



UNIVERSIDADE
ESTADUAL de LONDRINA

ISADORA PIEROTTI

**ELABORAÇÃO, VALIDAÇÃO E FIDEDIGNIDADE DO
PROTOCOLO DE SEGURANÇA PARA O MANEJO DA SEDE
PEDIÁTRICA**

Londrina
2018

ISADORA PIEROTTI

**ELABORAÇÃO, VALIDAÇÃO E FIDEDIGNIDADE DO
PROTOCOLO DE SEGURANÇA PARA O MANEJO DA SEDE
PEDIÁTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Lígia Fahl Fonseca.

Londrina
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Pierotti, Isadora.

Elaboração, validação e fidedignidade do protocolo de segurança para o manejo da sede pediátrica / Isadora Pierotti. - Londrina, 2018.
122 f. : il.

Orientador: Lígia Fahl Fonseca.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2018.

Inclui bibliografia.

1. Sede (Fisiologia) - Tese. 2. Criança - Cirurgia - Tese. 3. Enfermagem cirúrgica - Tese. I. Fonseca, Lígia Fahl. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

ISADORA PIEROTTI

**ELABORAÇÃO, VALIDAÇÃO E FIDEDIGNIDADE DO PROTOCOLO
DE SEGURANÇA PARA O MANEJO DA SEDE PEDIÁTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Lígia Fahl Fonseca
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Profa. Dra. Edilainde Giovanini Rosseto
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Profa. Dra. Rejane Kiyomi Furuya
Instituto Federal do Paraná – IFPR

Londrina, 11 de outubro de 2018.

Dedico este trabalho às pessoas especiais que estiveram ao meu lado. Meus familiares, namorado, docentes do departamento de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, em especial minha orientadora e, ao Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede.

Dedico aos profissionais de saúde e às crianças cirúrgicas que sentem sede, para que os resultados deste estudo possam contribuir para a melhora da assistência prestada a elas.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por colocar pessoas especiais em meu caminho e por estar sempre ao meu lado me guiando.

Aos meus pais **Gilberto Pierotti** e **Sandra Maria Pierotti**, e irmã, **Isabela Pierotti**, pois, diariamente vivenciaram essa etapa comigo e proporcionaram todo o apoio necessário.

Ao meu namorado **José Lucas Junges Carvalho** pela compreensão, companheirismo, carinho, incentivo e, participação neste trabalho.

A minha orientadora **Lígia Fahl Fonseca**, por acreditar em mim, pelo incentivo, carinho e, por cada orientação cheia de aprendizado. Com você tive a oportunidade de me aproximar de um tema pelo qual me encantei e busco contribuir cada vez mais. Obrigada por caminhar comigo da melhor forma possível. Você é um grande exemplo para mim.

A banca examinadora, **Rejane Kiyomi Furuya** e **Edilaine Giovanini Rosseto**, por cada sugestão e contribuição neste trabalho.

Aos **docentes de enfermagem** da Universidade Estadual de Londrina pelo apoio e exemplo.

Aos **colegas de turma**, pois, compartilhamos o mesmo desejo, dificuldades e muitos momentos especiais.

As docentes de centro cirúrgico, **Mara Lúcia Garanhani**, **Dolores Lopes**, **Cibele Tramontini**, **Renata Perfeito Ribeiro**, **Amanda Gales**, **Ligia Fahl Fonseca** e, **Patrícia Aroni**, pois, desde a graduação fizeram parte da minha formação e são exemplos profissionais.

Aos **enfermeiros e anesthesiologistas** do centro cirúrgico do Hospital Universitário de Londrina, por me receberem no setor e compartilharem momentos intensos e especiais.

A **Edianara Caroline Gonçalves de Brito** e **Simeire Antonieli Santos Faleiros**, pela colaboração na coleta de dados.

Aos **familiares e crianças** pela participação no estudo.

Ao **Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede**, em especial, **Leonel Alves do Nascimento**, **Marilia Conchon Ferrari**, **Aline Arrabal Korki Garcia** e **Thammy Gonçalves Nakaya**, por dividirem tantos momentos especiais e agregar conhecimento, contribuindo em todas as etapas deste trabalho.

A **coordenação de pós-graduação**, pelo suporte oferecido durante esse período.

A **Fundação Araucária**, pelo fornecimento da bolsa incentivando a pesquisa e, à **Universidade Estadual de Londrina**, pelo complemento da bolsa.

E a todos que fizeram parte deste processo de alguma forma. Não chegaria aqui sem a contribuição de cada um. Obrigada!

“As nuvens mudam sempre de posição, mas são sempre nuvens no céu. Assim devemos ser todo dia, mutantes, porém leais com o que pensamos e sonhamos; lembre-se, tudo se desmancha no ar, menos os pensamentos”.

(Paulo Beleki)

PIEROTTI, Isadora. **Elaboração, validação e fidedignidade do protocolo de segurança para o manejo da sede pediátrica.** 2018. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O pós-operatório imediato (POI) da criança caracteriza-se por diversos fatores estressantes, destacando-se a sede, com prevalência de 88,5%. No entanto, a inexistência de instrumentos que avaliem a segurança da criança em POI, dificulta a administração de estratégias de alívio deste sintoma. **OBJETIVO:** Elaborar, validar e avaliar a fidedignidade do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica em POI. **MÉTODO:** Pesquisa metodológica, quantitativa, realizada entre julho de 2017 e abril de 2018. O objeto deste estudo é a mensuração da segurança para o manejo da sede da criança em POI. Realizou-se a pesquisa junto a especialistas no cuidado à criança cirúrgica e em Sala de Recuperação Anestésica (SRA) de um Hospital Escola de Nível Terciário do Estado do Paraná. Utilizaram-se os pressupostos de Pasquali para elaboração de instrumentos de mensuração com adaptações pertinentes para o desenvolvimento de instrumentos que pressupõe tomada de decisão. Elaborou-se o protocolo após revisão de literatura, entrevista com especialistas e, observação sistemática da recuperação anestésica da criança. O protocolo foi validado por juízes, por meio de análise aparente, semântica e, de conteúdo. Para a validação de conteúdo, calculou-se o *Content Validity Index* (CVI), cuja, concordância mínima estabelecida foi de 0,80. A seguir, avaliou-se a fidedignidade do protocolo, por meio da equivalência interavaliadores realizada por duas duplas de enfermeiras. Utilizou-se o coeficiente kappa para avaliar a fidedignidade, sendo este, o cálculo da razão entre a proporção de vezes que os observadores concordaram, com a proporção máxima de vezes que poderiam concordar. A amostra foi determinada por tempo de coleta, totalizando quatro meses. Utilizou-se o Microsoft Office Excel 2010® para calcular o CVI e, o programa *Statistical Package for Social Sciences* - SPSS® (versão 20.0) para calcular os valores do kappa e realizar a análise descritiva. A determinação da força de concordância dos valores de kappa obedeceu aos seguintes valores: menor que zero concordância pobre; de zero a 0,20 concordância desprezível; de 0,21 a 0,40 concordância suave; de 0,41 a 0,60 concordância moderada; 0,61 a 0,80 concordância substancial e, de 0,81 a 1 concordância quase perfeita. **RESULTADOS:** Em sua versão final, o protocolo foi constituído de cinco critérios de avaliação: nível de consciência; movimentação; proteção de vias aéreas; padrão respiratório e, náusea e vômito. Apresentou validade aparente, semântica e de conteúdo. Única rodada foi o suficiente para superar a concordância pré-estabelecida de 0,80 para todos os itens na validação de conteúdo. Avaliou-se a fidedignidade por enfermeiros 116 vezes em 58 crianças. O coeficiente kappa foi acima de 0,81 para todos os itens avaliados. A concordância interavaliadores geral do protocolo foi de 0,98. **CONCLUSÕES:** O protocolo foi criteriosamente elaborado mediante fundamentação científica na literatura, experiência de profissionais e período de observação da recuperação anestésica da criança, totalizando cinco critérios de avaliação. O protocolo apresentou validade teórica por juízes e, elevado índice de fidedignidade. Trata-se, portanto, de uma ferramenta útil e pronta para

utilização na prática em SRA, na avaliação da segurança de crianças entre três e 12 anos em POI, para receber estratégias de alívio da sede.

Palavras-Chave: Sede. Cuidado pós-operatório. Pediatria. Protocolos clínicos. Estudos de validação.

PIEROTTI, Isadora. **Elaboration, validation and reliability of the safety protocol for the management of the pediatric thirst.** 2018. 122 p. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The immediate postoperative period (IPP) of the child is characterized by several stressors, with emphasis on thirst, with a prevalence of 88.5%. However, the lack of instruments that assess children's safety in IPP makes it difficult to administer strategies to alleviate this symptom. **OBJECTIVE:** To elaborate, validate and evaluate the reliability of the Safety Protocol for the Management of the Pediatric thirst in IPP. **METHODS:** Methodological and quantitative research carried out between July 2017 and April 2018. The purpose of this study is to measure safety in the management of children's thirst in IPP. The research was carried out with specialists in the care of the surgical child and in the post anesthesia recovery room of a Tertiary School Hospital of the State of Paraná. Pasquali's assumptions were used for the elaboration of measurement instruments with adaptations pertinent to the development of instruments that presuppose decision-making. The protocol was developed after literature review, interview with specialists and systematic observation of the anesthetic recovery of the child. The protocol was validated by judges, through apparent, semantic and content analysis. For content validation, the Content Validity Index (CVI) was calculated, whose minimum agreement was 0.80. Next, the reliability of the protocol was evaluated through the inter-evaluator equivalence performed by two nurses. The kappa coefficient was used to evaluate the reliability, being this the calculation of the ratio between the proportion of times the observers agreed, with the maximum proportion of times they could agree. The sample was determined by collection time, totaling four months. We used Microsoft Office Excel 2010® to calculate the CVI and the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) program (version 20.0) to calculate the kappa values and perform the descriptive analysis. The determination of the concordance strength of the kappa values obeyed the following values: less than zero poor agreement; from zero to 0.20 negligible agreement; from 0.21 to 0.40 soft agreement; from 0.41 to 0.60 moderate agreement; 0.61 to 0.80 substantial agreement, and from 0.81 to 1 almost perfect agreement. **RESULTS:** In the final version, the protocol consisted of five evaluation criteria: level of consciousness; movement; airway protection; respiratory pattern and nausea and vomiting. It presented apparent validity, semantics and content. One round was enough to overcome the pre-set agreement of 0.80 for all items in content validation. The trustworthiness of nurses was evaluated 116 times in 58 children. The kappa coefficient was above 0.81 for all evaluated items. The overall inter-rater agreement of the protocol was 0.98. **CONCLUSIONS:** The protocol was carefully prepared based on scientific literature, experience of professionals and observation period of the anesthetic recovery of the child, totaling five evaluation criteria. The protocol had theoretical validity by judges and a high reliability index. It is, therefore, a useful and ready tool for use in practice in an post anesthesia recovery room, in the evaluation of the safety of children between three and 12 years in IPP, in order to receive relief strategies from thirst.

Keywords: Thirst. Postoperative care. Pediatrics. Clinical protocols. Validation studies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Organograma para elaboração de medida psicológica	29
Figura 2 – Diagrama sequencial da elaboração, validação e fidedignidade do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica... ..	42
Figura 1 – Diagrama sequencial da elaboração, validação e fidedignidade do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica (artigo).....	54
Figura 2 – Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica (artigo).....	61

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Validação de conteúdo do protocolo em relação os critérios de avaliação e seus itens representativos. Londrina, PR, Brasil, 2017. (n=9) (Artigo)61
- Tabela 2** – Validação de conteúdo do protocolo em relação aos procedimentos operacionais de cada critério de avaliação. Londrina, PR, Brasil, 2017. (n=9) (Artigo)62
- Tabela 3** – Validação de conteúdo do protocolo em relação ao manual operacional. Londrina, PR, Brasil, 2017. (n=9) (Artigo)63
- Tabela 4** – Coeficiente kappa dos itens do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica avaliado por enfermeiros. Londrina, PR, Brasil, 2018. (n=58)63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASA	<i>American Society of Anesthesiologists</i>
ADH	Hormônio antidiurético
POI	Pós-Operatório Imediato
FLACC	<i>Face Legs Activity Cry Consolability</i>
SRA	Sala de Recuperação Anestésica
PSMS	Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede
TRPM8	<i>Transient Receptor Potential Melastatin 8</i>
VSRS	<i>Vancouver Sedative Recovery Scale</i>
DE	Delírio Emergente
PAED	<i>Pediatric Anesthesia Emergence Delirium</i>
CVI	<i>Content Validity Index</i>
IRA	<i>Interrater Agreement</i>
FVI	<i>Fatorial Validity Index</i>
PSMSP	Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica
SUS	Sistema Único de Saúde
CC	Cirúrgico
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
COMUT	Comutação Bibliográfica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS	27
2.1	OBJETIVO GERAL.....	27
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
3	REFERENCIAL METODOLÓGICO	28
3.1	PROCEDIMENTOS TEÓRICOS.....	30
3.1.1	O Sistema Psicológico.....	30
3.1.2	A propriedade do Sistema Psicológico	30
3.1.3	Dimensionalidade do Atributo.....	30
3.1.4	Definições dos Construtos.....	31
3.1.4.1	Definição constitutiva.....	31
3.1.4.2	Definição operacional	31
3.1.5	Operacionalização do Construto	32
3.1.5.1	Regras para construção dos itens	32
3.1.5.2	Quantidade de itens	33
3.1.6	Análise Teórica dos Itens	33
3.1.6.1	Análise semântica	34
3.1.6.2	Análise dos juízes.....	34
3.1.7	Validação de Instrumentos de Medida	34
3.1.7.1	Técnica Delphi.....	37
3.2	PROCEDIMENTOS EMPÍRICOS OU EXPERIMENTAIS	38
3.3	PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS OU ESTATÍSTICOS	39

4	MÉTODO	41
4.1	TIPO DE PESQUISA	41
4.2	LOCAL DA PESQUISA	43
4.3	ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO	43
4.3.1	Revisão de Literatura	44
4.3.2	Entrevistas com Especialistas	44
4.3.3	Período de Observação.....	45
4.4	ANÁLISE TEÓRICA POR JUÍZES	46
4.4.1	Validação Aparente.	46
4.4.2	Validação Semântica.....	46
4.4.3	Validação de Conteúdo	47
4.5	Análise da Fidedignidade	49
4.6	Aspectos Éticos.....	50
5	RESULTADOS (Os resultados serão apresentados no formato de um manuscrito).....	51
5.1	MANUSCRITO – ELABORAÇÃO, VALIDAÇÃO E FIDEDIGNIDADE DO PROTOCOLO DE SEGURANÇA PARA O MANEJO DE SEDE PEDIÁTRICA	51
6	CONCLUSÕES	73
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
	REFERÊNCIAS	75

APÊNDICES	87
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Etapa de Entrevista com Especialistas	88
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Etapa de Análise Semântica do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica.....	90
APÊNDICE C – Carta Convite.....	92
APÊNDICE D – Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica.....	93
APÊNDICE E – Instrumento 1: Validação de conteúdo dos atributos do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica.....	94
APÊNDICE F – Instrumento 2: Validação de conteúdo dos itens de avaliação do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica	97
APÊNDICE G – Instrumento 3: Validação de conteúdo dos procedimentos operacionais do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica	101
APÊNDICE H – Instrumento 4: Validação de conteúdo do manual operacional do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica	104
APÊNDICE I – Instrumento 5: Caracterização dos juízes.....	111
APÊNDICE J – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Etapa de Validação de Conteúdo do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica.....	112
APÊNDICE K – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Etapa de Avaliação da Fidedignidade do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica.....	114
 ANEXOS	 116
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética	117
ANEXO B – Adendo do Parecer Anterior	120

1 INTRODUÇÃO

A hospitalização é uma experiência estressante para a criança e envolve intensa modificação de suas atividades, em consequência da limitação das funções diárias, privação do convívio social e necessidade de cumprir normas e rotinas institucionais (MORAES; ENUMO, 2008). O ambiente cirúrgico pode intensificar a experiência negativa da hospitalização para a criança.

O perioperatório é um processo difícil para o paciente infantil, permeado por sentimentos que resultam em comportamentos físicos e emocionais e, merecem atenção da equipe de saúde. Ao vivenciarem as situações e procedimentos neste período, as crianças relatam sentimento de medo relacionado à dor, aos riscos de acidentes, ao próprio procedimento cirúrgico, aos materiais utilizados e presença dos médicos na sala operatória (COSTA; GARNHANI, 2010).

O preparo da criança cirúrgica deve conter orientações e cuidados adequados sobre o procedimento ao qual será submetida. Espera-se, dessa forma, humanizar a experiência da hospitalização e conseguir maior cooperação da criança para o enfrentamento desse evento. A inclusão da família é fator relevante no preparo da criança, familiares devem ser esclarecidos e estimulados a participar de maneira ativa no tratamento de seus filhos, contribuindo com sua presença e carinho (KICHE; ALMEIDA, 2009; SAMPAIO et al., 2009).

A realização de uma cirurgia requer alguns cuidados e procedimentos que podem ser de difícil compreensão para a criança. Dentre os principais, destaca-se o jejum pré-operatório, indicado para prevenir a aspiração pulmonar do conteúdo gástrico devido à regurgitação e perda de reflexos protetores da via aérea, resultante dos medicamentos anestésicos (ANDREW-ROMIT; VAN DE MORTEL, 2011; FRYKHOLM et al., 2018).

A aspiração pulmonar perioperatória em crianças apresenta variação de um a 10 em 10.000 (MURAT; CONSTANT; MAUD'HUY, 2004; BORLAND et al., 1998; WARNER et al., 1999; TIRET et al., 1988; WALKER, 2013), sendo a indução anestésica, o principal período de risco para esse evento (FRYKHOLM et al., 2018). Dentre os fatores de risco relacionados à presença de aspiração pulmonar, encontram-se condições do paciente como: estômago cheio, obstrução intestinal, dor abdominal, diabetes ou trauma associado com esvaziamento gástrico reduzido. Além disso, há fatores do ato anestésico cirúrgico, entre os quais: problemas

relacionados a medicamentos opioides, posicionamento do paciente e, anestesia leve ou inadequada (FRYKHOLM et al., 2018).

O esvaziamento do conteúdo gástrico é uma preocupação quando se trata da aspiração pulmonar perioperatória, embora não seja conhecido o volume exato de conteúdo gástrico que represente ameaça para a criança (BRADY et al., 2009). Estudos anteriores não encontraram correlação entre o intervalo de jejum pré-operatório com o volume de conteúdo gástrico (SCHMITZ et al., 2011a; SCHMIDT et al., 2014; SCHMITZ et al., 2012).

Em crianças saudáveis, o esvaziamento gástrico após a ingestão de líquido claro ocorre com uma meia-vida média de 30 minutos. Os autores, no entanto, apontam que há considerável variação interindividual (SCHMITZ et al., 2011b). Comparou-se o pH e volume gástrico residual após uma e duas horas de jejum de líquidos claros em crianças com idade entre um e 16 anos. Os resultados indicaram que uma hora de jejum para líquido claro não altera significativamente o pH gástrico ($p= 0,66$) ou, o volume gástrico residual ($p= 0,47$) quando comparado a duas horas de jejum (SCHMIDT et al., 2014). Não houve diferença no volume residual do conteúdo gástrico em crianças voluntárias saudáveis, quando pesquisadores simularam o tempo de jejum pré-operatório de quatro e seis horas para uma refeição leve (SCHMITZ et al., 2012).

Estudo retrospectivo realizado em hospital escola avaliou 10.015 procedimentos eletivos com anestesia geral de crianças entre zero e 16 anos, cujo, objetivo foi determinar a incidência de aspiração pulmonar perioperatória. Foi permitido que a criança ingerisse líquido claro conforme sua vontade até o encaminhamento para a sala operatória. A incidência de aspiração foi de 0,03%, sendo que não houve necessidade de suspensão do procedimento cirúrgico, cuidados intensivos, suporte de ventilação ou, óbito relacionado à aspiração (ANDERSSON; ZARÉN; FRYKHOLM, 2015).

Revisão da Cochrane reuniu 25 estudos realizados para avaliar os regimes de jejum pré-operatório em crianças. No total, incluíram-se 47 comparações controladas randomizadas, envolvendo 2543 crianças consideradas em risco normal de regurgitação ou aspiração durante a anestesia. Crianças que ingeriram líquido até 120 minutos no pré-operatório, não apresentaram maiores volumes gástricos ou valores de pH gástrico menores, sentiram menos fome e sede, comportaram-se melhor e, sentiram-se mais a vontade. Não há evidência de que a criança em jejum

de líquidos orais por mais de seis horas, se beneficie em termos de volume gástrico intraoperatório e pH, em comparação com a criança que recebe líquidos ilimitados por até duas horas no pré-operatório (BRADY et al., 2009).

Estes resultados são importantes, pois, o tempo de jejum pré-operatório usualmente praticado, excede as recomendações das associações internacionais de anestesiologia. Estudo realizado na França encontrou tempo de jejum pré-operatório de aproximadamente 11 horas (CHAUVIN et al., 2017). Outro estudo, realizado no Canadá, revelou que o tempo de jejum pré-operatório foi maior do que o recomendado para 70% das crianças, sendo que para 34%, foi recomendado a partir da meia noite (BRUNET-WOOD et al., 2016). Em hospital na Suíça, o tempo de jejum para líquidos claros variou de 1,1 a 15,5 horas (SCHIMTZ, 2011a). Hospital escola no Brasil, revelou média de 13,4 horas (RIVIEIRA, 2016). Outro estudo realizado nesta instituição revelou variação de sete a 73 horas no tempo total de jejum (CAMPANA et al., 2015).

A *American Society of Anesthesiologists Committee* (ASA) recomenda duas horas de jejum para líquidos claros (ASA, 2011). Resultados citados anteriormente, no entanto, revelam que em diferentes instituições a criança é mantida em jejum pré-operatório além do recomendado. Quando prolongado, o jejum pode resultar em cetoacidose, especialmente em crianças com idade inferior a três anos (DENNHARDT et al., 2015), hipoglicemia, acidose metabólica, desidratação e, instabilidade cardiovascular. Adicionalmente, o jejum excessivo prejudica o bem estar subjetivo da criança ao favorecer a presença de sede (ANDERSON; ZARÉN; FRYKHOLM, 2015; BRADY et al., 2009; FRYKHOLM et al., 2018).

A sede pode ser definida como o desejo consciente de beber água, um mecanismo de compensação na busca do restabelecimento do equilíbrio hídrico no organismo (LEIPER, 2005). Considerada um sintoma multidimensional e complexo, envolve aspectos fisiológicos, motivacionais, afetivos, ambientais, culturais, diferenças individuais como gênero e idade e, aspectos alimentares (STEVENSON; MAHMUT; ROONEY, 2015; LEIPER, 2005; CONCHON et al., 2015).

Fisiologicamente, a sede é classificada em osmótica e hipovolêmica. A sede osmótica ou desidratação intracelular resulta de discretos aumentos de 1 a 3% na osmolaridade do plasma. Com isso, osmorreceptores viscerais e periféricos são estimulados a ativarem a síntese do hormônio antidiurético (ADH), responsável

pela reabsorção de água pelos rins. Já a sede hipovolêmica ou déficit de volume extracelular, ocorre quando há perda de aproximadamente 10% do volume plasmático, resultando na detecção da diminuição de volume pelos barorreceptores. Em decorrência disso, há liberação de angiotensina II, responsável pela estimulação da sede no hipotálamo (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013).

A sede é frequente no pós-operatório imediato (POI) da criança chegando a 88,5% (RIVIEIRA, 2016). Trata-se de uma das causas responsáveis pela angústia vivenciada pela criança neste período (CHAUVIN et al., 2017). Frequentemente a criança verbaliza de forma espontânea sua sede (59%), sinalizando a necessidade de se realizar alguma intervenção para reduzir este desconforto. Em estudo transversal realizado com 78 crianças, a sede foi considerada intensa por 37,2% e forte por 20,5%. Os principais fatores associados à maior intensidade deste sintoma foram: apresentar queixa espontânea, verbalizar sensação de boca seca e de saliva grossa e, idade inversamente proporcional (RIVIEIRA, 2016).

Este sintoma pode ser ainda mais intenso para a criança, devido à rapidez com que ela se desidrata. A porcentagem de água corpórea é mais elevada que nos adultos e, o teor de água é maior no compartimento extracelular quando comparada ao compartimento intracelular, o que promove maior velocidade de desidratação (EFSA, 2010). O teor de água no corpo dos recém-nascidos é cerca de 75%, e diminui para cerca de 60% para crianças mais velhas e adultos (BENELAM; WYNESS, 2010).

O paciente cirúrgico deve ser considerado um grupo que apresenta elevado risco para sentir sede. Alguns fatores específicos do período perioperatório podem favorecer sua presença, entre os quais: medicamentos anestésicos como opioides e anticolinérgicos, jejum pré e pós-operatório, intubação orotraqueal com exposição da cavidade oral, desequilíbrio hidroeletrólítico e perda sanguínea (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013; GUGGENHEIMER; MOORE, 2003; ORTENZI, 2006).

A presença de sede na criança pode ser identificada por meio de alguns sinais físicos como a cavidade oral e lábios ressecados e esbranquiçados, constante deglutição de saliva, dor na garganta e comportamento de busca por água ao ter os lábios umedecidos por alguém (CAMPANA et al., 2015). A própria criança percebe e relata sua sede e os principais desconfortos associados a ela, como a boca seca e saliva grossa (RIVIEIRA, 2016).

A sede, portanto, pode ser identificada pela equipe de enfermagem, desde que olhe com intencionalidade para os sinais que a criança apresenta, por meio do questionamento de sua presença e, a própria verbalização da criança (RIVIEIRA, 2016; CAMPANA et., 2015). A equipe, no entanto, sente-se insegura e impotente por não saber o que fazer em presença de sede. Quando adotam alguma estratégia de alívio, utilizam gaze ou algodão umedecido, embora, não haja eficácia comprovada (PAVANI; FONSECA; CONCHON, 2016). Além disso, há profissionais que a consideram um sintoma de pouca importância neste período (GARCIA et al., 2017). Um dos motivos que podem estar associados à falta de intencionalidade da equipe para avaliar e tratar a sede, consiste no temor por eventos respiratórios adversos. Desta forma, a criança é mantida em jejum no POI, embora não haja comprovação de que esta conduta reduza a presença de complicações.

Estudo clínico teve como objetivo investigar se o jejum pós-operatório reduziria a incidência de vômito. Dividiu-se 147 crianças com idade média de 4,8 anos em dois grupos: grupo liberal, no qual foi permitido que a criança bebesse e comesse de acordo com sua vontade e, grupo controle no qual a criança permaneceu em jejum por seis horas após a extubação. Não houve diferença estatisticamente significativa na incidência de vômitos entre os grupos, sendo de 15% no grupo liberal e 22% no grupo jejum ($p=0,39$). Ao avaliarem o bem estar subjetivo, no entanto, as crianças do grupo liberal foram significativamente mais alegres e menos incomodadas com a dor. Utilizou-se menos medicação para náusea para o grupo liberal (1%) quando comparado ao grupo jejum (7%) ($p=0,1$). O processo de avaliação realizado na criança para receber o líquido e alimento foi pouco descrito. Segundo os autores, foi permitido “uma bebida e um lanche assim que a criança aparentemente estivesse acordada o suficiente e, verbalizasse vontade de comer e beber”. Em média, as crianças do grupo liberal receberam sua primeira bebida e comida 4,2 e 2,9 horas antes do grupo de jejum respectivamente (RADKE et al., 2009).

Outro ensaio clínico que avaliou a ingestão precoce de líquido via oral no POI, revelou associação com a redução na incidência de vômito e diminuição do uso de opioides. Participaram 231 crianças ambulatoriais com idade entre seis meses e quatro anos, randomizadas em grupo liberal e controle. No grupo liberal, foi oferecido suco de maçã (10 ml/kg^{-1}) para a criança que apresentasse pontuação maior ou igual a quatro na *Face Legs Activity Cry Consolability* (FLACC) - escala

utilizada para avaliar a dor na criança. Para o grupo controle, seguiu-se o protocolo institucional e o consumo de líquido só foi permitido após o retorno à enfermaria. A incidência de vômito pós-operatório foi de 11,4% no grupo liberal e 23,9% no grupo controle. No grupo liberal, houve necessidade de utilizar opioide em 14% dos casos e no grupo controle, 35,8%. Os autores não encontraram complicações relacionadas à ingestão de líquido via oral precoce (CHAUVIN et al., 2017).

É importante ressaltar que em ambos estudos citados anteriormente, os pesquisadores consideraram a vontade da criança para ingerir o líquido e alimento. A vontade da criança deve ser respeitada, uma vez que em situações onde são forçadas a ingerir líquido, há maior incidência de vômito pós-operatório (MESSNER; BARBITA, 1997; KEARNEY; MARCK; ENTWISTLE, 1998; TABAEE et al., 2006; SCHREINER et al., 1992; SCHREINER; NICOLSON, 1995).

Estudos clínicos realizados com crianças submetidas à cirurgias abdominais também revelaram os benefícios da alimentação e ingestão de líquido via oral precoce no pós-operatório. Há evidências de retorno mais rápido da função intestinal, diminuição do tempo de internação hospitalar e, menor presença de fome e sede (SANGKHATHAT; PATRAPINYOKUL; TADYATHIKOM, 2003; KUZMA, 2008; LEWIS et al., 2001; REISMANN et al., 2007; WALLSTRÖM; FRISMAN, 2014; RIZALAR; ÖZBAS, 2018).

Embora estudos mostrem que a introdução precoce de líquido via oral não está relacionada com o aumento de complicações no pós-operatório, usualmente ainda adota-se uma conduta conservadora, na qual a criança é mantida em jejum, algumas vezes, de forma desnecessária. Geralmente o líquido é liberado nas primeiras três horas de pós-operatório para a maioria dos pacientes pediátricos (SMITH et al., 2011; IMANI; KHADEMI, 2014). Não se avalia, no entanto, a possibilidade da criança receber alguma estratégia de alívio da sede assim que verbaliza este desconforto na Sala de Recuperação Anestésica (SRA).

Visando propiciar subsídios à equipe de enfermagem para poder administrar precocemente alguma estratégia de alívio da sede do paciente em SRA, foi elaborado e validado o Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede (PSMS) para pacientes adultos (NASCIMENTO; FONSECA, 2014). O PSMS permite à equipe de enfermagem, avaliar a condição clínica de cada paciente e determinar a segurança para administrar ou não algum método de alívio da sede. O protocolo é composto por três critérios de avaliação, sendo necessária a aprovação em todos os

itens. Avalia-se o nível de consciência, proteção de vias aéreas por meio de reflexos de proteção (tosse e deglutição) e, ausência de náusea e vômito. Ao apresentar condição clínica favorável o paciente recebe um picolé de gelo de 10 ml de água. A estratégia pode ser utilizada cinco vezes em intervalos de 15 minutos, quando é realizada nova avaliação. Após a validação do PSMS, implantou-se o manejo da sede na SRA de um hospital escola localizado no norte do Paraná, sendo que os técnicos de enfermagem e enfermeiros foram treinados sobre o uso do protocolo (GARCIA et al., 2015).

O picolé de gelo como estratégia para alívio da sede foi proposto com base em estudos anteriores que mostraram maior capacidade do frio no poder de saciedade, diminuição da sensação desagradável de boca seca (SALATA; VERBALIS; ROBINSON, 1987; BRUNSTROM; MACRAE, 1997; BRUNSTROM; TRIBBECK; MACRAE, 2000; BRUNSTROM, 2002; CHO; KIM; PARK, 2010), e diminuição da sede (GARCIA et al., 2016). Ensaio clínico randomizado com 208 pacientes avaliou a eficácia de um picolé de gelo de 10 ml em comparação com 10 ml de água em temperatura ambiente para alívio da sede no POI. O picolé de gelo foi 37,8% ($p < 0,01$) mais eficaz que a água na redução da intensidade de sede (CONCHON; FONSECA, 2017).

A estratégia fria permite saciar a sede com menor quantidade de líquido (CONCHON; FONSECA, 2017). Esse resultado é particularmente importante para o paciente cirúrgico em POI, uma vez que fica impossibilitado de receber grandes volumes de líquido. A preferência por líquidos gelados pode ser explicada pela presença de receptores orofaríngeos sensíveis à temperatura (COLA et al., 2008; KAPATOS; GOLD, 1972; SALATA; VERBALIS; ROBINSON, 1987). Denominados *Transient Receptor Potential Melastatin 8* (TRPM8), esses receptores enviam impulsos às fibras sensoriais aferentes dos nervos trigêmeo e glossofaríngeo que também têm a função de detecção de temperatura (SALATA; VERBALIS; ROBINSON, 1987; TORTORA; DERRICKSON, 2013; ECCLES et al., 2013).

Atualmente, a equipe de enfermagem conta com um protocolo de segurança (NASCIMENTO; FONSECA, 2014) e estratégia efetiva para minorar a sede do paciente adulto (CONCHON; FONSECA 2017). Não se encontram disponíveis, no entanto, protocolos que avaliem a segurança da criança para o manejo da sede. Na prática, utiliza-se o PSMS para o paciente infantil, embora, não

haja comprovação de que os critérios propostos representem segurança especificamente para este grupo de pacientes.

A avaliação da criança deve considerar marcos do crescimento e desenvolvimento de acordo com a faixa etária em que se encontra. Compreender essas características é fundamental no presente estudo, pois, ele objetiva avaliar a criança quanto à segurança para receber uma estratégia de alívio da sede. Espera-se, portanto, que a criança tenha condição de participar da avaliação. Para isso, é preciso que consiga comunicar-se com clareza e desenvolver as atividades que serão avaliadas durante o processo. A partir dos dois anos a criança começa a melhorar suas habilidades de comunicação, locomoção, apresenta maior precisão de movimentos e manuseio de objetos, consegue falar seu próprio nome, nomeia objetos, desenvolve seu senso de identidade e autoconhecimento e, busca por maior autonomia (BRASIL, 2012; BRASIL, 2002).

A compreensão de como se dá a recuperação anestésica na criança é outro aspecto fundamental para a realização deste trabalho. Houve dificuldade, no entanto, encontrar na literatura instrumentos ou escalas de avaliação do nível de consciência da criança no momento em que se recupera da anestesia. Dentre as escalas encontradas e usualmente utilizadas na prática em SRA, destacam-se o Índice Steward (STEWART, 1975) e Escala de Aldrete e Kroulik (ALDRETE; KROULIK, 1970). Essas escalas, porém, podem não ser adequadas para uso em crianças (MACNAB et al., 1991; BELLO, 2000). O índice Steward foi elaborado em 1975 e compreende três itens de avaliação: nível de consciência, via aérea e movimentação. Na prática, é comum utilizar-se dessa escala para avaliar a criança, embora os autores não descreveram em seu estudo, a idade dos pacientes para a qual a escala foi elaborada (STEWART, 1975). É provável que isso aconteça devido à simplicidade de aplicação dessa escala (BELLO, 2000). Estudo realizado para verificar a confiabilidade interobservadores do índice Steward em 21 crianças apontou resultados estatísticos confiáveis para os itens nível de consciência e via aérea (KEEGAN; YUDKOWITZ; BODIAN, 1995). Outras escalas encontradas para avaliação do nível de consciência abordam crianças sedadas, especialmente em unidade de terapia intensiva (JONGHE et al., 2000).

Com o objetivo de suprir a lacuna de instrumentos voltados à avaliação da criança no momento em que recupera sua consciência após a cirurgia, elaborou-se e validou-se a primeira escala com essa finalidade (MACNAB et

al.,1991). Denominada *Vancouver Sedative Recovery Scale* (VSRS), a escala é composta por 12 itens que abrangem três categorias: resposta; aparência e função dos olhos e; movimento corporal. Avaliou-se a confiabilidade em 82 crianças com idade entre nove meses e 17 anos. A consistência interna medida pelo alfa de Cronbach foi de 0,85, concordância interobservadores 0,90 e, os valores de kappa para itens individuais variaram de 0,65 a 0,89 (MACNAB 1991).

As demais escalas e artigos encontrados na literatura referentes à avaliação do nível de consciência da criança em SRA referem-se a evento comum no POI deste grupo de pacientes, denominado delírio emergente (DE). Trata-se de uma alteração no comportamento da criança com prevalência entre 10 e 80% (NASAR; HANNALLAH, 2011). Esta variação pode acontecer devido às diferentes definições utilizadas pelos pesquisadores ao estudarem este fenômeno.

As primeiras descrições sobre a excitação após anestesia geral em crianças foram na década de 60 (ECKENHOFF; KNEALE; DRIPPS, 1961). Estudo prospectivo analisou 14.436 registros de pacientes submetidos à anestesia geral, com o objetivo de descrever a incidência e etiologia dessa condição. Autores consideraram excitação e delírio após anestesia, a presença de comportamentos como: inquietação, desorientação, choro, gemidos ou fala irritativa e gritos. Dentre as correlações encontradas com maior incidência estão: menor idade (três a nove anos) e uso de alguns agentes anestésicos (ECKENHOFF; KNEALE; DRIPPS, 1961).

Estudo que objetivou a validação da *Pediatric Anesthesia Emergence Delirium* (PAED) reuniu 16 escalas de avaliação do delírio após anestesia geral (SIKICH; LERMAN, 2004). Segundo os autores, no entanto, essas escalas apresentavam limitações importantes como falhas na avaliação psicométrica e, presença de comportamentos inespecíficos do DE, entre os quais: choro, agitação e falta de cooperação. A PAED foi composta pelas seguintes características: a criança faz contato visual com o cuidador; as ações da criança são propositadas; a criança está ciente de seu entorno; a criança está inquieta e a criança está inconsolável. Avaliou-se a escala com crianças de 18 meses a 6 anos, sendo a consistência interna de 0,89 e confiabilidade 0,84. Neste estudo, considerou-se DE como distúrbio na consciência e atenção da criança ao seu ambiente, desorientação e alterações perceptivas, hipersensibilidade a estímulos e, comportamento motor hiperativo (SIKICH; LERMAN, 2004).

A identificação dos fatores de risco associados ao DE tem sido objetivo de vários estudos. Dentre as associações encontradas, é possível dividir os fatores em dois grupos principais: inerentes ao paciente como: sexo, idade, ansiedade pré-operatória e estado mental; e próprios do ato anestésico cirúrgico, tais como: uso de alguns agentes anestésicos, duração do procedimento, sítio cirúrgico e o despertar rápido após o procedimento (SMESSAERT, 1960; AONO et al., 1997; ECKENHOFF; KNEALE; DRIPPS, 1961; MOHKAMKAR et al., 2014; AONO; MAMIYA; MANABE, 1999; WELBORN et al., 1996; DAVIS et al., 1994; TRIPI et al., 2004; MASON, 2017). Crianças com DE são significativamente mais propensas a apresentarem ação não intencional, olhos desviados e, ausência da capacidade de resposta e da consciência do meio ambiente (MALARBI et al., 2011).

A prevalência de agitação e delírio após anestesia é maior em crianças menores. Os principais motivos relatados são a imaturidade psicológica das crianças em idade pré-escolar e o fato de que elas são facilmente confusas e assustadas por experiências inesperadas e imprevisíveis (WELLS; RASCH, 1999; AONO et al., 1997; MARTINI, 2005). O delírio foi aproximadamente 4 vezes maior em crianças pré-escolares com idade entre três e cinco anos, quando comparadas a crianças em idade escolar, entre seis e 10 anos (AONO et al., 1997). Estudo transversal realizado com 747 pacientes também encontrou associação entre maior presença de agitação pós-anestésica em crianças pequenas de quatro a seis anos, quando comparadas a crianças maiores (sete anos) (MOHKAMKAR et al., 2014).

Compreender a forma como a criança recupera sua consciência pode subsidiar a avaliação realizada pelo enfermeiro de SRA, especialmente para o manejo seguro da sede. Para isso é preciso elaborar e validar um instrumento composto por critérios relevantes de avaliação da criança em POI considerando a possibilidade de receber líquido via oral com segurança neste período.

O desenvolvimento de pesquisas que elaboram instrumentos de mensuração na enfermagem é crescente, principalmente com os cursos de pós-graduação como mestrado e doutorado no Brasil (RIBEIRO et al., 2013). Em sua maioria, consistem em estudos de elaboração e validação de escalas. Apenas dois estudos de validação de protocolos de ação foram encontrados. O primeiro trata-se de um instrumento de avaliação clínico sobre a Avaliação da Prontidão do Prematuro, elaborado para preencher uma dificuldade dos profissionais em estabelecer o momento adequado e seguro para iniciar a amamentação em

prematturos (FUJINAGA et al., 2013). O segundo diz respeito à elaboração e validação de um protocolo de avaliação do paciente cirúrgico adulto, quanto à segurança para receber estratégias de alívio da sede (NASCIMENTO; FONSECA 2014).

O processo de validação de instrumentos é fundamental para que os resultados tenham significado, sejam fidedignos, precisos e exatos (LILFORD et al., 2003). Dentre os principais aspectos que compõe o processo de validação dos instrumentos, estão a validade e a fidedignidade. A validade verifica se o instrumento mede exatamente o que se propõe a medir, já a fidedignidade, representa o grau de coerência com o qual o instrumento mede o atributo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Justifica-se a realização deste trabalho devido à inexistência de instrumentos que avaliem a segurança para permitir a administração de líquido via oral para o paciente infantil que se encontra em POI, acrescido da elevada frequência e desconforto que esse sintoma causa neste grupo de pacientes. Desta forma, é preciso elaborar, validar e avaliar a fidedignidade de um instrumento, que proponha avaliação da segurança da criança em POI quanto à possibilidade de receber estratégias de alívio da sede.

Diante do exposto, espera-se responder à pergunta: O instrumento constituído por critérios de segurança para avaliação da criança quando em recuperação anestésica, possui validade e é fidedigno, de forma a tornar-se ferramenta utilizada para o cuidado sistematizado para o manejo da sede no POI?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

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

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar os critérios de segurança e seus itens representativos para o manejo da sede no pós-operatório imediato da criança;
- ✓ Elaborar o protocolo baseado nos sinais e sintomas relevantes na determinação da segurança para administração de métodos de alívio da sede;
- ✓ Verificar a validade semântica e de conteúdo do protocolo;
- ✓ Avaliar a fidedignidade do protocolo, em sua aplicação prática para criança cirúrgica.

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

A decisão de elaborar um instrumento de avaliação deve resultar de um construto de interesse (PASQUALI, 1998). Neste estudo, o construto ou objeto de interesse é a segurança para administrar métodos de alívio da sede na criança que se encontra em POI. A motivação para elaboração do protocolo consiste na elevada prevalência e desconforto da sede para a criança cirúrgica, bem como, a falta de um instrumento que subsidie a prática da equipe que assiste esse grupo de pacientes em SRA, na avaliação da condição clínica da criança para determinar a utilização de alguma estratégia de alívio da sede.

Os trabalhos de elaboração de instrumentos de mensuração em enfermagem são crescentes, principalmente com o estabelecimento de cursos de pós-graduação, mestrado e doutorado no Brasil (RIBEIRO et al., 2013). Uma revisão integrativa composta por 21 artigos analisou os métodos de validação usados em pesquisas de enfermagem. A validação de conteúdo foi citada em 71,4% dos artigos, validação de critério em 28,5%, de construto em 23,8%. Referente à confiabilidade, frequentemente, utilizou-se o coeficiente alfa de Cronbach. Os fenômenos investigados foram, em sua maioria, relacionados à assistência de enfermagem envolvendo aspectos físicos e emocionais. Os autores evidenciaram a lacuna de conhecimento voltada a estudos de validação na área de saúde coletiva, saúde da criança e os fenômenos sociais pertinentes à assistência de enfermagem (RIBEIRO et al., 2013).

Não foi encontrado um referencial metodológico específico para elaboração de protocolos que incluem a tomada de decisão. Optou-se por utilizar o modelo preconizado por Luiz Pasquali para elaboração de escalas de avaliação, devido ao rigor metodológico descrito pelo autor (PASQUALI, 1998).

Ao atribuir números ao construto e seus atributos é preciso seguir determinadas regras. Por este motivo, a construção de um instrumento é um empreendimento científico, que deve obedecer a um rigor metodológico, ao qual o pesquisador deve especificar os critérios adotados para a seleção dos valores numéricos atribuídos ao construto (PASQUALI, 1998; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

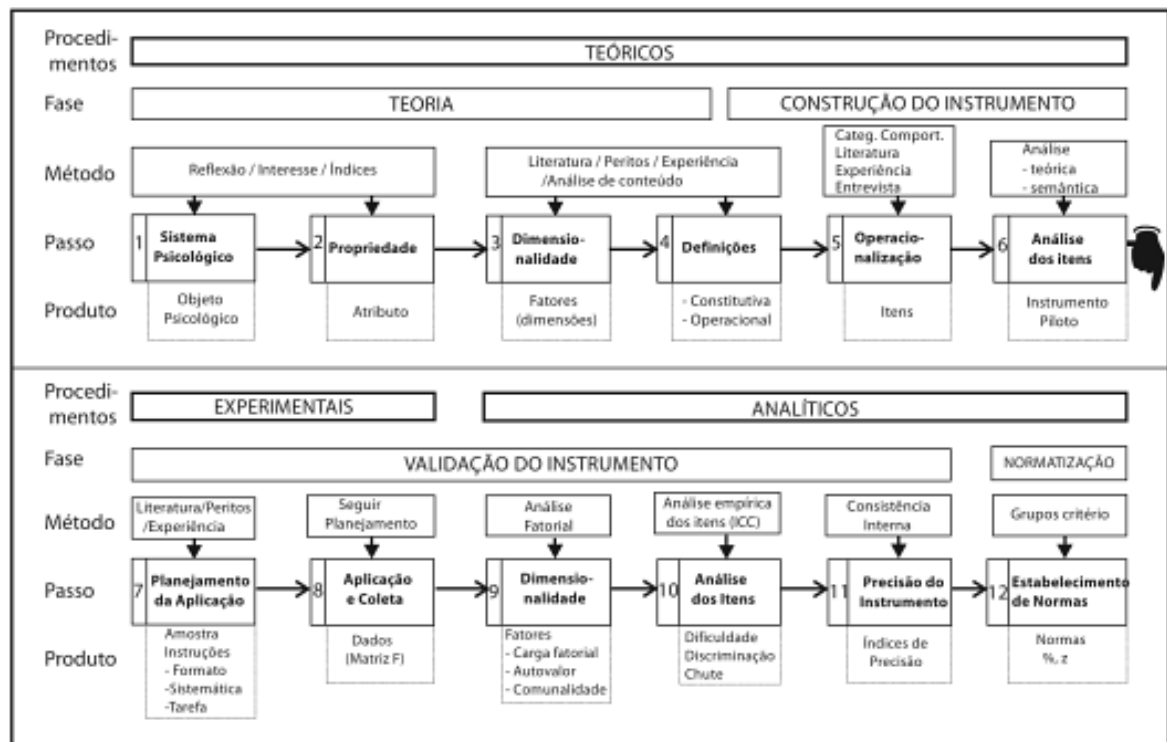
Revisão integrativa foi conduzida para investigar a aplicação do modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas brasileiras em Enfermagem. A pesquisa foi realizada em 2013 e considerou os estudos publicados

nos últimos cinco anos. Incluíram-se sete artigos, os quais adotaram o referencial metodológico de Pasquali fundamentados nos três procedimentos propostos pelo autor (teóricos, empíricos e, analíticos). Cumpriram-se algumas etapas como a construção do instrumento, parecer dos juízes e aplicação de procedimentos estatísticos para a validação de conteúdo (MEDEIROS et al., 2015).

Dois trabalhos de elaboração e validação de instrumentos de avaliação foram realizados com base nos pressupostos de Pasquali. O primeiro foi realizado por uma fonoaudióloga, com a finalidade de subsidiar os profissionais em estabelecer o momento adequado e seguro para iniciar a amamentação em prematuros (FUJINAGA et al., 2013). O segundo foi desenvolvido por um enfermeiro, para auxiliar a equipe de enfermagem de SRA a realizar uma avaliação sistematizada da condição clínica do paciente adulto em POI para receber ou não algum método de alívio da sede (NASCIMENTO, 2013).

O modelo de elaboração de instrumentos psicológicos proposto por Pasquali (1999) consiste em três grandes pólos ou procedimentos: teóricos, empíricos (experimentais) e, procedimentos analíticos (estatísticos) (Figura 1).

Figura 1 – Organograma para elaboração de medida psicológica



Fonte: Pasquali, 1999

3.1 PROCEDIMENTOS TEÓRICOS

Os procedimentos teóricos têm como foco a explicitação da teoria sobre o construto ou objeto psicológico para o qual será elaborado o instrumento de mensuração. A teoria deve apoiar qualquer empreendimento científico, portanto, é preciso sistematizar todas as evidências encontradas sobre o construto para guiar a construção do instrumento (PASQUALI, 1998; PASQUALI, 1999).

Nesta etapa deve-se evidenciar a teoria do traço latente, assim como os tipos e categorias de comportamentos que constituem uma representação adequada do mesmo traço. Para teorizar o construto, é preciso estabelecer sua dimensionalidade, realizar definição constitutiva e operacional do mesmo e, no final, operacionalizá-lo em tarefas comportamentais.

Segundo Pasquali (1998), a teoria consiste na etapa pouco valorizada pelos pesquisadores, resultando em instrumentos frágeis baseados apenas no próprio conhecimento do pesquisador.

3.1.1 O Sistema Psicológico

Todo sistema ou objeto que possa eventualmente ser expresso em termos observáveis é susceptível de se tornar um objeto para fins de mensuração. Um objeto em si, no entanto, não pode ser medido. O que pode ser medido são as propriedades ou atributos de um objeto, desde que apresentem magnitudes. O sistema representa o objeto de interesse, denominado também de objeto psicológico (PASQUALI, 1998).

3.1.2 Propriedades do Sistema Psicológico

Trata-se das propriedades ou atributos que tornam possível a mensuração do sistema (ou objeto). Representam os vários aspectos que os caracterizam (PASQUALI, 1998).

Atributos referem-se ao foco imediato de observação, propriedade, qualidade, aspecto, componente do objeto. Caracteriza-se por ser mensurável num continuum de pontos de magnitude (PASQUALI, 1998).

3.1.3 Dimensionalidade do Atributo

Refere-se à estrutura interna e semântica do atributo, resultando essencialmente da teoria psicológica, a qual concebe, define e estrutura os

construtos psicológicos. A dimensionalidade do atributo é definida com base nas teorias sobre o construto ou dados empíricos provenientes de análises fatoriais ou estudos prévios, confirmando que as variáveis do instrumento são influenciadas pelo construto escolhido (PASQUALI, 1999).

3.1.4 Definição dos Construtos

Consiste na conceituação detalhada, clara e precisa dos fatores para os quais se deseja elaborar o instrumento de medida. É fundamentado na literatura pertinente, nos peritos da área e na própria experiência do pesquisador. Esta etapa é dupla, na qual é preciso realizar as definições constitutivas e operacionais dos construtos (PASQUALI, 1998; PASQUALI, 1999).

3.1.4.1 Definição constitutiva

Representa a definição de um construto por meio de outros. O construto é concebido em termos de conceitos próprios da teoria em que ele se insere. Definições constitutivas são de grande importância no contexto da construção dos instrumentos de medida, pois, situam o construto de forma exata e precisa dentro de sua teoria. Desta forma, definem-se as balizas e os limites que o construto possui (PASQUALI, 1998).

Definição constitutiva é a que tipicamente aparece como definição de termos em dicionários e enciclopédias: os conceitos são ali definidos em termos de outros conceitos, ou seja, conceitos que são realidades abstratas, são definidos em termos de realidades abstratas (PASQUALI, 1998).

3.1.4.2 Definição operacional

Permite a passagem do abstrato para o concreto por meio da concretização dos construtos expressos em comportamentos físicos. Duas preocupações são relevantes nesta etapa: 1) as definições operacionais dos construtos devem ser realmente operacionais e 2) devem ser o mais abrangentes possíveis (PASQUALI, 1999).

Definições operacionais mais ou menos amplas determinarão a qualidade do instrumento, ou seja, quanto melhor e mais completa a especificação do construto, maior a garantia de que o instrumento resultante será válido e útil.

Assim como na definição constitutiva, nenhuma definição operacional esgota a amplitude semântica de um construto (PASQUALI, 1999).

3.1.5 Operacionalização do Construto

Consiste na etapa de construção dos itens, que são a expressão da representação comportamental do construto, em outras palavras, as tarefas que as pessoas deverão executar para que se possa avaliar a magnitude de presença do construto (atributo) (PASQUALI, 1998).

Os itens devem ser selecionados de forma criteriosa de acordo com sua pertinência no instrumento (PASQUALI, 1998).

3.1.5.1 Regras de construção de itens

As regras aplicam-se, em parte, à construção de cada item individualmente, e em parte ao conjunto dos itens que medem um mesmo construto. Além disso, considerando o tipo de traço a ser medido (aptidão ou personalidade), algumas regras aplicam-se e outras não (PASQUALI, 1998).

1. Critério comportamental: o item deve expressar um comportamento, não uma abstração ou construto.

2. Critério de objetividade ou de desejabilidade ou preferência: para o caso de escalas de aptidão, os itens devem cobrir comportamentos de fato, permitindo uma resposta certa ou errada. Ao contrário, para o caso das atitudes e da personalidade em geral, os itens devem cobrir comportamentos desejáveis (atitude) ou característicos (personalidade). Não existe neste caso, respostas certas ou erradas.

3. Critério da simplicidade: um item deve expressar uma única ideia.

4. Critério da clareza: o item deve ser inteligível até para o estrato mais baixo da população-meta, deve-se utilizar frases curtas, com expressões simples e inequívocas.

5. Critério da relevância (pertinência, saturação, unidimensionalidade, correspondência): a expressão (frase) deve ser consistente com o atributo definido e com as outras frases que cobrem o mesmo atributo. Ou seja, o item não deve insinuar atributo diferente do definido.

6. Critério da precisão: o item deve possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais itens que cobrem o mesmo contínuo.

7. Critério da variedade: dois aspectos especificam este critério: I. Variar a linguagem: usar os mesmos termos em todos os itens confunde as frases e dificulta diferenciá-las, além de provocar monotonia, cansaço e aborrecimento. II. No caso de escalas de preferências: formular a metade dos itens em termos favoráveis e metade em termos desfavoráveis, para evitar erro da resposta estereotipada.

8. Critério da modalidade: formular frases com expressões de reação modal, isto é, não utilizar expressões extremadas, como excelente, miserável, etc.

9. Critério da tipicidade: formar frases com expressões condizentes (típicas, próprias, inerentes) com o atributo.

10. Critério da credibilidade (face validity): o item deve ser formulado de modo que não apareça como ridículo, despropositado ou infantil.

Critérios referentes ao conjunto dos itens (o instrumento todo)

11. Critério da amplitude: este critério afirma que o conjunto dos itens referentes ao mesmo atributo, cobre toda a extensão de sua magnitude.

12. Critério do equilíbrio: os itens do mesmo contínuo devem cobrir igual ou proporcionalmente todos os setores do contínuo, devendo haver, portanto, itens fáceis, e médios difíceis (para aptidões) ou fracos, moderados e extremos (no caso das atitudes).

3.1.5.2 Quantidade de itens

Sugere-se um número razoável de pelo menos 20 itens para cobrir a totalidade ou a maior parte da extensão semântica do construto. Construtos mais simples, no entanto, podem ser representados por apenas meia dúzia ou menos (PASQUALI, 1999).

3.1.6 Análise Teórica dos Itens

Após a operacionalização do construto através dos itens, existe a hipótese de que estes representam adequadamente o construto. É preciso, no entanto, testar a hipótese por meio da opinião de outras pessoas, com a finalidade de assegurar que ela apresenta garantia de validade (PASQUALI, 1998).

A análise teórica é realizada por dois tipos distintos de juízes. A primeira refere-se à compreensão dos itens, denominada análise semântica, e a segunda, diz respeito à pertinência dos itens ao construto que representam, denominada análise dos juízes (PASQUALI, 1998).

3.1.6.1 Análise semântica dos itens

O principal objetivo é verificar se todos os itens são compreensíveis para as pessoas às quais instrumento foi elaborado. Deve-se verificar a compreensão dos itens com o estrato mais baixo de habilidade da população-meta e com uma amostra mais sofisticada da população (PASQUALI, 1998).

3.1.6.2 Análise dos juízes

O objetivo é verificar a adequação da representação comportamental dos atributos. É conhecida como análise de conteúdo ou análise de construto (PASQUALI, 1998).

3.1.7 Validação de Instrumentos de Medida

A validade de um instrumento refere-se ao grau com o que ele é capaz de mensurar aquilo que supostamente deve medir. O principal objetivo consiste em verificar a adequação do fenômeno estudado e do conceito teórico a ser medido (MONTEIRO; HORA, 2014; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). Usualmente, convidam-se os especialistas na área do conteúdo do instrumento para analisar a adequação dos elementos na representação do universo hipotético (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

O conceito de validade compreende três categorias principais: validade de construto, validade de critério e, validação de aparência e conteúdo (MONTEIRO; HORA, 2014; PASQUALI, 1999; PASQUALI, 2009; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). Para a validação do protocolo proposto neste estudo utilizou-se a validade de conteúdo e de aparência.

A validação do construto diz respeito à amplitude em que a medida corresponde à construção teórica do fenômeno em questão (PASQUALI, 2009; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011; RUBIO et al., 2003). É considerada uma categoria de validade fundamental, uma vez que por meio dela se determina a representação comportamental dos construtos (PASQUALI, 2009). Pode ser avaliada de diversas maneiras, como a técnica dos grupos conhecidos, previsão teórica e análise fatorial (RUBIO et al., 2003; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A validação de critério consiste na busca por parte do pesquisador de algum critério externo aceito como padrão-ouro na área de estudo, para estabelecer uma relação com os escores do seu instrumento (MONTEIRO; HORA,

2014; PASQUALI, 2009; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011; RUBIO et al., 2003). Ao se utilizar essa validação, é preciso considerar a existência de testes comprovadamente válidos que possam servir de base para validar um novo teste. Quando não existirem testes aceitos para avaliar o traço latente, a utilização deste tipo de validação não é recomendada (PASQUALI, 2009).

A validade aparente indica se o instrumento aparentemente mede aquilo que se propôs a medir. Trata-se de uma modalidade de validação não sofisticada, na qual a avaliação é fundamentada na definição teórica da variável em questão. É considerada uma avaliação subjetiva, no entanto, deve ser realizada em todo instrumento elaborado para então prosseguir com as demais categorias de validação. A pertinência dos itens presentes na escala de medida deve ser julgada pelos elaboradores e pelos sujeitos que irão utilizar a escala. É importante que ao olhar dos sujeitos que irão responder o instrumento, ele não seja irrelevante, inadequado, tolo ou infantil (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004; MARTINS, 2006).

A validação de conteúdo refere-se à proporção em que os itens do instrumento são capazes de representar com satisfação o conceito que se deseja medir (CONTANDRIOPOULOS et al., 1999). É a verificação da extensão em que os itens de uma medida determinam o mesmo conteúdo (RUBIO et al., 2003). A realização da validação de conteúdo permite obter informações sobre a representatividade e clareza de cada item com a colaboração de especialistas (RUBIO et al., 2003).

A análise de conteúdo é baseada no julgamento realizado por um grupo de juízes experientes na área, o qual caberá analisar se o conteúdo está correto e adequado ao que se propõe (MOURA et al., 2008). Ao final da avaliação, é possível calcular um índice de validade que indicará a concordância dos especialistas. A análise dos especialistas, no entanto, é subjetiva e podem existir distorções nos estudos (RUBIO et al., 2003).

A seleção dos juízes considera sujeitos especialistas no conteúdo em questão e especialistas leigos. Juízes especialistas são aqueles que trabalham com o desenvolvimento e validação de instrumentos de mensuração. Já especialistas leigos, são aqueles que possuem maior experiência em campo, ou seja, apresentam experiência no tema em estudo (RUBIO et al., 2003). Encontram-se divergências na literatura quanto ao número de especialistas necessários para o processo de validação. 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 informação sobre a medida, e maior dificuldade de conseguir uma concordância.

A concordância mínima esperada entre os juízes para determinar a validade do instrumento, é de 80% (RUBIO et al., 2003; DAVIS, 1992; LYNN, 1986). Itens que não atingirem esse percentual mínimo devem ser reformulados ou excluídos com base na avaliação e sugestões dos especialistas (VITURI, 2007).

O índice de validade de conteúdo pode ser calculado por meio de três possibilidades: Índice de Validade de Conteúdo (*Content Validity Index* - CVI) – índice utilizado neste estudo - Índice de Fidedignidade (reliability) ou concordância intra-avaliadores (*interrater agreement* – IRA) e, Índice de Validade Fatorial (*Fatorial Validity Index* – FVI) (RUBIO et al., 2003).

O *Content Validity Index* - CVI é a medida da proporção ou porcentagem de juízes, que concordam sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens (ALEXANDRE; COLUCCI, 2011). É possível avaliar cada item individualmente, e posteriormente, o instrumento todo. O CVI para cada item é calculado dividindo-se o número de especialistas que indicaram o item com escore três ou quatro, em um escala ordinal de um a quatro (de irrelevante a extrema relevância), pelo total de especialistas (RUBIO et al., 2003).

Os itens e o instrumento como um todo são considerados válidos se obtiverem um CVI de 0,80 para a representatividade da medida. O cálculo resulta da 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 (RUBIO et al., 2003). A concordância aceitável entre os juízes quando avaliam o item individualmente, apresenta variação considerando o número de juízes. Quando há participação de cinco ou menos, sugere-se que todos devem concordar, quando participam seis ou mais, a recomendação é de taxa não inferior a 0,78 (POLIT; BECK, 2006; LYNN, 1986).

O Índice de Fidedignidade (reliability) ou concordância intraavaliadores (*interrater agreement* - IRA), avalia a concordância dos juízes quanto à representatividade e clareza dos itens em relação ao conteúdo. Assim como para o CVI, 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 (RUBIO et al., 2003).

O Índice de Validade Fatorial (*Fatorial Validity Index* – FVI) ainda não é bem descrito na literatura. Refere-se ao grau em que cada especialista apropriadamente associou o item com seu respectivo fator, fornecendo uma indicação preliminar da validade fatorial da medida. O FVI é obtido para cada item a partir do número de especialistas que associaram corretamente o item com o fator, dividido pelo número de especialistas. O FVI total é calculado pela média obtida em cada item do instrumento, sendo considerado válido acima de 80% (RUBIO et al., 2003).

3.1.7.1 Técnica Delphi

Diferentes métodos permitem determinar o consenso entre os especialistas. Dentre eles, destaca-se técnica Delphi, considerada promissora na área da enfermagem, pois colabora com a construção de consensos de opiniões sobre um determinado assunto, favorecendo a discussão de aspectos importantes para a enfermagem (SCARPARO et al., 2012).

O método Delphi fundamenta-se no uso estruturado do conhecimento, da experiência e da criatividade de um grupo de especialistas, tendo como pressuposto que o julgamento coletivo, quando utilizado de forma pertinente, é melhor do que a opinião de um único indivíduo (WRIGTH; SPERS; PEDROSO, 2007; SCARPARO et al., 2012).

A avaliação dos juízes por meio da técnica Delphi acontece com a realização de sucessivas rodadas onde o instrumento é aplicado. Na primeira rodada, o instrumento é avaliado, as respostas são analisadas e comparadas. Os itens que não apresentarem a concordância previamente definida pelo pesquisador são reformulados ou excluídos. Inicia-se a segunda rodada após as adequações dos itens do instrumento. Após a avaliação, calculam-se novamente as concordâncias. As etapas deverão se repetir até que se obtenha o nível de consenso das respostas, no entanto, duas a três rodadas são suficientes. Alguns fatores podem ser determinantes como o quantitativo e natureza do grupo, homogeneidade e complexidade do assunto (GIOVINAZZO, 2001; SCARPARO et al., 2012).

A Técnica Delphi pode ser utilizada por meio de correio eletrônico, no entanto com algumas considerações. 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 verificar o formato do arquivo a ser enviado, salvando-o em formatos compatíveis com as versões antigas. As instruções devem ser enviadas de como proceder para responder o instrumento de validação e sua devolução e, o pesquisador deve-se colocar à disposição para qualquer esclarecimento (GIOVINAZZO, 2001).

3.2 PROCEDIMENTOS EXPERIMENTAIS OU EMPÍRICOS

Consiste na etapa de planejamento da aplicação e da coleta de informação empírica com o instrumento piloto. Para o planejamento da aplicação do instrumento, é preciso definir a amostra e as instruções de aplicação (PASQUALI, 1998).

A amostra deverá ser obtida da população meta para a qual o instrumento foi elaborado. Algumas características devem ser consideradas na escolha, como a faixa etária, nível sócio-econômico, escolaridade, entre outros (PASQUALI, 1998).

Em relação ao tamanho da amostra, há duas situações diferentes para atingir o número de sujeitos necessários. A primeira, direciona-se aos casos onde há segurança de quantos fatores o instrumento mede, sendo necessário, um mínimo de 100 sujeitos por fator medido. Neste caso, acredita-se que a população meta seja homogênea em relação ao que é mesurado pelo instrumento. A segunda opção, considera que há dúvidas quanto ao número de dimensões ou fatores que o instrumento mede, sugerindo uma amostra de 10 sujeitos para cada item do instrumento (PASQUALI, 1998).

As instruções tornam viável a aplicação do instrumento. Neste momento, define-se a organização da aplicação do instrumento, por exemplo, se será individual ou coletiva, se é preciso contato anterior com os sujeitos. Além disso, determina-se o formato de resposta que será dada para cada item. Dentre os formatos disponíveis, encontram-se: 1) escolha forçada (dois itens são apresentados simultaneamente e o sujeito seleciona a resposta mais adequada), 2) múltiplas alternativas (deve-se escolher a opção correta) e, 3) escalas tipo Likert (representada por números que correspondem a uma intensidade) (PASQUALI, 1999).

3.3 PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS OU ESTATÍSTICOS

Utilizam-se análises estatísticas a fim de testar se o instrumento elaborado é confiável. Uma das possibilidades consiste na identificação da fidedignidade, também denominada de precisão, constância, consistência interna, confiabilidade, estabilidade e homogeneidade. O principal objetivo da fidedignidade é medir a variância produzida nos escores de um mesmo sujeito em ocasiões diferentes (PASQUALI, 1998), ou seja, é o grau de coerência com o qual o instrumento mede o atributo. Quanto menor a variação produzida por um instrumento, em várias mensurações, maior sua fidedignidade (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A fidedignidade refere-se à capacidade do instrumento não produzir variabilidade ou erros aleatórios, depois de repetidas mensurações. A correlação entre as duas medidas deve ser um ou se aproximar de um, sendo que seu afastamento significa aumento dos erros aleatórios (MONTEIRO; HORA, 2014; PASQUALI, 2009).

Fidedignidade, portanto, representa uma medida de qualidade do instrumento. Dentre as técnicas para sua identificação, encontram-se a estabilidade, precisão de formas alternativas, consistência interna e equivalência (PASQUALI, 1998; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011), sendo esta última, a técnica utilizada neste estudo.

A estabilidade ou confiabilidade teste-reteste, permite o cálculo da correlação entre os escores obtidos nos mesmos sujeitos em ocasiões diferentes. Os valores calculados para o coeficiente de confiabilidade variam de zero a um, sendo que quanto mais próximo de um, mais confiável é o instrumento (PASQUALI, 1998; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Na técnica de precisão de formas alternativas, os sujeitos respondem a duas formas paralelas do mesmo teste e a correlação entre os escores constitui o coeficiente de precisão do teste (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

A consistência interna tem como finalidade verificar a homogeneidade dos itens de um instrumento, ou seja, determinar se todas as subpartes do instrumento estão medindo a mesma característica, em uma única aplicação do instrumento aos sujeitos. Pode ser obtida por diferentes métodos, sendo os mais utilizados: correlação item-total, duas metades (correlação de

Spearman-Brown), fórmula de Kuder-Richardson e alfa de Cronbach (MONTEIRO; HORA, 2014; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

A equivalência representa a obtenção da fidedignidade do mesmo instrumento por diferentes avaliadores de forma independente, simultânea e de igual treinamento, medindo os mesmos fenômenos. É utilizada principalmente para instrumentos de observação estruturada, para identificar os erros de mensuração. Quando os observadores pontuam o fenômeno de forma congruente, os escores têm probabilidade de serem exatos e confiáveis (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004; TROCHIM, 2006; VIEIRA, GARRETT, 2005). Dois tipos de cálculo podem ser adotados para a obtenção da equivalência: a confiabilidade interobservador ou interavaliador (utilizada no presente estudo), ou a confiabilidade intraobservador. Na confiabilidade interobservador, duas pessoas diferentes utilizam o mesmo instrumento para avaliar um determinado construto, já na confiabilidade intraobservador, o mesmo avaliador utiliza de um mesmo instrumento em dois momentos diferentes (KOTTNER et al., 2011; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

O coeficiente kappa tem sido utilizado para avaliar medidas de concordância entre os avaliadores. É utilizado principalmente quando os dados do instrumento são categóricos e distribuídos em uma escala nominal. O índice kappa, consiste no cálculo da razão entre a proporção de vezes que os observadores concordaram, com a proporção máxima de vezes que poderiam concordar (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Os valores 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. Autores descreveram a interpretação da força de concordância dos valores de Kappa, considerando: de zero 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). O kappa ponderado é indicado para instrumentos que medem categorias ordenadas e representadas por mais de duas categorias (LUDBROOK, 2002).

4 MÉTODO

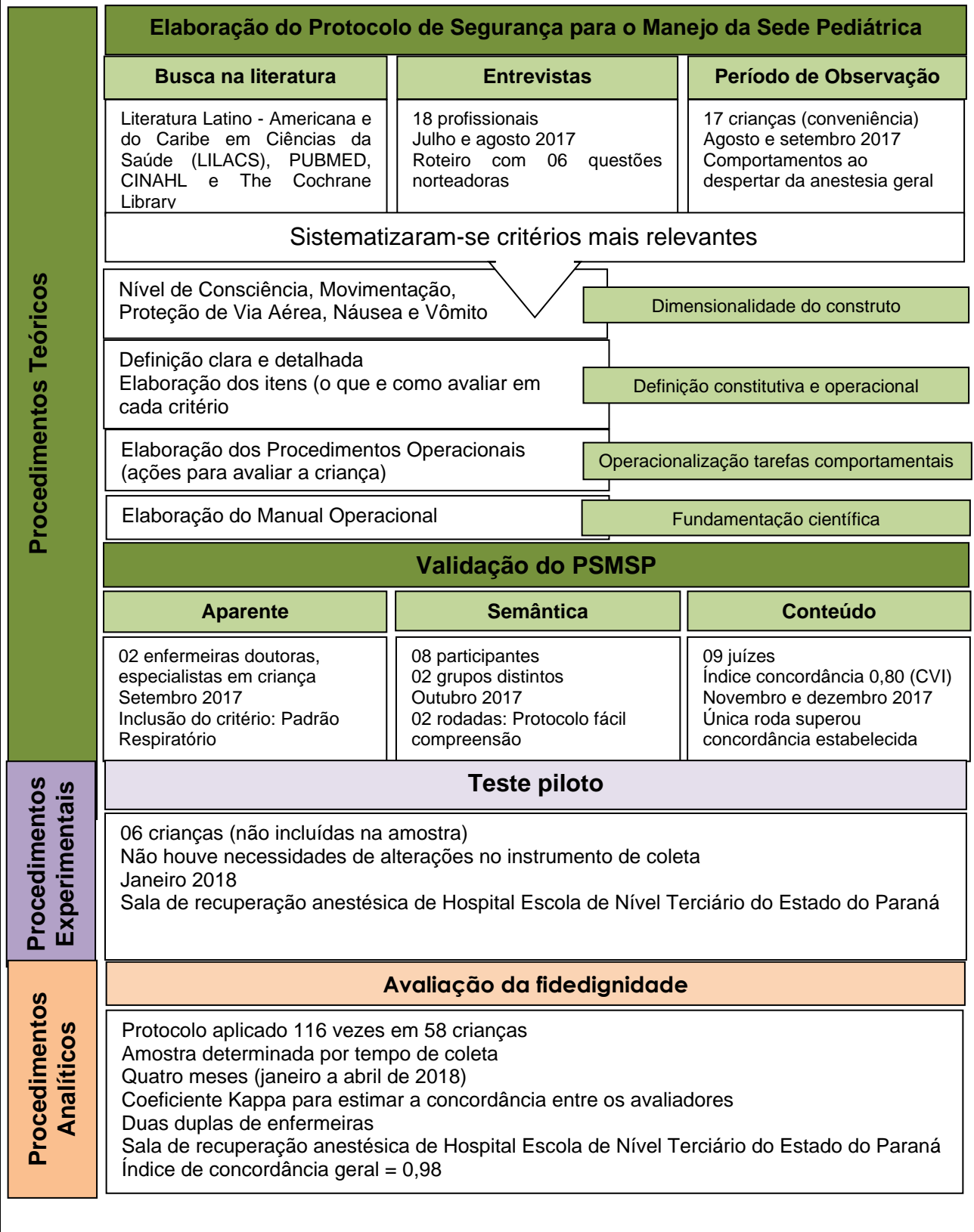
4.1 TIPO DE PESQUISA

Pesquisa metodológica, quantitativa, realizada entre julho de 2017 e abril de 2018. Pesquisas metodológicas direcionam-se à investigação de métodos de obtenção, organização e análise de dados, resultando na validação de instrumentos e técnicas de pesquisa com alto nível de fidedignidade e reprodutibilidade em outros estudos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Para a elaboração, validação e avaliação da fidedignidade do Protocolo de Segurança para o Manejo de Sede Pediátrica (PSMSP) utilizou-se como referencial metodológico o modelo descrito por Pasquali (1999) para a construção de instrumentos de mensuração, com adaptações pertinentes para a elaboração de um protocolo que pressupõe a tomada de ações. Seguiu-se os pressupostos preconizados por Pasquali (1999) devido a inexistência de um referencial metodológico específico para elaboração e validação de protocolos, bem como, por tratar-se de um modelo pautado na psicometria com elevado rigor metodológico. O método descrito pelo autor compreende três etapas: procedimentos teóricos; experimentais ou empíricos e; analíticos ou estatísticos.

Os procedimentos realizados para elaboração, validação e fidedignidade do protocolo encontram-se no quadro abaixo (Figura 2).

Figura 2 – Diagrama sequencial da elaboração, validação e fidedignidade do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica



4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada junto a especialistas na assistência à criança e na SRA de um Hospital Escola de Nível Terciário do Estado do Paraná. Trata-se de uma instituição pública com 313 leitos, todos à disposição do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta instituição comporta um Centro Cirúrgico (CC) com sete salas operatórias e uma SRA com seis leitos. A média de cirurgias realizadas em pacientes pediátricos é 150 no trimestre.

4.3 ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO

O PSMSP foi elaborado com base nos procedimentos teóricos descritos por Pasquali (1999). Trata-se da etapa, cujo, foco é a questão da teoria necessária para fundamentar qualquer empreendimento científico. É preciso esclarecer de forma detalhada a teoria sobre o construto ou objeto psicológico para o qual se quer desenvolver um instrumento de medida (PASQUALI, 1999).

Dentro do pólo teórico deve-se estabelecer a dimensionalidade do atributo, realizar definição constitutiva e operacional do mesmo, operacionalizá-lo em tarefas comportamentais e realizar a análise teórica e semântica (PASQUALI 1998). Estabeleceu-se a *segurança para o manejo da sede da criança em POI* como o sistema psicológico e, os *critérios de avaliação* como propriedade do sistema psicológico (atributos), cuja, mensuração é o objeto deste estudo.

Os procedimentos teóricos foram realizados com a finalidade de sistematizar o conhecimento existente para o manejo da sede da criança, segurança na administração de líquido via oral e, critérios de avaliação da recuperação anestésica.

Elaborou-se o protocolo entre julho e dezembro de 2017, após extensa revisão de literatura, entrevista com especialistas e, período de observação da recuperação anestésica da criança realizado pela pesquisadora. Estas etapas fundamentaram a seleção dos critérios de avaliação do PSMSP. A seguir, realizou-se a análise semântica e análise dos juízes (validação de conteúdo).

O protocolo foi elaborado utilizando-se um diagrama sequencial de avaliação dos critérios de segurança. Após a seleção dos critérios, foi possível construir as definições constitutivas e operacionais e, descreveram-se os itens que representam de forma clara e detalhada o que deve ser avaliado em cada critério. Em seguida, foram descritos os procedimentos operacionais, que apresentam as

ações a serem realizadas pelo enfermeiro para avaliar a criança de forma sistematizada e sequencial. Por fim, elaborou-se o manual operacional contendo a fundamentação teórica para a determinação dos critérios de segurança do protocolo.

Ao elaborar o protocolo considerou-se utilizar um código de cores, com o objetivo de diferenciar cada critério de avaliação e seus procedimentos operacionais. Desta forma, selecionaram-se cinco cores em tons claros, sendo: azul para o nível de consciência, verde para movimentação, roxo para proteção de vias aéreas, cinza para padrão respiratório e, amarelo para avaliação de náusea e vômito. Adicionalmente, utilizou-se a cor laranja para indicar condição clínica desfavorável da criança no critério avaliado.

4.3.1 Revisão de literatura

A revisão de literatura aconteceu por meio de consulta à literatura nacional e internacional, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino - Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PUBMED, CINAHL e, The Cochrane Library, utilizando os seguintes descritores: criança, pré-escolar, criança hospitalizada, período de recuperação da anestesia, período pós-operatório, cuidado da criança, escalas, sede, sala de recuperação, respiração, estado de consciência, tosse, anestesia geral, náuseas e vômitos, deglutição, complicações pós-operatórias, conteúdo gastrointestinal e pneumonia aspirativa.

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 de 1960, por tratar-se da década onde foram encontradas as primeiras descrições sobre a excitação da criança ao despertar da anestesia geral. 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 em questão. Adicionalmente, consultaram-se livros das áreas de anestesiologia, crescimento e desenvolvimento infantil e, assistência à criança cirúrgica.

4.3.2 Entrevistas com especialistas

As entrevistas foram realizadas de julho a agosto de 2017, totalizando a participação de 18 profissionais, entre eles: 11 anestesiólogos; três enfermeiras; um médico intensivista pediátrico; uma fonoaudióloga e duas

fisioterapeutas. Propositamente foi maior a participação dos profissionais anesthesiologistas, pois, atualmente é o profissional responsável pela liberação de líquido via oral durante a recuperação anestésica. Os critérios de inclusão foram: experiência na assistência à criança hospitalizada ou em POI, atuar em hospitais públicos e privados de grande porte na cidade de Londrina.

Após o convite e aceite em participar da pesquisa, os profissionais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), e responderam a um roteiro elaborado pela pesquisadora, composto por seis questões norteadoras: Quais instrumentos para avaliação da recuperação anestésica da criança?; Quais reflexos protetores mais importantes a serem avaliados na criança?; Como deve ser a avaliação da criança em recuperação anestésica?; O que é preciso considerar para se administrar uma estratégia de alívio da sede na criança que se recupera da anestesia? e, Existe diferença de faixa etária?. As respostas foram registradas e tabuladas utilizando planilha Excel 2010® e, analisadas de acordo com a frequência de citações. Os critérios foram comparados com os resultados encontrados na literatura e com as observações realizadas pela pesquisadora. Desta forma, selecionaram-se os critérios mais relevantes.

4.3.3 Período de observação

Devido ao ineditismo do tema, houve limitação de critérios encontrados na literatura referentes à avaliação da criança em POI considerando a possibilidade de permitir a ingestão de líquido via oral com segurança, acrescido da variedade e subjetividade de critérios apontados pelos especialistas. Diante disto, a pesquisadora realizou um período de observação sistemático da recuperação anestésica da criança.

Nos meses de agosto e setembro foram observados e registrados em um roteiro elaborado pela pesquisadora, os principais comportamentos do despertar anestésico da criança, os primeiros reflexos a retornarem e a conduta da equipe frente à solicitação da criança por líquido.

Avaliaram-se 17 crianças, escolhidas por conveniência, submetidas à anestesia geral, incluindo procedimentos das clínicas de otorrinolaringologia, ortopedia e cirurgia infantil e pediátrica. A pesquisadora observava a criança desde sua chegada a SRA até o momento da alta. As observações aconteceram diariamente conforme a disponibilidade da pesquisadora.

Esse período de observação foi relevante, pois, segundo Pasquali (1998), as definições da dimensionalidade dos construtos, devem ser realizadas com base na literatura apropriada, nos especialistas da área e na própria experiência.

4.4 ANÁLISE TEÓRICA POR JUÍZES

4.4.1 Validação Aparente

A validação aparente aconteceu em outubro de 2017 e contou com a participação de duas enfermeiras doutoras no cuidado a criança. Essa análise tem como objetivo verificar se aparentemente o instrumento mede aquilo que se propõe a medir (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004). As duas profissionais que realizaram a validação aparente fizeram parte do grupo de especialistas que participaram da etapa de validação de conteúdo.

4.4.2 Validação Semântica

A análise semântica foi realizada em outubro de 2017 em um Hospital Escola de nível Terciário do norte do Paraná.

Oito participantes foram convidados e informados quanto ao objetivo da análise semântica e como seria sua participação. Após o aceite, assinaram o TCLE (APÊNDICE B). Os participantes foram divididos em dois grupos distintos, representando a amostra mais sofisticada da população-meta e o estrato mais baixo (PASQUALI, 1998). Um grupo foi composto por quatro enfermeiras doutoras com experiência no cuidado de criança em SRA e o segundo compõe-se de quatro alunas do último ano do curso de enfermagem.

O protocolo foi apresentado verbalmente para os dois grupos em encontros separados, item por item, e em seguida, solicitou-se para os participantes reproduzirem sua compreensão do conteúdo apresentado.

Realizaram-se alguns ajustes de redação e após duas rodadas com os participantes, foi possível concluir que o PSMSP possui compreensão entre os grupos, não sendo necessária outra alteração. O protocolo foi avaliado e corrigido em relação à língua portuguesa.

4.4.3 Validação de Conteúdo

Convidaram-se 13 profissionais para a validação de conteúdo, incluindo enfermeiros, anesthesiologistas e fonoaudiólogos. Dois não aceitaram participar e dois não retornaram os instrumentos no período determinado, sendo considerados como perda. Desta forma, nove juízes participaram desta etapa, realizada nos meses de novembro e dezembro de 2017.

Escolheram-se os juízes considerando sua experiência no cuidado à criança em SRA em diferentes realidades institucionais e, um juiz escolhido devido sua experiência em validação de instrumentos. As cidades de atuação profissional dos juízes incluem Londrina (PR) e São Paulo (SP). Em relação à formação profissional, todos possuem algum nível de pós-graduação sendo o de maior frequência o doutorado (n=4, 45%). O tempo de atuação profissional é superior a cinco anos para todos os especialistas sendo que a maioria (n=3, 34%) possui entre 25 e 30 anos. Os juízes que participaram desta etapa estiveram presentes em outros momentos da elaboração e validação do protocolo: etapa de entrevistas (n=5) e, validação aparente (n=2).

O convite foi realizado por meio de contato telefônico quando foram informados sobre os objetivos da pesquisa e como seria sua participação. Após o aceite, solicitou-se o endereço eletrônico para contato posterior e envio dos instrumentos de validação. No primeiro contato via e-mail foi enviada uma carta (APÊNDICE C), explicando os objetivos da pesquisa e os procedimentos de validação. Em anexo, enviou-se o protocolo (APÊNDICE D), os instrumentos de validação (APÊNDICES E, F, G, H), instrumento de caracterização do juiz (APÊNDICE I) e o TCLE (APÊNDICE J), totalizando sete arquivos enviados. A resposta a este e-mail foi considerada como aceite em participar da pesquisa. Os instrumentos foram adaptados de outros estudos de validação (VITURI, 2007; NASCIMENTO, 2013).

No primeiro instrumento (APÊNDICE E) os juízes avaliaram os critérios de segurança, segundo os requisitos: 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), Efetivo/preciso (mede o que se propõe a medir), Exequível (a medida é aplicável) e Objetivo (a medida permite ação de mensuração clara e precisa, sem julgamento subjetivo). Os juízes

indicaram pontos com variação de um a quatro, sendo um = não contempla a segurança para o manejo da sede; dois = incapaz de contemplar a segurança para o manejo da sede sem revisão; três = contempla a segurança para o manejo da sede, mas precisa de alteração mínima e, quatro = contempla a segurança para o manejo da sede.

No segundo instrumento (APÊNDICE F) os juízes avaliaram o conjunto de itens de cada critério de avaliação, assinalando sim ou não nos seguintes requisitos: Comportamental (permite avaliação clara e precisa), Objetividade (permite resposta pontual), Clareza (explicitado de forma clara, simples e inequívoca), Pertinência (avalia a segurança para o manejo da sede), e Precisão (cada item de avaliação é distinto dos demais, não se confundem).

No terceiro instrumento (APÊNDICE G) avaliaram-se os procedimentos operacionais utilizando os mesmos requisitos do instrumento dois.

No quarto instrumento (APÊNDICE H) avaliou-se o manual operacional, sinalizando sim ou não nos seguintes requisitos: Descritor (é claro e objetivo no que se propõe a mensurar) e Fundamentação Científica (é suficiente para evidenciar o indicador).

Utilizaram-se os princípios da Técnica Delphi para a coleta de dados (SCARPARO, et al, 2012). Esta técnica permite a participação de diferentes experts na avaliação do instrumento dispensando a necessidade de reunião física entre eles (SCARPARO, et al, 2012). Uma rodada entre os juízes foi suficiente para obter-se o nível de concordância ideal.

Para o processamento e análise dos dados estruturou-se um banco de dados em planilha Excel 2010®, e realizaram-se os cálculos neste próprio programa. A validação de conteúdo foi obtida por meio do CVI (RUBIO et al., 2003). O índice de concordância para o processo de validação foi definido pelos pesquisadores em 80% (PASQUALI, 1999).

Calculou-se o CVI para cada critério de avaliação, cada item, para o conjunto dos procedimentos operacionais e para o manual operacional por meio da soma dos juízes que atribuíram três ou quatro (Instrumento 1) e responderam sim (Instrumentos 2, 3 e 4) dividido pelo total de juízes (RUBIO et al., 2003). Em seguida, calculou-se o CVI de cada instrumento somando-se os CVI de cada item e dividindo pelo número total de itens do instrumento.

4.5 AVALIAÇÃO DA FIDEDIGNIDADE

Utilizou-se a equivalência interobservadores para avaliar a fidedignidade. 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 a medir e de forma estável, sem interferência do tempo ou das condições do avaliador (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

O grau de concordância entre os avaliadores foi avaliado entre janeiro e abril de 2018, na SRA de um Hospital Escola de Nível Terciário do Estado do Paraná, com a participação de duas duplas. A primeira foi composta pela pesquisadora e uma enfermeira residente em perioperatória e, a segunda pela pesquisadora e uma enfermeira do CC do hospital em questão. Escolheram-se as duplas de acordo com a disponibilidade em participar da pesquisa, ter experiência no cuidado à criança em SRA e, participar do treinamento sobre o PSMSP. Optou-se por formar duas duplas devido à dificuldade das avaliadoras estarem disponíveis em período integral para a coleta.

A amostra foi determinada por tempo de coleta, totalizando quatro meses. Os critérios de inclusão foram: crianças cirúrgicas com idade entre três e 12 anos, de ambos os sexos, estar na SRA, submetidas a procedimento de qualquer especialidade e técnica anestésica e, procedimentos eletivos ou de urgência, realizados de segunda a sexta das 07:00 às 19:00 horas, sob a condição de disponibilidade das duas avaliadoras. O critério de exclusão foi criança especial com limitação de comunicação.

Realizou-se um teste piloto com seis crianças em janeiro de 2018. Inicialmente as pesquisadoras avaliavam a criança 30 minutos após sua chegada na SRA. Observou-se, no entanto, que era preciso um tempo maior para início da avaliação, pois, as crianças apresentavam-se sonolentas limitando sua participação no processo. Desta forma, estabeleceu-se aguardar 45 minutos após a chegada da criança na SRA para a primeira avaliação e, 60 minutos para a segunda. Não houve necessidade de alterações no instrumento de coleta. Participantes do teste piloto não foram incluídas na amostra.

O protocolo foi aplicado de forma independente e simultânea por uma dupla de avaliadoras sem comunicação entre elas. Enquanto uma profissional aplicava o PSMSP, a outra apenas acompanhava e registrava as considerações. Na avaliação seguinte as profissionais invertiam a ordem. A dupla aguardava a chegada

da criança na SRA e, em seguida, a pesquisadora conversava com os responsáveis por elas pedindo a autorização para realizar a pesquisa. Neste momento, foram apresentados os objetivos do estudo e como seria a participação da criança. Após o aceite, os responsáveis assinaram o TCLE (APÊNDICE K) e, crianças com 12 anos assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. Determinou-se que cada criança seria avaliada duas vezes, sendo a primeira avaliação realizada 45 minutos após sua chegada na SRA e, a segunda, 15 minutos após a primeira. Situações em que a criança encontrava-se agitada, chorosa ou em presença de dor, esperou-se um tempo maior para iniciar a coleta.

Utilizou-se o SPSS® (versão 20.0), para calcular o coeficiente kappa e realizar a análise descritiva. O coeficiente kappa é calculado por meio da razão entre a proporção de vezes que os observadores concordaram, com a proporção máxima de vezes que poderiam concordar (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Para determinar a força de concordância dos valores de kappa, utilizou-se a seguinte interpretação: menor que zero concordância pobre; de zero a 0,20 concordância desprezível; 0,21 a 0,40 concordância suave; 0,41 a 0,60 concordância moderada; 0,61 a 0,80 concordância substancial e de 0,81 a um concordância quase perfeita (LANDIS; KOCH, 1977).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa faz parte de um projeto mais abrangente denominado “Sede Perioperatória em populações específicas: incidência e manejo”. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da instituição de estudo (CAAE: 29069414.5.0000.5231), obedecendo às orientações da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS e resoluções complementares (ANEXO A). Fez-se necessário um adendo do parecer anterior uma vez que o presente estudo propôs uma adequação da avaliação para o manejo da sede para a população infantil (ANEXO B).

Todas as etapas envolvendo a participação de seres humanos: entrevista com especialistas, validação semântica, validação de conteúdo e, avaliação da fidedignidade, somente foi iniciada depois de aceite e assinatura do TCLE (APÊNDICES A, B, J, K).

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados no formato de um manuscrito.

Elaboração, validação e fidedignidade do protocolo de segurança para o manejo da sede pediátrica

Resumo

Objetivo: Elaborar, validar e avaliar a fidedignidade do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica em pós-operatório imediato. **Método:** Pesquisa metodológica, quantitativa, baseada nos pressupostos para elaboração de instrumentos de mensuração. Elaborou-se o protocolo após revisão de literatura, entrevista com especialistas e observação da recuperação anestésica da criança. Realizou-se validação teórica por juízes, por meio de análise aparente, semântica e, de conteúdo. Calculou-se o *Content Validity Index* na validação de conteúdo, cuja, concordância mínima estabelecida foi de 0,80. Avaliou-se a fidedignidade do protocolo em crianças entre três e 12 anos em sala de recuperação anestésica. **Resultados:** Em sua versão final, o protocolo foi constituído por cinco critérios de avaliação: nível de consciência; movimentação; proteção de vias áreas; padrão respiratório e, náusea e vômito. Apresentou fácil compreensão e conteúdo pertinente e relevante, sendo que todos os índices superaram a concordância mínima de 0,80. Duplas de enfermeiros aplicaram o protocolo 116 vezes em 58 crianças, resultando em elevado índice de fidedignidade (κ geral = 0,98) **Conclusões:** O protocolo inédito elaborado é válido e preciso, indicando ser uma ferramenta útil e pronta para utilização na prática de SRA visando minorar com segurança a sede do paciente infantil.

Descritores: Sede; Enfermagem de Centro Cirúrgico; Sala de Recuperação; Pediatria; Protocolos Clínicos; Estudos de Validação

Key Words: Thirst; Operating Room Nursing; Recovery Room; Pediatrics; Clinical Protocols; Validation Studies

Palabras clave: Sed; Enfermería de Quirófano; Sala de Recuperación; Pediatría; Protocolos Clínicos; Estudios de Validación

Introdução

Observa-se na prática que a sede é um desconforto de elevada prevalência no pós-operatório imediato (POI) de pacientes pediátricos. Dentre os diversos fatores preditores para sua presença, se encontra o jejum pré-operatório, indicado com a finalidade de evitar eventos adversos como a broncoaspiração do conteúdo gástrico⁽¹⁾. O temor por parte da equipe por complicações que possam ocasionar eventos respiratórios adversos estão associados ao prolongamento do tempo de jejum no perioperatório.

Geralmente, o líquido é liberado nas primeiras três horas de POI para a maioria dos pacientes infantis⁽²⁾. Este período é caracterizado pelo retorno da consciência, e durante o despertar, a criança pode apresentar dor, estar confusa e agitada, condições agravadas pelo medo do ambiente desconhecido. A sede também influencia no modo em que a criança

desperta e se recupera da anestesia, sendo um dos fatores responsáveis pela angústia vivenciada por ela neste período⁽³⁻⁷⁾.

A equipe de enfermagem que atua em Sala de Recuperação Anestésica (SRA) deve considerar que a criança cirúrgica apresenta alto risco para desenvolver a sede perioperatória, e por este motivo, o manejo deste sintoma deve ser incluído aos cuidados prestados à criança em POI. A equipe, no entanto, sente-se insegura para mensurar a sede⁽⁸⁾, e não se dispõe de instrumentos sistematizados para avaliar a segurança para oferecer um método de alívio da sede pediátrica, prorrogando o sofrimento da criança e de seus familiares⁽⁹⁾.

A fim de subsidiar a equipe que assiste o paciente em POI nessa decisão, foi elaborado o Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede (PSMS) para pacientes adultos em SRA⁽¹⁰⁾. Observa-se na prática que a equipe utiliza este instrumento para o paciente infantil, embora, não haja comprovação de que os critérios de avaliação propostos para o adulto sejam também pertinentes para este grupo de pacientes devido às peculiaridades que a criança cirúrgica apresenta.

Dois ensaios clínicos revelaram que a ingestão precoce de líquido e alimento em SRA não aumentou a incidência de náusea e vômito de crianças⁽⁶⁻⁷⁾. Os critérios de avaliação utilizados com a criança para permitir a ingestão precoce foram sua verbalização espontânea⁽⁶⁻⁷⁾, aparentar estar acordada o suficiente⁽⁶⁾ e receber pontuação maior ou igual a quatro⁽⁷⁾ na *Face Legs Activity Cry Consolability* (FLACC), escala utilizada para avaliar a dor na criança. Adicionalmente, a liberação precoce do líquido via oral no POI, traz outros benefícios não mensurados objetivamente: melhora a satisfação dos pais, permite que as crianças sintam-se mais felizes e menos incomodadas com a dor, está associada à redução do uso de medicamento para náusea, e reduz o tempo de permanência em SRA, além de reduzir a sede^(6-7,11).

O processo de validação de instrumentos é fundamental para que os resultados tenham significado, sejam fidedignos, precisos e exatos⁽¹²⁾. Dentre os principais aspectos que compõem o processo de validação dos instrumentos, estão a validade e a fidedignidade. A validade verifica se o instrumento mede exatamente o que se propõe a medir, já a fidedignidade, representa o grau de coerência com o qual o instrumento mede o atributo⁽¹³⁾.

A motivação para elaboração do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica (PSMSP) consiste na elevada frequência e desconforto da sede para a criança cirúrgica. Adicionalmente não há um instrumento que subsidie a prática dos profissionais de SRA na avaliação da segurança para determinar o uso ou não de alguma estratégia de alívio

da sede. Desta forma, o objetivo deste estudo foi elaborar, validar e avaliar a fidedignidade do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica no pós-operatório imediato.

Método

Pesquisa metodológica, quantitativa, realizada entre julho de 2017 e abril de 2018. Para a elaboração e validação do protocolo, seguiu-se o modelo preconizado para instrumentos, cuja finalidade é mensurar fenômenos subjetivos pautado na psicometria⁽¹⁴⁾, com adaptações pertinentes à validação de protocolos, que pressupõem tomada de decisão. Trata-se de um modelo dividido em três procedimentos: teóricos, experimentais e analíticos⁽¹⁴⁾. Todas as etapas para a elaboração, validação e fidedignidade do protocolo estão resumidos na Figura 1.

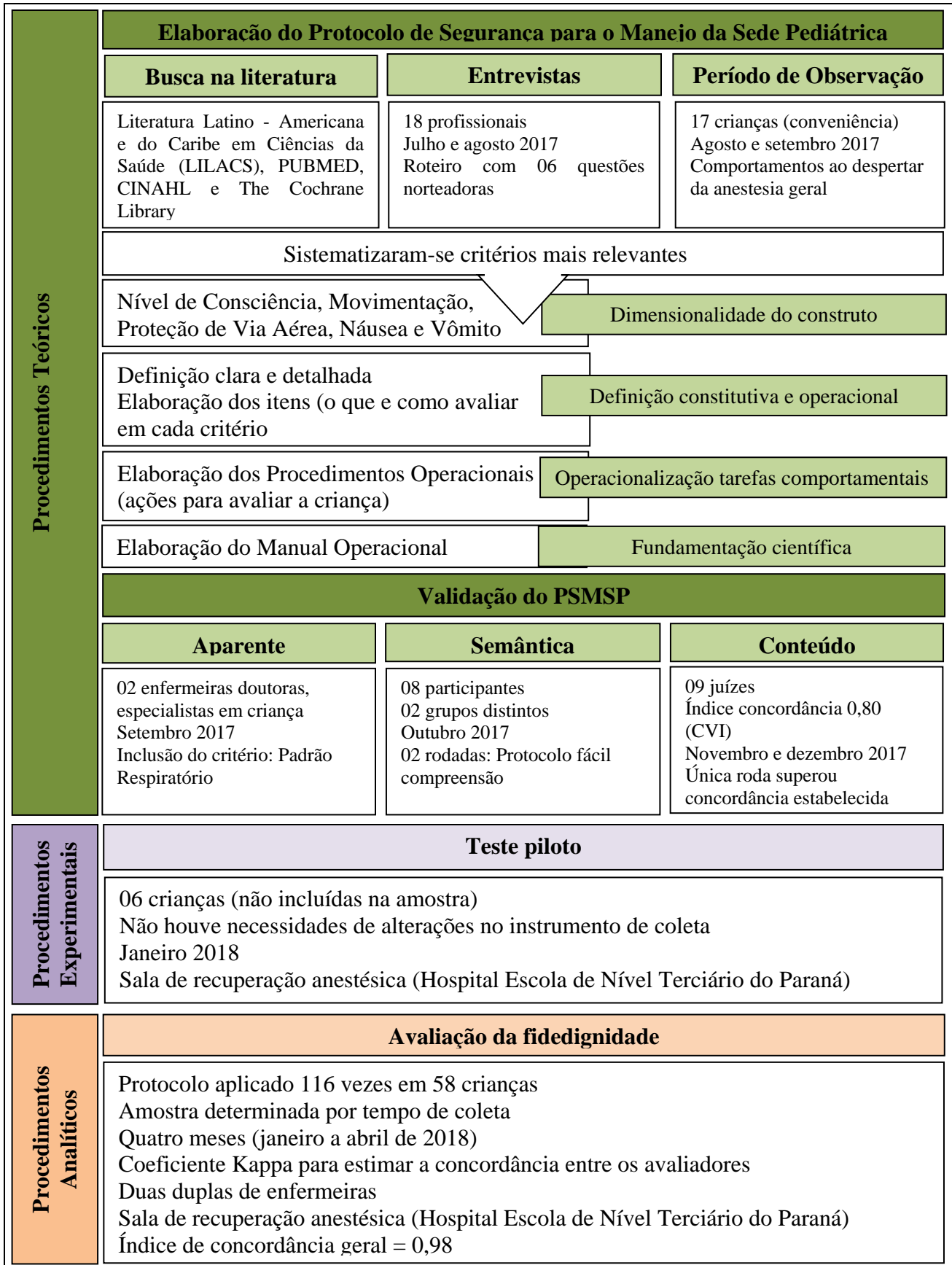


Figura 1 – Diagrama sequencial da elaboração, validação e fidedignidade do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica

Dentro dos procedimentos teóricos definiu-se *segurança para o manejo da sede pediátrica no POI* como o sistema psicológico e, os *critérios de avaliação* como propriedade do sistema psicológico (atributos), cuja, mensuração é o objeto deste estudo. A elaboração do protocolo foi criteriosamente fundamentada na literatura científica, entrevistas com especialistas e observação sistemática da recuperação anestésica da criança⁽¹⁴⁾.

Realizou-se busca nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), PubMed, e *The Cochrane Library*, utilizando-se os descritores: criança, pré-escolar, criança hospitalizada, período de recuperação da anestesia, período pós-operatório, cuidado da criança, sede, sala de recuperação, escalas, respiração, estado de consciência, tosse, anestesia geral, náuseas e vômitos, deglutição, complicações pós-operatórias, conteúdo gastrointestinal, pneumonia aspirativa e hidratação oral. 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 de 1960, por tratar-se da década onde foram encontradas as primeiras descrições sobre a excitação da criança ao despertar da anestesia geral. Adicionalmente, foram consultados livros de anestesiologia, desenvolvimento e crescimento infantil e, assistência à criança cirúrgica.

Consultaram-se 18 especialistas com os seguintes critérios de inclusão: ter experiência na assistência à criança hospitalizada ou em POI, atuar em hospitais públicos e/ou privados de grande porte na cidade de Londrina. As entrevistas aconteceram presencialmente e os profissionais responderam a um roteiro composto por seis questões norteadoras: O que é preciso observar na emergência da anestesia pediátrica?; Quais instrumentos para avaliação da recuperação anestésica da criança?; Quais reflexos protetores mais importantes a serem avaliados na criança?; Como deve ser a avaliação da criança em recuperação anestésica?; O que é preciso considerar para se administrar uma estratégia de alívio da sede na criança que se recupera da anestesia? e, Existe diferença de faixa etária?. As respostas foram registradas e tabuladas em planilha Excel 2010® e analisadas de acordo com a frequência de citações.

Realizou-se um período de observação sistemático da recuperação anestésica de crianças pela pesquisadora. Durante os meses de agosto e setembro foram registrados em um roteiro os principais comportamentos apresentados por elas aos despertarem da anestesia geral. Avaliaram-se 17 crianças escolhidas por conveniência, submetidas à anestesia geral incluindo procedimentos das clínicas de otorrinolaringologia, ortopedia e cirurgia infantil e pediátrica.

Os critérios apontados pelos especialistas foram comparados com os resultados encontrados na literatura consultada e com as observações realizadas pela pesquisadora. Desta forma sistematizaram-se os mais relevantes.

A seguir, realizou-se a definição dos construtos, que consiste na conceituação clara e precisa de cada critério selecionado para avaliar a segurança para o manejo da sede pediátrica⁽¹⁴⁾. No protocolo são os itens a serem avaliados descritos abaixo de cada critério.

Em seguida, estabeleceu-se a operacionalização dos construtos, ou seja, sua representação comportamental⁽¹⁴⁾. Definiram-se os procedimentos operacionais do protocolo, em outras palavras, ações que o enfermeiro deve realizar para avaliar a segurança para o manejo da sede. Por fim, elaborou-se o manual operacional, no qual é apresentada a fundamentação teórica do protocolo.

Realizou-se a análise teórica por meio da validação aparente⁽¹³⁾, análise semântica e validação de conteúdo por especialistas⁽¹⁴⁾. A validação aparente foi realizada em setembro de 2017, por duas enfermeiras doutoras especialistas em criança. A seguir realizou-se a análise semântica⁽¹⁴⁾, em um Hospital Universitário de nível Terciário do norte do Paraná em outubro de 2017. Foram convidadas oito participantes divididas em dois grupos distintos. O primeiro composto por quatro enfermeiras doutoras com experiência no cuidado de criança em SRA e o segundo, quatro alunas do último ano do curso de enfermagem. O protocolo foi apresentado verbalmente para os dois grupos em encontros separados, item por item, e posteriormente solicitou-se que participantes reproduzirem sua compreensão do conteúdo apresentado.

A validação de conteúdo aconteceu em novembro e dezembro de 2017 por meio da técnica Delphi⁽¹⁵⁾. Treze profissionais foram convidados, dois não aceitaram participar e dois não retornaram os instrumentos no período determinado. Desta forma, nove juízes participaram, incluindo enfermeiros (n=5), anestesiológicos (n=3) e fonoaudiólogo (n=1). Os juízes foram escolhidos considerando sua experiência no cuidado à criança em SRA em diferentes realidades institucionais e, um juiz escolhido devido sua experiência em validação de instrumentos. As cidades de atuação profissional dos juízes incluem Londrina (PR) e São Paulo (SP). Em relação à formação profissional, todos possuem algum nível de pós-graduação sendo o de maior frequência o doutorado (n=4, 45%). O tempo de atuação profissional é superior a cinco anos para todos os especialistas, sendo que a maioria (n=3, 34%), possui entre 25 e 30 anos. Os juízes que participaram desta etapa estiveram presentes em outros momentos da elaboração e validação do protocolo: etapa de entrevistas (n=5) e, validação aparente (n=2).

O convite foi realizado por meio de contato telefônico, quando foram informados sobre os objetivos da pesquisa e como seria sua participação. Após o aceite em participar, foi solicitado o endereço eletrônico para contato posterior e envio dos instrumentos de validação. No primeiro contato via e-mail foi enviada uma carta, explicando os objetivos da pesquisa, os procedimentos de validação e o convite para participar como juiz. Em anexo enviaram-se o protocolo, quatro instrumentos de validação, instrumento de caracterização do juiz e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A resposta a este e-mail foi considerada como aceite em participar da pesquisa. Os instrumentos para validação foram adaptados de outros estudos de validação^(10,16).

Utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (*Content Validity Index - CVI*), calculado com base na proporção de juízes que consideraram o item válido⁽¹⁷⁾. O CVI foi calculado para cada critério de avaliação do protocolo, conjunto de itens, procedimentos operacionais e, manual operacional. Calculou-se o CVI individual, a partir da razão do número de especialistas que pontuaram três ou quatro para o item em uma escala ordinal de um a quatro (não contempla a contempla), ou em uma escala dicotômica (sim e não), pelo número total de especialistas. O CVI total foi calculado a partir da média dos CVI dos itens⁽¹⁸⁾. A concordância mínima estabelecida entre os juízes foi de 0,80^(14,17). Utilizou-se o Microsoft Office Excel 2010® para calcular os valores de CVI.

No primeiro instrumento os juízes avaliaram os critérios de segurança, segundo os requisitos: 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), Efetivo/preciso (mede o que se propõe a medir), Exequível (a medida é aplicável) e Objetivo (a medida permite ação de mensuração clara e precisa, sem julgamento subjetivo). Os juízes indicaram pontos com variação de um a quatro, sendo um = não contempla a segurança para o manejo da sede; dois = incapaz de contemplar a segurança para o manejo da sede sem revisão; três = contempla a segurança para o manejo da sede, mas precisa de alteração mínima e, quatro = contempla a segurança para o manejo da sede.

No segundo instrumento, os juízes avaliaram o conjunto de itens, assinalando sim ou não nos seguintes requisitos: Comportamental (permite avaliação clara e precisa), Objetividade (permite resposta pontual), Clareza (explicitado de forma clara, simples e inequívoca), Pertinência (avalia a segurança para o manejo da sede), e Precisão (cada item de avaliação é distinto dos demais, não se confundem).

No terceiro instrumento, avaliaram-se os procedimentos operacionais utilizando os mesmos requisitos do instrumento dois.

No quarto instrumento foi avaliada a validade do manual operacional, sinalizando sim ou não nos seguintes requisitos: Descritor (é claro e objetivo no que se propõe a mensurar) e Fundamentação Científica (é suficiente para evidenciar o indicador).

Dentro dos procedimentos experimentais, realizou-se teste piloto com seis crianças em janeiro de 2018 para ajuste nos procedimentos de coleta. Inicialmente, as pesquisadoras avaliavam a criança 30 minutos após sua chegada na SRA, no entanto, observou-se que era preciso um tempo maior para início da avaliação, pois, as crianças ainda estavam sonolentas com limitações para participarem do processo. Desta forma, estabeleceu-se que a primeira avaliação seria feita 45 minutos após a chegada em SRA, e a segunda, 15 minutos após a primeira. Não houve necessidade de alterações no instrumento de coleta. Participantes do teste piloto não foram incluídas na amostra.

Os procedimentos analíticos consistiram na avaliação da fidedignidade do protocolo por meio da concordância interavaliadores. Utilizou-se o coeficiente kappa para estimar a concordância entre os avaliadores, calculado por meio da razão da proporção de vezes que os observadores concordaram (corrigido por concordância devido ao acaso) com a proporção máxima de vezes que poderiam concordar⁽¹⁹⁾. A determinação da força de concordância dos valores kappa seguiu a seguinte recomendação: menor que zero concordância pobre; de zero a 0,20 concordância desprezível; de 0,21 a 0,40 concordância suave; de 0,41 a 0,60 concordância moderada; 0,61 a 0,80 concordância substancial e, de 0,81 a 1 concordância quase perfeita⁽²⁰⁾.

A fidedignidade foi avaliada na SRA de um Hospital Escola de Nível Terciário do Estado do Paraná, com a participação de duas duplas de enfermeiras. A primeira foi composta pela pesquisadora e uma residente em enfermagem perioperatória e a segunda, pela pesquisadora e uma enfermeira do setor. Escolheram-se as duplas de acordo com a disponibilidade em participar da pesquisa, ter experiência no cuidado à criança em SRA, sob a condição de participar de treinamento sobre o PSMSP.

A amostra foi determinada por tempo de coleta, totalizando quatro meses. Os critérios de inclusão foram: crianças cirúrgicas com idade entre três e 12 anos, de ambos os sexos, estar em recuperação anestésica na SRA, submetidas a procedimentos de qualquer especialidade e técnica anestésica e, procedimentos eletivos ou de urgência, realizados de segunda a sexta das 07:00 às 19:00 horas sob a condição de disponibilidade das duas avaliadoras. O critério de exclusão foi criança especial com limitação de comunicação. A

idade mínima de três anos foi escolhida, pois, a partir desta idade a criança consegue falar seu próprio nome, nomeia objetos, apresenta habilidade de locomoção, maior precisão de movimentos e manuseio de objetos⁽²¹⁾.

O protocolo foi aplicado de forma independente e simultânea por uma dupla, sem comunicação entre as avaliadoras. Enquanto uma profissional aplicava o PSMSP, a outra apenas acompanhava e registrava as considerações, na avaliação seguinte as profissionais invertiam a ordem. A dupla aguardava a chegada da criança na SRA e, em seguida, a pesquisadora conversava com os responsáveis por elas pedindo a autorização para realizar a pesquisa. Neste momento, foram apresentados os objetivos do estudo e como seria a participação da criança. Após o aceite, os responsáveis assinaram o TCLE e, crianças com 12 anos assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. Determinou-se que cada criança poderia ser avaliada duas vezes, sendo a primeira avaliação realizada 45 minutos após sua chegada na SRA e a segunda 15 minutos após a primeira. Situações em que a criança encontrava-se agitada, chorosa ou em presença de dor, esperou-se um tempo maior para iniciar a coleta. Utilizou-se o programa *Statistical Package for Social Sciences – SPSS®* (versão 20.0) para calcular o coeficiente kappa e realizar a análise descritiva.

Resultados

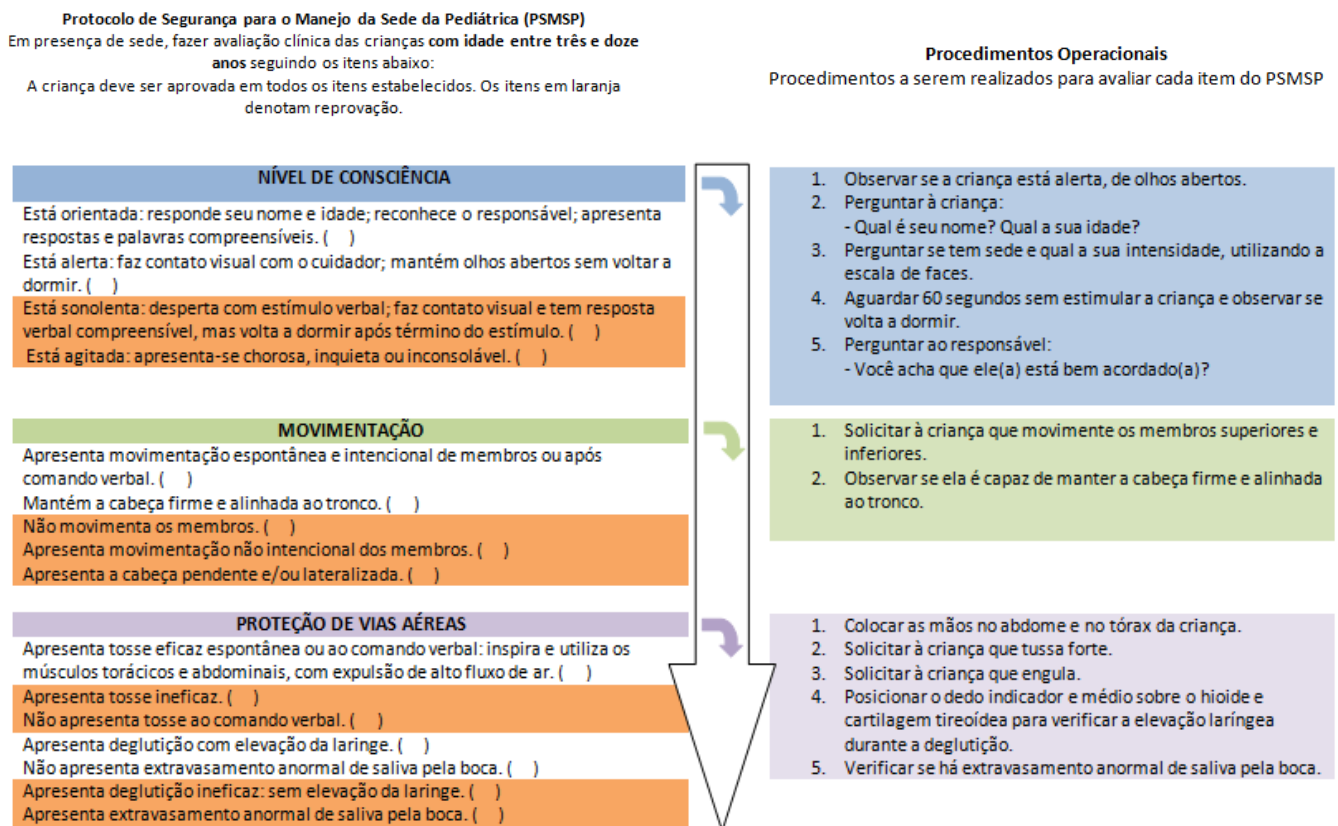
Na etapa de entrevistas, os especialistas apontaram os seguintes critérios de segurança: avaliação do nível de consciência (n=12), reflexos de proteção de via aérea (tosse n=17; deglutição n=12 e choro n=3), ausência de náuseas e vômitos (n=3), avaliação da movimentação (n=5), considerar a participação da mãe (n=4), vontade da criança (n=9), critério médico (n=2), tempo e porte cirúrgico (n=1).

A seleção dos critérios de segurança e seus itens representativos foram baseados em criteriosa busca na literatura científica, cuidadosa avaliação dos critérios apontados pelos especialistas e, comportamentos observados durante a recuperação anestésica da criança. Desta forma, optou-se pelos seguintes critérios de avaliação: nível de consciência, movimentação, proteção de vias aéreas (tosse e deglutição) e, ausência de náusea e vômito. A seleção desses critérios buscou atender aos requisitos máximos de segurança, simplicidade e facilidade de aplicação na prática clínica. Adicionalmente, definiu-se com os especialistas consultados que o protocolo poderá ser utilizado em crianças com idade entre três e 12 anos.

Considerou-se utilizar um sistema de cores para diferenciar os critérios de avaliação do protocolo. Os critérios são descritos em caixa alta e indicado por cinco cores diferentes, logo abaixo, encontram-se os itens a serem avaliados em cada um deles, representados pela

cor branca. Os itens sinalizados pela cor laranja denotam reprovação no critério avaliado. Na coluna da direita, diferenciados pelas cores correspondentes a cada critério, encontram-se os procedimentos operacionais. Adicionalmente, elaborou-se o manual operacional, no qual, é apresentada a fundamentação teórica do protocolo. O manual pode ser obtido na íntegra na dissertação de mestrado da autora.

A validação aparente resultou na inclusão do critério de avaliação padrão respiratório, que anteriormente não havia sido proposto em outras fases. Desta forma, o protocolo em sua versão final constituiu-se de cinco critérios de avaliação, dispostos em um algoritmo gráfico (Figura 2), em que é necessária a aprovação da criança em todos os critérios avaliados. A identificação de qualquer condição clínica que denote a reprovação no critério avaliado representa a interrupção do uso do protocolo. Deve-se, então, iniciar nova avaliação após um período que permita mudança no estado clínico da criança.



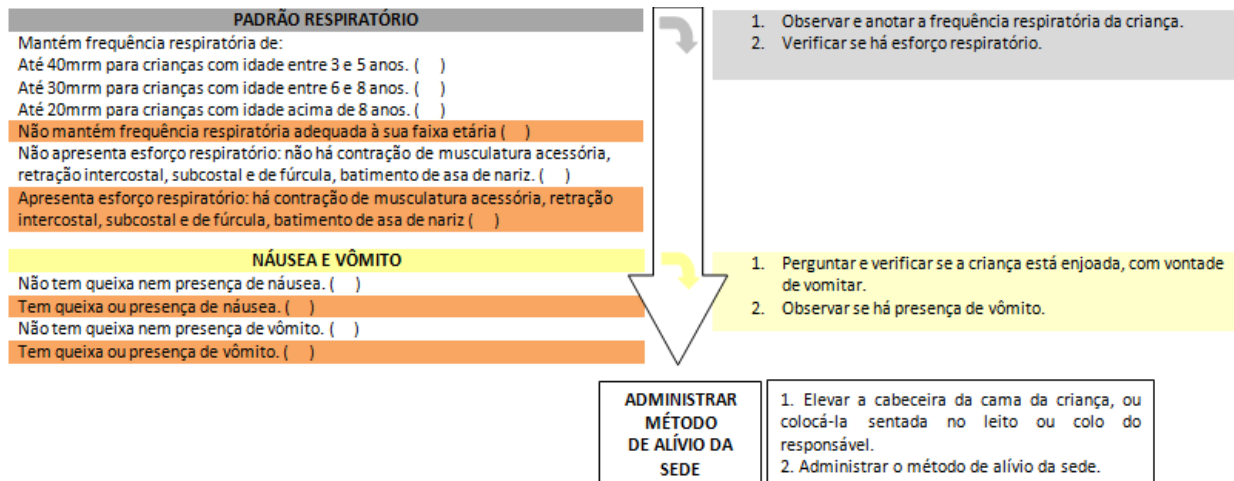


Figura 2 – Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica

Na análise semântica não houve dificuldade de compreensão dos itens quando foram apresentados ao grupo de alunas e ao grupo de enfermeiras doutoras. Realizaram-se apenas, alguns ajustes de redação e alterações nas ordens de avaliação.

Uma única rodada de avaliação de conteúdo pelos especialistas foi o suficiente para superar a concordância mínima de 0,80^(14,17).

Nas Tabelas 1, 2 e 3, encontram-se os valores do CVI dos critérios de avaliação e seus itens representativos, procedimentos operacionais e manual operacional, respectivamente.

Tabela 1 – Validação de conteúdo do protocolo em relação aos critérios de avaliação e seus itens representativos. Londrina, PR, Brasil, 2017. (n=9)

Critério de Avaliação	CVI
Nível de Consciência	1
Orientada	0.91
Alerta	1
Sonolenta	1
Agitada	1
Movimentação	0.96
Movimentação espontânea e intencional	0.93
Cabeça firme e alinhada ao tronco	0.84
Não movimenta os membros	0.84
Movimentação não intencional	0.95
Cabeça pendente e/ou lateralizada	0.97
Proteção de Vias Aéreas	1
Tosse eficaz	0.97
Tosse ineficaz	1
Sem tosse	0.97
Deglutição com elevação da laringe	1
Sem extravasamento anormal de saliva pela boca	1

Deglutição ineficaz	1
Extravasamento anormal de saliva pela boca	0.97
Padrão Respiratório	1
Frequência respiratória adequada à sua faixa etária	0.97
Frequência respiratória inadequada à sua faixa etária	1
Não apresenta esforço respiratório	0.93
Apresenta esforço respiratório	0.93
Náusea e Vômito	1
Sem queixa nem presença de náusea	0.93
Com queixa ou presença de náusea	0.93
Sem queixa nem presença de vômito	0.93
Com queixa ou presença de vômito	0.95
CVI total dos critérios*	0.99
CVI total dos itens**	0.95

*Content Validity Index (CVI) total dos critérios- obtido por meio da média – soma do CVI de cada critério dividido pelo número total de critérios.**Content Validity Index (CVI) total dos itens - obtido por meio da média – soma dos valores do CVI de cada item dividido pelo número total de itens.

Tabela 2 – Validação de conteúdo do protocolo em relação aos procedimentos operacionais de cada critério de avaliação. Londrina, PR, Brasil, 2017. (n=9)

Procedimentos Operacionais	CVI
Nível de Consciência	0.95
(1) Observar se a criança está alerta, de olhos abertos. (2) Perguntar à criança: - Qual é seu nome? Qual a sua idade? (3) Perguntar se tem sede e qual a sua intensidade, utilizando a escala de faces. (4) Aguardar 60 segundos sem estimular a criança e observar se volta a dormir. (5) Perguntar ao responsável: - Você acha que ele(a) está bem acordado(a)?	
Movimentação	0.97
(1) Solicitar à criança que movimente os membros superiores e inferiores. (2) Observar se ela é capaz de manter a cabeça firme e alinhada ao tronco.	
Proteção de vias aéreas	0.91
(1) Colocar as mãos no abdome e no tórax da criança. (2) Solicitar à criança que tussa forte. (3) Solicitar à criança que engula. (4) Posicionar o dedo indicador e médio sobre o hioide e cartilagem tireoídea para verificar a elevação laríngea durante a deglutição. (5) Verificar se há extravasamento anormal de saliva pela boca.	
Padrão respiratório	1
(1) Observar e anotar a frequência respiratória da criança. (2) Verificar se há esforço respiratório.	
Náusea e Vômito	0.93
(1) Perguntar e verificar se a criança está enjoada, com vontade de vomitar. (2) Observar se há presença de vômito.	
CVI total*	0.95

*Content Validity Index - CVI total obtido por meio da média – soma do CVI de cada conjunto de procedimentos operacionais dos critérios de avaliação dividido pelo número total de critérios.

Tabela 3 – Validação de conteúdo do protocolo em relação ao manual operacional. Londrina, PR, Brasil, 2017. (n=9)

Critério de Avaliação	CVI
Nível de Consciência	0,94
Movimentação	0,88
Proteção de Vias Aéreas	0,94
Padrão Respiratório	1
Náusea e Vômito	0,94
CVI total*	0,94

*Content Validity Index - CVI total obtido por meio da média – soma do CVI do manual operacional de cada critério de avaliação dividido pelo número total de critérios.

Durante a avaliação da fidedignidade o PSMSP foi aplicado 116 vezes em 58 crianças. A média de idade foi de 7,2 anos (dp 2,6). Participaram crianças de todas as idades para as quais o protocolo foi elaborado: três anos (n=7), quatro anos (n=3), cinco anos (n=8), seis anos (n=7), sete anos (n=6), oito anos (n=6), nove anos (n=7), dez anos (n=5), onze anos (n=8) e, doze anos (n=1).

Predominou-se criança do sexo masculino 42 (73%), a frequência de procedimentos pelas clínicas cirúrgicas foi: cirurgia infantil e pediatria 32 (55%), otorrinolaringologia 15 (26%), ortopedia 8 (14%), oftalmologia 2 (3%) e, cabeça e pescoço 1 (2%). A técnica anestésica com maior utilização foi anestesia geral 51 (88%). Em relação à classificação do risco cirúrgico segundo a ASA, a maioria foi classificado como ASA I, 49 (84%), seguido da classificação II, 9 (16%). Os procedimentos, em sua maioria foram eletivos, 50 (86%), sendo 8 (14%) de urgência.

A Tabela 4 apresenta os valores do kappa calculados para cada item de avaliação do PSMSP, sendo que houve concordância quase perfeita para todos os itens⁽²⁰⁾.

Tabela 4 - Coeficiente kappa dos itens do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica avaliados por enfermeiros. Londrina, PR, Brasil, 2018. (n=58)

Itens de avaliação	Percentual de Concordância	Coeficiente kappa*
Nível de consciência		
Está orientada	99,1	0,96
Está alerta	96,6	0,89
Está sonolenta	96,6	0,89
Está agitada	100	1
Movimentação		
Movimentação espontânea	100	1
Cabeça firme e alinhada ao tronco	100	1
Não movimenta os membros	100	1
Movimentação não intencional	100	1

Cabeça pendente e/ou lateralizada	100	1
Proteção de Vias Aéreas		
Tosse eficaz e espontânea	100	1
Tosse ineficaz	100	1
Não apresenta tosse	100	1
Deglutição eficaz	100	1
Não há extravasamento anormal de saliva	100	1
Deglutição ineficaz	100	1
Apresenta extravasamento anormal de saliva	100	1
Padrão Respiratório		
Frequência respiratória adequada	100	1
Frequência respiratória inadequada	100	1
Não apresenta esforço respiratório	100	1
Apresenta esforço respiratório	100	1
Náusea a Vômito		
Não tem queixa nem presença de náusea	100	1
Tem queixa ou presença de náusea	100	1
Não tem queixa nem presença de vômito	100	1
Tem queixa ou presença de vômito	100	1
Kappa total**		0,98

* Coeficiente kappa: menor que zero concordância pobre; de zero a 0,20, concordância desprezível; 0,21 a 0,40 concordância suave; 0,41 a 0,60 concordância moderada; 0,61 a 0,80 concordância substancial e de 0,81 a 1 concordância quase perfeita⁽²⁰⁾; Kappa total** realizado por meio da média dos valores individuais de cada item

Discussão

A contribuição deste estudo consiste na disponibilização de um instrumento inédito, criterioso, objetivo, válido e preciso, que permite avaliar a segurança para administrar estratégias de alívio da sede para o paciente infantil em POI. Para a elaboração, validação e avaliação da fidedignidade do protocolo seguiu-se elevado rigor científico⁽¹⁴⁾.

Em todas as etapas de elaboração e validação houve participação multiprofissional (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e, fonoaudiólogo), visando obter uma compreensão ampla de como deve ser a avaliação da criança. A seleção dos profissionais considerou a expertise no cuidado à criança hospitalizada ou em POI.

As entrevistas com especialistas permitiram observar quão diversificados e subjetivos eram os critérios utilizados pelos profissionais responsáveis pela liberação de métodos de alívio da sede no POI. Profissionais referiram que, na maioria das vezes olham para a criança em SRA e avaliam se aparentemente esta acordada o suficiente e sem queixas, e então, permitem a ingestão de líquido via oral. No entanto, essa avaliação não é padronizada nem pautada em critérios e varia de acordo com a determinação de “estar bem acordada” de cada profissional. Observou-se ainda que quando o líquido é liberado, não há consenso do

tipo e volume a ser oferecido. Houve relatos sobre a limitação de literatura específica para a criança, resultando em avaliações adaptadas que consideram critérios de pacientes adultos. Atualmente, o anesthesiologista é o responsável pela liberação do líquido via oral no POI justificando o maior número deste profissional na etapa das entrevistas.

O critério Nível de Consciência foi um dos mais frequentemente sugerido pelos profissionais e considerado um item imprescindível para se determinar a emergência do estado anestésico durante o POI. Quando questionados sobre as escalas utilizadas para avaliação da consciência na criança, as respostas foram variadas: escala de coma de Glasgow⁽²²⁾, Comfort-Behavior⁽²³⁾, Índice Steward⁽²⁴⁾ e, escala de Aldrete e Kroulik⁽²⁵⁾. As escalas de Glasgow e Comfort-B, no entanto, não se aplicam à criança em POI, uma vez que avaliam o nível de sedação e, quando validadas para criança foram em unidades de terapia intensiva. Já o Índice Steward⁽²⁴⁾ e escala de Aldrete e Kroulik⁽²⁵⁾, embora sejam voltados para pacientes em SRA, podem não ser adequados para o uso com a criança⁽²⁶⁾.

Encontrou-se na literatura uma escala de avaliação da consciência da criança após anestesia geral⁽²⁶⁾. Trata-se da *Vancouver Sedative Recovery Scale (VSRS)*, escala composta por 12 itens que abrangem três categorias de indicadores: resposta, aparência e função dos olhos e, movimento corporal. Alguns itens desta escala são semelhantes aos presentes no PSMSP: criança está alerta, está sonolenta, capacidade de realizar contato visual e, presença de movimentos espontâneos e intencionais. Avaliou-se a confiabilidade em 82 crianças com idade entre nove meses e 17 anos. A consistência interna medida pelo alfa de Cronbach foi de 0,85, concordância interobservadores 0,90 e, os valores de kappa para itens individuais variaram de 0,65 a 0,89⁽²⁶⁾, valores semelhantes ao encontrados neste estudo.

As demais escalas encontradas na literatura consistem em escalas de mensuração do delírio de emergência (DE)⁽⁴⁾, condição comum no POI da criança. É definido como um distúrbio na consciência e na atenção da criança ao seu ambiente com desorientação e alterações perceptivas⁽⁴⁾, bem como, inquietação, choro, gemidos ou fala irritativa e gritos⁽²⁷⁾. Dentre as escalas mais utilizadas para mensuração desta condição, destaca-se a *Pediatric Anesthesia Emergence Delirium (PAED)*, composta pelos seguintes itens: a criança faz contato visual com o cuidador; as ações da criança são propositadas; a criança está ciente de seu entorno; a criança está inquieta e a criança está inconsolável. Essa escala foi avaliada em 46 crianças com idade entre 18 meses e seis anos e apresentou consistência interna de 0,89 e confiabilidade de 0,84⁽⁴⁾. Desta forma, para a seleção dos itens de avaliação do critério nível de consciência considerou-se a presença desses comportamentos.

Ao avaliarem o item “está orientada” no requisito comportamental, alguns especialistas sinalizaram que eventualmente crianças com idade entre três e cinco anos poderiam não responder o nome e idade por estarem em ambiente desconhecido e recuperando sua consciência. Não houve essa dificuldade durante a aplicação do protocolo na prática. No entanto, ressalta-se que a amostra deste estudo foi por conveniência, e seria necessário um número maior desta população para avaliar com profundidade esta questão.

Avaliar o nível de consciência da criança é mais difícil quando comparado ao adulto e, identificar a incapacidade da criança se comunicar é um desafio⁽²⁶⁾. Durante a avaliação da fidedignidade, houve discordância das avaliadoras nos itens “está alerta” e “está sonolenta”, corroborando com a dificuldade e subjetividade para avaliar o nível de consciência na criança. Identificou-se a necessidade de um período de interação com criança antes do início da avaliação.

O critério movimentação foi considerado por dois juízes como não pertinente na mensuração da segurança para o manejo da sede. Já para outros (n=3), representa um critério de avaliação complementar ao nível de consciência, medido pela capacidade de realizar movimentos intencionais e manter a cabeça firme e alinhada ao tronco. Adicionalmente, a presença de movimentos voluntários e propositais integra as escalas de avaliação da consciência da criança^(4,26), justificando a escolha de manter este item no protocolo. Além disso, a capacidade de movimentar-se com intencionalidade pode indicar reversão dos anestésicos gerais inalatórios e dos bloqueadores neuromusculares.

A avaliação do critério proteção de vias aéreas assegura a verificação do retorno dos reflexos protetores de tosse e deglutição, importantes para impedir a aspiração broncopulmonar de secreções salivares e gástricas. Esses reflexos sinalizam que o paciente é capaz de se defender contra uma possível aspiração broncopulmonar⁽²⁸⁾. Atualmente a aspiração pulmonar perioperatória apresenta baixa frequência. Estudo multicêntrico no Reino Unido encontrou incidência de 2 e 2,2 por 10.000 casos para casos eletivos e de emergência, respectivamente⁽²⁹⁾. O período de maior risco para esse evento é a indução anestésica⁽²⁾. A avaliação dos reflexos de proteção no PSMSP pressupõe a avaliação da tosse e deglutição.

Duas especialistas pontuaram na validação de conteúdo que a avaliação dos reflexos protetores (tosse e deglutição) poderia apresentar alguma dificuldade em crianças menores. No entanto, consideram um item de extrema relevância para determinar a segurança para liberação de líquido via oral no POI. Desta forma, recomenda-se um período prévio de aproximação com a criança, visando diminuir a ansiedade e medo presentes neste período, a criação de vínculo e, confiança no momento de avaliação.

Durante as entrevistas com os especialistas, foi mencionado que o choro poderia ser considerado um reflexo de proteção, indicando que a via aérea da criança estaria livre. No entanto, o choro pode representar diversas situações como dor, incomodo, irritação, agitação e DE^(4,27). Diferenciar sua presença é difícil e subjetivo, portanto, no protocolo a presença de choro representa reprovação da criança para receber um método de alívio da sede.

O critério padrão respiratório, consiste na avaliação da frequência respiratória e esforço respiratório, quando devem estar ausentes sinais de contração de musculatura acessória, retração intercostal, subcostal e de fúrcula, batimento de asa de nariz⁽³⁰⁾. Para alguns profissionais a avaliação deste critério sinaliza as principais alterações no estado clínico da criança. Adicionado a isso, eventos respiratórios adversos perioperatórios representam um dos principais motivos de morbidade e mortalidade em crianças⁽³¹⁾.

A ausência de náusea e vômito é primordial para a administração de métodos de alívio da sede. A presença de vômito ainda é uma complicação temida pela equipe devido a possibilidade de subsequente aspiração pulmonar, embora, atualmente sua incidência seja entre 25% e 30% em crianças submetidas a anestesia geral⁽³²⁾. A ausência destas complicações é indicativa de reversão dos agentes anestésicos.

Ensaio clínico foram realizados para avaliar se o jejum pós-operatório reduziria a incidência de náusea e vômito em crianças. Um estudo não encontrou diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, com incidência de 15% no grupo liberal e 22% no grupo jejum ($p=0,39$)⁽⁶⁾. Outro estudo revelou associação entre a ingestão precoce de líquidos orais pós-operatórios e redução na incidência de vômito. A incidência de vômito foi de 11,4% no grupo liberal e 23,9% no grupo jejum⁽⁷⁾.

Ressalta-se que em ambos os estudos citados anteriormente, considerou-se a vontade da criança em receber líquido e alimento. Quando a criança é forçada a ingerir líquido precocemente, há aumento na incidência de vômito⁽³³⁾. A vontade de ingerir líquido e verbalização da criança foram mencionadas pelos especialistas como critérios relevantes de avaliação. Portanto, ao se questionar a presença de sede na criança, é preciso também questionar sua vontade em receber alguma estratégia de alívio da sede e então iniciar a avaliação do PSMSP.

A aplicação do PSMSP por enfermeiros apresentou elevado valor geral do coeficiente kappa. Isso significa que este instrumento apresenta concordância interavaliadores indicando que pode ser reproduzido em outras realidades. Dessa forma há indicação que este instrumento possa ser uma ferramenta útil para a prática em SRA, minorando a presença de um sintoma prevalente e intenso como a sede especificamente para o paciente infantil.

Encontraram-se duas dificuldades para a condução deste estudo. Poucos instrumentos que avaliassem a recuperação anestésica da criança foram encontrados, resultando na dificuldade de estruturação dos critérios para direcionar a avaliação da criança neste período em relação à liberação de líquido via oral pelos profissionais. Outra lacuna foi encontrar referencial metodológico para guiar a construção e validação de protocolos que visam tomada de decisão. Adicionalmente, encontra-se na literatura o uso impreciso de termos relacionados aos estudos de elaboração de instrumentos, especialmente com os termos validade e precisão. Validade responde se algo é verdadeiro ou falso⁽³⁴⁾. Pode-se dizer que um teste é válido quando mede aquilo que supostamente deve medir⁽³⁵⁾, enquanto que precisão responde se algo está correto ou errado⁽³⁴⁾. Validade e precisão são características do instrumento de medida, do teste, e não da medida feita de um objeto. A medida será confiável e legítima se o instrumento que a produziu for válido (pertinente, relevante) e preciso (calibrado)⁽³⁵⁾. A fidedignidade também recebe outras denominações: precisão, constância, consistência interna, confiabilidade, estabilidade e homogeneidade⁽¹⁴⁾.

Ambas as dificuldades reforçam o ineditismo e contribuição deste trabalho para subsidiar a assistência prestada à criança cirúrgica com sede. A avaliação da segurança para o manejo da sede, por meio dos critérios relevantes selecionados, permite ao enfermeiro olhar com intencionalidade para um sintoma frequente e intervir com segurança para o seu manejo. Ressalta-se que o protocolo foi elaborado para crianças que não apresentam limitação de comunicação e criança sem contra-indicação de receber líquido via oral no POI.

A limitação deste estudo consiste na amostra por conveniência. A recomendação de uma amostra para testar a qualidade psicométrica de um instrumento considera duas situações diferentes. A primeira, direciona-se aos casos no qual há segurança de quantos fatores o instrumento mede, sendo necessário, um mínimo de 100 sujeitos por fator medido. Neste caso, acredita-se que a população meta seja homogênea em relação ao que é medido pelo instrumento. A segunda opção, considera que há dúvidas quanto ao número de dimensões ou fatores que o instrumento mede, sugerindo uma amostra entre 5 a 10 sujeitos para cada item do instrumento⁽¹⁴⁾. No entanto, a amostra obtida neste estudo não atingiu tais recomendações. Sugere-se, portanto, que o protocolo seja aplicado em um número maior de sujeitos para que se possa comparar com os resultados obtidos neste estudo. Ainda assim, os valores de fidedignidade do PSMSP foram altos, indicando a precisão deste instrumento.

Conclusão

Elaborou-se o PSMSP baseado nos sinais e sintomas relevantes na determinação da segurança para administração de métodos de alívio da sede pediátrica no pós-operatório e, identificaram-se os critérios de segurança e seus itens representativos após criteriosa fundamentação científica, entrevistas com especialistas e, período de observação sistemático da recuperação anestésica da criança.

O protocolo inédito elaborado propõe cinco critérios de avaliação: nível de consciência, movimentação, proteção de vias aéreas (tosse e deglutição), padrão respiratório (frequência respiratória e esforço respiratório), e náusea e vômito.

Foram realizadas análises teóricas por juízes por meio de validade aparente, semântica e de conteúdo. O PSMSP possui fácil compreensão, conteúdo pertinente e relevante com elevado índice de concordância entre os juízes em todos os itens avaliados. Isso indica que os critérios de avaliação propostos pelo protocolo mensuram com satisfação a segurança para o manejo da sede pediátrica.

Ao avaliar a fidedignidade do protocolo em sua aplicação prática com crianças cirúrgicas com idade entre três e 12 anos em POI, foi possível concluir que o PSMSP é um instrumento com elevado índice de concordância entre os avaliadores.

Portanto, O PSMSP é um instrumento válido e preciso, indicando que é uma ferramenta útil e pronta para utilização na prática clínica em SRA, possibilitando o manejo seguro da sede pediátrica.

Referências

1. Frykholm P, Schindler E, Sümpelmann R, Walker R, Weiss M, Preoperative fasting in children: a review of the existing guidelines and recent developments. *Br J Anaesth.* 2018 Mar;120(3):469-474.
2. Smith I, Kranke P, Murat I, Smith A, O'Sullivan G, Søreide E, et al. Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. *Eur J Anaesthesiol.* 2011; 28(8):556–69.
3. Costa LLC, Garanhani ML. Cuidado perioperatório: percepção das crianças com mais de uma experiência cirúrgica. *Rev Min Enferm.* 2010; 14(3): 361-368.
4. Sikich N, Lerman J. Development and psychometric evaluation of the pediatric anesthesia emergence delirium scale. *Anesthesiology* 2004; 100: 1138–45.
5. Malarbi S, Stargatt R, Howard K, Davidson A. Characterizing the behavior of children emerging with delirium from general anesthesia. *Paediatr Anaesth* 2011; 21:942–50.

6. Radke OC, Biedler A, Kolodzie K, Cakmakkaya OS, Silomon M, Apfel CC. The effect of postoperative fasting on vomiting in children and their assessment of pain. *Paediatr Anaesth* 2009; 19: 494–9.
7. Chauvin C, Schalber-Geyer AS, Lefebvre F, Bopp C, Carrenard G, Marcoux L, et al. Early postoperative oral fluid intake in paediatric day case surgery influences the need for opioids and postoperative vomiting: a controlled randomized trial. *Br J Anaesth*. 2017 Mar 1;118(3):407-414.
8. Pavani MM, Fonseca LF, Conchon MF. Sede do paciente cirúrgico: percepções da equipe de enfermagem nas unidades de internação. *Rev enferm UFPE on line*. 2016; 10(9):3352-60.
9. Campana MC, Fonseca LF, Lopes DFM, Martins. Percepção dos cuidadores quanto à sede da criança cirúrgica. *Rev. Rene, Fortaleza*. 2015; 16(6):799-808.
10. Nascimento LA, Fonseca LF. Development of a safety protocol for management of thirst in the immediate postoperative period. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(5):834-843.
11. Carvalho CALB, Carvalho AA, Nogueira PLB, Aguilar-Nascimento JE. Mudando paradigmas em jejum pré-operatório: resultados de um mutirão em cirurgia pediátrica. *ABCD*. 2017; 30(1):7-10.
12. Lilford RJ, Mohammed MA, Brauholtz D, Hofer TP. The measurement of active errors: methodological issues. *Quality & Safety in Health Care*. 2003; 12: 8-12.
13. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 7.ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
14. Pasquali L. Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas. Porto Alegre, Brasil: Artmed; 2010.
15. Giovinazzo RA. Modelo de aplicação da metodologia Delphi pela internet vantagens e ressalvas. *Administração On Line*. 2001; 2(2).
16. Vituri DW, Matsuda LM. Content validation of quality indicators for nursing care evaluation. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(2):429-37.
17. 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.
18. Polit DF, Beck CT. The Content Validity Index: Are You Sure You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations, *Research in Nursing & Health*, 2006, 29, 489–497.
19. Siegel S, Castellan HJ. Estatística não paramétrica para ciências do comportamento. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

20. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-74.
21. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 33. Saúde da criança: Crescimento e desenvolvimento. Brasília (DF): MS; 2012.
22. Reilly PL, Simpson DA, Sprod R, Thomas L. Assessing the conscious level in infants and young children: a paediatric version of the Glasgow Coma Scale. *Childs Nerv Syst*. 1988; 4(1):30-3
23. Ista E, van Dijk, Tibboel D, de Hoog M. Assessment of sedation levels in pediatric intensive care patients can be improved by using the COMFORT “behavior” scale. *Pediatr Crit Care Med*. 2005; 6(1):58-63.
24. Steward DJ. A simplified scoring system for the post-operative recovery room. *Canadian Anaesthetists Society Journal*. 1975; 22(1):111-113.
25. Aldrete JA. The post-anesthesia recovery score revisited. *J Clin Anesth*. 1995 Feb;7(1):89-91.
26. Macnab AJ, Levine M, Glick N, Susak L, Baker-Brown GA. A research tool for measurement of recovery from sedation: the Vancouver Sedative Recovery Scale. *J Pediatr Surg*. 1991; 26(11):1263-7.
27. Eckenhoff JE, Kneale DH, Dripps RD. The incidence and etiology of postanesthetic excitement. *Anesthesiology*. 1961; 22: 667–673.
28. 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.
29. Walker RW. Pulmonary aspiration in pediatric anesthetic practice in the UK: a prospective survey of specialist pediatric centers over a one-year period. *Pediatr Anesth* 2013; 23: 702–711.
30. Matsuno AK. Insuficiência respiratória aguda na criança. *Medicina*. 2012;45(2):168-84.
31. von Ungern-Sternberg BS, Ramgolam A, Hall GL, Sly PD, Habre W. Peri-operative adverse respiratory events in children. *Anaesthesia*. 2015;70(4):440-4.
32. Bourdaud et al. Addition of droperidol to prophylactic ondansetron and dexamethasone in children at high risk for postoperative vomiting. A randomized, controlled, double-blind study. *British Journal of Anaesthesia*. 2017;118 (6): 918–23.
33. Tabae A, Lin JW, Dupiton V, Jones JE. The role of oral fluid intake following adenotonsillectomy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2006; 70: 1159–64.
34. Pasquali L. Validade dos Testes Psicológicos: Será Possível Reencontrar o Caminho? *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2007, Vol. 23 n. especial, pp. 099-107

35. Kelly, E. L. Interpretation of educational measurements. New York: Macmillan; 1927.

6 CONCLUSÕES

A realização deste trabalho resultou na elaboração, validação e avaliação da fidedignidade de um instrumento inédito. Trata-se de um protocolo que permite avaliar a segurança de crianças com idade entre três e 12 anos em POI, por meio de critérios relevantes para determinar o uso de estratégias de alívio da sede. Este instrumento abre caminhos para mudança da prática realizada em SRA, na qual, a criança é mantida em jejum muitas vezes de forma desnecessária.

Elaborou-se o PSMSP considerando sinais e sintomas relevantes na determinação da segurança para administração de métodos de alívio da sede pediátrica no pós-operatório. Para isso, identificaram-se os critérios de segurança e seus itens representativos após criteriosa fundamentação científica, entrevistas com especialistas e, período de observação sistemático da recuperação anestésica da criança.

Em sua versão final, o protocolo constituiu-se por cinco critérios de avaliação: nível de consciência, movimentação, proteção de vias aéreas (tosse e deglutição), padrão respiratório (frequência respiratória e esforço respiratório), e náusea e vômito, dispostos em um algoritmo gráfico, sendo que a aprovação da criança é necessária em todos eles.

Realizaram-se análises teóricas por juízes por meio de validade aparente, semântica e de conteúdo. O PSMSP possui fácil compreensão, conteúdo pertinente e relevante com elevado índice de concordância entre os juízes em todos os itens avaliados. Isso indica que os critérios de avaliação propostos pelo protocolo mensuram com satisfação a segurança para o manejo da sede pediátrica.

Ao avaliar a fidedignidade do protocolo em sua aplicação prática com crianças cirúrgicas com idade entre três e 12 anos em POI, foi possível concluir que o PSMSP é um instrumento com elevado índice de concordância entre os avaliadores.

Portanto, O PSMSP é um instrumento válido e preciso, indicando que é uma ferramenta útil e pronta para utilização na prática clínica em SRA, possibilitando o manejo seguro da sede pediátrica. Ressalta-se que este instrumento foi elaborado para pacientes que não apresentam restrição de receber líquido via oral no POI.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho permitiu observar a limitação de estudos voltados para a avaliação da criança cirúrgica durante a recuperação anestésica. Dentre os instrumentos localizados, a maioria direciona-se a avaliar a agitação após anestesia geral, escalas de avaliação no nível de sedação, não sendo adequadas, no entanto, para avaliar a criança no momento em que está recuperando sua consciência, “despertando da sedação” e, escalas adaptadas do adulto. Adicionado a isso, quando se encontra um estudo de criança, alguns não abordam todas as faixas etária, por exemplo, crianças com idade menores (até quatro e seis anos).

Profissionais que atendem a criança cirúrgica também mencionaram a limitação de literatura específica para este grupo de pacientes, e que utilizam critérios adaptados do adulto em sua avaliação. Não há, no entanto, evidência que justifique essa prática. O paciente infantil apresenta suas particularidades e não deve ser considerado um adulto menor.

Na prática, é possível observar o quão prevalente e desconfortável é a sede para a criança, que muitas vezes tem dificuldade de entender o motivo pelo qual não pode receber líquido após o procedimento cirúrgico. Além disso, a criança verbaliza com frequência a presença deste sintoma, sinalizando a necessidade de se realizar alguma intervenção. Profissionais de saúde, no entanto, não sabem o que fazer em presença de sede, pois, ainda sustenta-se o mito de que a ingestão de líquido via oral neste período, pode aumentar a incidência de eventos adversos.

Não se encontrava disponível até o momento, algum instrumento que permitisse avaliar a segurança para se adotar alguma estratégia de alívio da sede para a criança no momento em que se recupera da anestesia. Espera-se que o PSMSP possa iniciar um processo de mudança da prática realizada em SRA. Crianças sem contraindicação de receber líquido via oral no POI não precisam mais ser mantidas em jejum por período prolongado.

Sugere-se que outros estudos sejam desenvolvidos com a finalidade de avaliar estratégia eficaz para minorar a sede da criança, bem como, o volume e tempo seguro para iniciar a ingestão de líquido via oral no POI. Estudos com essa finalidade já foram conduzidos com pacientes adultos.

REFERÊNCIAS

ALDRETE, J. A.; KROULIK, D. A postanesthetic recovery score. **Anesthesia & Analgesia**, v.49, n. 6, p. 924-934, 1970. Disponível em: <<https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=5534693>>. Acesso em: 10 mai. 2017.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Maringá, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2017.

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**, Philadelphia, v. 114, n. 3, p. 495- 511, Mar. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21307770>>. Acesso em: 11 mai. 2017.

ANDREW-ROMIT, J. J.; VAN DE MORTEL, T. F. Ritualistic preoperative fasting time: is it still occurring and what can we do about it? **ACORN: The Journal of Perioperative Nursing in Australia**, Cambridge, v. 24, n. 1, p. 14- 19, 2011. Disponível em: <http://epubs.scu.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=2013&context=hahs_pubs>. Acesso em: 11 mai. 2017.

ANDERSSON, H.; ZARÉN, B.; FRYKHOLM, P. Low incidence of pulmonary aspiration in children allowed intake of clear fluids until called to the operating suite. **Pediatric Anesthesia**, v. 25, n. 8, p. 770-777, 2015. Disponível em:<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/pan.12667>>. Acesso em: 10 mai. 2017.

AONO, J. et al. Greater incidence of delirium during recovery from sevoflurane anesthesia in preschool boys. **Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists**, v. 87, n. 6, p. 1298-1300, 1997. Disponível em:<<http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=1948647>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

AONO, J.; MAMIYA, K.; MANABE, M. Preoperative anxiety is associated with a high incidence of problematic behavior on emergence after halothane anesthesia in boys. **Acta Anaesthesiologica Scandinavica**, v. 43, n. 5, p. 542-544, 1999. Disponível em:<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1034/j.1399-6576.1999.430509.x>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

ARAI, S. R.; STOTTS, N.; PUNTILLO, K. Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation. **American Journal of Critical Care**, Aliso Viejo, v. 22, n.4, p. 328-335, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3718499/>>. Acesso em: 23 out. 2017.

ASHOK, V. et al. Effects of intraoperative liberal fluid therapy on postoperative nausea and vomiting in children - A randomized controlled trial. **Pediatric Anesthesia**, p. 1-6, 2017. Disponível em:< <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/pan.13179>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

BELLO, C. N. Recuperação pós-anestésica - escalas de avaliação, princípios gerais. Centro de Estudo de Anestesiologia e Reanimação. 2000. Disponível em:< http://www.prosaude.org.br/2013/legislacao_2013/Manuais/Normas%20e%20Condu%20as%20de%20Recupera%C3%A7%C3%A3o%20P%C3%B3s%20Anest%C3%A9sica%20_FMUSP=.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2017.

BENELAM, B.; WYNESS, L. Hydration and health: a review. **Nutrition Bulletin**, v. 35, n. 1, p. 3-25, 2010.

BORLAND, L. M. et al. Pulmonary aspiration in pediatric patients during general anesthesia: incidence and outcome. **Journal of Clinical Anesthesia**, v. 10, n. 2, p. 95-102, 1998. Disponível em:< [https://www.jcafulltextonline.com/article/S0952-8180\(97\)00250-X/fulltext](https://www.jcafulltextonline.com/article/S0952-8180(97)00250-X/fulltext)>. Acesso em: 13 jun. 2017.

BRADY, M. C. et al. Preoperative fasting for preventing perioperative complications in children. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2009. Disponível em:< <http://cochranelibrarywiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005285.pub2/abstract;jsessionid=27A27960EEE7DA60925495AC03CAE5E8.f01t01>> . Acesso em: 07 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica. Saúde da criança: Crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf> Acesso em: 22 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2017.

BRUNET-WOOD, K. et al. Surgical fasting guidelines in children: Are we putting them into practice? **Journal of Pediatric Surgery**, 2016; 51: 1298–302. Disponível em:< [https://www.jpedsurg.org/article/S0022-3468\(16\)30017-3/fulltext](https://www.jpedsurg.org/article/S0022-3468(16)30017-3/fulltext)>. Acesso em: 22 mai. 2017.

BRUNSTROM, J. M. Effects of mouth dryness on drinking behavior and beverage acceptability. **Physiology Behavior**, Oxford, v. 76, n. 3, p. 423-429, 2002. Disponível em:< <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S003193840200762X>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

BRUNSTROM, J. M.; MACRAE, A. W. Effects of temperature and volume on measures of mouth dryness, thirst and stomach fullness in males and females. **Appetite**, London, v. 29, n. 1, p. 31- 42, Aug. 1997. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9268423>>. Acesso em: 10 out. 2017.

BRUNSTROM, J. M.; TRIBBECK, P. M.; MACRAE, A. W. The role of mouth state on the termination of drinking behavior in humans. **Physiology & Behavior**, v. 68, n. 4, p. 579-538. Disponível em: <<HTTP://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10713300>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

CAMPANA, M. et al. Percepção dos cuidadores quanto à sede da criança cirúrgica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 16, n. 6, p. 799-808, 2015. Disponível em:< file:///C:/Users/user/Downloads/2862-5259-1-SM.pdf> Acesso em: 10 mai. 2017.

CARVALHO, C. A. L. B. et al. Mudando paradigmas em jejum pré-operatório: resultados de um mutirão em cirurgia pediátrica. **ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 30, n. 1, p. 7-10, 2017. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/abcd/v30n1/pt_0102-6720-abcd-30-01-00007.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2017.

CHAUVIN, C. et al. Early postoperative oral fluid intake in paediatric day case surgery influences the need for opioids and postoperative vomiting: a controlled randomized trial. **British Journal of Anaesthesia**, v. 118, n. 3, p. 407-414, 2017. Disponível em:< [https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912\(17\)30210-6/fulltext](https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912(17)30210-6/fulltext)>. Acesso em: 19 jul. 2017.

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, Oct. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21157173>>. Acesso em: 10 out. 2017.

COLA, P. C. et al. Reabilitação em disfagia orofaríngea neurogênica: sabor azedo e temperatura fria. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 200-205, 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v10n2/a09v10n2.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

CONCHON, M. F. et al. Perioperative thirst: an analysis from the perspective of the Symptom Management Theory. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 120-128, Jan./Feb. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25789651>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

CONCHON, M. F.; FONSECA, L. F. Efficacy of an Ice Popsicle on Thirst Management in the Immediate Postoperative Period: A Randomized Clinical Trial. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**, v.33, n.2, p. 153-161, 2018. Disponível em:< <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1089947216302489>> Acesso em: 20 jun. 2018.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Saber preparar uma pesquisa. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, Abrasco; 1999.

COSTA, L. L. C.; GARANHANI, M. L. Cuidado perioperatório: percepção das crianças com mais de uma experiência cirúrgica. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 361-368, 2010. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a12.htm>>. Acesso em: 28 abr. 2017.

DAVIS, P. J. et al. Recovery characteristics of desflurane versus halothane for maintenance of anesthesia in pediatric ambulatory patients. **Anesthesiology**, v. 80, n. 2, p. 298-302, 1994. Disponível em: <<http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=1950310>>. Acesso em: 13 mai. 2017.

DENNHARDT, N. et al. Impact of preoperative fasting times on blood glucose concentration, ketone bodies and acid–base balance in children younger than 36 months: a prospective observational study. **European Journal of Anaesthesiology**, v. 32, n. 12, p. 857-861, 2015. Disponível em: <<https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=26351828>>. Acesso em: 06 jun. 2017.

DENNHARDT, N. et al. Optimized preoperative fasting times decrease ketone body concentration and stabilize mean arterial blood pressure during induction of anesthesia in children younger than 36 months: a prospective observational cohort study. **Pediatric Anesthesia**, v. 26, n. 8, p. 838-843, 2016. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/pan.12943>>. Acesso em: 06 jun. 2017.

ECCLES, R. et al. Cold pleasure. Why we like ice drinks, ice-lollies and ice cream. **Appetite**, London, v. 71, p. 357-360, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24060271>>. Acesso em: 10 out. 2017.

ECKENHOFF, J. E. et al. The incidence and etiology of postanesthetic excitement a clinical Survey. **Anesthesiology**, v. 22, n. 5, p. 667-673, 1961. Disponível em: <<http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=1967759>>. Acesso em: 10 mai. 2017.

EUROPEAN FOOD SAFETY AUTHORITY (EFSA). Panel on dietetic products, nutrition and allergies, scientific opinion on dietary reference values for water. **EFSA Journal** [Internet]. 2010 [cited 2015 Jan 20]; 8(3):1459. Available from: <<http://www.efsa.europa.eu/en/efsajournal/pub/1459.htm>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

FRYKHOLM, P. et al. Preoperative fasting in children: a review of the existing guidelines and recent developments. **British Journal of Anaesthesia**, v. 120, n. 3, p. 469-474, 2018. Disponível em: <[https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912\(17\)54075-1/fulltext](https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912(17)54075-1/fulltext)>. Acesso em: 20 jul. 2018.

FUJINAGA, C. I. et al. Validação clínica do Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.21, n. 6, Jan-Fev, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_18.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.

GARCIA, A. K. A. et al. Estratégias para o alívio da sede: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 6, p. 1215-1222, 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1215.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2017.

GARCIA, A. K. A. et al. Perspectiva do anestesiológico em relação à sede no pós-operatório imediato. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 16, n.3, 2017. Disponível em: < <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/37241>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

GARCIA, A, A, K. et al. Relato de experiência: implantação do protocolo de manejo da sede em sala de recuperação anestésica. **Anais Eletrônico IX EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica UniCesumar**, n. 9, p. 4-8, 2015. Disponível em: <http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2015/anais/samira_bezerra_dos_ant_s_2.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2018.

GIOVINAZZO, R. A. Modelo de aplicação da metodologia Delphi pela Internet: vantagens e ressalvas. **Administração On-line**, São Paulo, v.2, n. 2, p.1-11, Abr-Jun, 2001. Disponível em: <http://www.fecap.br/adm_online/art22/renata.htm>. Acesso em: 05 abr. 2018.

GUGGENHEIMER, J.; MOORE, P. A. Xerostomia: etiology, recognition and treatment. **Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 134, n. 1, p. 61-69, 2003. Disponível em: < [https://jada.ada.org/article/S0002-8177\(14\)61954-1/fulltext](https://jada.ada.org/article/S0002-8177(14)61954-1/fulltext)>. Acesso em: 10 out. 2017.

IMANI, B.; KHADEMI, G. Perioperative Fasting and Children: A Review Article. **Journal of Fasting Health**, v.2, n.4, p.131-135, 2014. Disponível em: <http://jfnfh.mums.ac.ir/pdf_3726_659701df8eeda0f9bc32eeeca2cd02c9.html>. Acesso em: 10 jun. 2017.

JONGHE, B. et al. Using and understanding sedation scoring systems: a systematic review. **Intensive Care Medicine**, v.25, n. 3, p. 275-285, 2000.

KAPATOS, G.; GOLD, R. M. Tongue cooling during drinking: a regulator of water intake in rats. **Science**, New York, v. 176, n. 4035, p. 685-686, 1972. Disponível em: <<http://science.sciencemag.org/content/176/4035/685>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

KEARNEY, R.; MACK, C.; ENTWISTLE, L. Withholding oral fluids from children undergoing day surgery reduces vomiting. **Pediatric Anesthesia**, v. 8, n. 4, p. 331-336, 1998. Disponível em: < <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1460-9592.1998.00269.x>>. Acesso em: 10 mai. 2017.

KEEGAN, N. J.; YUDKOWITZ, F. S.; BODIAN, C. A. Determination of the reliability of three scoring systems to evaluate children after general anaesthesia. **Anaesthesia**, v.50, p. 200-202, 1995. Disponível em: < <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2044.1995.tb04555.x>> Acesso em: 13 mai. 2017.

KICHE, M. T.; ALMEIDA, F. A. Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 125-130, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a02v22n2.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

KLEMETTI, S. et al. The effect of preoperative fasting on postoperative thirst, hunger and oral intake in paediatric ambulatory tonsillectomy. **Journal of Clinical Nursing**, v.19, n. 3-4, p. 341-350, 2010. Disponível em:<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2009.03051.x>>. Acesso em: 10 mai. 2017.

KUZMA, J. Randomized clinical trial to compare the length of hospital stay and morbidity for early feeding with opioid-sparing analgesia versus traditional care after open appendectomy. **Clinical Nutrition**, v. 27, n. 5, p. 694-699, 2008. Disponível em:<[https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614\(08\)00140-4/fulltext](https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(08)00140-4/fulltext)>. Acesso em: 22 jul. 2017.

LANDIS, R. J.; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, Washington, v. 33, p.159-174, Mar. 1977. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/2529310?seq=1#page_scan_tab_contents>. Acesso em: 23 jul. 2017.

LEIPER, J. B. Thirst. In: CABALLERO, B.; ALLEN, L.; PRENTICE, A. (Ed.). **Encyclopedia of Human Nutrition**. 2nd. Oxford: Elsevier, 2005. v. 4. p. 278-286. Disponível em:<<http://content.yudu.com/Library/A17k4j/EncyclopediaofHumanN/resources/1969.ht>>. Acesso em: 05 jun. 2017.

LEWIS, S. J. et al. Early enteral feeding versus “nil by mouth” after gastrointestinal surgery: systematic review and meta-analysis of controlled trials. **BMJ**, v. 323, n. 7316, p. 773 -776, 2001. Disponível em:<<https://www.bmj.com/content/323/7316/773.long>>. Acesso em: 12 mai. 2017.

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: 14 out. 2017.

LUDBROOK, J. Statistical techniques for comparing measures and methods of measurement: a critical review. **Clinical and experimental pharmacology & physiology**, Oxford, v. 29, n. 7, p. 527-536, July 2002. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12060093>>. Acesso em: 10 out. 2017.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nursing Research**, p.382-385, 1986. Disponível em:<https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Citation/1986/11000/Determination_and_Quantification_Of_Content.17.aspx> . Acesso em: 10 out. 2017.

MACNAB, A. J. et al. A Research Tool for Measurement of Recovery From Sedation: The Vancouver Sedative Recovery Scale. **Journal of Pediatric Surgery**, v. 26, n. 11, p. 1263-1267, 1991. Disponível em:< [https://www.jpedsurg.org/article/0022-3468\(91\)90594-J/pdf](https://www.jpedsurg.org/article/0022-3468(91)90594-J/pdf)>. Acesso em: 07 jun. 2017.

MALARBI, S. et al. Characterizing the behavior of children emerging with delirium from general anesthesia. **Pediatric Anesthesia**, v. 21, n. 9, p. 942-950, 2011. Disponível em:< <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1460-9592.2011.03646.x>>. Acesso em: 22 mai. 2017.

MARTINI, D. R. Commentary: the diagnosis of delirium in pediatric patients. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 44, n. 4, 2005. Disponível em:< [https://jaacap.org/article/S0890-8567\(09\)61492-1/fulltext](https://jaacap.org/article/S0890-8567(09)61492-1/fulltext)>. Acesso em: 22 mai. 2017.

MARTINS, G. A. Sobre fidedignidade e validade. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, São Paulo v. 8, n. 20, p. 1-12, 2006. Disponível em:< <file:///C:/Users/user/Downloads/51-1099-1-PB.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

MASON, K. P. Paediatric emergence delirium: a comprehensive review and interpretation of the literature. **British Journal of Anaesthesia**, v. 118, n. 3, p. 335-343, 2017. Disponível em:< [https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912\(17\)30202-7/fulltext](https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912(17)30202-7/fulltext)>. Acesso em: 13 mai. 2018.

MEDEIROS, R. K. S. et al. Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 4, n. 4, p. 127-135, fev. 2015. Disponível em:< http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087402832015000100014&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2107.

MESSNER, A. H.; BARBITA, J. A. Oral fluid intake following tonsillectomy. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, v. 39, n. 1, p. 19-24, 1997. Disponível em:< [https://www.ijporlonline.com/article/S0165-5876\(96\)01456-5/pdf](https://www.ijporlonline.com/article/S0165-5876(96)01456-5/pdf)>. Acesso em: 22 mai. 2017.

MOHKAMKAR, M. et al. Postanesthetic emergence agitation in pediatric patients under general anesthesia. **Iranian Journal of Pediatrics**, v. 24, n. 2, p. 184-190, 2014. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4268839/>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

MORAES, E. O.; ENUMO, S. R. F. Estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças avaliadas por instrumento informatizado. **Psico-USF**, Itatiba, v. 13, n. 2, p. 221-231, 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v13n2/v13n2a09.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

MONTEIRO, G. T. R.; HORA, H. R. M. **Pesquisa em saúde pública**: como desenvolver e validar instrumentos de coleta de dados. Curitiba: Appris, 2014.

MURAT, I.; CONSTANT, I.; MAUD'HUY, H. Perioperative anaesthetic morbidity in children: a database of 24 165 anaesthetics over a 30-month period. **Pediatric Anesthesia**, v. 14, n. 2, p. 158-166, 2004. Disponível em:<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1460-9592.2004.01167.x>>. Acesso em: 22 mai. 2017.

NASAR, V. G.; HANNALLAH, R. S. Emergence agitation in children: A Review. **MEJ Anesth**, v. 21, n. 2, p. 175-84, 2011. Disponível em:<http://www.meja.aub.edu.lb/downloads/21_2/175.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2017.

NASCIMENTO, L. A. Elaboração, validação e fidedignidade de um Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede no pós-operatório imediato. 2013. 206p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013.

NASCIMENTO, L.A.; FONSECA, L.F. Development of a safety protocol for management of thirst in the immediate postoperative period. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 834-843, 2014. Disponível em:<<https://pdfs.semanticscholar.org/646a/9a1c36ca614c45e82177c40112b9453bf19e.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2017.

ORTENZI, A. V. Medicação pré-anestésica. In: CANGIANI, L. M, et al. **Tratado de Anestesiologia: SAESP**. 6 ed. São Paulo: Atheneu, 2006. v. 2, p.1044.

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

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998. Disponível em: <www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n5/conc255a.htm 1/13>. Acesso em: 22 mai. 2017.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. esp., p. 992-999, 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000500002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 22. Mai. 2017.

PAVANI, M. M.; FONSECA, L. F.; CONCHON, M. F. Sede no paciente cirúrgico: percepções da equipe de enfermagem nas unidades de internação. **Revista enfermagem UFPE on line**. Recife, v. 10, n. 9, p. 3352-3360, 2016. Disponível em:<<file:///C:/Users/user/Downloads/11416-26192-1-PB.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

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

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

POLIT, D. F.; BECK, C.T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in Nursing & Health**, v. 29, n. 5, p. 489-497, 2006.

RADKE, O. C. et al. The effect of postoperative fasting on vomiting in children and their assessment of pain. **Pediatric Anesthesia**, v. 19, p. 494-499, 2009. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1460-9592.2009.02974.x>>. Acesso em: 22 mai. 2017.

REISMANN, M. et al. Fast-track surgery in infants and children. **Journal of pediatric surgery**, v. 42, n. 1, p. 234-238, 2007. Disponível em: <[https://www.jpedsurg.org/article/S0022-3468\(06\)00684-1/fulltext](https://www.jpedsurg.org/article/S0022-3468(06)00684-1/fulltext)>. Acesso em: 22 jul. 2017.

RIBEIRO, M. A. S. et al. Estudos de validação na enfermagem: revisão integrativa. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 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: 10 out. 2017.

RIVIERA, A. A. Prevalência e intensidade da sede infantil no pós-operatório imediato. 2016. 72p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

RIZALAR, S.; ÖZBAS, A. Effect of Early Postoperative Feeding on the Recovery of Children Post Appendectomy. **Gastroenterology Nursing**, v. 41, n. 2, p. 131-140, 2018. Disponível em: <<https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=29596127>>. Acesso em: 10. Jun. 2018.

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. Disponível em: <<http://swr.oxfordjournals.org/content/27/2/94.short>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

SALATA, R. A.; VERBALIS, J. G.; ROBINSON, A. G. Cold water stimulation of oropharyngeal receptors in man inhibits release of vasopressin. **The Journal Clinical Endocrinology and Metabolism**, Philadelphia, v. 65, n. 3, p. 561-567, 1987. Disponível em: <<https://academic.oup.com/jcem/article-abstract/65/3/561/2651630?redirectedFrom=fulltext>>. Acesso em: 22 jul. 2017.

SAMPAIO, C. E. P. et al. Sentimentos dos acompanhantes de crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos: vivências no perioperatório. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n. 4, p. 558-564, 2009. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/224>>. Acesso em: 22 jul. 2017.

SANGKHATHAT, S.; PATRAPINYOKUL, S.; TADYATHIKOM, K. Early enteral feeding after closure of colostomy in pediatric patients. **Journal of Pediatric Surgery**, v. 38, n. 10, p. 1516-1519, 2003. Disponível em: <[https://www.jpedsurg.org/article/S0022-3468\(03\)00506-2/fulltext](https://www.jpedsurg.org/article/S0022-3468(03)00506-2/fulltext)> . Acesso em: 20 mai. 2018.

SANTOS, Glauber Eduardo de Oliveira. *Cálculo amostral*: calculadora on-line. Disponível em: <<http://www.calculoamostral.vai.la>>. Acesso em: [02. jan.2018].

SCARPARO, A. F. et al. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 242-251, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/36>>. Acesso em: 10 out. 2017.

SCHMITZ, A. et al. Fasting times and gastric contents volume in children undergoing deep propofol sedation – an assessment using magnetic resonance imaging. **Pediatric Anesthesia**, v. 21, p. 685-690, 2011a. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1460-9592.2011.03563.x>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

SCHMITZ, A. et al. Gastric emptying after overnight fasting and clear fluid intake: a prospective investigation using serial magnetic resonance imaging in healthy children. **British Journal of Anaesthesia**, v. 107, n. 3, p. 425-429. 2011b. Disponível em: <[https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912\(17\)33082-9/fulltext](https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912(17)33082-9/fulltext)>. Acesso em: 07 jun. 2017.

SCHMIDT, A. R. et al. Gastric pH and residual volume after 1 and 2 h fasting time for clear fluids in children. **British Journal of Anaesthesia**, v. 114, n. 3, p. 477-482, 2014. Disponível em: <[https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912\(17\)31814-7/fulltext](https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912(17)31814-7/fulltext)>. Acesso em: 07 jun. 2017.

SCHMITZ, A. et al. Residual gastric contents volume does not differ following 4 or 6 h fasting after a light breakfast—a magnetic resonance imaging investigation in healthy non-anaesthetised school-age children. **Acta Anaesthesiologica Scandinavica**, v. 56, n. 5, p. 589-594, 2012. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1399-6576.2011.02601.x>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

SCHREINER, M. S. et al. Should children drink before discharge from day surgery?. **Anesthesiology**, v. 76, n. 4, p. 528-533, 1992.

SCHREINER, M. S.; NICOLSON, S. C. Pediatric ambulatory anesthesia: NPO - before or after surgery?. **Journal of clinical anesthesia**, v. 7, n. 7, p. 589-596, 1995. Disponível em: <[https://www.jcafulltextonline.com/article/0952-8180\(95\)00135-2/pdf](https://www.jcafulltextonline.com/article/0952-8180(95)00135-2/pdf)>. Acesso em: 22 jul. 2017.

SIKICH, N.; LERMAN, J. Development and psychometric evaluation of the pediatric anesthesia emergence delirium scale. **Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists**, v. 100, n. 5, p. 1138-1145, 2004. Disponível em: <<http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=1942731>>. Acesso em: 22 mai. 2017.

SMITH, I. et al. Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. **European Journal of Anaesthesiology**, v.28, n. 8, p. 556-569, 2011. Disponível em:< <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=21712716>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

STEVENSON, R. J.; MAHMUT, M.; ROONEY, K. Individual differences in the interoceptive states of hunger, fullness and thirst. **Appetite**, v. 95, p. 44-57, 2015. Disponível em:< <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666315002950?via%3Dihub>. Acesso em: 20 jul. 2017.

STEWART, D. J. A simplified scoring system for the post-operative recovery room. **Canadian Anaesthetists Society Journal**, Toronto, v. 22, n. 1, p. 111-113, jan.1975. Disponível em:< <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03004827>>. Acesso em: 22 mai. 2017.

SØREIDE, E. et al. Preoperative fasting guidelines: an update. **Acta Anaesthesiol Scand**, v. 49, p. 1041-1047, 2005. Disponível em:< <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1399-6576.2005.00781.x>>. Acesso em: 22 jul. 2017.

TABAEI, A. et al. The role of oral fluid intake following adenotonsillectomy. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, v. 70, n. 7, p. 1159-1164, 2006. Disponível em:< [https://www.ijporonline.com/article/S0165-5876\(05\)00551-3/fulltext](https://www.ijporonline.com/article/S0165-5876(05)00551-3/fulltext)>. Acesso em: 22 jul. 2017.

TIRET, L. et al. Complications related to anaesthesia in infants and children: a prospective survey of 40240 anaesthetics. **British Journal of Anaesthesia**, v. 61, n. 3, p. 263-269, 1988. Disponível em:< [https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912\(17\)49303-2/pdf](https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912(17)49303-2/pdf)>. Acesso em: 22 mai. 2017.

TORTORA, G. J; DERRICKSON, B. Princípios de anatomia e fisiologia. 12. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2013. Cap. 14, p. 517-527.

TRIPPI, P. A. et al. Assessment of risk factors for emergence distress and postoperative behavioural changes in children following general anaesthesia. **Pediatric Anesthesia**, v. 14, n. 3, p. 235-240, 2004. Disponível em:< <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1460-9592.2003.01168.x>>. Acesso em: 22 jul. 2017.

TROCHIM, W. M. K. Research methods: knowledge bases. 2006. Disponível em:< <http://socialresearchmethods.net/kb/>>. Acesso em: 10 out. 2017.

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. 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.

WALKER, R. W. M. Pulmonary aspiration in pediatric anesthetic practice in the UK: a prospective survey of specialist pediatric centers over a one-year period. **Pediatric Anesthesia**, v. 23, n. 8, p. 702-711, 2013. Disponível em:< <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/pan.12207>>. Acesso em: 22 jul. 2017.

WALLSTRÖM, A.; FRISMAN, G. H. Facilitating early recovery of bowel motility after colorectal surgery: a systematic review. **Journal of Clinical Nursing**, v. 23, n. 1-2, p. 24-44, 2014. Disponível em:< <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.12258>>. Acesso em: 22 jul. 2017.

WARNER, M. A. et al. Perioperative pulmonary aspiration in infants and children. **The Journal of the American Society of Anesthesiologists**, v. 90, n. 1, p. 66-71, 1999. Disponível em:< <http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=1946967>>. Acesso em: 22 jul. 2017.

WELBORN, L. G. et al. Comparison of emergence and recovery characteristics of sevoflurane, desflurane, and halothane in pediatric ambulatory patients. **Anesthesia & Analgesia**, v. 83, n. 5, p. 917-920, 1996. Disponível em:< <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=8895263>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

WELLS, L. T.; RASCH, D. K. Emergence "delirium" after sevoflurane anesthesia: a paranoid delusion?. **Anesthesia & Analgesia**, v. 88, n. 6, p. 1308-1310, 1999. Disponível em:< <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=10357335>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

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. Disponível em:< <http://periodicos.unifor.br/rca/article/view/257/pdf>>. Acesso em: 20. Jul. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Etapa de Entrevistas com Especialistas

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa **“Elaboração, validação e fidedignidade do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica”**, realizada no Hospital Universitário de Londrina.

O objetivo da pesquisa é elaborar, validar e verificar a fidedignidade de um instrumento que avalie critérios de segurança para administração de métodos de alívio da sede na criança em pós-operatório imediato. A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: Serão realizadas algumas perguntas norteadoras em relação à recuperação anestésica da criança, visando compreender aspectos relevantes na avaliação para utilização de estratégias de alívio da sede.

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 para o manejo da sede da criança para subsidiar uma avaliação segura para adoção de estratégias para alívio da sede no período pós-operatório imediato. 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) 3378-0723, Enfermeira Mestranda Isadora Pierotti, 99641-8981 ou 3348-2952, 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 2017.

Isadora Pierotti
RG: 8807788-1

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

Assinatura: _____

Data: _____

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Etapa de Análise Semântica do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada **“Elaboração, validação e fidedignidade do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica”**, realizada no Hospital Universitário de Londrina.

O objetivo da pesquisa é elaborar, validar e verificar a fidedignidade de um protocolo de avaliação de critérios de segurança que permita a utilização de métodos de alívio da sede de pacientes pediátricos com idade superior a três anos que se encontram no período pós-operatório imediato.

A sua participação é muito importante e ela se daria na realização da Análise Semântica dos itens do protocolo, com o objetivo de verificar se estes itens são compreensíveis, ou seja, que não há dúvidas no entendimento durante a exposição de cada item.

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.

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.

Se aceitar participar da pesquisa, é preciso a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma cópia deverá ser disponibilizada ao Senhor (a).

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contactar: Enfermeira Dr. Ligia Fahl Fonseca fone (43) 3378-0723, Mestranda Isadora Pierotti, 99641-8981 ou 3348-2952, 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 2017.

Isadora Pierotti

RG: 8807788-1

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

Assinatura: _____

Data: _____

APÊNDICE C

Carta Convite

Prezado (a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar como juiz (a) no processo de validação de um protocolo. Trata-se de uma dissertação de mestrado em Enfermagem, da Universidade Estadual de Londrina, intitulada: “Elaboração, validação e fidedignidade do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica”.

Sua participação será na **validação de conteúdo do protocolo**, com a finalidade de determinar se os itens de avaliação propostos pela pesquisa representam a segurança para o manejo da sede da criança com idade superior a três anos em pós operatório-imediato.

Esta etapa consiste na leitura e preenchimento de instrumentos de avaliação presentes neste e-mail, onde se encontram:

- Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica;
- Instrumento 1: Validação de conteúdo dos atributos do Protocolo;
- Instrumento 2: Validação de conteúdo dos itens de avaliação do Protocolo;
- Instrumento 3: Validação de conteúdo dos procedimentos operacionais, do Protocolo;
- Instrumento 4: Validação de conteúdo do manual operacional do Protocolo;
- Instrumento 5: Caracterização do juiz.
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (este documento deverá ser devolvido por meio de fotocópia escaneada, por gentileza).

Cada instrumento apresenta as orientações necessárias para o seu preenchimento. Estou à disposição para qualquer dúvida: 99641-8981 ou isa_pierotti@hotmail.com.

Caso aceite participar, gostaríamos de solicitar a devolução dos instrumentos preenchidos até o dia 20/11/2017, se possível.

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

Muito obrigada, Isadora Pierotti.
Orientadora: Profa. Dra. Ligia Fahl Fonseca.

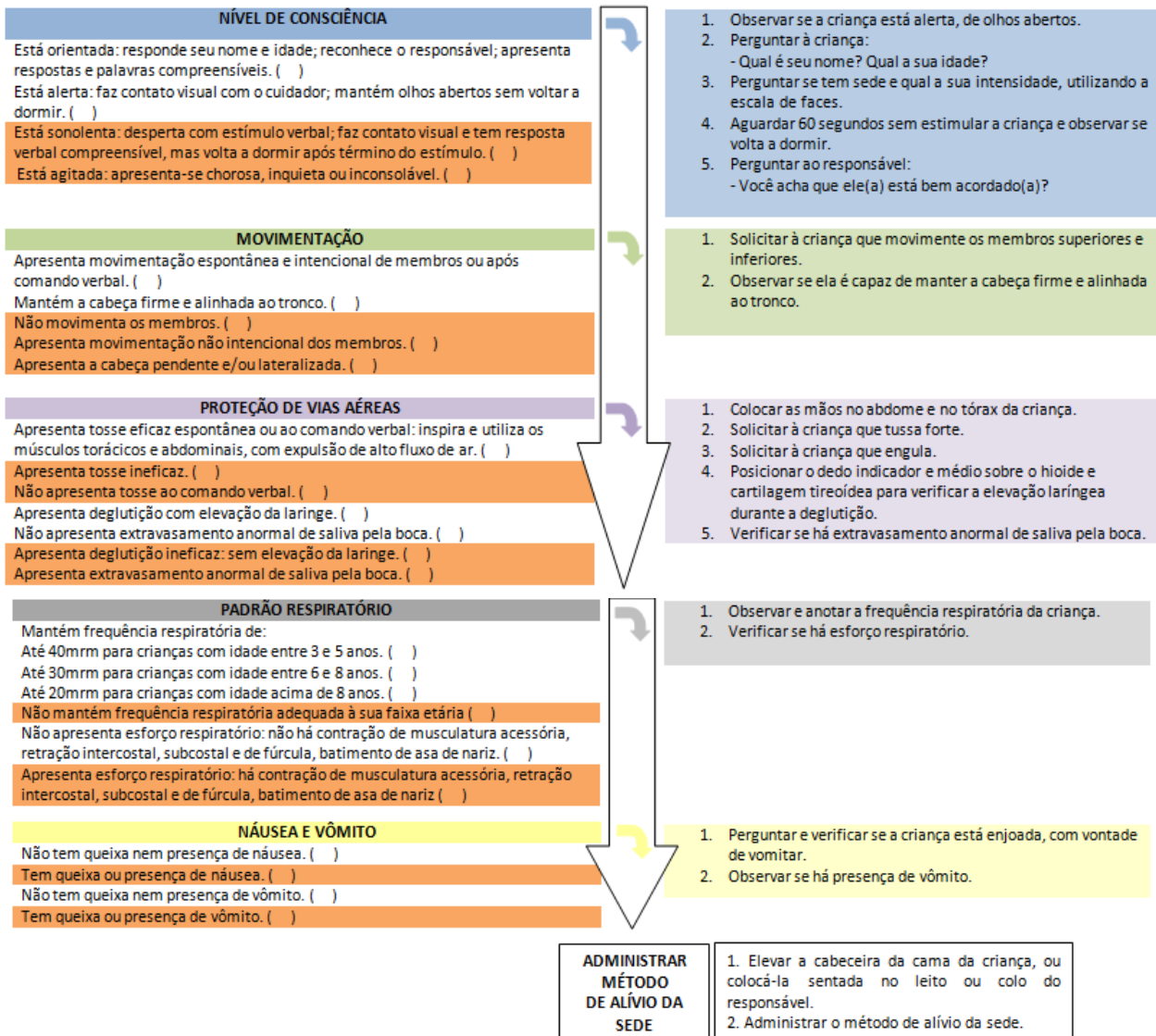
APÊNDICE D

Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica – Enviado aos juízes para validação de conteúdo

Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede da Pediátrica (PSMSP)
Em presença de sede, fazer avaliação clínica das crianças com idade entre três e doze anos seguindo os itens abaixo:

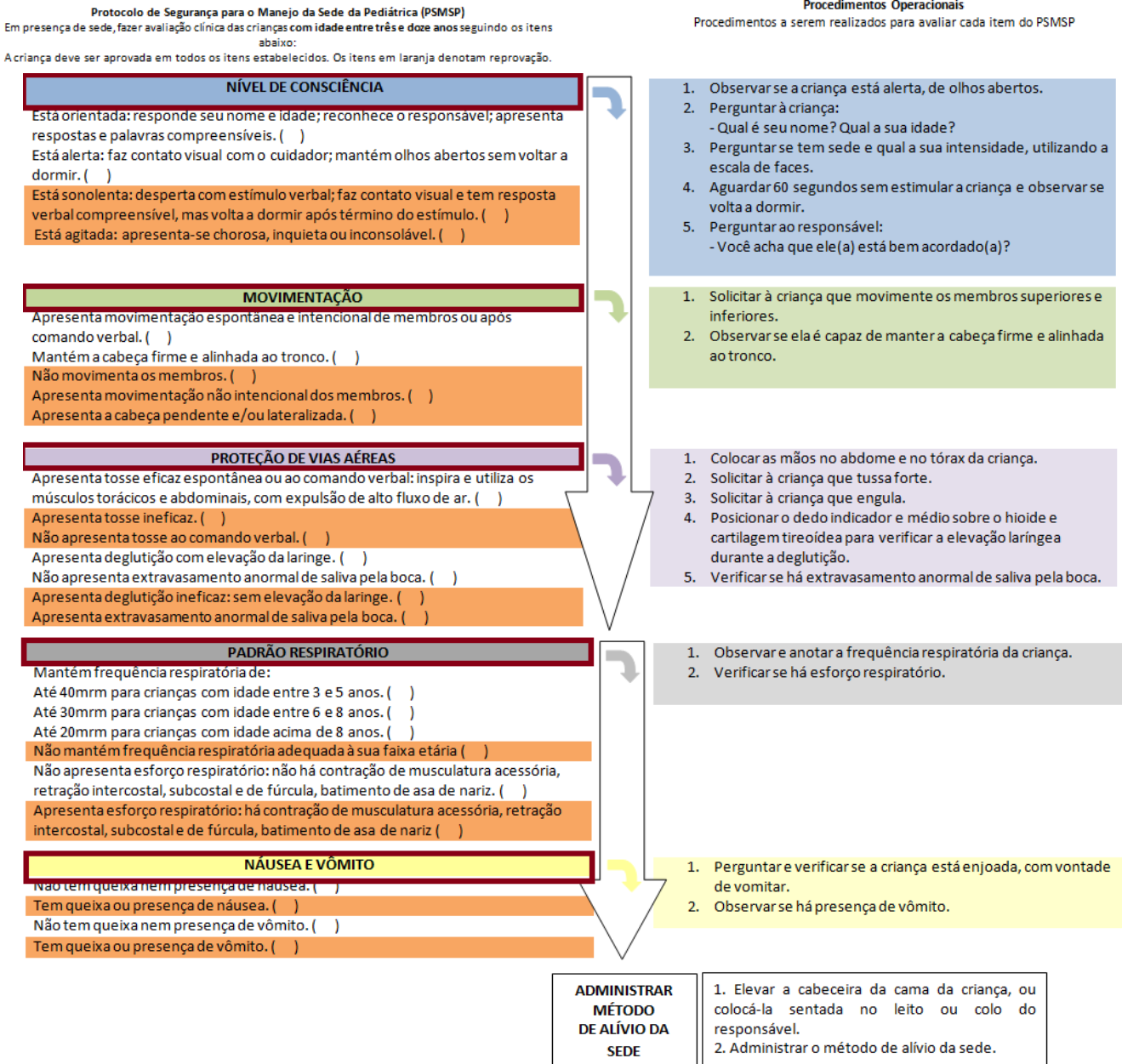
A criança deve ser aprovada em todos os itens estabelecidos. Os itens em laranja denotam reprovação.

Procedimentos Operacionais
Procedimentos a serem realizados para avaliar cada item do PSMSP



APÊNDICE E

Instrumento 1: Validação de conteúdo dos atributos do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede da Pediátrica



<p>Você acrescentaria algum atributo de avaliação no Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica?</p>	<p>Você retiraria algum atributo de avaliação no Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica?</p>
---	---

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

O objetivo deste instrumento é obter o parecer dos juízes pesquisadores sobre **os atributos de avaliação** que representam a segurança para o manejo da sede de crianças com idade superior a três anos, na sala de recuperação anestésica em pós-operatório imediato de procedimentos eletivos, explicitados no “**Protocolo de Segurança Para o Manejo da Sede Pediátrica**”. Este instrumento foi adaptado dos estudos de Vituri (2007) e Nascimento (2013), baseados nos pressupostos de Pasquali (1999) e é composto pelo enunciado com o atributo a ser analisado e seis colunas com os requisitos a serem pontuadas com o **número 1, 2, 3 ou 4**, de acordo com uma das quatro opções de respostas conforme tabela abaixo. Marcar somente uma opção.

RESPOSTAS POSSÍVEIS PARA OS ATRIBUTOS DE AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO DE SEGURANÇA PARA O MANEJO DA SEDE PEDIÁTRICA	
1	Não contempla a segurança para o manejo da sede.
2	Incapaz de contemplar a segurança para o manejo da sede sem revisão.
3	Contempla a segurança para o manejo da sede, mas precisa de alteração mínima.
4	Contempla a segurança para o manejo da sede.

Atributo: Nível de Consciência						
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	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	
Outros comentários e sugestões:						

Atributo: Movimentação						
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	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	
Outros comentários e sugestões:						

Atributo: Proteção de Vias Aéreas					
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	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
Outros comentários e sugestões:					

Atributo: Padrão Respiratório					
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	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
Outros comentários e sugestões:					

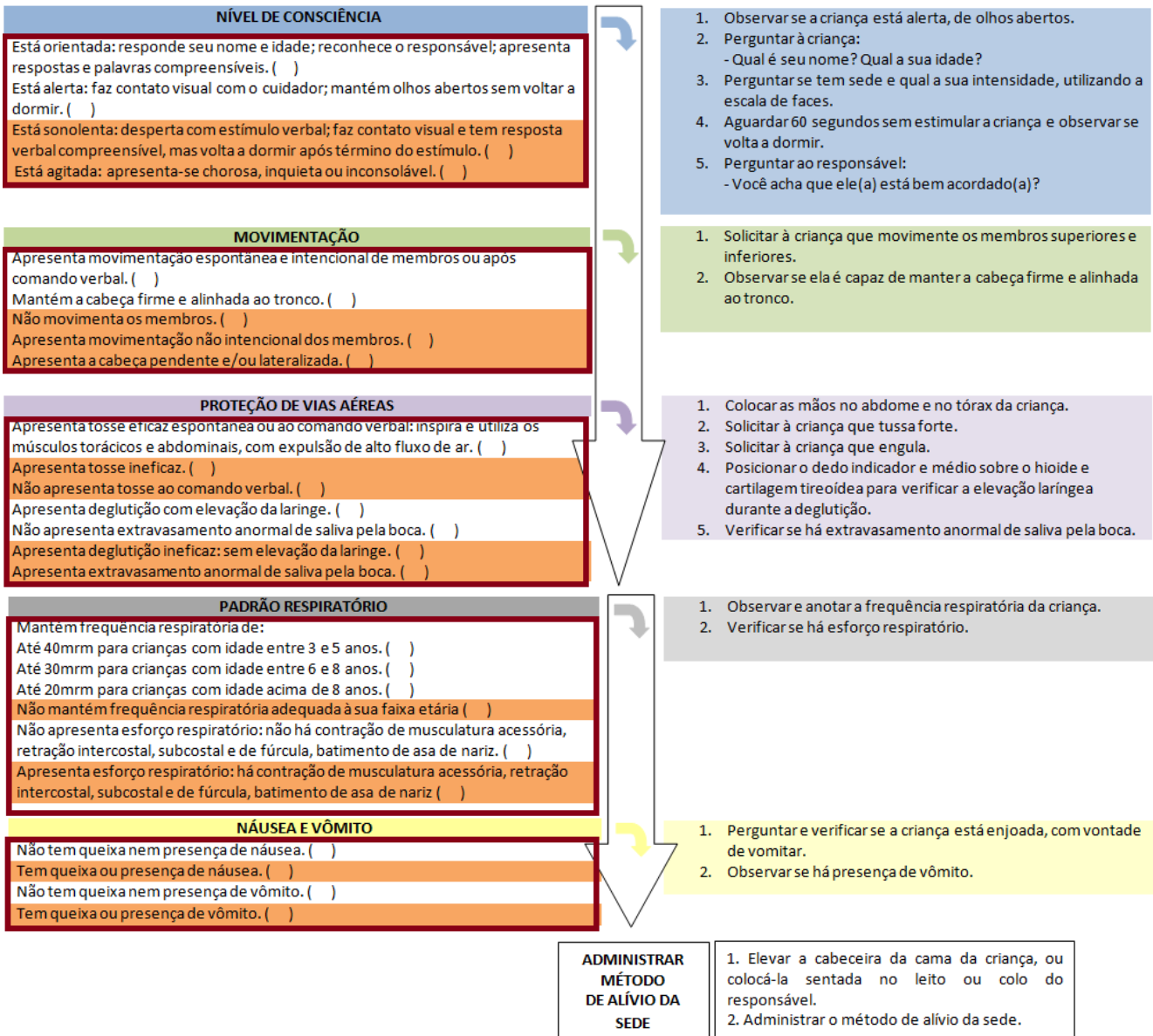
Atributo: Náusea e Vômito					
Atribuível Reflete aspecto de qualidade para o cuidado de enfermagem	Acessível Os dados são acessados rapidamente com o mínimo de esforço extra e custo	Comunicável A relevância da medida pode ser facilmente comunicada e compreendida	Efetivo/Preciso Mede o que se propõe a medir	Exequível A medida é aplicável	Objetivo A medida permite ação de mensuração clara e precisa, sem julgamento subjetivo
Outros comentários e sugestões:					

APÊNDICE F

Instrumento 2: Validação de conteúdo dos **itens de avaliação** do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica

Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede da Pediátrica (PSMSP)
Em presença de sede, fazer avaliação clínica das crianças com idade entre três e doze anos seguindo os itens abaixo:
A criança deve ser aprovada em todos os itens estabelecidos. Os itens em laranja denotam reprovação.

Procedimentos Operacionais
Procedimentos a serem realizados para avaliar cada item do PSMSP



INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

O objetivo deste instrumento é obter o parecer dos juízes pesquisadores sobre o **conjunto de itens de cada atributo** de avaliação da segurança para o manejo da sede de crianças com idade superior a três anos, na sala de recuperação anestésica em pós-operatório imediato de procedimentos eletivos, explicitados no

“Protocolo de Segurança Para o Manejo da Sede Pediátrica.” Este instrumento é uma adaptação dos estudos de Vituri (2007) e Nascimento (2013), baseados nos pressupostos de Pasquali (1999). Compõe-se por uma coluna onde estão enunciados os itens de avaliação de segurança na aplicação dos métodos de manejo da sede 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”. 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.

Atributo: Nível de Consciência

Itens	Comportamental Permite ação de avaliação clara e precisa		Objetividade Permite resposta pontual		Clareza Explicitado de forma clara, simples e inequívoca		Pertinência Avalia a segurança para o manejo da sede		Precisão Cada item de avaliação é distinto dos demais, não se confundem	
	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Está orientada: responde seu nome e idade; reconhece o responsável; apresenta respostas e palavras compreensíveis	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Está alerta: faz contato visual com o cuidador; mantém olhos abertos sem voltar a dormir	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Está sonolenta: desperta com estímulo verbal; faz contato visual e tem resposta verbal compreensível, mas volta a dormir após término do estímulo	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Está agitada: apresenta-se chorosa, inquieta ou inconsolável	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Outros Comentários e Sugestões:										

Atributo: Movimentação

Itens	Comportamental Permite ação de avaliação clara e precisa		Objetividade Permite resposta pontual		Clareza Explicitado de forma clara, simples e inequívoca		Pertinência Avalia a segurança para o manejo da sede		Precisão Cada item de avaliação é distinto dos demais, não se confundem	
	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Apresenta movimentação espontânea e intencional de membros ou após comando verbal	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Mantém a cabeça firme e alinhada ao tronco	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Não movimentar os membros	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Apresenta movimentação não intencional dos membros	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Apresenta a cabeça pendente e/ou lateralizada	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Outros Comentários e Sugestões:										

Atributo: Proteção de Vias Aéreas

Itens	Comportamental		Objetividade		Clareza		Pertinência		Precisão	
	Permite ação de avaliação clara e precisa		Permite resposta pontual		Explicitado de forma clara, simples e inequívoca		Avalia a segurança para o manejo da sede		Cada item de avaliação é distinto dos demais, não se confundem	
Apresenta tosse eficaz espontânea ou ao comando verbal: inspira e utiliza os músculos torácicos e abdominais, com expulsão de alto fluxo de ar	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Apresenta tosse ineficaz	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Não apresenta tosse ao comando verbal	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Apresenta deglutição com elevação da laringe	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Não apresenta extravasamento anormal de saliva pela boca	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Apresenta deglutição ineficaz: sem elevação da laringe	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Apresenta extravasamento anormal de saliva pela boca	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Outros Comentários e Sugestões:										

Atributo: Padrão Respiratório

Itens	Comportamental		Objetividade		Clareza		Pertinência		Precisão	
	Permite ação de avaliação clara e precisa		Permite resposta pontual		Explicitado de forma clara, simples e inequívoca		Avalia a segurança para o manejo da sede		Cada item de avaliação é distinto dos demais, não se confundem	
Mantém frequência respiratória de: Até 40mm para crianças com idade entre 3 e 5 anos Até 30mm para crianças com idade entre 6 e 8 anos Até 20mm para crianças com idade acima de 8 anos	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Não mantém frequência respiratória adequada à sua faixa etária	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Não apresenta esforço respiratório: não há contração de musculatura acessória, retração intercostal, subcostal e de fúrcula, batimento de asa de nariz	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Apresenta esforço respiratório: há contração de musculatura acessória, retração intercostal, subcostal e de fúrcula, batimento de asa de nariz	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Outros Comentários e Sugestões:										

Atributo: Náusea e Vômito

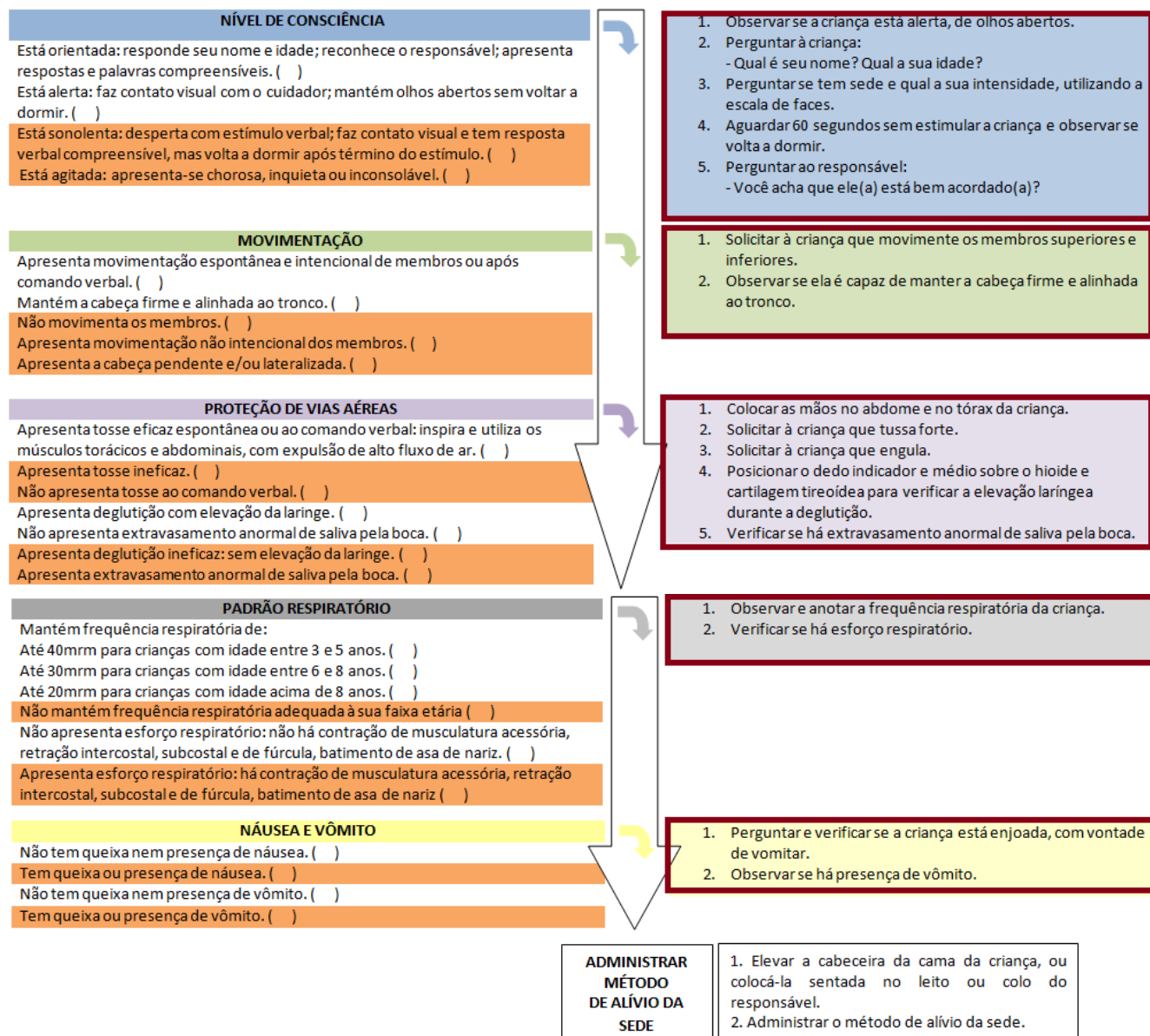
Itens	Comportamental Permite ação de avaliação clara e precisa		Objetividade Permite resposta pontual		Clareza Explicitado de forma clara, simples e inequívoca		Pertinência Avalia a segurança para o manejo da sede		Precisão Cada item de avaliação é distinto dos demais, não se confundem	
	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Não tem queixa nem presença de náusea	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Tem queixa ou presença de náusea	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Não tem queixa nem presença de vômito	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Tem queixa ou presença de vômito	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Outros Comentários e Sugestões:										

APÊNDICE G

Instrumento 3: Validação de conteúdo dos **procedimentos operacionais** do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica

Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede da Pediátrica (PSMSP)
Em presença de sede, fazer avaliação clínica das crianças com idade entre três e doze anos seguindo os itens abaixo:
A criança deve ser aprovada em todos os itens estabelecidos. Os itens em laranja denotam reprovação.

Procedimentos Operacionais
Procedimentos a serem realizados para avaliar cada item do PSMSP



INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

O objetivo deste instrumento é obter o parecer dos juízes pesquisadores sobre **os procedimentos operacionais** para avaliação de cada um dos itens de segurança para o manejo da sede de crianças com idade superior a três anos, na sala de recuperação anestésica em pós-operatório imediato de procedimentos eletivos, explicitados no “**Protocolo de Segurança Para o Manejo da Sede Pediátrica.**” Este instrumento é uma adaptação dos estudos de Vituri (2007) e

Nascimento (2013), baseados nos pressupostos de Pasquali (1999). Compõe-se por uma coluna onde estão enunciados os procedimentos de avaliação 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”. 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.

Atributo: Nível de Consciência

Procedimentos	Comportamental Permite ação de avaliação clara e precisa		Objetividade Permite resposta pontual		Clareza Explicitado de forma clara, simples e inequívoca		Pertinência Avalia a segurança para o manejo da sede		Precisão Cada item de avaliação é distinto dos demais, não se confundem	
	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
1. Observar se a criança está alerta, de olhos abertos.										
2. Perguntar à criança: - Qual é seu nome? Qual a sua idade?										
3. Perguntar se tem sede e qual a sua intensidade, utilizando a escala de faces.										
4. Aguardar 60 segundos sem estimular a criança e observar se volta a dormir.										
5. Perguntar ao responsável: - Você acha que ele(a) está bem acordado(a)?										
Outros Comentários e Sugestões:										

Atributo: Movimentação

Procedimentos	Comportamental Permite ação de avaliação clara e precisa		Objetividade Permite resposta pontual		Clareza Explicitado de forma clara, simples e inequívoca		Pertinência Avalia a segurança para o manejo da sede		Precisão Cada item de avaliação é distinto dos demais, não se confundem	
	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
1. Solicitar à criança que movimente os membros superiores e inferiores.										
2. Observar se ela é capaz de manter a cabeça firme e alinhada ao tronco.										
Outros Comentários e Sugestões:										

Atributo: Proteção de Vias Aéreas

Procedimentos	Comportamental Permite ação de avaliação clara e precisa		Objetividade Permite resposta pontual		Clareza Explicitado de forma clara, simples e inequívoca		Pertinência Avalia a segurança para o manejo da sede		Precisão Cada item de avaliação é distinto dos demais, não se confundem	
	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
1. Colocar as mãos no abdome e no tórax da criança.										
2. Solicitar à criança que tussa forte.										
3. Solicitar à criança que engula.										
4. Posicionar o dedo indicador e médio sobre o hioide e cartilagem tireoidea para verificar a elevação laríngea durante a deglutição.										
5. Verificar se há extravasamento anormal de saliva pela boca.										
Outros Comentários e Sugestões:										

Atributo: Padrão Respiratório

Procedimentos	Comportamental Permite ação de avaliação clara e precisa		Objetividade Permite resposta pontual		Clareza Explicitado de forma clara, simples e inequívoca		Pertinência Avalia a segurança para o manejo da sede		Precisão Cada item de avaliação é distinto dos demais, não se confundem	
	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
1. Observar e anotar a frequência respiratória da criança.										
2. Verificar se há esforço respiratório.										
Outros Comentários e Sugestões:										

Atributo: Náusea e Vômito

Procedimentos	Comportamental Permite ação de avaliação clara e precisa		Objetividade Permite resposta pontual		Clareza Explicitado de forma clara, simples e inequívoca		Pertinência Avalia a segurança para o manejo da sede		Precisão Cada item de avaliação é distinto dos demais, não se confundem	
	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
1. Perguntar e verificar se a criança está enjoada, com vontade de vomitar.										
2. Observar se há presença de vômito.										
Outros Comentários e Sugestões:										

APÊNDICE H

Instrumento 4: Validação de conteúdo do manual operacional do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

O objetivo deste instrumento é obter o parecer dos juízes pesquisadores sobre o **conceito operacional de cada um dos atributos** explicitados no “**Manual operacional do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica**”. Este instrumento é uma adaptação dos estudos de Vituri (2007) e Nascimento (2013), baseado nos pressupostos de Pasquali (1999). Compõe-se por uma coluna onde está enunciado o atributo a ser avaliado e duas colunas com os requisitos a serem analisados, subdivididas em duas colunas de respostas dicotômicas “sim” e “não” que devem ser assinaladas com um “X”. 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.

1. Descritor: Consciência e Sonolência

Consciência é a capacidade do indivíduo de reconhecer a si mesmo e aos estímulos do ambiente. Suas alterações variam de uma desorientação no tempo e espaço, até um estado de coma profundo⁽¹⁾. Os procedimentos em crianças são, em sua maioria, realizados mediante sedação ou anestesia geral, com efeito de medicamentos anestésicos diretamente relacionados com a perda reversível da consciência. Recuperar a consciência é um dos fatores importantes para evitar a broncoaspiração. Desta forma, justifica-se a avaliação deste item para assegurar a administração de métodos de alívio da sede da criança.

A sonolência ou letargia é descrita como o estado em que há diminuição do nível de consciência, e o paciente pode ser acordado com estímulos leves⁽¹⁾. Ele apresenta resposta verbal compreensível, mas volta a dormir quando não está sendo estimulado.

Segundo a *American Society of Anesthesiologists (ASA)*⁽²⁾, deve-se fazer avaliação periódica do estado mental do paciente durante o tempo de emergência e recuperação da anestesia, detectando-se, assim, possíveis complicações, com redução de resultados adversos.

A *Pediatric Anesthesia Emergence Delirium (PAED) scale*⁽³⁾, escala validada para crianças, propõe avaliação simples do nível de consciência com pontuação de 1 a 5, em que: 1 = a criança faz contato visual com o cuidador; 2 = as ações da criança são propositadas; 3 = a criança está ciente de seus arredores; 4 = a criança está inquieta; 5 = a criança está inconsolável. Há outras escalas em uso para avaliação anestésica da criança, ainda que não tenham sido elaboradas para este grupo de pacientes. As mais utilizadas são o índice Steward⁽⁴⁾ e o Índice Aldrete e Kroulik⁽⁵⁾. Os dois índices abordam, entre outros itens, a avaliação do nível de consciência. Steward⁽⁴⁾ sugere pontuação de 0 a 2, em que 2 = acordado; 1 = respondendo a estímulos; 0 = não está respondendo. Estudo realizado para verificar a confiabilidade interobservadores do índice Steward em crianças apontou resultados estatísticos confiáveis para o item consciência⁽⁶⁾. Aldrete e Kroulik⁽⁵⁾

também propõem pontuação de 0 a 2, em que 2 = completamente acordado; 1 = despertado ao chamado; e 0 = não responde ao chamado.

Para avaliação do nível de consciência da criança, serão observados a orientação e o estado de alerta. Uma das questões envolve a presença e intensidade de sede. Para a criança, utiliza-se a escala de faces como forma de mensurar sinais subjetivos como a dor⁽⁷⁾, portanto, sendo a sede outro sintoma subjetivo, esta escala será utilizada para mensuração de sua intensidade.

2. Fundamentação Científica:

1. 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.
2. Practice guidelines for postanesthetic care: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. *Anesthesiology*. 2013;118(2):291-307. DOI: 10.1097/ALN.0b013e31827773e9
3. Sikich N, Lerman J. Development and psychometric evaluation of the pediatric anesthesia emergence delirium scale. *Anesthesiology*. 2004 May;100(5):1138-45.
4. Steward DJ. A simplified scoring system for the post-operative recovery room. *Can Anaesth Soc J*. 1975 Jan;22(1):111-3.
5. Aldrete JA. The post-anesthesia recovery score revisited. *J Clin Anesth*. 1995 Feb;7(1):89-91.
6. Keegan NJ, Yudkowitz FS, Bodian CA. Determination of the reliability of three scoring systems to evaluate children after general anaesthesia. *Anaesthesia*. 1995 Mar;50(3):200-2. DOI: 10.1111/j.1365-2044.1995.tb04555.x
7. Claro MT. Escala de faces para avaliação da dor em crianças etapa preliminar. Ribeirão Preto. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP; 1993.

Atributo	Descritor		Fundamentação Científica	
	É claro e objetivo no que se propõe a mensurar		É suficiente para evidenciar o indicador	
Nível de Consciência	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Se a resposta for “NÃO” justifique e/ou dê sugestões:				

1. Descritor: Movimentação

A **movimentação** é um dos critérios avaliados pelo índice Steward⁽¹⁾: se o paciente apresentar movimentação proposital dos membros, recebe pontuação máxima; se apresentar movimentos não intencionais, recebe pontuação intermediária, e se não se movimentar, a pontuação é zero⁽¹⁾. Embora se considere relevante a movimentação, um estudo realizado com 21 crianças para verificar a confiabilidade interobservadores do índice Steward apresentou resultados estatísticos não confiáveis para este item, pois os juízes não tinham certeza se a categoria "movimentação proposital dos membros" refletia esforço

espontâneo ou provocado⁽²⁾. Para este protocolo, considerou-se relevante a movimentação como avaliação complementar do nível de consciência da criança, uma vez que a movimentação voluntária e proposital é indicativa da reversão dos anestésicos gerais inalatórios assim como dos bloqueadores neuromusculares. A escala PAED (*Pediatric Anesthesia Emergence Delirium*)⁽³⁾ avalia a presença de ações propositalizadas na criança como um dos indicadores de nível de consciência.

2. Fundamentação Científica:

1. Steward DJ. A simplified scoring system for the post-operative recovery room. *Can Anaesth Soc J.* 1975 Jan;22(1):111-3.
2. Keegan NJ, Yudkowitz FS, Bodian CA: Determination of the reliability of three scoring systems to evaluate children after general anaesthesia. *Anaesthesia.* 1995; 50(3):200-2. DOI: 10.1111/j.1365-2044.1995.tb04555.x
3. Sikich N, Lerman J. Development and psychometric evaluation of the pediatric anesthesia emergence delirium scale. *Anesthesiology.* 2004 May;100(5):1138-45.

Atributo	Descritor		Fundamentação Científica	
	É claro e objetivo no que se propõe a mensurar		É suficiente para evidenciar o indicador	
Movimentação	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Se a resposta for “NÃO” justifique e/ou dê sugestões:				

1. Descritor: Tosse e Deglutição

Conjunto de mecanismos fisiológicos com o objetivo de evitar a aspiração laringotraqueal (alimento, saliva ou conteúdos gástricos conduzidos à traqueia). Para este protocolo, definiram-se como mecanismos de proteção relevantes a tosse e a deglutição.

A **tosse** é um recurso de defesa fisiológico, contribuindo para a proteção das vias aéreas por meio da eliminação de partículas estranhas, secreções e substâncias irritantes. Está envolvida na proteção das vias aérea inferiores, importante para impedir a ocorrência de aspiração ou penetração laríngea. Resulta da estimulação de receptores neurais aferentes mecânicos ou químicos localizados na árvore brônquica. Entre os fatores associados à eficácia da tosse, incluem-se a integridade do arco-reflexo aferente-eferente e a força expiratória dos músculos que revestem a parede torácica. Acontece de forma voluntária e involuntária e consiste em quatro fases: inspiratória (quanto maior esta fase, maior será a eficácia da tosse: a inspiração profunda possibilita maior volume torácico e dilatação dos brônquios), compressiva (fechamento da glote e ativação do diafragma e músculos da parede torácica e abdominal, compressão das vias aéreas e dos pulmões pelo aumento da pressão intratorácica), expiratória (abertura súbita da glote com saída do ar em alta velocidade)⁽¹⁻³⁾ e fase de relaxamento.

A **deglutição** é o conjunto de mecanismos motores, coordenados, que visam à passagem com conteúdo oral para o estômago. Uma das finalidades da deglutição é a proteção das vias aéreas inferiores. As principais estruturas envolvidas neste processo são: cavidade oral, faringe, laringe e esôfago⁽⁴⁻⁵⁾. O processo de deglutição pode ser subdividido em quatro fases: preparatória (mastigação do bolo e mistura com a saliva, sendo reduzido, modificado e posicionado na língua), oral (bolo retirado da cavidade oral em direção à faringe), faríngea (transporte da orofaringe para o esôfago, sem risco de aspiração) e esofágica (transportado do esôfago para o estômago)⁽⁶⁾. A deglutição está presente no feto por volta da 12ª semana intrauterina e torna-se madura na vida adulta. Associa-se com a mastigação e com o surgimento da dentição da criança. Iniciados os movimentos mastigatórios, a criança, como consequência, desenvolverá uma deglutição mais apropriada, segundo sua idade⁽⁷⁾. A criança precisa estar apta a tossir e deglutir para evitar eventos respiratórios adversos e poder-se determinar a segurança em administrar métodos de alívio da sede.

2. Fundamentação científica:

1. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. II Diretrizes Brasileiras no Manejo da Tosse Crônica. J BrasPneumol. 2006;32(Sup6):S403-S46.
2. Nunes CP, Oliveira PC, Oliveira JM, Moreira TSV, Oliveira L, Guimarães OR, et al. Tosse persistente: qualidade de vida e avaliação clínica dos resultados de terapia com anti-sépticos pulmonares. Rev Bras Clin Med 2010;8(4):299-305.
3. Irwin RS, Baumann MH, Bolser DC, Boulet LP, Braman SS, Brightling CE, et al. Diagnosis and management of cough executive summary: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2006 Jan;129(1 Suppl):1S-23S. DOI: 10.1378/chest.129.1_suppl.1S
4. Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. 11ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
5. Padovani AR, Moraes DP, Mangili LD, Andrade CRF. Protocolo fonoaudiológico de avaliação do risco para disfagia (PARD). *Dysphagia risk evaluation protocol*. Rev. soc. bras. fonoaudiol. 2007;12(3):199-205. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342007000300007>
6. Dodds WJ, Stewart ET, Logemann JA. Physiology and radiology of the normal oral and pharyngeal phases of swallowing. AJR Am J Roentgenol. 1990 May;154(5):953-63. DOI: 10.2214/ajr.154.5.2108569
7. Santos LA. Eficácia e importância da avaliação clínica da deglutição [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto –SP, 2015.

Atributo	Descritor		Fundamentação Científica	
	É claro e objetivo no que se propõe a mensurar		É suficiente para evidenciar o indicador	
Proteção de Vias Aéreas	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Se a resposta for “NÃO” justifique e/ou dê sugestões:				

1. Descritor: Frequência Respiratória e Padrão Respiratório

Problemas respiratórios constituem uma das principais causas de parada cardiorrespiratória em crianças⁽¹⁾ e um dos principais parâmetros considerados para se avaliar o quadro geral deste grupo de pacientes. Dentre as diversas causas da insuficiência respiratória, encontra-se a depressão do centro respiratório, que pode acontecer pelo uso de sedativos e anestésicos⁽²⁾. Em presença de insuficiência respiratória, geralmente a frequência respiratória está aumentada, e é possível observar intensificação do esforço respiratório por meio de alguns sinais, entre eles: batimento das asas do nariz, tiragem intercostal e subcostal, contração da musculatura acessória da respiração⁽³⁾. Para este protocolo, definiu-se frequência respiratória e esforço respiratório como critérios de avaliação.

O padrão respiratório compõe um dos critérios de avaliação pós-anestésica proposto pelo índice Aldrete e Kroulik⁽⁴⁾, em que a pontuação varia de 0 a 2, sendo 2 = paciente é capaz de respirar profundamente ou tossir livremente; 1 = apresenta dispneia ou limitação da respiração; 0 = tem apneia.

2. Fundamentação Científica:

1. Piva JP, Garcia PC, Santana JC, Barreto SS. [Respiratory failure in the child]. J Pediatr (Rio J). 1998 Jul;74(Supl 1): S99-S112.
2. Matsuno AK. Insuficiência respiratória aguda na criança. Medicina. 2012;45(2):168-84.
3. American Heart Association, PALS - Pediatric Advanced Life Support - Provider Manual. 2006.
4. Aldrete JA. The post-anesthesia recovery score revisited. J Clin Anesth. 1995 Feb;7(1):89-91.

Atributo	Descritor		Fundamentação Científica	
	É claro e objetivo no que se propõe a mensurar		É suficiente para evidenciar o indicador	
Padrão Respiratório	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Se a resposta for “NÃO” justifique e/ou dê sugestões:				

1. Descritor: Náusea e Vômito

Vômito é o mecanismo pelo qual o tubo gastrointestinal superior expulsa seu conteúdo através da boca, em condições de irritação, distensão ou excitação do mesmo. Acontece por contração⁽¹⁾ do diafragma e músculos abdominais e relaxamento do esfíncter esofágico.

Uma das complicações mais temidas por uma equipe cirúrgica, associando o vômito e a anestesia, é a pneumonia aspirativa. Ela pode resultar da aspiração do

conteúdo gástrico, quando os reflexos protetores da via área ainda não foram recuperados. Para evitar esta complicação, indica-se o jejum pré-operatório. Muitas vezes, porém, o jejum se estende ao pós-operatório, por tempo desnecessariamente prolongado⁽²⁾. A incidência de aspiração pulmonar em crianças encontra-se em torno de 0,10%⁽³⁾.

O vômito pós-operatório em crianças apresenta incidência com taxas entre 13% e 42%⁽⁴⁻⁵⁾. Os fatores de risco associados a esta complicação incluem o paciente (idade superior a três anos), fatores cirúrgicos (procedimentos com anestesia geral superior a 30 minutos, como na reparação de estrabismo, amigdalectomia e adenoidectomia), e fatores anestésicos (uso de medicamentos, como opioides e agentes voláteis)⁽⁶⁾. Um ensaio clínico demonstrou que a incidência de vômito pós-operatório foi menor em crianças para as quais foi liberada ingestão hídrica precoce⁽⁷⁾.

Náusea é uma sensação subjetiva desagradável, localizada entre a faringe e o abdome superior, podendo ou não resultar em vômito, e assemelha-se a uma onda⁽¹⁾.

A ASA recomenda a avaliação periódica de náuseas e vômitos, indicando que deve ser realizada rotineiramente durante a emergência e recuperação da anestesia⁽⁸⁾.

2. Fundamentação Científica:

1. Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. 11ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier Ed., 2006.
2. 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.
3. Borland LM, Sereika SM, Woelfel SK, Saitz EW, Carrillo PA, Lupin JL, et al. Pulmonary aspiration in pediatric patients during general anesthesia: incidence and outcome. J Clin Anesth. 1998 March;10(2):95-102.
4. Lerman J. Surgical and patient factors involved in postoperative nausea and vomiting. Br J Anaesth. 1992;69(7 Suppl 1):24S–32S.
5. Rose JB, Watcha MF. Postoperative nausea and vomiting in paediatric patients. Br J Anaesth. 1999 Jul;83(1):104-17.
6. Guidelines on the prevention of post-operative vomiting in children. APAGBI, London 2009.
7. Radke OC, Biedler A, Kolodzie K, Cakmakkaya OS, Silomon M, Apfel CC. The effect of postoperative fasting on vomiting in children and their assessment of pain. Paediatr Anaesth. 2009 May;19(5):494-9. DOI: 10.1111/j.1460-9592.2009.02974.x
8. Practice guidelines for postanesthetic care: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. Anesthesiology. 2013 Feb; 118(2):291-307. 10.1097/ALN.0b013e31827773e9

Atributo	Descritor	Fundamentação Científica
	É claro e objetivo no que se propõe a mensurar	É suficiente para evidenciar o indicador

Náusea e Vômito	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Se a resposta for “NÃO” justifique e/ou dê sugestões:				

APÊNDICE I

Instrumento 5: 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. Profissão:		
<input type="checkbox"/> Enfermeiro	<input type="checkbox"/> Anestesiologista	<input type="checkbox"/> Outro:
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 J

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Etapa de Validação de Conteúdo dos itens do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada **“Elaboração, validação e fidedignidade do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica”**, realizada no Hospital Universitário de Londrina. Com esta pesquisa, objetiva-se elaborar e validar um protocolo de avaliação de critérios de segurança que permita a utilização de métodos de alívio da sede de pacientes pediátricos com idade superior a três anos que se encontram no período pós-operatório imediato.

Sua participação é muito importante na Validação de Conteúdo, a fim de:

- Verificar se os atributos de avaliação representam a segurança para o manejo da sede da criança;
- Determinar se os itens do protocolo efetivamente avaliam os atributos de segurança para administração de métodos de alívio da sede no pós-operatório.

O seu parecer se dará nos seguintes instrumentos:

Instrumento 1: Validação de conteúdo dos **atributos** do Protocolo;

Instrumento 2: Validação de conteúdo dos **itens de avaliação** do Protocolo;

Instrumento 3: Validação de conteúdo dos **procedimentos operacionais**, do Protocolo;

Instrumento 4: Validação de conteúdo do **manual operacional** do Protocolo, e;

Instrumento 5: Caracterização do juiz.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, e o(a) senhor(a) pode recusar-se a participar ou mesmo desistir a qualquer momento, sem ônus ou prejuízo a sua pessoa. As informações obtidas serão utilizadas somente para os objetivos desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo, de modo a preservar sua identidade.

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

Se aceitar participar da pesquisa, é necessário assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que deverá ser devolvido por meio de fotocópia escaneada.

Solicitamos que os instrumentos sejam devolvidos até o dia 20/12/2017, se possível, pelo email isa_pierotti@hotmail.com.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contatar: Enfermeira Dr. Ligia Fahl Fonseca fone (43) 3378-0723, Enfermeira Mestranda Isadora Pierotti, 99641-8981 ou 3348-2952, 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 2017.

Isadora Pierotti

RG: 8807788-1

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

Assinatura: _____

Data: _____

APÊNDICE K

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Etapa de Avaliação de Fidedignidade do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidar a criança sob sua responsabilidade a participar da pesquisa: **“Elaboração, validação e fidedignidade do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica”**, realizada no Hospital Universitário de Londrina.

O objetivo da pesquisa é elaborar, validar e avaliar a fidedignidade de um instrumento que avalie critérios de segurança para administração de métodos para aliviar a sede da criança durante o período pós-operatório.

A participação da criança é muito importante e ela se daria da seguinte forma: após a cirurgia, ela será avaliada em relação aos critérios de segurança presentes no protocolo, contendo perguntas sobre a presença de sede, presença de náuseas e vômitos e também os pesquisadores solicitarão que a criança tussa, engula, respire fundo. Esta avaliação será realizada duas vezes, com dois pesquisadores.

Gostaríamos de esclarecer que a participação da criança é totalmente voluntária, podendo o(a) senhor(a) solicitar a recusa ou desistência de participação da criança a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à ela.

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 segurança para o manejo da sede da criança na sala de recuperação anestésica.

Quanto aos riscos, gostaríamos de informar que são mínimos, considerando que a avaliação dos critérios do protocolo será realizada durante a recuperação anestésica da criança podendo causar um pequeno desconforto.

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.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contactar: Enfermeira Dr. Ligia Fahl Fonseca fone (43) 3378-0723, Enfermeira Mestranda Isadora Pierotti, 99641-8981 ou 3348-2952, 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 2018

Isadora Pierotti

RG: 8807788-1

_____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo com a participação **voluntária** da criança ou do adolescente sob minha responsabilidade na pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

Caso o adolescente seja maior de 12 anos, deverá constar o espaço abaixo para assinatura do menor.

Assentimento Livre e Esclarecido do Adolescente

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

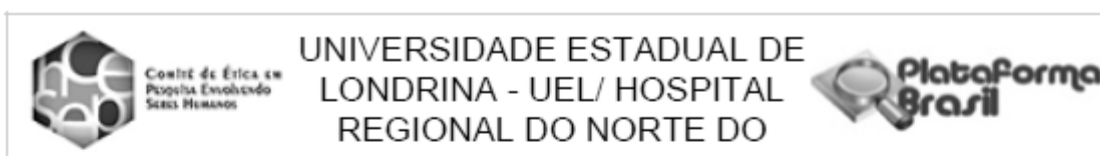
Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

ANEXOS

ANEXO A

Parecer do Comitê



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sede Perioperatória em populações específicas: incidência e manejo

Pesquisador: Ligia Fahl Fonseca

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 29069414.5.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 617.256

Data da Relatoria: 14/04/2014

Apresentação do Projeto:

A sede tem alta incidência tanto no pré como no pós-operatório imediato. Diversos fatores presentes no período perioperatório levam o paciente a sentir sede. Entre eles o jejum pré operatório, as drogas utilizadas durante o procedimento anestésico-cirúrgico, o sangramento intra operatório, a sudorese e a perda insensível pela respiração. Os fatores

emocionais, com o medo e a ansiedade, frequentemente presentes na experiência cirúrgica, contribuem com a sensação de sede, diminuindo as secreções salivares e deixando a boca do paciente mais seca. O manejo da sede durante a permanência do paciente tanto no pré operatório como durante a recuperação anestésica é realizada de forma empírica, não padronizada. A falta de um cuidado sistematizado faz com que a equipe responsável pelos cuidados deste paciente, tenha diferentes atitudes perante seu relato de sede.

A definição da melhor estratégia de alívio não é o único desafio para o manejo da sede no POI. Aspectos referentes à segurança na administração dos métodos de alívio ainda são incipientes na literatura médica. Entretanto, foi elaborado e validado um Protocolo de Segurança no Manejo da Sede (PSMS), com o objetivo de propiciar à equipe subsídios para avaliar a segurança para a administração de um método de alívio da sede. Os critérios selecionados (Nível de consciência, Proteção de vias aéreas e Ausência de náuseas e vômitos) foram agrupados em um algoritmo gráfico, que juntamente com os Procedimentos Operacionais e o Manual Operacional, guiam de

Endereço: AVENIDA ROBERT KOCH, 60

Bairro: VILA OPERÁRIA

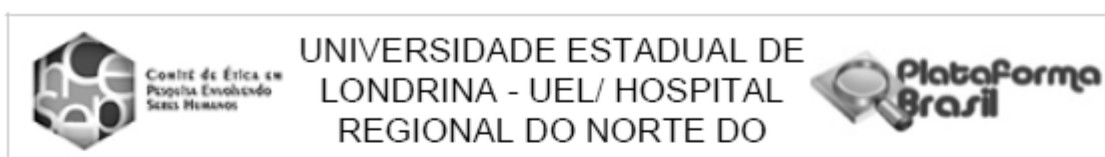
CEP: 86.038-440

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-2490

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 617.256

forma sistemática e específica a avaliação do paciente. Há ainda lacunas adicionais no conhecimento relacionado à incidência e mecanismos de sede entre populações específicas como pacientes críticos, em situações cirúrgicas de urgência, emergência e ambulatoriais, idosos e gestantes que necessitam ser exploradas e estudadas.

Inclusão: Idade entre 18 e 100 anos; ambos os sexos; ter realizado procedimento anestésico-cirúrgico; estar no período perioperatório; verbalizar ou não sede; estar orientado e consciente. Verbalizar sede de forma espontânea ou estimulada; ter sido aprovado na avaliação do Protocolo de Manejo Seguro da Sede (PSMS).

Aos pactes que tiverem sede e tenham sido aprovados no PSMS, será oferecido 1 de 3 métodos de alívio da sede: picolé de gelo, higienização cavidade oral e hidratação dos lábios, que o pacle poderá escolher. Haverá uso de fonte secundária de dados (prontuário).

Objetivo da Pesquisa:

1. Avaliar a incidência da sede nos diferentes grupos de pacientes durante o perioperatório. Correlacionar as variáveis clínicas dos pacientes com a incidência, intensidade e desconforto da sede no perioperatório;
2. Avaliar a incidência de aprovações e reprovações na aplicação do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede nos diferentes grupos de pacientes na Sala de Recuperação Anestésica;
3. Avaliar a implantação da mensuração de sede e da estratégia "picolé de gelo" como parte do protocolo de assistência ao paciente durante o perioperatório;
4. Avaliar as estratégias "picolé" de gelo, higiene da cavidade oral e hidratação dos lábios para alívio da sede no pós-operatório imediato e sua adequação em relação à tamanho, aplicabilidade prática e percepção do paciente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A avaliação da segurança por meio da utilização do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede visa avaliar os critérios que indicam que o paciente pode receber um método de alívio da sede. Existe um pequeno risco de o paciente apresentar náuseas ou vômitos, entretanto, em toda a recuperação anestésica do paciente ele será assistido tanto pela equipe de enfermagem, quanto a equipe de anesthesiologistas, todos cientes da realização da pesquisa.

Benefícios: Alívio da sede do pacle, melhora dos protocolos para abordagem da sede no POI.

Endereço: AVENIDA ROBERT KOCH, 60

Bairro: VILA OPERÁRIA

CEP: 86.038-440

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-2490

E-mail: cep268@uel.br



Conselho de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL/ HOSPITAL
REGIONAL DO NORTE DO



Continuação do Parecer: 617.256

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, atenta à segurança dos sujeitos de pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto assinada por chefe do depto de enfermagem.

TCLE: em forma de convite, adequado.

Termo de sigilo e confidencialidade assinado pelo pesquisador principal.

Há autorização da direção do HU para realização da pesquisa.

Cronograma OK

Custos a cargo dos pesquisadores, cerca de R\$ 5000,00.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa aprovada.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer referendado.

LONDRINA, 15 de Abril de 2014

Assinador por:

Paula Mariza Zedu Alliprandini
(Coordenador)

Endereço: AVENIDA ROBERT KOCH, 60

Bairro: VILA OPERÁRIA

CEP: 86.038-440

UF: PR

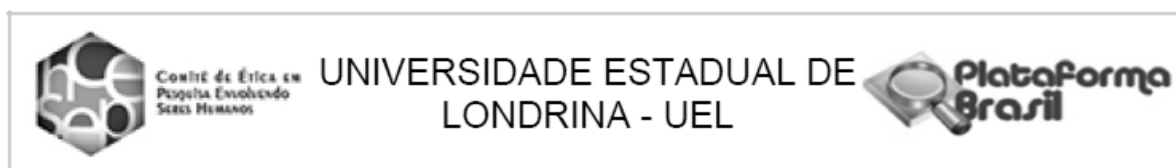
Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-2490

E-mail: cep268@uel.br

ANEXO B

Adendo do Parecer Anterior


PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Elaboração e validação de um protocolo de segurança para o manejo da sede da criança

Pesquisador: Ligia Fahl Fonseca

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 29069414.5.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.183.308

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda de projeto aprovado. A pesquisadora justificou a emenda porque o projeto aprovado contempla a avaliação de segurança para o manejo da sede no pós-operatório imediato para população adulta e o presente projeto propõe uma adequação para a população infantil.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Desenvolver e validar um Protocolo de Segurança do Manejo da Sede da criança no pós-operatório imediato.

Objetivo Secundário: •Identificar os critérios de segurança e seus itens representativos para o manejo da sede no pós-operatório da criança;

•Desenvolver o protocolo baseado nos sinais e sintomas relevantes na determinação da segurança para administração de métodos de alívio da sede;

•Verificar a validade semântica e de conteúdo do protocolo;

•Avaliar a fidedignidade do protocolo, em sua aplicação prática para criança cirúrgica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora a pesquisa envolve riscos mínimos. A etapa de avaliação da fidedignidade

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

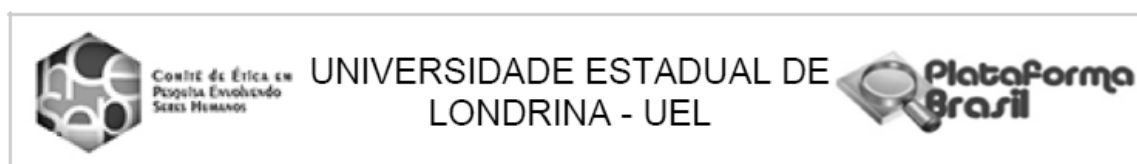
CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 2.183.308

do protocolo contará com a participação das crianças que atenderem aos critérios de inclusão. Considerando que esta etapa será realizada durante a recuperação anestésica da criança, há o risco de ocasionar um pequeno desconforto à criança.

Benefícios: Contribuir na melhoria da assistência prestada às crianças durante o POI, dando subsídio para os profissionais no manejo da sede. A elaboração de um protocolo que determine a segurança na administração de estratégias de alívio da sede na Sala de Recuperação Anestésica, contribuirá para que o mito de que a sede é um preço a ser pago pelos pacientes cirúrgicos, possa ser desafiado. O trabalho preencherá uma lacuna quanto à segurança no manejo da sede no POI para as crianças.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou cronograma adequado, orçamento com financiamento próprio, TCLE /Termo de Assentimento em forma de convite.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador (a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade imprimi-lo para apresentação aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Coordenação CEP/Uel.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_953868 E2.pdf	11/07/2017 18:43:49		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_sigilo_confidencialidade.pdf	11/07/2017 18:42:06	Ligia Fahl Fonseca	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_de_consentimento.jpg	11/07/2017 18:40:40	Ligia Fahl Fonseca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	APENDICE_D.docx	11/07/2017 18:39:25	Ligia Fahl Fonseca	Aceito

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

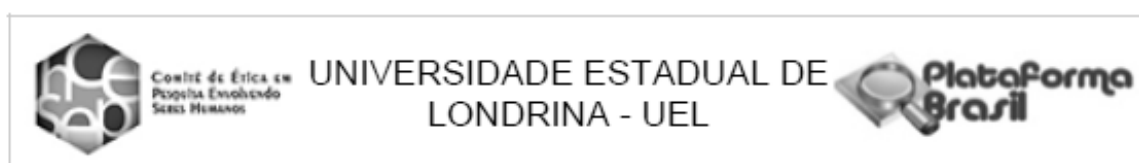
CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 2.183.308

Justificativa de Ausência	APENDICE_D.docx	11/07/2017 18:39:25	Ligia Fahl Fonseca	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_ISADORA_PIEROTTI_11_07.docx	11/07/2017 18:39:01	Ligia Fahl Fonseca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_C.docx	06/07/2017 21:02:58	Ligia Fahl Fonseca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_B.docx	06/07/2017 21:02:46	Ligia Fahl Fonseca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_A.docx	06/07/2017 21:02:35	Ligia Fahl Fonseca	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	06/07/2017 21:00:41	Ligia Fahl Fonseca	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 24 de Julho de 2017

Assinado por:
Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
(Coordenador)

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br