e a fase involuntária, pela etapa laríngea e esofágica, que são etapas automáticas que normalmente não pode ser interrompidas. Diferentes estímulos podem iniciar o processo de deglutição, inclusive os estímulos frios apresentaram melhores respostas do que aqueles próximos à temperatura corporal, especialmente nas estruturas como a úvula, tonsilas palatinas e arcos palatoglosso em sua porção superior.

7. **Fundamentação científica:**

- Guyton AC, Hall JE. Tratado de Fisiologia Médica. 11ª ed. Rio de Janeiro, Elsevier Ed., 2006.
- Lynch CS. Análise da fisiologia da deglutição por meio da ultra-sonografia [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008. 107pg.
- Pereira NAV, Motta AR, Vicente LCC. Reflexo da deglutição: análise sobre eficiência de diferentes estímulos em jovens saudáveis. Pró-Fono Revista de Atualização Científica. 2008 jul-set;20(3):159-64.
- Práticas Recomendadas SOBECC / Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. – 5ª edição. São Paulo: SOBECC, 2009.
- Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. II diretrizes Brasileiras no Manejo da Tosse Crônica, J Bras Pneumol 2006. 32 (supp 6): S 403-446.
- MACHADO, MARIA DA GLÓRIA R. Bases da Fisioterapia Respiratória – Terapia Intensiva e Reabilitação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

3. **Fontes de Informação:**

A avaliação dos mecanismos de proteção de vias aéreas deve contemplar a observação da tosse por meio da solicitação que o paciente tussa. As seguintes fases do ciclo da tosse devem ser observadas: inspiração, utilização da musculatura abdominal e torácica e a consequente expulsão de alto fluxo de ar. Quando o paciente não apresentar as fases sequenciais do ciclo da tosse, ele deve ser caracterizado como não apresenta tosse.

A avaliação da deglutição segue de forma semelhante a da tosse. Solicita-se que o paciente degluta, observando os movimentos característicos do processo de deglutição. Caso o paciente não apresentar estes movimentos, assinala-se que ele não apresenta deglutição.

4. **Procedimentos Operacionais: Ao avaliar o paciente, os seguintes passos devem ser observados:**

Tosse

- ✓ Posicionar as mãos no abdome e tórax do paciente

- ✓ Solicitar que o paciente tussa
 - ✓ Avaliar utilização dos músculos abdominais e torácicos durante a tosse
 - ✓ Observar a expulsão de alto fluxo de ar
- Deglutição**
- ✓ Solicitar que o paciente degluta
 - ✓ Verificar se ele consegue obedecer ao comando
 - ✓ Observar a elevação da laringe durante a deglutição

5. Critérios para qualificação da avaliação:

Tosse:

- **Apresenta tosse ao comando verbal:** Inspira e utiliza os músculos torácicos e abdominais com expulsão de alto fluxo de ar;
- **Não apresenta tosse ao comando verbal.**

Deglutição:

- **Apresenta deglutição voluntária ou ao comando verbal;**
- **Não apresenta deglutição.**

6. Periodicidade da avaliação: As avaliações dos mecanismos de proteção de vias aéreas contemplam o segundo item de avaliação do Protocolo de Segurança Para o Manejo da Sede no pós-operatório. Caso o paciente não tenha tosse e/ou deglutição espontânea ou ao comando, a avaliação deve ser interrompida e a avaliação deve ser retomada em 15 minutos, avaliando o protocolo desde o início.

Indicador: Náuseas e Vômitos

1. Descritor:

Náuseas e vômitos podem ocorrer a qualquer momento durante ou após um procedimento cirúrgico. As náuseas e vômitos no pós-operatório são complicações frequentes da anestesia e atualmente sua incidência global permanece em cerca de 20% a 30%.

O risco para náuseas e vômitos pode estar relacionado a três fatores: o cliente, as técnicas anestésicas e o procedimento cirúrgico. A mobilização visceral, o uso da medicação anestésica ou de opiáceos no pós-operatório, observados nas cirurgias abdominais, tem como consequência frequente as náuseas e vômitos. Várias drogas utilizadas no procedimento anestésico-cirúrgico podem causar reações adversas como náuseas e vômitos. Dentre estas: Alfentanil, Remifentanil, Sufentanil, Dopamina, Cloridrato Esmolol, Etomidato, Furosemida, Hidrocortisona, Metoprolol, Midazolan, Sulfato de Morfina, Neostigmina, halotano, Isoflurano, Óxido Nitroso e Sevoflurano, drogas comumente utilizadas na prática anestésica.

A mais séria complicação relacionada ao vômito e a anestesia é a pneumonia aspirativa. Desta forma, preconiza-se jejum pré-operatório que se estende até o pós, muitas vezes por tempo desnecessariamente prolongado. Um volume gástrico de 16 a 36 ml foi considerado insignificante quando correlacionado com a incidência de náuseas e vômitos no pós-operatório, indicando que a administração de pequenos volumes de líquido, como o proposto por este protocolo, é seguro.

Náusea é o termo usado para descrever os eventos musculares de vômitos sem expulsão do conteúdo gástrico. A náusea se refere a uma sensação subjetiva da necessidade de vomitar. O paciente com náusea pode ou não apresentar vômito.

Vômitos ou emese é uma séria complicação pós-anestésica e acontece por contração do diafragma e músculos abdominais e relaxamento do esfíncter esofágico expulsando o conteúdo gástrico. Caso o paciente não tenha recuperado seus reflexos de proteção de vias aéreas, ele pode aspirar o conteúdo gástrico. A aspiração do conteúdo gástrico é uma complicação grave que leva a um quadro de pneumonia aspirativa, com índice de mortalidade alto. A recuperação é longa e dispendiosa, pois em parte é feita nas Unidades de Tratamento Intensivo.

A ASA coloca que a avaliação de rotina e monitoramento de náuseas e vômitos detecta complicações e reduz os resultados adversos durante o período de pós-operatório.

2. Fundamentação científica:

- ASA Task Force on Postanesthetic Care: Practice guidelines for postanesthetic care. *Anesthesiology*, 2002;96:742-752.
- Bogossian I. Manual de pré e pós-operatório. 2ª edição. Rio de Janeiro: médica e científica; 1995.
- Gayton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica, 10ª ed., Rio de Janeiro: EDITORA guanabara Koogan, 2002.
- Lages N. et all. Náuseas e vômitos no pós-operatório: uma revisão do “pequeno-grande” problema. *Rev Brasileira de enfermagem*, set-out 2005; vol. 55, nº5, p. 575 – 585.

- Omoigui S. Manual de drogas usadas em anestesia, 2aed, São Paulo: editora Santos, 2001.
- Perlas A, Davis L, Khan M, Mitsakakis N, Chan VW. Gastric sonography in the fasted surgical patient: a prospective descriptive study. Anesth Analg. 2011 Jul;113(1):93-7.

3. Fontes de Informação:

A avaliação da presença de náuseas ou vômitos deve ser realizada por meio do questionamento ao paciente. Caso exista a observação da presença de vômitos ou a resposta positiva quando a presença de náuseas, a avaliação deve ser interrompida.

4. Procedimentos Operacionais: Ao avaliar o paciente, os seguintes passos devem ser observados:

Náusea

- ✓ Questionar o paciente sobre a presença de náusea

Vômito

- ✓ Questionar o paciente e observar a presença de vômito

5. Critérios para qualificação da avaliação:

A presença de náuseas e vômitos contra indicam a administração de gelo para o alívio da sede.

Náusea:

- Não apresenta queixas de náuseas
- Apresenta queixas de náuseas

Vômito:

- Não apresenta vômitos
- Apresenta vômitos

- ### 6. Periodicidade da avaliação:
- A avaliação da presença de náuseas e vômitos fazem parte da terceira e última etapa de avaliação da segurança para a administração dos métodos de alívio da sede. Caso o paciente apresente vômitos ou queixas de náuseas, o protocolo deve ser interrompido, voltando a ser realizado nos próximos 15 minutos, partindo do início do protocolo.

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS DO PROTOCOLO DE SEGURANÇA PARA O MANEJO DA SEDE

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

O objetivo deste instrumento é o de captar o parecer dos juízes pesquisadores acerca dos procedimentos operacionais do “**Protocolo de Segurança Para o Manejo da Sede**”.

Este instrumento é uma adaptação do estudo de Vituri (2007), e é composto por uma coluna onde estão enunciados os procedimentos operacionais a serem realizados para a avaliação da segurança na aplicação dos métodos de manejo da sede e oito colunas com os requisitos a serem analisados, subdivididas em duas colunas de respostas dicotômicas “sim” e “não” que devem ser assinaladas com um “X”. Os campos para preenchimento estão coloridos em azul pastel. Os Procedimentos Operacionais estão assinalados em amarelo.

Assinalar com um “X” na opção “SIM” se o item de avaliação preencher o requisito e, na opção “NÃO” se não preencher o requisito.

Marcar somente uma opção.

REQUISITOS A SEREM ANALISADOS PARA CADA UM DOS ITENS DE AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO DE SEGURANÇA PARA O MANEJO DA SEDE NO PÓS-OPERATÓRIO	
1. Comportamental	Permite ação de avaliação clara e precisa.
2. Objetividade	Permite resposta pontual.
3. Simplicidade	Expressa uma única ideia.
4. Clareza	Explicitado de forma clara, simples e inequívoca.
5. Pertinência	Não insinua atributo divergente do definido.
6. Precisão	Cada item de avaliação é distinto dos demais, não se confundem.
7. Variedade	Os termos utilizados, embora parecidos, não se repetem.
8. Credibilidade	Está descrito de maneira que não pareça despropositado.

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS DO PROTOCOLO DE SEGURANÇA PARA O MANEJO DA SEDE

Avaliação no Nível de Consciência

- NÍVEL DE CONSCIÊNCIA**
- () Consciente, alerta: Conversa, verbaliza sede, tem respostas coerentes e está orientado
- () Sonolento: Acorda após comando verbal, faz contato visual e resposta verbal compreensível, voltando a dormir após o término do estímulo



Procedimentos Operacionais

1. Observar se o paciente está acordado.
2. Questionar se ele apresenta sede
3. Perguntar:
 - Qual é seu nome?
 - Onde você está?
4. Aguardar 15 segundos sem estimular o paciente, observando se não volta dormir

Itens	Comportamental		Objetividade		Simplicidade		Clareza		Pertinência		Precisão		Variedade		Credibilidade	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
✓ Observar se o paciente está acordado.																
✓ Questionar se ele apresenta sede																
✓ Perguntar:																
✓ Qual é seu nome?	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
✓ Onde você está?	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
✓ Aguardar 15 segundos sem estimular o paciente, observando se não volta dormir.																
Outros Comentários e Sugestões:																

✓ Verificar se ele consegue obedecer ao comando ✓ Observar a elevação da laringe durante a deglutição																	
Outros Comentários e Sugestões:																	

Náuseas e Vômitos

NÁUSEAS E VÔMITOS

Não apresenta queixas de náuseas

Apresenta queixas de náuseas

Não apresenta vômitos

Apresenta vômitos

Procedimentos Operacionais

- 1. Questionar o paciente sobre a presença de náusea
- 1. Questionar o paciente e observar a presença de vômito

Itens	Comportament al		Objetividade		Simplicidade		Clareza		Pertinência		Precisão		Variedade		Credibilidade	
	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Si m ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Náuseas ✓ Questionar o paciente sobre a presença de náusea	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Si m ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Vômitos ✓ Questionar o paciente e	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Si m ()	Não ()	Sim ()	Não ()

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS DO PROTOCOLO DE SEGURANÇA PARA O MANEJO DA SEDE

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

O objetivo deste instrumento é o de captar o parecer dos juízes pesquisadores acerca dos atributos dos Procedimentos Operacionais dos indicadores explicitados no “Protocolo de Segurança Para o Manejo da Sede”.

Este instrumento foi adaptado dos estudos de Vituri (2007), e é composto por uma coluna onde está enunciado o requisito a ser analisado, sete colunas com os atributos a serem pontuados com o **número 1, 2, 3 ou 4**, de acordo com uma das quatro opções de respostas. Os campos para preenchimento estão coloridos em azul pastel.

Marcar somente uma opção.

ATRIBUTOS:

ATRIBUTOS A SEREM AVALIADOS PARA CADA UM DOS ITENS DE AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO DE SEGURANÇA PARA O MANEJO DA SEDE NO PÓS-OPERATÓRIO	
1. Atribuível	Reflete aspecto de qualidade para o cuidado de enfermagem.
2. Acessível	Os dados são acessados rapidamente com o mínimo de esforço extra e custo.
3. Comunicável	A relevância da medida pode ser facilmente comunicada e compreendida.
4. Contextualizável	A medida pode ser obtida livre de contexto ou, os efeitos do contexto podem ser ajustados.
5. Efetivo/Preciso	Mede o que se propõe a medir.
6. Exequível	A medida é aplicável.
7. Objetivo	A medida permite ação de mensuração clara e precisa, sem julgamento subjetivo.

RESPOSTAS:

ROL DE RESPOSTAS POSSÍVEIS PARA OS ATRIBUTOS DO CONJUNTO DOS ITENS DE AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO DE SEGURANÇA PARA O MANEJO DA SEDE NO PÓS-OPERATÓRIO	
1	Não contempla o atributo.
2	Incapaz de contemplar o atributo sem revisão.
3	Contempla o atributo, mas precisa de alteração mínima.
4	Contempla o atributo.

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS ATRIBUTOS PROTOCOLO DE SEGURANÇA PARA O MANEJO DA SEDE NO PÓS-OPERATÓRIO

Indicador: Avaliação do Nível de Consciência

Procedimentos Operacionais

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

() Consciente, alerta: Conversa, verbaliza sede, tem respostas coerentes e está orientado

() Sonolento: Acorda após comando verbal, faz contato visual e resposta verbal compreensível, voltando a dormir após o término do estímulo



1. Observar se o paciente está acordado.
2. Questionar se ele apresenta sede
3. Perguntar:
 - Qual é seu nome?
 - Onde você está?
4. Aguardar 15 segundos sem estimular o paciente, observando se não volta dormir

ITENS:

- ✓ Observar se o paciente está acordado.
- ✓ Questionar se ele apresenta sede
- ✓ Perguntar:
 - ✓ Qual é seu nome?
 - ✓ Onde você está?
- ✓ Aguardar 15 segundos sem estimular o paciente, observando se não volta dormir.

Atribuível	Acessível	Comunicável	Contextualizável	Efetivo/Preciso	Exequível	Objetivo

Outros Comentários e Sugestões:

Indicador: Proteção de Vias Aéreas

PROTEÇÃO DE VIAS AÉREAS

Apresenta tosse ao comando verbal: Inspira e utiliza os músculos torácicos e abdominais, com expulsão de alto fluxo de ar

Não apresenta tosse ao comando verbal

Apresenta deglutição voluntária ou ao comando verbal

Não apresenta deglutição ao comando verbal

Procedimentos Operacionais

1. Posicionar as mãos no abdome e tórax do paciente
2. Solicitar que o paciente tussa
3. Avaliar utilização dos músculos abdominais e torácicos durante a tosse
4. Observar a expulsão de alto fluxo de ar

1. Solicitar que o paciente degluta
2. Verificar se ele consegue obedecer ao comando
3. Observar a elevação da laringe durante a deglutição

ITENS:

Tosse

- ✓ Posicionar as mãos no abdome e tórax do paciente
- ✓ Solicitar que o paciente tussa
- ✓ Avaliar utilização dos músculos abdominais e torácicos durante a tosse
- ✓ Observar a expulsão de alto fluxo de ar

Deglutição

- ✓ Solicitar que o paciente degluta
- ✓ Verificar se ele consegue obedecer ao comando

Observar a elevação da laringe durante a deglutição

Atribuível	Acessível	Comunicável	Contextualizável	Efetivo/Preciso	Exequível	Objetivo

Outros Comentários e Sugestões:

Indicador: Náuseas e Vômitos**NÁUSEAS E VÔMITOS** Não apresenta queixas de náuseas Apresenta queixas de náuseas Não apresenta vômitos Apresenta vômitos**Procedimentos Operacionais**

1. Questionar o paciente sobre a presença de náusea

1. Questionar o paciente e observar a presença de vômito

ITENS:**Náusea**

- ✓ Questionar o paciente sobre a presença de náusea

Vômito

- ✓ Questionar o paciente e observar a presença de vômito

Atribuível	Acessível	Comunicável	Contextualizável	Efetivo/Preciso	Exequível	Objetivo

Outros Comentários e Sugestões:

INSTRUMENTO 3: CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES

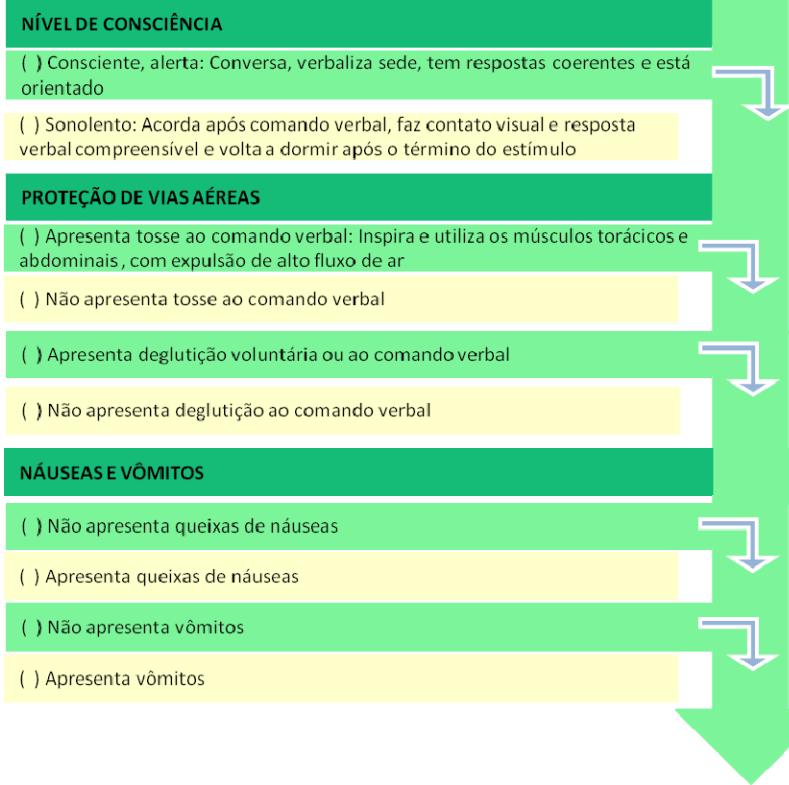
1. Faixa etária:	
<input type="checkbox"/> Entre 20 a 30 anos.	<input type="checkbox"/> entre 41 a 50 anos.
<input type="checkbox"/> Entre 31 a 40 anos.	<input type="checkbox"/> Mais que 50 anos.
2. Formação:	
<input type="checkbox"/> Enfermeiro	<input type="checkbox"/> Anestesiologista
3. Formação:	
<input type="checkbox"/> Graduação	<input type="checkbox"/> Doutorado
<input type="checkbox"/> Especialização	<input type="checkbox"/> Pós Doutorado
<input type="checkbox"/> Mestrado	
4. Tempo de atuação profissional:	
<input type="checkbox"/> Menos que 5 anos.	<input type="checkbox"/> Entre 20 e 25 anos.
<input type="checkbox"/> Entre 5 e 10 anos.	<input type="checkbox"/> Entre 25 e 30 anos.
<input type="checkbox"/> Entre 10 e 15 anos.	<input type="checkbox"/> Mais que 30 anos.
<input type="checkbox"/> Entre 15 e 20 anos.	
5. Campo de atuação profissional:	
<input type="checkbox"/> Hospitalar.	<input type="checkbox"/> Ambos.
<input type="checkbox"/> Academia.	
<input type="checkbox"/> Outros:	
6. Tipo de Instituição em que atua profissionalmente:	
<input type="checkbox"/> Pública.	<input type="checkbox"/> Ambos.
<input type="checkbox"/> Privada.	
<input type="checkbox"/> Outros:	
7. Porte da instituição em que atua profissionalmente:	
<input type="checkbox"/> Pequeno porte (até 50 leitos).	<input type="checkbox"/> Grande porte (entre 151 a 500 leitos).
<input type="checkbox"/> Médio porte (entre 51 a 150 leitos).	<input type="checkbox"/> Especial (acima de 500 leitos).

APÊNDICE I

Protocolo de segurança para o manejo da sede eseu manual operacional

Protocolo de Segurança o para Manejo da Sede no pós-operatório imediato (PSMS)

Em presença de sede, realizar avaliação clínica seguindo os itens abaixo:



Procedimentos Operacionais

Procedimentos a serem realizados para avaliar cada item do PSMS

- 1. Observar se o paciente está acordado.
 - 2. Questionar se ele apresenta sede
 - 3. Perguntar:
 - Qual é seu nome?
 - Onde você está?
 - 4. Aguardar 15 segundos sem estimular o paciente, observando se não volta dormir
- 1. Posicionar as mãos no abdome e tórax do paciente
 - 2. Solicitar que o paciente tussa
 - 3. Avaliar utilização dos músculos abdominais e torácicos durante a tosse
 - 4. Observar a expulsão de alto fluxo de ar
- 1. Solicitar que o paciente degluta
 - 2. Verificar se ele consegue obedecer ao comando
 - 3. Observar a elevação da laringe durante a deglutição
- 1. Questionar o paciente sobre a presença de náusea
- 1. Questionar o paciente e observar a presença de vômito
- ADMINISTRAR MÉTODO DE ALÍVIO DA SEDE**
- 1. Elevar a cabeça do paciente
 - 2. Administrar o método de alívio da sede

MANUAL OPERACIONAL DOS ATRIBUTOS LATENTES DO PROTOCOLO DE SEGURANÇA PARA O MANEJO DA SEDE NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

1. Indicador: Avaliação do Nível de Consciência

Descritor: Define-se consciência como a capacidade de o indivíduo reconhecer a si mesmo e aos estímulos do ambiente e a capacidade de responder corretamente a esses estímulos. As alterações no nível de consciência relacionam-se com estados de desorientação no tempo e no espaço e até com o coma profundo. Também se podem observar estados intermediários de alterações na consciência.

A sonolência ou letargia é um estado de diminuição do nível de consciência em que o paciente consegue manter-se acordado com estímulos leves, apresenta resposta verbal compreensível, mas volta a dormir quando não está sendo estimulado.

A *American Society of Anesthesiologists* (ASA) recomenda a avaliação periódica do estado mental do paciente durante o tempo de recuperação pós-anestésica, para detecção e rápida solução de possíveis complicações.

Fundamentação científica:

ASA Task Force on Postanesthetic Care: Practice guidelines for postanesthetic care. *Anesthesiology*, 2002;96:742-752.

Berger JR. Clinical approach to stupor and coma. In: Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J. *Neurology in clinical practice. Principles of diagnosis and management*. 4th ed. Salt Lake: Elsevier; 2004. v.1, p.43-64.

Práticas Recomendadas SOBECC / Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. – 6ª ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

Fontes de Informação: A avaliação do nível de consciência deve englobar uma descrição do estado de alerta do paciente em resposta a estímulos verbais. O objetivo é determinar se há alguma alteração do nível de consciência e assim avaliar o paciente quanto à segurança em administrar métodos de alívio da sede.

Procedimentos Operacionais:

Observar se o paciente está acordado.

Questionar se ele apresenta sede

Perguntar: Qual é seu nome? Onde você está?

Aguardar 15 segundos sem estimular o paciente, observando se não volta dormir.

Crterios para qualificação da avaliação:

- Consciente, alerta: Conversa, verbaliza sede, tem respostas coerentes e está orientado;
- Sonolento: Acorda após comando verbal, faz contato visual, tem resposta verbal compreensível e volta a dormir ao término do estímulo.

Periodicidade da avaliação: Verificar o nível de consciência é o primeiro item a ser avaliado pelo protocolo de manejo da sede no pós-operatório. Caso o paciente esteja sonolento ou com o nível de consciência mais rebaixado, interromper o protocolo, retomando a avaliação após 15 minutos.

2. Indicador: Proteção de Vias Aéreas

Descritor: Trata-se de um conjunto de mecanismos fisiológicos os quais trabalham concomitantemente com a finalidade de evitar a aspiração laringotraqueal (alimento, saliva ou conteúdos gástricos conduzidos à traqueia). Para este protocolo, definiram-se dois mecanismos de proteção de vias aéreas: a tosse e a deglutição.

A tosse, voluntária ou involuntária, é um reflexo de proteção das vias aéreas. Seus benefícios relacionam-se à eliminação das secreções devido ao aumento da pressão pleural positiva, o que leva à compressão das vias aéreas de pequeno calibre, produzindo alta velocidade do fluxo nas vias aéreas.

A tosse desencadeia um alto fluxo expiratório, empregando energia cinética da musculatura expiratória e da retração elástica do pulmão. Dessa forma, ocorre o deslocamento de materiais líquidos e sólidos, eventualmente aspirados, e a sua condução à faringe, para posterior expectoração ou deglutição. A tosse eficaz compreende quatro fases: nervosa (receptores irritativos nas vias aéreas altas captam o estímulo e o enviam para o centro bulbar, de onde retorna para acionar a musculatura respiratória e a glote); inspiratória (ocorre a contração dos músculos inspiratórios, aumentando o volume pulmonar e a força de retração elástica do pulmão); compressiva (logo após a fase inspiratória, a glote se fecha e há um esforço expiratório que permite aos músculos a geração de altas pressões no pulmão); explosiva (após a fase compressiva, a glote se abre num alto fluxo expiratório, provocando assim a retirada das secreções).

A tosse é considerada ineficaz quando os receptores periféricos, o controle central da musculatura respiratória ou o aparelho musculoesquelético forem, de alguma maneira, afetados por anormalidades.

A deglutição é o deslocamento do bolo alimentar desde a boca até o estômago, de modo seguro e eficaz. Consiste em duas fases, uma voluntária e outra involuntária. A fase voluntária é oral e se dá por etapas preparatórias, preparando o alimento para ser deglutido; a fase involuntária corresponde às etapas laríngea e esofágica, que são automáticas e

normalmente não podem ser interrompidas. Diferentes estímulos iniciam o processo de deglutição – os estímulos frios apresentaram até mesmo melhores respostas do que aqueles próximos à temperatura corporal, especialmente em estruturas como da úvula, tonsilas palatinas e arcos palatoglossos em sua porção superior.

Fundamentação científica:

Guyton AC, Hall JE. Tratado de Fisiologia Médica. 11ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

Lynch CS. Análise da fisiologia da deglutição por meio da ultrassonografia [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008. 107p.

Pereira NAV, Motta AR, Vicente LCC. Reflexo da deglutição: análise sobre eficiência de diferentes estímulos em jovens sadios. Pró-Fono Revista de Atualização Científica. 2008 jul-set;20(3):159-64.

Práticas Recomendadas SOBECC / Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. – 6ª ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. II Diretrizes Brasileiras no Manejo da Tosse Crônica, J BrasPneumol 2006. 32 (supp6): S 403-446.

Machado MGR. Bases da fisioterapia respiratória – terapia intensiva e reabilitação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

Fontes de Informação: Avaliar os mecanismos de proteção de vias aéreas requer a observação da tosse do paciente mediante a solicitação para que tussa. Devem-se observar as seguintes fases do ciclo da tosse: inspiração, utilização da musculatura abdominal e torácica e a consequente expulsão de alto fluxo de ar. Quando o paciente não apresentar as fases sequenciais do ciclo, deve-se caracterizá-lo como “não apresenta tosse”.

A avaliação da deglutição segue de forma semelhante à da tosse. Solicita-se ao paciente que degluta observando-se os movimentos característicos do processo. Caso esses movimentos não estejam presentes, assinala-se que o paciente não apresenta deglutição.

Procedimentos Operacionais:

Posicionar as mãos no abdome e tórax do paciente

Solicitar que o paciente tussa

Avaliar utilização dos músculos abdominais e torácicos durante a tosse

Observar a expulsão de alto fluxo de ar

Critérios para qualificação da avaliação:

Tosse:

- Apresenta tosse ao comando verbal: Inspira e utiliza os músculos torácicos e abdominais com expulsão de alto fluxo de ar;
- Não apresenta tosse ao comando verbal.

Deglutição:

- Apresenta deglutição voluntária ou ao comando verbal;
- Não apresenta deglutição.

Periodicidade da avaliação: As avaliações dos mecanismos de proteção de vias aéreas contemplam o segundo item de avaliação do Protocolo de Segurança Para o Manejo da Sede no pós-operatório. Caso o paciente não tenha tosse e/ou deglutição espontânea ou ao comando, deve-se interromper a avaliação e retomá-la em 15 minutos, avaliando o protocolo desde o início.

3. Indicador: Náuseas e Vômitos

Descritor: Náuseas e vômitos podem ocorrer a qualquer momento durante ou após um procedimento cirúrgico. No pós-operatório, são complicações frequentes da anestesia e atualmente sua incidência global permanece em cerca de 20% a 30%.

O risco para náuseas e vômitos pode estar relacionado a três fatores: o cliente, as técnicas anestésicas e o procedimento cirúrgico. A mobilização visceral durante o ato cirúrgico e o uso da medicação anestésica ou de opiáceos no pós-operatório, têm como consequência frequente as náuseas e vômitos. Várias das drogas utilizadas no procedimento anestésico-cirúrgico podem causar reações adversas como náuseas e vômitos. Dentre elas: Alfentanil, Remifentanil, Sufentanil, Dopamina, Cloridrato Esmolol, Etomidato, Furosemida, Hidrocortisona, Metoprolol, Midazolam, Sulfato de Morfina, Neostigmina, Halotano, Isoflurano, Óxido Nitroso e Sevoflurano.

A mais séria complicação relacionada ao vômito e à anestesia é a pneumonia aspirativa. Por isso se preconiza o jejum pré-operatório, que se estende até o pós, muitas vezes por tempo desnecessariamente prolongado. Considerou-se insignificante um volume gástrico de 16 a 36 ml quando correlacionado com a incidência de náuseas e vômitos no pós-operatório, indicando que é segura a administração de pequenos volumes de líquido, como o que este protocolo propõe.

Náusea é o termo que descreve os eventos musculares de vômitos sem expulsão do conteúdo gástrico. A náusea se refere a uma sensação subjetiva da necessidade de vomitar. O paciente com náusea pode ou não apresentar vômito.

Vômitos ou êmese é uma séria complicação pós-anestésica e se dá pela contração do diafragma e músculos abdominais e relaxamento do esfíncter esofágico expulsando o conteúdo gástrico. Caso o paciente não tenha recuperado seus reflexos de proteção de vias aéreas, ele pode aspirar o conteúdo gástrico, uma complicação grave que leva a um quadro de pneumonia aspirativa, com alto índice de mortalidade. A recuperação é longa e dispendiosa, pois é feita, em parte, nas Unidades de Tratamento Intensivo.

A ASA ressalta que, no pós-operatório, a avaliação de rotina e o monitoramento de náuseas e vômitos detectam complicações e reduzem os resultados adversos.

Fundamentação científica:

ASA Task Force on Postanesthetic Care: Practice guidelines for postanesthetic care. *Anesthesiology*, 2002;96:742-752.

Bogossian L. Manual de pré e pós-operatório. 2ª ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica; 1995.

Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. 10ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

Lages N. et al. Náuseas e vômitos no pós-operatório: uma revisão do “pequeno-grande” problema. *Rev. Bras. Anesthesiol*, set-out 2005; vol. 55, n.5, p. 575-85.

Omoigui S. Manual de drogas usadas em anestesia, 2ª ed., São Paulo: Santos, 2001.

Perlas A, Davis L, Khan M, Mitsakakis N, Chan VW. Gastric sonography in the fasted surgical patient: a prospective descriptive study. *Anesth Analg*. 2011 Jul;113(1):93-7.

Fontes de Informação: Deve-se avaliar a presença de náuseas ou vômitos questionando-se o paciente. Caso haja vômitos ou resposta positiva quanto à presença de náuseas, deve-se interromper a avaliação.

Procedimentos Operacionais:

Solicitar que o paciente degluta

Verificar se ele consegue obedecer ao comando

Observar a elevação da laringe durante a deglutição

Crterios para qualificação da avaliação: A presença de náuseas e/ou vômitos contraindica a administração de gelo para o alívio da sede.

Náusea:

- Não apresenta queixas de náuseas;
- Apresenta queixas de náuseas.

Vômito:

- Não apresenta vômitos;

- Apresenta vômitos.

Periodicidade da avaliação: Avaliar a presença de náuseas e vômitos faz parte da terceira e última etapa de avaliação da segurança para a administração dos métodos de alívio da sede. Caso o paciente apresente vômitos ou queixas de náuseas, o protocolo deve ser interrompido, voltando a ser realizado em 15 minutos, partindo do início do protocolo.

Eu lembro da água, tava com muita sede [...] você me deu umas pedrinhas de gelo, passou a sede na hora, isso eu lembro. Saciou a minha sede um pouco, bastante, até agora eu não tomei água nenhuma, saciou muito bem a minha sede. [...] Quando tiver lá (Sala de Recuperação Anestésica) não vai poder tomar muita água, então o gelo, pra mim foi o gelo. A única coisa que foi que não deixou a boca muito seca foi o gelinho.

Paciente Nove*

*Pesquisas em andamento no
Grupo de Estudos sobre a sede Perioperatório*

ANEXO A

Parecer do comitê de ética em pesquisa



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
Universidade Estadual de Londrina
Registro CONEP 5231

Parecer CEP/UEL:	049/2012
CAAE:	02299412.6.0000.5231
Processo:	11037/2012
Pesquisador(a):	Ligia Fahl Fonseca
Unidade/Órgão:	CCS – Departamento de Enfermagem

Prezado(a) Senhor(a):

O “Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina” (Registro CONEP 5231) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:

“SEDE DO PACIENTE CIRÚRGICO: compreensão da problemática e elaboração de estratégias para o manejo da sede no pós operatório”

Situação do Projeto: **Aprovado**

Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá ser encaminhado ao CEP/UEL relatório final da pesquisa, conforme prevê a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares.

Londrina, 15 de maio de 2012.

Prof. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
Universidade Estadual de Londrina

ANEXO B**INSTRUÇÕES AOS AUTORES – Revista da Escola de Enfermagem da USP**

ISSN 0080-6234 versão impressa

ISSN 1980-220x versão on-line

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Escopo e política

Forma e preparação de manuscritos

Modelo de referências

Envio de manuscritos

Declaração de responsabilidade e de cessão de direitos autorais

Escopo e política

Os artigos podem ser redigidos em português, inglês e espanhol e devem ser inéditos e destinar-se exclusivamente à Revista da Escola de Enfermagem da USP, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, na íntegra ou parcialmente, tanto no que se refere ao texto, como às figuras ou tabelas. Artigos que apresentarem semelhanças com outros já publicados serão excluídos do processo de avaliação em qualquer fase.

Nos casos dos artigos redigidos em inglês ou espanhol será solicitada uma cópia em português da versão final.

Nas pesquisas envolvendo seres humanos, os autores deverão enviar uma cópia da aprovação emitida por um Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa.

A REEUSP apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos derivados de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (www.icmje.org). O número de identificação deve ser registrado no final do resumo.

Os autores dos textos são por eles inteiramente responsáveis, devendo assinar e encaminhar a Declaração de Responsabilidade e de Cessão de Direitos Autorais, conforme modelo anexo. A Revista condena vigorosamente o plágio e o autoplágio. Os autores devem se certificar de que o conteúdo é inédito e original. Ideias já publicadas devem ser citadas corretamente, em conformidade com as normas.

A REEUSP possui uma edição on line no idioma inglês. Quando o trabalho for aprovado para publicação, a tradução deverá ser providenciada de acordo com as orientações da Revista, sendo o custo financeiro de responsabilidade dos autores

Categorias de artigos aceitos pela Revista

Artigo original: trabalho de pesquisa com resultados inéditos, com metodologia rigorosa, resultados claramente expostos, discussão adensada e que agregue valor à ciência de Enfermagem. Limitado a 15 páginas.

Estudo teórico: análise de construtos teóricos da ciência de enfermagem ou áreas correlatas, levando ao questionamento de modelos existentes e à elaboração de hipóteses para futuras pesquisas. Limitado a 15 páginas.

Artigo de revisão

Revisão integrativa: método de pesquisa que apresenta a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma área ou tema específicos, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento. São necessários padrões elevados de rigor metodológico e clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características dos estudos incluídos na revisão. Etapas da revisão integrativa: elaboração da pergunta norteadora, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa. Limitada a 20 páginas.

Revisão sistemática: método de pesquisa amplo, conduzido por meio da síntese

rigorosa de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, com o objetivo de responder claramente a uma questão específica e de relevância para a enfermagem ou para a saúde. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados, que poderão ou não incluir metanálise ou metassíntese. Limitada a 20 páginas.

Relato de experiência profissional: estudo de caso contendo análise de implicações conceituais, descrição de procedimentos com estratégias de intervenção ou evidência metodológica apropriada de avaliação de eficácia, de interesse para a atuação de enfermeiros em diferentes áreas. Limitado a 10 páginas.

Carta ao editor: destinada a comentários de leitores sobre os trabalhos publicados na Revista, expressando ou não concordância sobre o assunto abordado. Limitada a meia página.

Descrição dos procedimentos

Cada artigo submetido à Revista é inicialmente analisado pela Secretaria quanto ao cumprimento das normas estabelecidas nas Instruções aos Autores, sendo devolvido para adequação, em caso de não atendimento às normas. Se aprovado nessa fase, o artigo é encaminhado para a Editora Científica que, com a colaboração das Editoras Associadas, dará início à avaliação do conteúdo do ponto de vista científico e da contribuição ao desenvolvimento da ciência de Enfermagem. O artigo é então encaminhado para dois relatores, que o analisam com base no Instrumento de Análise e Parecer elaborado especificamente para tal finalidade e opinam sobre o rigor metodológico da abordagem utilizada. Havendo discordância nos pareceres, o artigo é encaminhado a um terceiro relator. O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. Os pareceres dos relatores são analisados pelo Conselho Editorial que, se necessário, indica as alterações a serem efetuadas. Os trabalhos seguem para publicação somente após a aprovação final dos pareceristas e do Conselho Editorial.

Eventuais **conflitos de interesse** devem ser esclarecidos.

Forma e preparação de manuscritos

O texto deve ser digitado na ortografia oficial em folhas de papel tamanho A4, com espaço entrelinhas de 1,5, fonte Times New Roman, tamanho 12, e margens

superior, inferior e laterais de 2,5 cm.

A Página de título deve conter:

Título do artigo (máximo de 16 palavras) em português, inglês e espanhol, sem abreviaturas e siglas; nomes completos e sem abreviações dos autores, numerados em algarismos arábicos, com a titulação universitária máxima de cada autor e as Instituições às quais pertencem; indicação do nome do autor responsável, seu endereço para correspondência, telefone para contato e e-mail. O uso de endereço residencial deve ser evitado, pois ficará disponível na Internet; quando o artigo for extraído de tese ou dissertação, indicar por asterisco, em nota de rodapé o título, o ano e a instituição onde foi apresentada;

Resumo: deve ser apresentado em português (resumo), inglês (abstract) e espanhol (resumen), com até 150 palavras (máximo de 900 caracteres), explicitando o objetivo da pesquisa, o método, os resultados e a conclusão.

Descritores: devem ser indicados de três a seis descritores que permitam identificar o assunto do trabalho, acompanhando o idioma dos resumos: português (descritores), inglês (descriptors) e espanhol (descriptores), extraídos do vocabulário DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), elaborado pela BIREME, ou MeSH (Medical Subject Headings), elaborado pela NLM (National Library of Medicine).

Texto

O corpo do texto do artigo deverá conter parágrafos distintos com: **Introdução, Método, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.**

Introdução: deve ser breve, definir o problema estudado, destacando a sua importância, e as lacunas do conhecimento.

Método: os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. É necessário inserir o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e informar que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos.

Resultados: devem ser apresentados de forma clara e objetiva, descrevendo somente os dados encontrados, sem interpretações ou comentários. Podem ser acompanhados por tabelas, quadros e figuras, para facilitar a compreensão. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito nas ilustrações.

Discussão: deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando aspectos novos e relevantes observados no estudo e discutindo as concordâncias e as divergências com outras pesquisas já publicadas.

Conclusão: deve corresponder aos objetivos ou às hipóteses do estudo, fundamentada nos resultados e na discussão, coerente com o título, a proposição e o método adotados. As limitações do estudo também devem ser destacadas.

Referências:

No texto, as citações devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses, sem menção do nome dos autores. Se forem sequenciais, deverão ser indicados o primeiro e o último número, separados por hífen, ex.: (1-4) ; quando intercalados, deverão ser separados por vírgula, ex.: (1-2,4).

As referências dos documentos impressos e eletrônicos devem ser apresentadas de acordo com o Estilo "Vancouver", elaborado pelo ICMJE, disponível no endereço eletrônico (<http://www.icmje.org>) e os títulos dos periódicos abreviados de acordo com a List of Journals Indexed for MEDLINE (<http://www.nlm.gov/tsd/serials/lji.html>).

Incluir as referências estritamente pertinentes ao assunto abordado, atualizadas (5 anos), de abrangência nacional e internacional. Evitar a inclusão de número excessivo de referências na mesma citação. A lista apresentada no final do artigo deve ser numerada de acordo com a sequência em que os autores foram citados no texto. O número de referências não deve ultrapassar a 30. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Os artigos publicados na Revista da Escola de Enfermagem da USP devem ser citados preferencialmente no idioma inglês, na versão on line, a partir de 2009.

Depoimentos: frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa devem ser citados entre aspas, em itálico, com sua identificação codificada a critério do autor e entre parênteses.

Ilustrações: tabelas, quadros e figuras, no máximo de cinco, obrigatoriamente, devem estar inseridas no corpo do texto do artigo.

Fotos e Imagens – serão publicadas exclusivamente em P&B, com resolução final de 300 dpi.

Agradecimentos: a pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que haja permissão expressa dos nomeados; fontes de financiamento de instituições públicas ou privadas que deram apoio, assistência técnica e outros auxílios.

Errata: após a publicação do artigo, se os autores identificarem a necessidade de

uma errata deverão enviá-la à Secretaria da Revista por e-mail.

Modelo de referências

Periódicos

Artigo padrão

Allen G. Evidence for practice. AORN J. 2010;92(2):236-41.

Artigo com mais de três autores

MacNeela P, Clinton G, Place C, et al. Psychosocial care in mental health nursing: a think aloud study. J Adv Nurs. 2010;66(6):1297-307.

Artigo cujo autor é uma organização

American Diabetes Association. Diabetes update. Nursing. 2003;Suppl:19-20,24.

Artigo com múltiplas organizações como autores

American Dietetic Association; Dietitians of Canada. Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: nutrition and women's health. J Am Diet Assoc. 2004;104(6):984-1001.

Artigo de autoria pessoal e organizacional

Orchard TJ, Temprosa M, Goldberg R, et al.; Diabetes Prevention Program Research Group. The effect of metformin and intensive lifestyle intervention on the metabolic syndrome: the Diabetes Prevention Program randomized trial. Ann Intern Med. 2005;142(8):611-9.

Artigo no qual o nome do autor possui designação familiar

King JT Jr, Horowitz MB, Kassam AB, et al. The short form-12 and the measurement of health status in patients with cerebral aneurysms: performance, validity, and reliability. J Neurosurg. 2005;102(3):489-94.

Oliveira MF, Arcêncio RA, Ruffino-Netto A, et al. The front door of the Ribeirão Preto Health System for diagnosing tuberculosis. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(4):898-904.

Artigo sem indicação de autoria

Understanding and treating cancer-related fatigue. J Support Oncol. 2006;4(2):72.

Artigo publicado em um volume com suplemento

Nascimento AF, Galvanese ATC. Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial do município de São Paulo, SP. Rev Saúde Pública. 2009;43 Supl 1:8-15.

Artigo publicado em um fascículo com suplemento

Crawford M, Mullan J, Vanderveen T. Technology and safe medication administration. *J Infus Nurs.* 2005;28(2 Suppl):37-41.

Artigo em um volume publicado em partes

Abend SM, Kulish N. The psychoanalytic method from an epistemological viewpoint. *Int J Psychoanal.* 2002;83 Pt 2:491-5.

Artigo em um fascículo publicado em partes

Rilling WS, Drooz A. Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma. *J Vasc Interv Radiol.* 2002;13(9 Pt 2):S259-63.

Artigo publicado em fascículo sem volume

Tom Dwyer AMC. A pesquisa da sociabilidade on-line: três gerações de estudos. *Rev USP.* 2012;(92):100-13.

Artigo publicado em um número especial

Silva MS, Kimura M, Stelmach R, et al. Quality of life and spiritual well-being in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(n.esp):1187-92.

Artigo sem indicação de fascículo e volume

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. *HRSA Careaction.* 2002 Jun:1-6.

Artigo com paginação em algarismos romanos

Chadwick R, Schuklenk U. The politics of ethical consensus finding. *Bioethics.* 2002;16(2):iii-v.

Artigo com publicação de errata

Altizer L. Strains and sprains. *Orthop Nurs.* 2003;22(6):404-11. Erratum in: *Orthop Nurs.* 2004;23(1):38.

Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (ahead of print)

Wangensteen S, Johansson IS, Björkström ME, et al. Critical thinking dispositions among newly graduated nurses. *J Adv Nurs.* 2010 Apr 1. [Epub ahead of print]

Artigo no prelo (in press)

Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Limits and possibilities for evaluating the family health strategy to gender violence. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;47(2). In press

Artigo provido de DOI

Eduardo LP, Egry EY. Brazilian Child and Adolescent Statute: workers' views about their practice. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(1):18-24. DOI: 10.1590/S0080-62342010000100003.

Livros

Livro padrão com autor pessoal

Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Eyre HJ, Lange DP, Morris LB. Informed decisions: the complete book of câncer diagnosis, treatment, and recovery. 2nd ed. Atlanta: American Cancer Society; c2005.

Organizador, editor, coordenador como autor

Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Instituição como autor

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. Brasília; 2009.

Capítulo de livro cujo autor é o mesmo da obra

Moreira A, Oguisso T. Profissionalização da enfermagem brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Gênese da profissionalização da enfermagem; p. 23-31.

Capítulo de livro cujo autor é um colaborador

Kimura M, Ferreira KASL. Avaliação da qualidade de vida em indivíduos com dor. In: Chaves LD, Leão ER, editoras. Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba: Ed. Maio; 2004. p. 59-73.

Documentos legais (adaptados)

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 1.

São Paulo (Estado). Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 18 mar. 1999. Seção 1, p. 1.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

Documentos eletrônicos

Artigo de periódico

Costa FA, Silva DLA, Rocha VM. The neurological state and cognition of patients

after a stroke. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2011 Nov 28];45(5):1083-8. Available from:http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/en_v45n5a08.pdf

Artigo de periódico provido de DOI

Leonello VM, Oliveira MAC. Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [citado 2010 jul. 10]; 63(3):366-70. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3.pdf> DOI 10.1590/S0034-71672010000300003.

Livro na íntegra

Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS. Harrison's online [Internet]. 16th ed. Columbus (OH): McGraw-Hill; c2006 [cited 2006 Nov 20]. Available from: <http://www.accessmedicine.com/resourceTOC.aspx?resourceID=4>

Capítulo de livro

Loizzo F, Menthonnex E, Menthonnex P, et al. A regulação das saídas das unidades móveis de cuidados intensivos na França (SMUR) e no Brasil (UTIM). In: Martinez-Almoyna M, Nitschke CAS, organizadores. Manual de regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência: SAMU [Internet]. Florianópolis; c1999 [citado 2008 nov. 7]. Disponível em:neu.saude.sc.gov.br/arquivos/manual_de_regulacao_medica_de_urgencia.pdf

Documentos legais (adaptados)

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 204, de 27 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle [Internet]. Brasília; 2007 [citado 2009 mar. 25]. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento Citing Medicine, adaptado pela NLM para as suas bases de dados e atualmente utilizado pelo Uniform Requirements (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/?depth=2>).

Observação: Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica mundial e de difícil acesso, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos que não sejam mantidos permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências.

A partir de 1º de outubro de 2012, a REEUSP instituiu taxa de submissão e de

publicação (http://www.ee.usp.br/reeusp/index.php?p=area&are_id=52).

Envio de manuscritos

O artigo deve ser encaminhado on line (<http://mc04.manuscriptcentral.com/reeusp-scielo>), acompanhado de carta ao Editor informando os motivos pelos quais a REEUSP foi selecionada para submissão. Adicionalmente, devem ser destacados os avanços e as contribuições do texto frente as publicações recentes já veiculadas sobre a temática.

Declaração de responsabilidade e de cessão de direitos autorais

Vimos submeter à aprovação da REEUSP o manuscrito _____

_____, e informamos que todos os procedimentos éticos devidos foram observados. Declaramos que o

trabalho é inédito, está sendo enviado com exclusividade à Revista.

Estamos cientes que poderá ocorrer a exclusão do manuscrito do processo de avaliação caso seja encontrado algum trabalho/texto semelhante ao já publicado em qualquer fase do processo.

Concordamos que em caso de aceitação do artigo, os direitos autorais a ele referente passarão a ser propriedade exclusiva da REEUSP.


Categoria do artigo*

Assinaturas dos autores

Data: ___/___/___

* Verifique nas normas os tipos de colaborações aceitos pela Revista.

[Home] [Sobre a revista] [Corpo editorial] [Assinaturas]

 Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons

Acesso em 02/09/13: <http://www.scielo.br/revistas/reeusp/pinstruc.htm>

ANEXO C

INSTRUÇÕES AOS AUTORES – Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)



ISSN 0104-1169 *versão impressa*

ISSN 1518-8345 *versão on-line*

Instruções para preparação e submissão dos manuscritos

Essas instruções visam orientar os autores sobre as normas adotadas pela Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) para avaliação de artigos e o processo de publicação. As referidas instruções baseiam-se nas Normas para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas: Escrever e Editar para Publicações Biomédicas, estilo Vancouver, formuladas pelo “International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) - tradução realizada por Sofie Tortelboom Aversari Martins, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Missão da Revista

Publicar resultados de pesquisas de enfermagem e áreas afins que contribuam para o avanço do conhecimento científico e para a prática profissional.

Política editorial

A Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) publica prioritariamente artigos destinados à divulgação de resultados de pesquisas originais recentes.

A RLAE, além de números regulares, publica números especiais, os quais obedecem ao mesmo processo de publicação dos números regulares, aonde todos os artigos são avaliados pelo sistema de avaliação por pares (*peer review*).

Os artigos devem destinar-se exclusivamente à RLAE, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, quer na íntegra ou parcialmente.

Esta Revista desencoraja fortemente a submissão de artigos multipartes de uma mesma pesquisa.

Cobertura temática

Enfermagem e áreas afins.

Público alvo

Pesquisadores, estudantes de graduação e pós-graduação, enfermeiros e profissionais de áreas afins.

Direitos autorais

Os direitos autorais são de propriedade exclusiva da revista, transferidos por meio da Declaração de Transferência de Direitos Autorais (presente no Formulário

Individual de Declarações) assinada pelos autores. Para a utilização dos artigos, a RLAE adota a Licença Creative Commons, CC BY-NC Atribuição não comercial (resumo ou código completo da licença). Com essa licença é permitido acessar, baixar (download), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos autorais a Revista Latino-Americana de Enfermagem. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

Processo de julgamento

A Revista possui sistema eletrônico de submissão, avaliação e gerenciamento do processo de publicação. Os artigos são encaminhados pelos autores, via *on line*, e recebem protocolo numérico de identificação. Posteriormente, é realizada a conferência de normas pela secretaria, os artigos que atendem às normas de publicação são encaminhados para pré-análise e, se selecionados por apresentarem contribuições ao avanço do conhecimento científico em enfermagem, são enviados a três consultores, selecionados pelo Editor Científico, para análise com base no instrumento de avaliação da RLAE.

Os artigos não adequados às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e os artigos não selecionados na pré-análise são recusados e os autores informados por mensagem do sistema.

Utiliza-se o sistema de avaliação por pares (*peer review*), de forma sigilosa, com omissão dos nomes dos consultores e autores. As avaliações emitidas pelos consultores são apreciadas pelos editores associados em relação ao conteúdo e pertinência. Os artigos podem ser aceitos, reformulados ou recusados.

Após a aceitação pelos editores associados, o artigo é encaminhado para aprovação do Editor Científico-Chefe que dispõe de plena autoridade para decidir sobre a aceitação ou não do artigo, bem como das alterações solicitadas. O parecer da revista é enviado na sequência para os autores.

Registro de ensaios clínicos

A RLAE apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde – OMS - e do International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos registros de Ensaios Clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis na url: [HTTP://www.icmje.org](http://www.icmje.org). O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Categorias de artigos aceitos para avaliação

Artigos originais

São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados.

São também considerados artigos originais as formulações discursivas de efeito teorizante e as pesquisas de metodologia qualitativa, de modo geral.

Revisão sistemática

Utiliza método de pesquisa conduzido por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder uma pergunta específica e de relevância para a Enfermagem e/ou para a saúde. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para a seleção

daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de meta-análise ou metassíntese). As premissas da revisão sistemática são: a exaustão na busca dos estudos, a seleção justificada dos estudos por critérios de inclusão e exclusão explícitos e a avaliação da qualidade metodológica, bem como o uso de técnicas estatísticas para quantificar os resultados.

Cartas ao Editor

Inclui cartas que visam discutir artigos recentes, publicados na Revista, ou relatar pesquisas originais, ou achados científicos significativos.

Estrutura do artigo

Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores na opção pelo formato do artigo, sua estrutura é a convencional, contendo introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão, com destaque às contribuições do estudo para o avanço do conhecimento na área da enfermagem.

A *Introdução* deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências atualizadas e de abrangência nacional e internacional.

Os *Métodos* empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa.

Os *Resultados* devem estar limitados somente a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto complementa e não repete o que está descrito em tabelas e figuras. Para artigos quantitativos é necessário apresentar os resultados separados da discussão.

A *Discussão* enfatiza os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que advêm deles. Não repetir em detalhes os dados ou outras informações inseridos nas seções: Introdução ou Resultados. Para os estudos experimentais, é útil começar a discussão com breve resumo dos principais achados, depois explorar possíveis mecanismos ou explicações para esses resultados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes. Descrever a inovação do conhecimento que o artigo apresentado traz a partir do que já foi publicado na RLAE sobre o tema.

A *Conclusão* deve responder aos objetivos do estudo, restringindo-se aos dados encontrados. Evitar afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a não ser que o artigo contenha os dados e análise econômica apropriada. Estabelecer novas hipóteses quando for o caso, mas deixar claro que são hipóteses.

Autoria

O conceito de autoria adotado pela RLAE está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores (limitada a seis), no que se refere, sobretudo, à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. Excepcionalmente, em estudos multicêntricos será examinada a possibilidade de inclusão de mais do que seis autores, considerando as justificativas apresentadas pelos mesmos.

Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos.

Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores e do Conselho Editorial.

Publicação

Os artigos são publicados em três idiomas, sendo a versão impressa editada em inglês e a versão *on line*, em acesso aberto, em português, inglês e espanhol.

Submissão

No ato da submissão, o artigo deverá ser encaminhado à RLAE em um idioma (português ou inglês ou espanhol) e, em caso de aprovação, a tradução deverá ser providenciada de acordo com as recomendações da Revista, sendo o custo financeiro de responsabilidade dos autores.

A submissão de artigos é realizada somente no sistema *on line* no endereço www.eerp.usp.br/rlae.

No momento da submissão o autor deverá anexar no sistema:

- checklist preenchido (download em www.eerp.usp.br/rlae)
- formulário individual de declarações (download em www.eerp.usp.br/rlae)
- arquivo do artigo
- aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa ou declaração informando que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos.

O checklist é fundamental para auxiliar o autor no preparo do artigo de acordo com as normas da RLAE.

A Revista efetuará a conferência do artigo e da documentação e, se houver alguma pendência, solicitará correção. Caso a solicitação de adequação não seja atendida, a submissão será cancelada automaticamente.

Política de arquivamento dos artigos

Os artigos recebidos pela RLAE, que forem cancelados ou recusados, serão eliminados imediatamente dos arquivos da Revista.

Os arquivos dos artigos publicados serão mantidos pelo prazo de cinco anos, após esse período, serão eliminados.

Versão, tradução e correção gramatical

Todos os artigos são publicados nos idiomas português, inglês e espanhol. Após a aprovação dos artigos pelo Conselho de Editores os mesmos são encaminhados para correção gramatical e versão/tradução para os outros dois idiomas diferentes daquele de origem da submissão.

Para garantir a qualidade das versões/traduições, as mesmas somente serão aceitas com a certificação de uma das empresas indicadas pela RLAE.

Os autores poderão escolher um dentre os credenciados, respeitando o prazo estabelecido pela revista para devolução do artigo. O custo das versões/traduições para os outros dois idiomas diferentes da versão submetida é de responsabilidade dos autores que deverão efetuar o pagamento diretamente para a empresa contratada.

Taxa de submissão

Taxa de submissão de R\$150,00 que deverá ser depositada em nome da EERP/USP Revista Latino-Americana de Enfermagem, Conta Corrente N^o: 8486-7, Agência: 1964-X - Banco do Brasil, CNPJ: 63025530/0027-43. **Não será devolvida a taxa de submissão para os manuscritos não aceitos para publicação.**

Erratas

As solicitações de correção deverão ser encaminhadas no prazo máximo de 30 dias após a publicação do artigo.

Preparo dos manuscritos

Formulário on line de submissão

- título (conciso em até 15 palavras, porém, informativo, excluindo localização geográfica da pesquisa e abreviações), nos idiomas português, inglês e espanhol;
- nome do(s) autor(es) por extenso, categoria profissional, maior título universitário, nome da unidade e instituição aos quais o estudo deve ser atribuído, endereço eletrônico, cidade, estado e país;
- nome, endereço postal, *e-mail*, os números de telefone/fax do autor responsável por qualquer correspondência sobre o artigo;
- fonte(s) de apoio na forma de financiamentos, equipamentos e fármacos, ou todos esses;
- agradecimentos - nome de colaboradores cuja contribuição não se enquadre nos critérios de autoria, adotados pela RLAE, ou lista de autores que ultrapassaram os nomes indicados abaixo do título
- consultoria científica
- revisão crítica da proposta do estudo
- auxílio e/ou colaboração na coleta de dados
- assistência aos sujeitos da pesquisa
- revisão gramatical
- apoio técnico na pesquisa;
- vinculação do artigo a dissertação e tese, informando os títulos em português, inglês e espanhol e a instituição responsável em que foi obtida;
- o resumo deverá conter até 150 palavras, incluindo o objetivo da pesquisa, procedimentos básicos (seleção dos sujeitos, métodos de observação e analíticos, principais resultados) e as conclusões. Deverão ser destacadas as contribuições para o avanço do conhecimento na área da enfermagem;
- incluir de 3 a 6 descritores que auxiliarão na indexação dos artigos - para determinação dos descritores consultar o *site* <http://decs.bvs.br/> ou MESH - Medical Subject Headings <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>

Arquivo do artigo

O arquivo do artigo também deverá apresentar, na primeira página, o título, o resumo e os descritores, nessa sequência, nos idiomas português, inglês e espanhol.

Não utilizar abreviações no título e no resumo. Os termos por extenso, aos quais as abreviações correspondem, devem preceder sua primeira utilização no texto, a menos que sejam unidades de medidas padronizadas.

Documentação obrigatória

No ato da submissão dos artigos deverão ser anexados no sistema *on line* a cópia da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa ou Declaração de que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos, em formato PDF, *com tamanho máximo de 1Megabyte cada um*, o comprovante do depósito bancário da taxa de submissão e o arquivo do artigo a ser avaliado.

O formulário individual de declarações deverá ser preenchido, *on line*, pelos autores.

Formatação obrigatória

- Papel A4 (210 x 297mm).
- Margens de 2,5cm em cada um dos lados.
- Letra Times New Roman 12.
- Espaçamento duplo em todo o arquivo.
- As tabelas devem ser elaboradas utilizando a ferramenta do word e estarem inseridas no texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e não utilizar traços internos horizontais ou verticais. Recomenda-se que o título seja breve e inclua apenas os dados imprescindíveis, a localização e ano, evitando-se que sejam muito longos, com dados dispersos e de valor não representativo. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título.
- Figuras (compreende os desenhos, gráficos, fotos, quadros, etc.) devem ser desenhadas, elaboradas e/ou fotografadas por profissionais, em preto e branco. Em caso de uso de fotos os sujeitos não podem ser identificados ou então possuir permissão, por escrito, para fins de divulgação científica. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Serão aceitas desde que não repitam dados contidos em tabelas. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. As abreviações não padronizadas devem ser explicadas em notas de rodapé, utilizando os seguintes símbolos, em sequência: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡.
- Ilustrações devem ser identificadas como figuras e estarem suficientemente claras para permitir sua reprodução em 7,2cm (largura da coluna do texto) ou 15cm (largura da página). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Essas autorizações devem acompanhar os artigos submetidos à publicação.
- Tabelas, figuras, ilustrações e quadros devem ser limitados a 5, no conjunto.
- Utilize somente abreviações padronizadas internacionalmente.
- Notas de rodapé: deverão ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.
- O número máximo de páginas inclui o artigo completo, com os títulos, resumos e descritores nos três idiomas, as ilustrações, gráficos, tabelas, fotos e referências.
- Artigos originais em até 17 páginas. Recomenda-se que o número de referências limite-se a 25. Sugere-se incluir aquelas estritamente pertinentes à problemática abordada, atualizadas, de abrangência nacional e internacional e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.
- Artigos de revisão sistemática em até 20 páginas. Sugere-se incluir referências estritamente pertinentes à problemática abordada, atualizadas, de abrangência nacional e internacional e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.
- Cartas ao Editor, máximo de 1 página.
- Depoimentos dos sujeitos deverão ser apresentados em itálico, letra Times New Roman, tamanho 10, na sequência do texto. Ex.: *a sociedade está cada vez mais violenta* (sujeito 1).
- Citações *ipsis litteris* usar apenas aspas, na sequência do texto.
- Referências - numerar as referências de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificá-las no texto por números arábicos, entre parênteses e sobrescrito, sem menção dos autores. A

mesma regra aplica-se às tabelas e legendas.

- Quando se tratar de citação sequencial, separe os números por traço (ex.: 1-2); quando intercalados use vírgula (ex.: 1,5,7).

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Como citar os artigos publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem:

Os artigos publicados na RLAE devem ser citados preferencialmente no idioma inglês.

Modelo de referências

PERIÓDICOS

1 – Artigo padrão

Figueiredo EL, Leão FV, Oliveira LV, Moreira MC, Figueiredo AF. Microalbuminuria in nondiabetic heart failure patients. *Congest Heart Fail.* 2008;14(5):234-8.

2 - Artigo com mais de seis autores

Silva ARV, Damasceno MMC, Marinho NBP, Almeida LS, Araújo MFM, Almeida PC, et al. Hábitos de escolas públicas de Fortaleza, CE, Brasil. *Rev. bras. enferm.* 2009;62(1):18-24.

3 – Artigo cujo autor é uma organização

Parkinson Study Group. A randomized placebo-controlled trial of rasagiline in levodopa-treated and motor fluctuations: the PRESTO study. *Arch Neurol.* 2005;62(2):241-8.

4 - Artigo com múltiplas organizações como autor

Guidelines of the American College of Cardiology; American Heart Association 2007 for the Management of Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction. Part VII. *Kardiologija.* 2008;48(10):74-

5 – Artigo de autoria pessoal e organizacional

Franks PW, Jablonski KA, Delahanty LM, McAteer JB, Kahn SE, Knowler WC, Florez JC; Diabetes Research Group. Assessing gene-treatment interactions at the FTO and INSIG2 loci on obesity-Prevention Program. *Diabetologia.* 2008;51(12):2214-23. Epub 2008 Oct 7.

6 - Artigo no qual o nome do autor possui designação familiar

King JT Jr, Horowitz MB, Kassam AB, Yonas H, Roberts MS. The short form-12 and the measurement with cerebral aneurysms: performance, validity, and reliability. *J Neurosurg.* 2005;102(3):489-94
Infram JJ 3rd. Speaking of good health. *Tenn Med.* 2005 Feb;98(2):53.

7- Artigo com indicação de subtítulo

El-Assmy A, Abo-Elghar ME, El-Nahas AR, Youssef RF, El-Diasty T, Sheir KZ. Anatomic prediction of calculi: Is it the time for three-dimensional computed tomography urography? *J Endourol.* 2008;

8 – Artigo sem indicação de autoria

Dyspnea and pain in the left lower limb in a 52-year-old male patient. *Arq Bras Cardiol* 2000;75(

9 – Artigo em idioma diferente do português

Grimberg M. [Sexualidade, experiências corporais e gênero: um estudo etnográfico entre pessoas da metrópole metropolitana de Buenos Aires, Argentina]. *Cad Saúde Pública* 2009;25(1):133-41. Espanhol.

10 – Artigo publicado em múltiplos idiomas

Canini SRMS, Moraes SA, Gir E, Freitas ICM. Percutaneous injuries correlates in the nursing team at a university hospital. *Rev Latino-am Enfermagem* set/out 2008;16(5):818-23. Inglês, Português, Espanhol.

11 – Artigo com categoria indicada (revisão, *abstract* etc.)

Silva EP, Sudigursky D. Conceptions about palliative care: literature review. *Concepciones sobre*

bibliográfica. [Revisão]. Acta Paul Enferm. 2008;21(3):504-8.

12 - Artigo publicado em fascículo com suplemento

Wolters ECh, van der Werf YD, van den Heuvel OA. Parkinson's disease-related disorders in the spectrum. J Neurol. 2008;255 Suppl 5:48-56.

Abstracts of the 7th Annual Cardiovascular Nursing Spring Meeting of the European Society of Cardiovascular Nursing and Allied Professions. March 23-24, 2007. Manchester, United Kingdom. Suppl 1:S3-58.

de Leon-Casasola O. Implementing therapy with opioids in patients with cancer. [Review]. Oncol Nurs Pract. 2008;12.

13 – Parte de um volume

Jiang Y, Jiang J, Xiong J, Cao J, Li N, Li G, Wang S. Retraction: Homocysteine-induced extracellular matrix remodeling and its epigenetic mechanisms in monocytes. J Exp Biol. 2008;211 Pt 23:3764.

14 – Parte de um número

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. J Surg. 1971;1(1):377-8.

15 – Artigo num fascículo sem volume

Vietta EP. Hospital psiquiátrico e a má qualidade da assistência. Sinopses 1988.

16 – Artigo num periódico sem fascículo e sem volume

Oguisso T. Entidades de classe na enfermagem. Rev Paul Enfermagem 1981;6-10.

17 – Artigo com paginação indicada por algarismos romanos

Stanhope M, Turner LM, Riley P. Vulnerable populations. [Preface]. Nurs Clin North Am. 2008;43(1):1-10.

18 - Artigo contendo retratação

Duncan CP, Dealey C. Patients' feelings about hand washing, MRSA status and patient information. J Nurs Manag. 2007;15(12):1215-20. Retraction in: Bailey A. Br J Nurs. 2007;16(15):915.

19 - Artigos com erratas publicadas

Pereira EG, Soares CB, Campos SMS. Proposal to construct the operational base of the educational process in nursing. Rev Latino-am Enfermagem 2007 novembro-dezembro; 15(6):1072-9. Errata en: Rev Latino-am Enfermagem 2008;16(1):163.

20 - Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (*ahead of print*)

Ribeiro Adolfo Monteiro, Guimarães Maria José, Lima Marília de Carvalho, Sarinho Sílvia Wanicki. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. Rev Saúde Pública. 2009;43(1):1-10. Epub 13 fev 2009.

21 - Artigo provido de DOI

Caldeira AP, Fagundes GC, Aguiar GN de. Intervenção educacional em equipes do Programa de promoção da amamentação. Rev Saúde Pública 2008;42(6):1027-1233. doi: 10.1590/S0034-8910.20080163

22 - Artigo no prelo

Barroso T, Mendes A, Barbosa A. Analysis of the alcohol consumption phenomenon among adolescents in intermediate public education. Rev Latino-am Enfermagem. In press 2009.

23 – Artigo em idioma diferente do inglês

Arilla Iturri S, Artázcoz Artázcoz MA. External temporary pacemakers. Rev Enferm. 2008;31(11):11-15.

LIVROS E OUTRAS MONOGRAFIAS

24 - Livro padrão

Ackley BJ, Ladwig GB. Nursing Diagnosis Handbook: an evidence-based guide to planning care. 960 p.

Bodenheimer HC Jr, Chapman R. Q&A color review of hepatobiliary medicine. New York: Thieme Medical Publishers; 2008. 100 p.

25 - Livro cujo nome do autor possui designação familiar

Strong KE Jr. How to Select a Great Nursing Home. London: Tate Publishing; 2008. 88 p.

26 - Livro editado por um autor/editor/organizador

Bader MK, Littlejohns LR, editors. AANN core curriculum for neuroscience nursing. 4th. ed. St. Louis: Mosby; 2001. 1038 p.

27 – Livro editado por uma organização

Advanced Life Support Group. Pre-hospital Paediatric Life Support. 2nd ed. London (UK): BMJ Publishing Group; 2000. 100 p.
Ministério da Saúde (BR). Promoção da saúde: carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Jacarta, Declaração de Bogotá. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

28 - Livro sem autor/editor responsável

HIV/AIDs resources: a nationwide directory. 10th ed. Longmont (CO): Guides for Living; c2004.

29 - Livro com edição

Modlin IM, Sachs G. Acid related diseases: biology and treatment. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. 522 p.

30 - Livro publicado em múltiplos idiomas

Ruffino-Neto A; Villa, TCS, organizador. Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões e peculiaridades regionais. São Paulo: Instituto Milênio Rede TB, 2000. 210 p. Português, Inglês.

31 – Livro com data de publicação/editora desconhecida e/ou estimada

Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos da Secretaria Geral (BR). Capacitação para o Sistema Único de Saúde: controle das doenças transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 1991. 109 p.
Hoobler S. Adventures in medicine: one doctor's life amid the great discoveries of 1940-1990. [p. 1991]. 109 p.

32 - Livro de uma série com indicação de número

Malvárez, SM, Castrillón Agudelo, MC. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Organización Panamericana de la Salud; 2005. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos 100).

33 – Livro publicado também em um periódico

Cardena E, Croyle K, editors. Acute reactions to trauma and psychotherapy: a multidisciplinary approach. Binghamton (NY): Haworth Medical Press; 2005. 130 p. (Journal of Trauma & Dissociation; vol. 6, no. 2).

34 - Capítulo de livro

Aguiar WMJ, Bock AMM, Ozella S. A orientação profissional com adolescentes: um exemplo de prática histórica. In: Bock AMM, Gonçalves Furtado O. Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica. São Paulo (SP): Cortez; 2001. p. 163-78.

PUBLICAÇÕES DE CONFERÊNCIAS

35 - Proceedings de conferência com título

Luis, MAV, organizador. Os novos velhos desafios da saúde mental. 9º Encontro de Pesquisadores e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 27-30 junho 2006; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: EERP/USP; 2006. 100 p.

36 – Trabalho apresentado em evento e publicado em anais

Silva EC da, Godoy S de. Tecnologias de apoio à educação a distância: perspectivas para a saúde mental. Os novos velhos desafios da saúde mental. 9º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Psiquiátrica; 27-30 junho 2006; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: EERP/USP; 2006. p. 100-10.

37 - Abstract de trabalho de evento

Chiarenza GA, De Marchi I, Colombo L, Olgiati P, Trevisan C, Casarotto S. Neuropsychophysiology of developmental dyslexia [abstract]. In: Beuzeron-Mangina JH, Fotiou F, editors. The olympics of science. Ribeirão Preto: EERP/USP; 2006. p. 100-10.

World Congress of Psychophysiology; 2004 Sep 18-23; Thessaloniki, Greece. Amsterdam (Nett

TESES E DISSERTAÇÕES - *sugere-se que sejam citados os artigos oriundos da mesmas*

38 – Dissertação/tese no todo

Arcêncio RA. A acessibilidade do doente ao tratamento de tuberculose no município de Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2001.

RELATÓRIOS

39 - Relatórios de organizações

Ministério da Saúde (BR). III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não – e com acesso, qualidade, humanização e controle social. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 2001. 211 p. Relatório final.

Page E, Harney JM. Health hazard evaluation report. Cincinnati (OH): National Institute for Occupational Safety and Health; 2001. 24 p. Report n. HETA2000-0139-2824.

PATENTE

40 - Patente

Shimo AKK, inventor; EERP assina. Sanitário portátil; Patente MV 7, 501, 105-0. 12 junho 1995. JORNAL

41 - Matéria de jornal diário

Gaul G. When geography influences treatment options. Washington Post (Maryland Ed.). 2005. Talamone RS. Banida dos trotes, violência cede lugar à solidariedade. USP Ribeirão 16 fev 2006.

LEGISLAÇÃO

42 - Legislação

Lei n. 8213 de 24 de julho de 1991 (BR). Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social. Diário Oficial da União [periódico na internet]. 14 ago 1991. [citado 4 jul 2008]. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1991/8213.htm>

43 - Código legal

Occupational Safety and Health Act (OSHA) of 1970, 29 U.S.C. Sect. 651 (2000).

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

44 - Livro na íntegra na internet

Berthelot M. La synthèse chimica. [internet]. 10eme. ed. Paris (FR): Librairie Germer Baillière; 1991. Disponível em: <http://www.obrasraras.usp.br/livro.php?obra=001874>

45 - Livro na internet com múltiplos autores

Collins SR, Kriss JL, Davis K, Doty MM, Holmgren AL. Squeezed: why rising exposure to health care and financial well-being of American families [internet]. New York: Commonwealth Fund; 2006. 50 p. Disponível em: http://www.cmwf.org/usr_doc/Collins_squeezedrisinghlthcarecosts_953.pdf

46 - Capítulo de livro na internet

National Academy of Sciences, Committee on Enhancing the Internet for Health Applications: The Requirements and Implementation Strategies. Networking Health: Prescriptions for the Internet. National Academy Press; 2000. Chapter 2, Health applications on the internet; [Acess: 13 fev 2006] from: **Erro! A referência de hiperlink não é válida.**

National Academy of Sciences (US), Institute of Medicine, Board on Health Sciences Policy, Committee on Clinical Trial Registries. Developing a national registry of pharmacologic and biologic clinical trials: workshop report. National Academies Press (US); 2006. Chapter 5, Implementation issues; [cited 2009 Nov 3]; p. 1-10. from: <http://newton.nap.edu/books/030910078X/html/35.html>

47 - Livros e outros títulos individuais em CD-ROM, DVD, ou disco

Kacmarek RM. Advanced respiratory care [CD-ROM]. Version 3.0. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. 2 CD-ROMs: 4 3/4 in.

48 - Livro em CD-ROM, DVD, ou disco em um *proceedings* de conferência

Colon and rectal surgery [CD-ROM]. 90th Annual Clinical Congress of the American College of Surgeons. Orleans, LA. Woodbury (CT): Cine-Med; c2004. 2 CD-ROMs: 4 3/4 in.

49 - Monografia na *internet*

Agency Facts. Facts 24. Agência Europeia para a segurança e a saúde no Trabalho. 2002. Violência no trabalho [internet]. 27 fev 2008].

Disponível em: <http://agency.osha.eu.int/publications/factsheets/24/factsheetsn24-pt.pdf>
Moreno AMH, Souza ASS, Alvarenga G Filho, Trindade JCB, Roy LO, Brasil PEA, et al. Doenças ocupacionais [internet]. 27 fev 2008].

Disponível em: <http://www.ipecc.fiocruz.br/pepes/dc/dc.html>

50 - Artigo de periódico na *internet*

Lin SK, McPhee DJ, Muguet FF. Open access publishing policy and efficient editorial procedure [internet]. 08 jan 2007];8:131-3. Disponível em: <http://www.mdpi.org/entropy/htm/e8030131.htm>

51 - Artigo da *internet* com número de DOI

Almeida AFFF, Hardy E. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes [internet]. 2007. [Acessado em 28 novembro 2008];41(4):565-72. Disponível

em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400010&lng=&n

52 - Artigo de periódico da *internet* com partícula hierárquica no nome

Seitz AR, Nanez JE Sr, Holloway S, Tsushima Y, Watanabe T. Two cases requiring external resection of the tongue [internet]. 22 ago 2006 [acesso em: 9 jan 2007];6(9):966-73. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1911111/>

53 - Artigo de periódico da *internet* com organização como autor

National Osteoporosis Foundation of South Africa. Use of generic alendronate in the treatment of osteoporosis [internet]. 2006 Aug [acesso em: 9 jan 2009];96(8):696-7. Disponível em: <http://blues.sabinet.co.za/doi/10.1093/bjpp/96.8.696>

[d=0:autho=pubmed:password=pubmed2004&/AdvancedQuery?&format=F&next=images/ejour/](http://blues.sabinet.co.za/doi/10.1093/bjpp/96.8.696)

54 - Artigo de periódico da *internet* com paginação em números romanos

Meyer G, Foster N, Christrup S, Eisenberg J. Setting a research agenda for medical errors and patient safety [Internet]. abril 2001 [acesso em:9 jan 2009];36(1 Pt 1):x-xx. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1089210/>
[id=1089210&blobtype=pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1089210/)

55 - Artigo de periódico da *internet* com mesmo texto em dois ou mais idiomas

Alonso Castillo BAA, Marziale MHP, Alonso Castillo MM, Guzmán Facundo FR, Gómez Meza M. Stressful situations in life: alcohol and drug use by elderly in Monterrey, México = Stressful situations in life: alcohol and drug use by elderly in Monterrey, México = Situaciones de la vida estresantes, uso y abuso de alcohol y drogas por los ancianos de Monterrey, México. Rev Latino-am Enfermagem [internet]. jul/ago 2008 [Acesso em 24 novembro 2008]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issue_s&pid=0104-1169&lng=pt&nrm=1

56 - Artigo de periódico da *internet* com título em idioma diferente do português

Tomson A, Andersson DE. [Low carbohydrate diet, liquorice, spinning and alcohol—life-threatening complications]. 2008 Oct 1-7;105(40):2782-3. Swedish.

57 - *Proceedings* de conferência na *internet*

Basho PG, Miller SH, Parboosingh J, Horowitz SD, editors. Credentialing physician specialists: a national survey. Proceedings; 08-10 jun 2000; Chicago. Evanston (IL): American Board of Medical Specialties, Royal Society of Medicine Foundation; [acesso em 3 nov 2006]. 221 p. Disponível em: <http://www.abms.org/publications.a>

58 - Legislação na *internet*

Lei 8.213, de 24 de julho de 1991 (BR). Dispõe sobre os planos de benefícios da previdência social [internet]. 1991. [acesso em 17 fev 2009]. Disponível em: <http://www.trt02.gov.br/Geral/tribunal2/Legis/Lei8213.htm>

59 - Documentos publicados na internet

Organização Internacional do Trabalho (OIT). A eliminação do trabalho infantil: um objetivo ao milênio. Brasil Relatório Global – 2006. 2006. [acesso em 17 fev 2009]. Disponível em: http://www.oitbrasil.org.br/info/download/GR_2006_Suplemento_Brasil.pdf

60 - Verbetes de dicionário na internet

Merriam-Webster medical dictionary [internet]. Springfield (MA): Merriam-Webster Incorporated; 1998. [about 1 screen]. Available from: <http://www2.merriam-webster.com/cgi-bin/mwmednlm?bo>

61 – Tese e Dissertação na internet (sugere-se que sejam citados os artigos oriundos das

Sperandio DJ. A tecnologia computacional móvel na sistematização da assistência de enfermagem: um protótipo [tese na internet]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008. [acesso em: 13 fev 2009]. 141 p. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22165036/publico/DirceleneJussaraSpe_randio.pdf

62 - Homepage na internet

Biblioteca Virtual em Saúde [internet]. São Paulo: BIREME/HDP/OPAS/OMS; 1998 [acesso em 17 fev 2009]. Disponível em: <http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=pt>

63 - Bases de dados/sistemas de recuperação na internet com autor individual/organização

Vucetic N, de Bri E, Svensson O. Clinical history in lumbar disc herniation. A prospective study in São Paulo (SP): Centro Cochrane do Brasil/Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo; 2008. [acesso em 29 jan 2009; acesso em: 12 fev 2009]. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane>
 Ministério da Previdência Social (BR). Base de dados históricos do Anuário Estatístico da Previdência Social - acidentes do trabalho-2006. [internet]. [acesso em: 7 fev 2009]. Disponível em: <http://creme.dataprev.gov.br/ita34002030.htm>

64 - Bases de dados na íntegra na internet

Bases de Datos de Tesis Doctorales (TESEO) [internet]. Madrid: Ministerio de Educacion y Ciencia; 2009. Disponível em: <http://www.mcu.es/TESEO/teseo.html>

65 - Matéria de jornal na internet

Russo N. Transplantes crescem 12,5% em 98. Folha de São Paulo 19 jan 1999. [acessado em 17 fev 2009]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff19019920.htm>

Acesso em 15/11/13: <http://www.scielo.br/revistas/rlae/pinstruc.htm>

ANEXO D

Instruções aos autores – *AORN Journal*



AORN Journal Author Guidelines

Vision: The *AORN Journal* will be an indispensable resource recognized for scholarly, evidence-based, peer-reviewed articles that convey standards of excellence and innovations in the delivery of perioperative nursing.

Mission: The *AORN Journal* provides professional perioperative registered nurses with evidence-based practice information needed to help meet the physiological, behavioral, safety, and health system needs of a diverse patient population.

Journal content supports the clinical, research/quality improvement, education, and management strategies related to the nurse's role in caring for patients before, during, or after operative and other invasive and interventional procedures in ambulatory and inpatient settings.

Criteria for Manuscripts

Manuscripts should contain timely and accurate information and must not have been previously published in print or electronic format. Manuscripts must conform to the specifications of the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, established by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) (<http://www.icmje.org/>).

Acceptable File Formats

Main Manuscript

- Microsoft Word
- Rich Text Format (RTF)

Manuscripts should not be submitted in PDF format. Users of other word processing software should save or convert files into RTF before submission.

Figures

- TIFF
- EPS
- JPG
- PDF
- MS Office files (Word, Excel, PowerPoint)

During the editing process, you may be asked to submit the figure in its original source format.

Videos

- MPEG-1 or MPEG-2 (.mpg)
- MPEG-4 (.mp4)
- Microsoft Audio/Video Interface (.avi)
- Apple QuickTime (.mov)
- CompuServ GIF (.gif)

Basic Style Requirements

- Feature-length articles should not exceed the designated word count, not including figures and tables (see Descriptions of the Five Main Article categories for specific word counts).
- Author name(s) and credentials should be listed according the American Nurses Association's recommendation
 - o Education (highest earned degree first)
 - * Optional: if highest degree is not a nursing degree, then the highest nursing degree (not all) can be included
 - * If the author has two earned degrees at the same level, the nursing degree is listed first
 - o Licensure (state designation or requirement)
 - o National certification
 - o Awarded and honorary titles
- Manuscript style should follow the *American Medical Association (AMA) Manual of Style, 10th edition*.
- Text should be double-spaced, left-aligned (unjustified), and in a 12-point font.
- All pages should be numbered and should include a short running head (ie, shortened title of the manuscript) in the header.
- References should be endnotes, not footnotes; any material considered appropriate for a footnote should be referenced.
- In-text citations should be followed by superscript numbers (eg, Smith¹).
- Numbers less than 10 should be spelled out; numerals are used for numbers 10 and higher.
- Standard acronyms should be used consistently throughout the article. All acronyms should be spelled out the first time they appear in text, with the acronym listed afterward in parentheses.
- Generic drug names should be used; however, proprietary names may be inserted in parentheses after the generic name. If equipment must be identified by its proprietary name, the manufacturer name and city/state should be provided.
- Temperatures should be expressed in degrees Celsius and Fahrenheit.
- To ensure anonymity during the peer review process, avoid using any author identifiers (eg, names of individuals, institutions, etc) in the body of the manuscript. You may do this one of two ways:
 - o submit one full manuscript with identifiers and one full manuscript without identifiers, or
 - o submit one full manuscript without identifiers and a cross-referencing document to indicate the necessary identifiers (eg, "Institution A" is General Hospital).

Please note: If English is not your native language, please seek assistance from someone highly proficient in written English before submitting.

Descriptions of the Six Main Article Categories

Clinical: Clinical articles present new skills or knowledge related to perioperative patient care, provide an empirically or clinically based review of a disease state and surgical procedure, or analyze the current literature related to a topic. Clinical articles may be written in first person or third person as appropriate. The maximum length is 4,000 words. For more information, please review "[Suggested Structure for a Clinical Manuscript](#)."

Management: Management articles provide concise, up-to-date information that helps readers understand a perioperative management process, policy, procedure, or issue. Management articles may contain information about trends in management and the surgical environment, changing policies and regulations, administrative issues, and developments in clinical practice and technology that affect managers, directors, and supervisors in perioperative settings. Management articles may be written in first person or third person as appropriate. The maximum length is 4,000 words. For more information, please review "[Suggested Structure for a Management Manuscript.](#)"

Research: Research manuscripts are final reports of completed original clinical, educational, health systems, health policy, or historical investigations. Research produces new information that adds to the body of knowledge about perioperative nursing practice, management, or education. Research results should be generalizable or transferable to settings or populations beyond the setting and sample of the study. Manuscripts should include the research aims or questions, a brief review of relevant literature, theoretical or conceptual framework, research design and methods, results, discussion, and implications for perioperative nursing. The research design may be quantitative, qualitative, or mixed design. For quantitative methods, justification of the desired sample size and evidence of measurement reliability and validity supporting the investigator's use of the research instruments in the study being reported are essential. Reports of studies involving human participants must include a description of the level of institutional review board review and approval, and methods used to ensure protection of participants' rights, including informed consent. All results obtained in the study must be reported in one manuscript. Pilot study results should not be reported in a separate manuscript; they should be included in the report of the main study. Research manuscripts must be written in the first person. The maximum length is 5,000 words. Longer research articles or components of longer articles (eg, tables) may be published online at AORN's sole discretion. For more information, please review "[Suggested Structure for a Research Manuscript.](#)"

Quality Improvement (QI): Quality improvement manuscripts describe a project that was carried out at the author's place of employment to determine the best solution to a practice issue. The results of QI projects cannot be generalized beyond the institution in which they are conducted, and therefore are not considered research manuscripts. However, QI project reports should include evidence of Institutional Review Board (IRB) review if human participants were involved, and should adhere to accepted scientific standards for data collection, including evidence of measurement reliability and validity. Quality improvement articles should be written in first person. The maximum length is 4,000 words. For more information, please review "[Suggested Structure for a Quality Improvement Manuscript.](#)"

Education: Education articles describe perioperative educational practices that are of interest to nurses in academia, staff nurse educators, mentors, or anyone responsible for developing educational materials and disseminating information to nursing students, perioperative nurses, other perioperative team members, and patients. Education articles may be either didactic or clinical in nature. Education articles may be written in first person or third person as appropriate. The maximum length is 4,000 words. For more information, please review "[Suggested Structure for an Education Manuscript.](#)"

Literature Review: A systematic review is a summary of the clinical literature. It is a critical assessment and evaluation of all research studies that address a particular clinical issue. Researchers should use an organized method of locating, assembling, and evaluating a body of literature on a particular topic using a set of specific criteria. A systematic review typically includes a description of finding of the collection of research studies. The systematic review also may include a quantitative pooling of data, called a meta-analysis. For more information, please review "[Suggested Structure for a Literature Review Manuscript.](#)"

Manuscript Preparation

The required components of a manuscript are:

Cover Letter:

This page introduces your manuscript to the editor and should include any specific information you would like the editor to know.

Title page:

This page must include not only the manuscript title, but also each author's:

- name,
- credentials,
- current professional position(s), and
- contact information (ie, address and phone number, e-mail address).

The title page also should designate a corresponding author (ie, lead contact) who will work directly with one of AORN's staff editors members throughout the editorial process.

Abstract & Key Words:

Include a 150-word informative abstract that follows the manuscript's outline and summarizes the research results (if applicable). The abstract should be included in the main manuscript document and indicated as such. Abstracts should identify the main points of the article including who, what, where, when, and why, as well as the final concluding point. Also, identify five (5) key words related to your article. These key words help categorize your article in search engines after it is published. *The corresponding author will be prompted to enter the abstract and key words during the submission process in the EES system.*

References/Resources:

All references should

- be contextually relevant, pertinent, and supportive of your topic;
- reflect most currently available resources (eg, most current edition);
- be verified and denoted consecutively in the text with superscript numerals;
- be featured in a double-spaced, numbered reference list at the end of the manuscript;
- conform to AMA style;
- conform to the Index Medicus (<http://www2.bg.am.poznan.pl/czasopisma/medicus.php?lang=eng>) for abbreviations of journal titles; and
- name all authors up to and including the sixth author, or if there are more than six authors, list the first three authors followed by ", et al." Resources that are pertinent to the article but are not cited in the text can be listed in a **Resources section** after the References. The resources format also should follow AMA style.

Examples:

Journal article

Mellinger E, Skinker L, Sears D, Gardner D, Shult P. Safe handling of chemotherapy in the perioperative setting. *AORN J*. 2010;91(4):435-453.

Book

Winkler I. *Contemporary Leadership Theories: Enhancing the Understanding of the Complexity, Subjectivity, and Dynamic of Leadership*. Heidelberg, Germany: Physica-Verlag; 2010.

Chapter in a book

Bipolar disorders. In: Preston JD, O'Neal JH, Talaga MC. *Handbook of Clinical Psychopharmacology for Therapists*. 6th ed. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2010:89-100.

Website

OSHA fact sheet: carbon monoxide poisoning. United States Occupational Safety and Health Administration.

http://www.osha.gov/OshDoc/data_General_Facts/carbonmonoxide-factsheet.pdf. Accessed November 19, 2010.

Figures and Tables:

All figures, including diagrams, flow charts, line drawings, and photographs, must be cited within the text (eg, Figure 1). Tables should be self-explanatory, include a brief title, and enhance but not duplicate information in the text. Tables and figures should be numbered consecutively according to the order of text citation.

Black and white or color figures should be submitted electronically as separate files at the time of manuscript submission. For detailed information related to artwork, see artwork instructions

at http://www.elsevier.com/framework_authors/Artwork/Artwork_2010.pdf.

Image Resolution:

- line art-minimum 1000 dpi
- halftone art (photos)-minimum 300 dpi
- combination art (line/tone)-minimum 500 dpi
- color figures should be submitted in original size.

In some instances, AORN works with artists to convert an author's rough sketch or artwork description into a finished illustration to accompany a manuscript. After an author's manuscript is accepted for publication, the author may be contacted by the editor to discuss possible illustrations.

Permission must be obtained to reproduce or closely adapt previously published figures, tables, and illustrations. Credits for the reproduced work are included in the figure caption and must include author(s), title, either publisher and city (and country, if other than the United States) or periodical name, volume, page, and year. Please refer to the "Permissions and Consents" section for further information.

Videos

Video clips that are relevant to an article and enhance the information in the text may be submitted with a manuscript. A separate page with concise legends must accompany each video clip. Each clip should be saved in a separate file. If the article is accepted, the video will be permanently archived on the AORN Journal web site at <http://www.aornjournal.org>.

If the video includes music or other copyrighted material, the author must obtain permission for its use from the copyright owner(s) and submit a copy of the signed permission form to AORN.

If the video includes footage of people, the author must obtain signed video consents from each identifiable individual.

Video clips should be between one (1) and three (3) minutes in length, and should not exceed five (5) minutes in length or 10 MB in file size.

Videos should be recorded at the highest possible quality setting. The Journal can accept only video submissions that meet the Journal's formatting and image quality requirements.

For additional information related to videos, please contact the editorial office by e-mail, aornjournal@aorn.org, or by phone, 303-755-6304 x283.

Permission and Consents

What requires permission?

- Direct quotations from copyrighted material.
 - o Direct quotes should be cited in the text with a reference number and page number (eg, Smith 1(p345))
 - o To determine whether the quotation requires permission, please visit <http://www.copyright.com/viewPage.do?pageCode=cr10-n>.
- Tables, illustrations, photographs, or videos from copyrighted material
- Any photo that includes a recognizable individual, including authors
- Any facility or institution documentation (eg, form, table, figure, checklist, documented process)

If your manuscript contains any of the aforementioned items, you must obtain written permission for their use from the copyright owner(s) and original author, including complete source information. The credit line should appear in the figure caption and should be worded according to the copyright holder's specifications. Subject or guardian consent must accompany any photograph that shows a recognizable likeness of a person.

To assist you in obtaining permission to use others' works/likenesses in your article, please review the following:

[Sample Request for Permission Letter](#)

[Sample Photographic Consent](#)

For additional assistance to determine whether you need permission, or to get clarification on how to obtain permission, please contact the editorial office by email, aornjournal@aorn.org, or by phone 303-755-6304 x283.

Required Author Paperwork

All authors (ie, the corresponding author and each coauthor) must complete and submit the *AORN Journal* [Copyright Transfer/Publishing Agreement](#). On page 1 of the form, authors are required to identify their contributions to the work described in the manuscript and provide signed statements on Authorship Responsibility, Criteria, and Contributions; Financial Disclosure and Funding/Support; and either Copyright Transfer/Publishing Agreement or Federal Employment. The corresponding author must sign the Acknowledgement statement, an acknowledgment is included in the manuscript. Each author is required to provide specific information related to Conflicts of Interest and Financial Disclosures identified in section 3 of page

1. Guidelines for completing the tables on page 2 of the *AORN Journal* Copyright Transfer/Publishing Agreement can be found [here](#).

The signed *AORN Journal* Copyright Transfer/Publishing Agreement should be e-mailed to the editorial office at aornjournal@aorn.org (preferred) or faxed to 1-303-750-3441.

All permission and consent forms, including required author paperwork, must be submitted to the editorial office at the time of manuscript submission.

Manuscript Submission & Review Process

1. **Submit the manuscript.** All manuscripts must be submitted through the AORN Journal online submission and review web site, also known as EES (<http://ees.elsevier.com/aorn/>). To access online tutorials that address some frequently asked questions about the manuscript submission process via EES, visit <http://support.elsevier.com> and select "EES Training Resources" then "Interactive Tutorials." Authors should save each component of the manuscript as a separate document (eg, title page in Word, cover page in Word, photograph in TIFF format). The EES system uses these files to create a PDF of the entire manuscript submission. Corresponding authors who are unable to provide the files in this format or who have other circumstances that prevent online submission should contact the editorial office at aornjournal@aorn.org or (800) 755-2676 x283 to discuss alternate options.

2. **Review process.** After manuscripts are submitted electronically, the Editor-in-Chief and members of the *AORN Journal* Review Panel evaluate the article based on accuracy, content, organization, style, contribution to the nursing literature, and originality. Publishing and editorial decisions are then based on reviewer's evaluations and the Editor-in-Chief's judgment of the quality of writing, scientific accuracy, timeliness of the topic, and potential interest to readers of the *Journal*. The corresponding author will be notified of the editor's decision approximately six to eight weeks after submitting the manuscript. Authors may be asked to revise and resubmit the manuscript.

3. **Editing process.** In consultation with the author(s), the *AORN Journal* reserves the right to edit all manuscripts with regard to length, timeliness, and readability consistent with *Journal* style. An AORN staff editor will confirm that reviewers' comments have been addressed, verify references, and make changes to address *Journal* style issues. Before publication, the corresponding author will receive an edited copy of the manuscript highlighting any questions that arose during the editing process. These questions may include requests for additional references or clarification and expansion of the ideas presented in the article. The corresponding author will then be asked to answer any outstanding questions and approve the content.

4. **Layout process.** After the corresponding author has approved the content, the edited manuscript is sent to our publishing partner, Elsevier, for layout. Copyeditors at Elsevier will copyedit the manuscript to ensure that no grammar errors inadvertently occurred during the layout process but editors will not change the content of your manuscript. The corresponding author will then receive an author proof of the final layout of the article.

Editorial Policies for Authors

Authorship Responsibility, Criteria, and Contributions

The *AORN Journal* adheres to the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals set by the International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org). All persons designated as authors should qualify for authorship, and all those who qualify should be so credited. Persons designated as authors must meet **all** of the following criteria:

- Authors make substantial contributions to conception and design and/or acquisition of data and/or analysis and interpretation of data.
- Authors participate in drafting the article or revising it critically for important intellectual content.
- Authors give final approval of the version to be submitted and any revised version to be published.

Supporting the manuscript or collecting data alone does not constitute authorship. Declaring authorship based solely on position (eg, research supervisor, department head) is not permitted.

Each author should have participated sufficiently in the work to take public responsibility for appropriate portions of the content. Allowing one's name to appear as an author without having contributed significantly to the study or adding the name of an individual who has not contributed or who has not agreed to the work in its current form is considered a breach of appropriate authorship.

Role of the Corresponding Author. The corresponding author (or coauthor designee) will serve on behalf of all coauthors as the primary correspondent with the editorial office during the submission and review process. If the manuscript is accepted, the corresponding author will review an edited typescript and proof.

The corresponding author is responsible for ensuring that the Acknowledgment section of the manuscript is complete. The corresponding author must sign the Acknowledgment statement part of the *AORN Journal* [Copyright Transfer/Publishing Agreement](#) confirming that all persons who have contributed substantially but who are not authors are identified in the Acknowledgment section and that written permission from each person acknowledged has been obtained. The corresponding author must be willing to provide the editors with copies of these permissions if asked to do so.

Contributors Listed in Acknowledgment Section. "Acknowledgment" is the general term for the list of contributions, credits, and other information included at the end of the text of a manuscript but before the references. All contributors who do not meet the criteria for authorship should be listed in the Acknowledgment section. Examples of those who might be acknowledged include an individual who allowed his or her clinical experience (eg, cases) to be included, a person who provided purely technical help or writing assistance, or a department chair who provided general support.

Copyright Transfer/Publishing Agreement. Authors submitting a manuscript do so with the understanding that if it is accepted for publication, copyright of the article will be assigned exclusively to AORN. This copyright release gives AORN, Inc, permanent publication rights for all print and electronic media (including all alternative media currently in existence [eg, Internet, CD-ROM] or that may be developed in the future) and international publication rights (including translations). AORN will not

refuse any reasonable request by the author for permission to reproduce any of his or her contributions to the Journal.

A manuscript is submitted with the understanding that:

- it has not been published previously in either print or electronic media;
- it is being submitted exclusively to the AORN Journal;
- the content is not fraudulent;
- any investigation involving human participants received appropriate institutional approval, and evidence of such approval will be provided upon request;
- the material does not infringe on or violate on any copyright agreements or any other personal or proprietary rights; and
- all financial support for the work described in the article and any potential conflicts of interest are declared.

Federal Employment (includes Military personnel). A work prepared by a government employee as part of his or her official duties is called a "work of the US Government" and is not subject to copyright. If it is not prepared as part of the employee's official duties, it may be subject to copyright.

Author-Retained Rights. The author(s) understands that she/he retains or is hereby granted (without the need to obtain further permission) rights to use certain versions of the article for certain scholarly purposes, including the right to use the *Pre-print* or *Accepted Author's Manuscript for Personal Use, Internal Institutional Use*, and for *Scholarly Posting*; and the *Published Journal Article for Personal Use* and *Internal Institutional Use*.

The following definitions are related to using certain versions of the article for certain scholarly purposes:

- *Pre-print.* Author's own write-up of research results and analysis that has not been refereed, nor had any other value added to it by a publisher (ie, formatting, copyediting).
- *Accepted Author's Manuscript (AAM).* Author's version of the manuscript of a paper that has been accepted for publication and which may include any author-incorporated changes suggested through the peer review process. AAMs should not include other publisher value-added contributions, however, such as formatting, pagination, and copyediting.
- *Internal Institutional Use.* Use by the author's institution for classroom teaching at the institution including distribution of copies, paper or electronic, and use in coursepacks and courseware programs, and posting on secure Intranet sites for scholarly purposes.
- *Personal Use.* Use by an author in the author's classroom teaching (ie, distribution of paper or electronic copies), distribution of copies to research colleagues for their personal use, use in a subsequent compilation of the author's works, inclusion in a thesis or dissertation, preparation of other derivative works such as extending the article to book-length form, or otherwise using or re-using portions or excerpts in other works with full acknowledgment of the original publication of the article.
- *Published Journal Article (PJA).* The definitive final published record that appears or will appear in the *AORN Journal* and embodies all value-adding publisher activities including formatting, pagination, editing, and copyediting.
- *Scholarly Posting.* Postings on open web sites operated by the author or the author's institution for scholarly purposes, or (in connection with pre-prints) pre-

print servers, provided there is no commercial purpose involved. Deposit in or posting to special subject repositories (eg, PubMed® Central) is permitted only under specific agreements and only consistent with Elsevier's policies concerning such repositories.

To reproduce any text, figures, tables, or illustrations from the manuscript in future works of their own, the author(s) must obtain written permission from AORN by contacting the Elsevier Rights Department at healthpermissions@elsevier.com; telephone: 1-215-239-3804; fax: 1-215-239-3805. Requests also may be completed online via the Elsevier homepage at <http://www.elsevier.com/locate/permissions>. Such permission cannot unreasonably be withheld by AORN.

Excluded Rights. The author(s) understands that she/he may not use or post articles for commercial gain. This restriction includes, but is not limited to, the posting by companies of their employee-authored works for use by their customers (eg, pharmaceutical companies and physician-prescribers); the commercial exploitation of the article (such as directly associating advertising with such posting); the charging of fees for document delivery or access; and/or the systematic distribution to others via e-mail lists or list serves to parties other than known colleagues, whether for a fee or for free.

Conflicts of Interest, Financial Disclosures, and Funding Support

The *AORN Journal* complies with the position of the International Committee of Medical Journal Editors on "Conflict of Interest." Conflict of interest for authors is defined as "financial and other conflicts of interest that might bias their work" (<http://www.icmje.org>). Authors are responsible for making certain that their final, accepted manuscript and page proofs provide full disclosure of all potential conflicts of interest (financial or non-financial) and any other pertinent information.

Conflicts of interest. A conflict of interest exists when a professional judgment concerning a primary interest (such as patients' welfare or the validity or interpretation of research) may be influenced by a secondary interest (such as a financial gain or personal rivalry). If conflicts of interest are revealed after an article is published, a reasonable reader may feel misled or deceived. The simplest remedy for conflict of interest is disclosure. In the *AORN Journal*, disclosure will be achieved by the inclusion of a short footnote with each published article.

Using the tables on page 2 of the *AORN Journal Copyright Transfer/Publishing Agreement* all authors must disclose if they or any immediate family member have within the last three years had any affiliations that they consider to be relevant and important with any organization that to any author's knowledge has a direct interest, particularly a financial interest, in the subject matter or materials discussed (Instructions are available [here](#)). Such affiliations include, but are not limited to,

- employment by an industrial concern,
- ownership of stock,
- membership on a standing committee or board of directors, and
- consultancies, or being publicly associated with a company or its products.

Other areas of real or perceived conflict of interest include the receipt of honoraria, consulting fees, grants, or funds from such corporations or individuals representing such corporations. Not all relationships represent true conflict of interest. Conflict of interest can exist whether or not an individual believes that the relationship affects his or her scientific judgment.

AORN will consider publishing articles written by experts who declare relationships with companies (eg, accepting research grants, honoraria, or serving as consultants). Such relationships should be disclosed upon submission of the manuscript-using the tables on page 2 of the AORN Journal Copyright Transfer/Publishing Agreement-and will be noted in the resulting published article.

AORN will not reject manuscripts simply because of conflict of interest, but these conflicts will be declared to the readership. AORN reserves the right to refuse to consider for publication manuscripts which in its sole judgment may be perceived as biased.

Financial Relationships. Financial benefits are usually associated with roles such as employment, management positions, independent contractor relationships (including contracted research), consulting, speaking and teaching, membership on advisory committees or review panels, board membership, and other activities from which a fee is received or expected.

AORN defines financial relationships as those relationships in which the individual or family member benefits by receiving a salary, royalty, intellectual property rights, consulting fees, honoraria, ownership interest (eg, stocks; stock options; or other ownership interest, excluding diversified mutual funds), or other financial benefit. Financial relationships also can include contracted research where the institution receives a grant and manages the funds and an individual is the principal or named investigator on the grant.

Research Sponsorship. AORN requires that the author(s) disclose any research sponsorship that he/she received to conduct a study or prepare the manuscript for review. This information will be published together with the author affiliation information. Examples of acceptable statements are:

- "The study was carried out with support of an unrestricted educational grant from X" or "This study was funded in whole/in part by a grant from Y."
- The role of the funding organization or sponsor, if any, in each of the following should be specified: design and conduct of the study; collection, management, analysis, and interpretation of the data; and preparation, review, or approval of the manuscript.

Sources

Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. International Committee of Medical Journal Editors. Updated April 2010. <http://www.icmje.org>. Accessed October 15, 2010.

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. International Committee of Medical Journal Editors. http://www.icmje.org/coi_disclosure.pdf. Accessed October 15, 2010.

Iverson C, Christiansen S, Flanagin A, et al. *AMA Manual of Style: A Guide for Authors and Editors*. 10th ed. New York, NY: Oxford University Press; 2007.

Reviewed June 2013

Acesso em 15 de novembro 2013: <http://www.elsevier.com/journals/aorn-journal/0001-2092/guide-for-authors>