



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO
HOSPITALAR – MESTRADO PROFISSIONAL

JULIANA TAVARES DE LIMA

VALIDAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO (CHECKLIST) PARA O
GERENCIAMENTO DO DESPERTAR DIÁRIO DE PACIENTES CRÍTICOS

RIO DE JANEIRO
2018

JULIANA TAVARES DE LIMA

**VALIDAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO (CHECKLIST) PARA O
GERENCIAMENTO DO DESPERTAR DIÁRIO DE PACIENTES CRÍTICOS**

Defesa apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar –
Mestrado Profissional

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

RIO DE JANEIRO
2018

VALIDAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO (CHECKLIST) PARA O GERENCIAMENTO DO DESPERTAR DIÁRIO DE PACIENTES CRÍTICOS

Defesa apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Mestrado Profissional

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a: Dra. Renata Flávia Abreu da Silva
Presidente

Prof.: Dr. Allan Peixoto de Assis
1º Examinador

Prof.: Dr. Alexandre Silva
2º Examinador

Prof.^a: Dra. Érika Bicalho de Almeida
1º Suplente

Prof.^a: Dra. Tereza Tonini
2º Suplente

Rio de Janeiro
2018

RESUMO

OBJETIVO: Validar o conteúdo do instrumento lista de verificação (*checklist*) “Despertar diário de sedação” para auxiliar no despertar diário de pacientes críticos internados em unidade de terapia intensiva.

MÉTODOS: Estudo metodológico e de abordagem quantitativa para a validação de conteúdo do instrumento do tipo lista de verificação (*checklist*) “Despertar Diário de Sedação”. A população-alvo foram os profissionais de saúde considerados especialistas, convidados a participar do estudo. A busca por estes especialistas deu-se por meio do currículo disponibilizado pela Plataforma Lattes do portal Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Para a obtenção do consenso entre os especialistas, foi utilizado o método Delphi cuja abordagem aos especialistas deu-se via correio eletrônico e a pontuação, por meio de uma escala do tipo Likert, com sete pontos. Como preconizado, foi considerado o cálculo Índice de Validade de Conteúdo (CVI) de, no mínimo, 0.78, para concordância aceitável entre os especialistas.

RESULTADOS: Foram convidados 42 enfermeiros e 12 médicos para serem especialistas, sendo que 29 especialistas retornaram com o instrumento respondido. Após três rodadas de avaliação por especialistas, o CVI alcançado variou de .100 nos itens “Identificação do paciente” e “Em caso de falha nos 4 passos anteriores: Retornar com a sedação na dose descrita no item 2” a .79 em “Checar se há benzodiazepínico prescrito”. O instrumento constituído por 15 itens manteve os atributos, sendo reformulados seis itens e nenhum excluído. Entre os 15 itens, 13 foram validados e dois não o foram. Com base nos resultados, pode-se dizer que o instrumento apresentou indicadores psicométricos de validade de conteúdo aceitáveis.

CONCLUSÃO: O instrumento foi considerado como válido para o gerenciamento do “despertar diário”, sendo adequado para utilização por profissionais que atuam em UTI. A aplicação do instrumento na prática cotidiana pode vir a contribuir para a sua validação clínica.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva, Sedação e Protocolo Assistencial.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To validate the content of the instrument checklist "Daily sedation awakening" to assist in the daily awakening of critically ill patients admitted to the intensive care unit.

METHODS: Methodological and quantitative approach for the validation of the content of the checklist "Daily Sedation Awakening". The target population were health professionals considered experts, invited to participate in the study. The search for these specialists took place through the curriculum provided by the Lattes Platform of the National Council for Scientific and Technological Development (CNPq) portal. In order to obtain the consensus among the experts, the Delphi method was used, whose approach to the specialists was given by electronic mail and the score, using a scale of the Likert type, with seven points. As recommended, the calculation of Content Validity Index (CVI) of at least 0.78 was considered for acceptable agreement among the specialists.

RESULTS: 42 nurses and 12 physicians were invited to be specialists, and 29 specialists returned with the instrument answered. After three rounds of evaluation by specialists, the achieved CVI ranged from .100 in the items "Patient identification" and "In case of failure in the previous 4 steps: Return with sedation in the dose described in item 2" to .79 in "Check if there is a prescribed benzodiazepine." The instrument made up of 15 items retained the attributes, with six items being reformulated and none being excluded. Among the 15 items, 13 were validated and two were not. Based on the results, it can be said that the instrument presented acceptable psychometric indicators of content validity.

CONCLUSION: The instrument was considered as valid for the management of "daily awakening", being suitable for use by professionals who work in the ICU. The application of the instrument in daily practice may contribute to its clinical validation.

Key words: Intensive Care Unit, Sedation and Assistance Protocol.

LISTA DE TABELA E QUADROS

Tabela 1 – Dados referentes aos especialistas que compuseram a amostra

Quadro 1 – Itens considerados como validados após a primeira rodada

Quadro 2 – Itens considerados como não validados após a primeira rodada

Quadro 3 – Itens considerados como validados após a segunda rodada

Quadro 4 – Itens considerados como não validados após a segunda rodada

Quadro 5 – Itens considerados como validados após a terceira rodada

Quadro 6 – Itens considerados como não validados após a terceira rodada

Quadro 7 – Redação final dos itens após três rodadas de avaliação

Quadro 8 – Comparação dos itens que foram modificados após as três rodadas

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
1 – INTRODUÇÃO	8
1.1 – OBJETIVO	11
1.2 – JUSTIFICATIVA	11
2 – BASES CONCEITUAIS	14
2.1 – DOR E ANALGESIA	14
2.2 – SEDAÇÃO NA UTI	17
2.3 – INTERRUÇÃO DIÁRIA DA SEDAÇÃO	20
3 – INTERVENÇÃO	22
4 – METODOLOGIA	23
4.1 – POPULAÇÃO, AMOSTRAGEM E AMOSTRA.....	23
4.2 – BUSCA PELOS ESPECIALISTAS	25
4.3 – DEFINIÇÃO DO CONTEXTO	26
4.4 – VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO	27
4.5 – COLETA DOS DADOS	28
4.6 – ABORDAGEM DOS DADOS	29
4.7 – QUESTÕES ÉTICAS	30
5 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	31
5.1 – VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO	31
6 – CONCLUSÃO	44
REFERÊNCIAS	46

APÊNDICES	49
1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	50
2 – Instrumento	51
3 – Roteiro para utilização do Instrumento	53
ANEXOS	55
Parecer substanciado do CEP	
Espelho das três rodadas do formulário digital no Google Drive®	

APRESENTAÇÃO

Em 2015, durante a minha residência no Hospital Maternidade Therezinha de Jesus, hospital de ensino conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), na cidade de Juiz de Fora, em Minas Gerais (MG), surgiu a oportunidade e a necessidade do serviço em elaborar um protocolo de despertar diário com base em analgesia e sedação. O protocolo era executado por meio de um *checklist* que visasse avaliar o nível de agitação dos pacientes para auxiliar na decisão do seu despertar na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Busquei na literatura artigos acerca do tema e discuti com a equipe médica e de enfermagem inseridos no serviço, para que pudéssemos adaptar o protocolo à nossa realidade. A partir daí, todos os pacientes com necessidade prevista de Ventilação Mecânica (VM) por mais de quarenta e oito horas, e quando o aumento do sedativo fosse feito apenas para o controle da agitação, a sua infusão contínua poderia ser interrompida a fim de se evitar o acúmulo destes fármacos e retardar a recuperação do paciente. Tudo isso, para que pudéssemos promover, além da prestação de melhores práticas, uma conduta baseada em evidências e, principalmente, a redução da variação na prática clínica com a facilidade de sedação excessiva ou prolongada, visando sempre a segurança do paciente.

Após a elaboração do instrumento, a equipe multiprofissional do setor, composta por médico, enfermeiro e fisioterapeuta, triavam diariamente os pacientes durante os “*rounds multiprofissionais*” quanto à sua elegibilidade. Casos e condições clínicas de cada paciente eram discutidas individualmente por esses profissionais, dentro de suas competências. Toda equipe técnica foi treinada e os enfermeiros eram responsáveis pela aplicação do *checklist*. Porém, todos os profissionais eram responsáveis pela monitoração do paciente durante o seu “despertar”. O fisioterapeuta tinha um papel fundamental no ajuste e controle da Ventilação Mecânica, assim como os médicos com as prescrições de medicamentos e tomadas de

decisão. Permaneci nesta UTI por cerca de cinco meses, período em que o instrumento continuou sendo utilizado pela equipe.

No intuito de dar maior confiabilidade ao uso deste *Checklist* na prática clínica, a proposta deste estudo foi a sua validação.

1. INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um serviço em que são utilizados diversos tipos de tecnologias e que, por isso, exige melhor capacitação profissional no intuito de que a assistência prestada proporcione segurança e apoio ao paciente, associada a uma atitude para o melhor aproveitamento dos recursos tecnológicos existentes (SALOMÉ; ESPÓSITO, 2008).

Os profissionais de saúde que trabalham em uma UTI assistem a pacientes geralmente críticos. Para isso, dispõem de uma tecnologia de ponta, o que tende a ser um grande aliado para o sucesso do tratamento (SALOMÉ; ESPÓSITO, 2008). Observa-se, então, que o avanço da tecnologia na área da saúde é uma conquista e que a sua importância não é algo questionável, dependendo, contudo, da forma como a usamos (POTT et al., 2013).

Entre as diversas tecnologias duras usadas na assistência ao paciente crítico, destaca-se o suporte ventilatório invasivo. Manter o paciente sob Ventilação Mecânica (VM) pode ser mais fácil que retirá-lo (GOLDWASSER et al., 2007) e para alcançar um resultado positivo, é necessário o conhecimento de seus princípios e as necessidades ventilatórias do paciente sob seu uso. Além disso, outros fatores influenciam este processo, como a comunicação entre os membros da equipe, as metas de terapia a serem alcançadas, os planos para o desmame e a tolerância em relação às mudanças nos parâmetros ventilatórios (RODRIGUES et al., 2012).

Apesar de a internação em uma UTI ser teoricamente indicada a pacientes críticos, porém recuperáveis, é possível deparar-se com pacientes internados por doenças avançadas e incuráveis, com necessidade de alívio de seu sofrimento, pois o cuidado paliativo não exclui a possibilidade de cuidado e tratamento intensivo (SILVA; PEREIRA; MUSSI, 2015). Deste modo, destaca-se a sedação e analgesia utilizadas para amenizar os sintomas desagradáveis de pacientes na UTI e mantê-los confortáveis durante a sua permanência em VM. Contudo, o nível de sedação precisa ser controlada para reduzir as consequências negativas de uma VM prolongada e no atraso no despertar dos pacientes (RANDEN; LERDAL; BJORK, 2013).

As recentes mudanças no uso da sedação em pacientes críticos sob VM na UTI, foram descritas para auxiliar na analgesia, em que a dor é tratada primeiramente e a sedação somente quando necessário. Essa mudança pode afetar tanto os pacientes quanto a prática dos profissionais, o que torna importante a sua exploração neste contexto em desenvolvimento (LAERKNER; EGEROD; PLOUG, 2015).

Ultimamente, desvantagens tem sido apontadas para a sedação, tendo a prática mudado em direção à sedação leve (FLYNN, 2014). Esta mudança no uso da sedação permite melhor monitoração do funcionamento cerebral e a melhora do paciente a longo prazo. Fatores organizacionais, como o tamanho da UTI e a colaboração interprofissional, afetam a prática de sedação. Ao estar acordado, o paciente encontra-se alerta e consciente, o que demanda maior atenção das equipes, além de mais conhecimento para descrever e entender como menos ou nenhuma sedação pode influenciar na assistência em uma UTI (LAERKNER; EGEROD; PLOUG, 2015).

Observa-se uma certa disparidade entre a necessidade de sedação e a forma como ela é feita. A sedação inadequada resulta em dor, ansiedade, agitação, extubação traqueal não planejada e retirada de cateteres (RIOKO, 2010; AUGUSTES, 2011). Por outro lado, o uso da sedação de forma excessiva ou prolongada favorece, além da VM prolongada, *delirium*, coma, lesões por pressão e maior tempo de permanência na UTI (FLYNN, 2014; RIOKO, 2010; AUGUSTES, 2011; MAHAD et al., 2015; LINDA et al., 2010).

Entre essas complicações, destaca-se a elevada incidência de *delirium*, que está associada a uma alta taxa de mortalidade, além de déficit funcional e cognitivo à longo prazo (AUGUSTES, 2011; MAHAD et al., 2015; LINDA et al., 2010). Neste caso, os benzodiazepínicos são medicamentos essenciais para dar conforto ao paciente e facilitar a VM (FLYNN, 2014).

O “despertar diário” em pacientes críticos sob VM, tendo como foco a minimização de efeitos nocivos como a pneumonia, por exemplo, é realizado pela interrupção do medicamento por um período de tempo a cada dia. Isso pode reduzir o acúmulo do fármaco nesses pacientes, tornando-os assim, mais alertas, e proporcionar uma oportunidade de avaliação precoce do desmame de sedação e da VM (FLYNN, 2014; AUGUSTES, 2011; CHEN, 2015; LISA et al., 2014).

A gestão de sedação é um processo multidisciplinar embora, na maioria das UTI, os enfermeiros sejam responsáveis por tomar as principais decisões acerca da administração e ajuste da sedação (GRAP et al., 2012). Para tanto, tem sido utilizadas escalas de sedação e analgesia para auxiliar na avaliação do nível de consciência e dor dos pacientes críticos na UTI. Contudo, alguns outros parâmetros podem ser necessários, como os fármacos utilizados e parâmetros oxi-hemodinâmicos, por exemplo.

Desta forma, salienta-se o uso do instrumento “Despertar Diário de Sedação”, desde a sua elaboração, na UTI do Hospital Maternidade Therezinha de Jesus, para gerenciar o despertar diário de pacientes críticos, porém, ainda sem validação.

De um modo geral, a validação de um instrumento está relacionada à “precisão do instrumento em medir o que se propõe medir” (BELLUCCI JR.; MADSUDA, 2012; PERROCA; GAIDZINSKI, 2002). Ou seja, quando a elaboração e aplicação de um instrumento permitir mensurar de forma fiel aquilo que se pretende mensurar, podemos dizer que este instrumento é válido.

O uso de instrumentos em formatos variados sejam questionários, protocolos, programas operacionais padrão, listas de verificação, entre outros, induz à necessidade de sua validação, idealmente, antes da sua aplicação no cotidiano da prática no espaço hospitalar.

Observa-se, desta forma, que a validação consiste em uma etapa essencial diante da elaboração de algum tipo de informação que possa influenciar a assistência prestada a pacientes, em diferentes realidades.

Entre os tipos de validação, destaca-se a validade de conteúdo, um dos tipos no qual os elementos de um instrumento de medida são representativos e relevantes, baseados na avaliação de especialistas de uma determinada área. Quando esses especialistas julgarem necessário, serão feitas as correções do conteúdo e aplicação de outras análises para refinamento do instrumento, até que o mesmo seja considerado validado (BELUCCI JR.; MATSUDA, 2012; PERROCA; GAIDZINSKI, 2002; HOSS; CATEN, 2010; RODRIGUES et al., 2013).

Frente a inexistência de uniformidade de um processo de validação para o instrumento elaborado, conforme anteriormente descrito, apresenta-se como objeto de pesquisa: validação de conteúdo do instrumento tipo lista de verificação (*checklist*) “Despertar Diário de Sedação” para auxiliar no despertar diário de pacientes críticos internados em UTI.

1.1 OBJETIVO

Validar o conteúdo do instrumento lista de verificação (*checklist*) “Despertar diário de sedação” para auxiliar no despertar diário de pacientes críticos internados em unidade de terapia intensiva.

1.2 JUSTIFICATIVA

Há cerca de 10 anos teve início o uso de protocolos com a interrupção temporária da infusão de sedativos, até que o paciente fosse capaz de dar respostas simples ou apresentar

agitação. Isso reduziu o tempo de ventilação mecânica e de permanência na UTI, bem como a necessidade de se realizarem exames complementares (RIOKO, 2010).

A sedação e analgesia adequada é um componente essencial da gestão de cuidados intensivos. O uso de diretrizes e protocolos de sedação para avaliar e controlar o nível de sedação em pacientes críticos, tem sido vigorosamente recomendado por muitas sociedades internacionais e são, muitas vezes, utilizados para descrever a prestação de melhores práticas (MAHAD et al., 2015; YA NEE POH, 2014).

Há uma falta de aceitação do enfermeiro em fazer a interrupção diária de sedação pelo receio de retirada de cateteres, instabilidade cardiovascular, respiratória ou neurológica, além da autoextubação e outras consequências da agitação quando se usa a interrupção diária de sedação, por haver uma necessidade de se observar cuidadosamente o paciente, ou seja, uma maior vigilância à beira leito. (RIOKO, 2010).

Em um estudo, foi identificado que a equipe de enfermagem tinha maior probabilidade de crer que a interrupção diária da sedação aumentaria sua carga de trabalho. Nesse estudo, quando interrogados quanto a outros fatores que poderiam influenciar o cuidado da sedação, médicos e enfermeiros afirmaram igualmente nível de experiência e de educação e apoio da equipe. Outros fatores citados por enfermeiros foram o nível da equipe e a pressão por leitos, enquanto os médicos citaram mais frequentemente a cultura da unidade (“um paciente calmo é um bom paciente”). O custo também é uma questão importante na tomada de decisão clínica, sendo citado por médicos de UTIs (Shinotsuka; Salluh, 2013).

Desta fora, recomenda-se a formação de uma equipe multiprofissional na UTI que inclua educadores, protocolos informatizados e/ou pré-impresso, formulários e listas de verificação que promovam a qualidade da UTI, a fim de facilitar o uso de diretrizes ou procedimentos para gestão da dor, agitação e *delirium* em pacientes adultos internados em UTIs (BARR et al.,2002).

Este estudo justifica-se diante da necessidade da adesão de um instrumento validado e aplicável do tipo lista de verificação (*checklist*) para conduzir o despertar de pacientes críticos internados em UTI. Isso intenciona minimizar a subjetividade na prática clínica cotidiana e o uso de sedação excessiva ou prolongada. O instrumento também poderá proporcionar o gerenciamento da profilaxia da dor, redução do tempo de ventilação mecânica e do tempo de permanência do paciente na UTI (RIOKO, 2010; MAHAD et al., 2015; ROSE et al., 2015).

Observa-se a sua possível aplicabilidade em Unidades de Terapia Intensiva que possuam as mesmas características da UTI do Hospital Maternidade Therezinha de Jesus, acredita-se trazer benefícios ao serviço, melhorar a interação multiprofissional, além de promover uma conduta baseada em evidências, contribuindo assim, para relevância à pesquisa, ciência e ensino.

2. BASES CONCEITUAIS

Os pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva vivenciam, em sua maioria, dor, medo e ansiedade. Para proporcionar conforto ao paciente, reduzir o estresse, além de evitar o retardo na recuperação e na liberação do suporte ventilatório invasivo, é fundamental a administração de analgésicos e sedativos. Essa recuperação é consideravelmente influenciada pela escolha destes componentes, para que o controle da dor não seja insuficiente e a sedação, deficiente ou excessiva. Deve-se avaliar a dor e a sedação dos pacientes para otimizar a dose de medicamentos, esperando-se, por meio disso, reduzir o tempo de ventilação mecânica (VM) e, conseqüentemente, de permanência em UTI (RIOKO, 2010).

2.1 DOR E ANALGESIA

A definição mais amplamente utilizada de dor é: “experiência emocional ou sensorial desagradável associada como dano tissular potencial ou real, ou descrita em termos de tal dano” (BARR et al.,2002; BRESOLIN; FERNANDES, AMIB:9). A eliminação da dor é um direito humano básico e seu alívio é uma obrigação ética. Porém, “menos de 50% dos profissionais avaliam a dor” (RIOKO, 2010:654) e, para isso, foram criadas escalas que possibilitem o auxílio na detecção deste quadro e possam servir como padrão para guiar a terapia analgésica (RIOKO, 2010; BRESOLIN; FERNANDES, AMIB).

Quando o paciente é incapaz de se comunicar, está sedado ou sob VM, pode-se utilizar a escala comportamental (*Behavioral Pain Scale – BPS*) que está entre as mais válidas e confiáveis escalas comportamentais para monitoramento da dor em pacientes adultos internados em UTI. A BPS é de fácil aplicação e possui escores que vão de 3 a 12, sendo aplicada por meio da observação da expressão facial, de movimentos do corpo, de

tensão muscular e sincronia com o ventilador. Se o escore for ≥ 6 , é considerado inaceitável. A expressão facial é o item que mais contribui para a avaliação da dor, seguida de movimentos dos membros e da aceitação da ventilação (RIOKO, 2010; BARR et al., 2002).

Behavioural Pain Scale (BPS):

Item	Descrição	Escore
Expressão facial	Relaxada	1
	Parcialmente tensa (por exemplo, abaixa a sobrancelha)	2
	Totalmente tensa (por exemplo, fecha os olhos)	3
	Faz careta: presença de sulco perilabial, testa franzida e pálpebras ocluídas	4
Membros superiores	Sem movimento	1
	Com flexão parcial	2
	Com flexão total e flexão de dedos	3
	Com retração permanente: totalmente contraído	4
Adaptação à ventilação mecânica	Tolera movimentos	1
	Tosse com movimentos	2
	Briga com o ventilador	3
	Incapaz de controlar a ventilação mecânica	4
Total		

Fonte: MORETE et al. (2014)

A analgesia é definida como bloqueio ou eliminação da sensação de dor ou outros estímulos nocivos. Neste contexto, cabe ressaltar que a prevenção da dor é, na maioria das vezes, mais eficaz que o tratamento. Para o tratamento da dor, é essencial conhecer os mecanismos de ação, farmacocinética, latência, duração da analgesia e de seus efeitos adversos potenciais, pois, os analgésicos corretos devem ser administrados na dose adequada e no momento certo (BARR et al., 2002; BRESOLINI; FERNANDES, AMIB).

Os opióides atuam como analgésicos. A morfina e o fentanil são os dois opióides mais comumente utilizados em UTI e a preferência por um deles varia. No entanto, o remifentanil tem surgido como um opióide potente com propriedades únicas. O opióide pode desenvolver rápida tolerância, havendo a necessidade do aumento da dose, o que facilita a hiperalgesia induzida por opióide (RIOKO, 2010; BRESOLINE; FERNANES, AMIB).

Morfina: Apresenta a menor solubilidade lipídica de todos os opióides, alcançando o seu efeito máximo no sistema nervoso central (SNC) em 15 a 20 minutos. Apresenta a maior duração de ação, que é de três a seis horas. Pode ser usada por via subcutânea ou infusão por via venosa. O seu metabolismo é hepático, o que na insuficiência hepática, há diminuição do metabolismo da morfina e a eliminação é renal, o que pode resultar em acúmulo de metabólitos em pacientes em insuficiência renal. No choque, a eliminação é mais lenta. O risco de depressão respiratória é maior em pacientes com alteração cognitiva, hemodinamicamente instáveis, com história de apneia e doença respiratória. Dentre seus efeitos adversos estão à hipotensão arterial, principalmente após administração em *bolus*. Há também o risco de síndrome de abstinência com a interrupção da infusão (RIOKO, 2010; BRESOLINE; FERNANES, AMIB).

Fentanil: Sua potência analgésica é de 60 a 100 vezes maior do que a morfina. Possui alta lipossolubilidade e, por isso, rápido início de ação, o que o coloca como o favorito para pacientes agudamente enfermos que necessitem de analgesia imediata. A administração é endovenosa e resulta em meia vida relativamente curta, de 30 a 60 minutos, devido à distribuição rápida para compartimentos periféricos. Quando administrada por tempo prolongado, resulta em acúmulo nos compartimentos periféricos e em tecido adiposo e a tolerância pode se desenvolver rapidamente. Seu metabolismo é quase que exclusivamente hepático e excretado pela urina e bile. Não resulta em metabólitos ativos e provoca menor liberação de histamina, proporcionando maior estabilidade hemodinâmica ao paciente. O

fentanil pode ainda reduzir o débito cardíaco por reduzir a frequência cardíaca e assim representar uma vantagem em pacientes nos quais se objetiva bloqueio do estresse e/ou resposta vasopressora. Em pacientes com insuficiência renal, é mais indicado que a morfina (RIOKO, 2010; BRESOLINE; FERNANES, AMIB).

Remifentanil: É um opióide sintético de ação ultracurta, com potência semelhante ao fentanil. Sua meia vida é curta (3 minutos) por ser metabolizado pelo plasma e por esterases tissulares e por apresentar volume muito pequeno de distribuição. Seu uso em infusão contínua tem sido frequente em UTI, devido sua potência e curta duração de ação. Este perfil facilita a extubação de forma mais precoce em comparação com outros opióides e, além disso, o coloca como de escolha para realização de procedimentos dolorosos em UTI. Seu metabolismo é independente do fígado. Pode ser usado em pacientes que necessitam de avaliação neurológica frequente. As desvantagens incluem rápido desenvolvimento de tolerância com uso prolongado, maior risco de hipotensão em relação ao fentanil e o alto custo (RIOKO, 2010; BRESOLINE; FERNANES, AMIB).

Tramadol: É um opióide atípico, estruturalmente relacionado à codeína. É eficaz para tratar dores de leve a moderada intensidade. Sua potência é 10 a 15 vezes menor que a morfina, e embora apresente um metabólito ativo, é conhecido por causar menos efeitos adversos que os demais opióides. Não deve ser administrado em pacientes que apresentem convulsões, traumatismo cranioencefálico ou que recebam fármacos que reduzam o limiar convulsivo (BRESOLINE; FERNANES, AMIB).

2.2 SEDAÇÃO NA UTI

A agitação e a ansiedade ocorrem com frequência em pacientes graves, estando associadas a efeitos adversos dos resultados clínicos. Os sedativos são comumente

administrados aos pacientes internados em UTI para tratar a agitação e as suas consequências negativas. Os sedativos podem ser titulados para manter tanto uma sedação leve (isto é, o paciente fica acordado e é capaz de obedecer a comandos simples) ou profunda (ou seja, o paciente não responde a estímulos dolorosos). Vários estudos têm demonstrado a consequências negativas de se fazer uma sedação profunda prolongada, e os benefícios de se manter níveis mais leves de sedação em pacientes adultos internados em UTI (BARR et al., 2002). Os principais sedativos utilizados nas UTI's incluem os benzodiazepínicos, cetamina, propofol, clonidina, barbitúricos, clorpromazina e hidrato de cloral (BRESOLIN; FERNANDES, AMIB).

Os benzodiazepínicos são os sedativos mais utilizados em UTI. Agem como ansiolíticos, anticonvulsivantes, hipnóticos e relaxantes musculares. Não proporcionam alívio da dor. Causam amnésia anterógrada, isto é, impedem a aquisição e a codificação de novas informações, o que diminui os traumas psicológicos inerentes ao estresse ao qual o paciente é submetido em uma UTI. Têm pouco ou nenhum efeito sobre a retenção ou a busca de informações previamente armazenadas, não proporcionando, portanto, amnésia retrógrada. Sua ação central faz-se através da facilitação inibitória do ácido gama-aminobutírico (GABA), que faz parte do maior sistema inibitório do sistema nervoso central. Possuem pequena ação sobre o sistema cardiovascular, mas atuam de maneira importante sobre o sistema respiratório, podendo provocar depressão respiratória. O metabolismo é hepático e a excreção é renal, portanto, nas insuficiências renal ou hepática, as doses devem ser reajustadas. Têm efeitos sinérgicos quando utilizados em associação aos opióides, permitindo doses menores de ambos os fármacos. Os principais benzodiazepínicos utilizados em UTI são midazolam, diazepam e lorazepam (BARR et al., 2002; BRESOLIN; FERNANDES, AMIB).

Midazolam: Agente hidrossolúvel, com rápido início de ação e meia-vida de eliminação curta. O pico de efeito ocorre em torno de 3 a 10 minutos após administração

endovenosa, com duração de ação de 30 a 120 minutos. Quando administrado por infusão contínua, o tempo de ação é significativamente maior; se for administrado por mais de uma semana, a sedação pode continuar por até 48 horas após a retirada. Dos benzodiazepínicos é o que possui a menor meia vida de eliminação. Induz amnésia anterógrada, mesmo com sedação leve. É medicamento indicado para sedação de curta duração. Os efeitos sedativos podem ser mais duradouros em pacientes com insuficiência hepática, renal, em obesos ou nos com hipoalbuminemia, devido ao acúmulo do fármaco e do metabólito ativo, causados por administração prolongada. A administração isolada de midazolam é insuficiente para prover adequada sedação durante ventilação mecânica prolongada, sendo comum a administração concomitante de opióides. A administração concomitante de opióides aumenta o risco de depressão respiratória, que é dose dependente. A hipotensão é relativamente freqüente e, nos pacientes hipovolêmicos, pode ocorrer mesmo com doses baixas. Seu uso prolongado induz à tolerância e a sua retirada abrupta leva à síndrome de abstinência (RIOKO, 2010; BRESOLINE; FERNANES, AMIB).

Diazepam: Tem sido cada vez menos utilizado, pois possui uma meia vida longa, de 20 a 50 horas e um metabólito hipnoticamente ativo, produzindo uma sedação prolongada, principalmente quando utilizado em doses repetidas. É pouco hidrossolúvel. Pode ser administrado por via oral, endovenosa ou retal. Deve-se evitar a administração intramuscular por apresentar uma absorção imprevisível. O pico de ação, quando administrado intravenosa, ocorre em 3 a 4 minutos. A aplicação endovenosa rápida pode causar depressão respiratória e hipotensão (BRESOLIN; FERNANDES, AMIB).

Lorazepam: Apresenta efeito semelhante ao do midazolam. Pico de ação em uma hora, com meia vida de 4 a 8 horas. Pode ser utilizado na retirada do midazolam em uso contínuo prolongado e também no tratamento da dependência e síndrome de abstinência aos opióides. Hipotensão e depressão respiratória poderão ocorrer, principalmente quando usado

em associação com opióides. Efetivo por VO, IM ou EV, porém, no Brasil, só há a apresentação em comprimidos (BRESOLIN; FERNANDES, AMIB).

2.3 INTERRUPTÃO DIÁRIA DA SEDAÇÃO

As equipes que trabalham em UTI avaliam continuamente, de modo informal e não relatada, a sedação de seus pacientes. No entanto, visando evitar complicações potenciais, tanto de sedação excessiva quanto de sedação inadequada, recomenda-se avaliação e documentação regular do nível de sedação. Na prática, o uso de protocolos clínicos e escalas de avaliação, facilitam a escolha do medicamento, melhoram a eficiência, diminuem a incidência de efeitos colaterais, *delirium* e disfunção cognitiva a longo prazo, duração mais curta de ventilação mecânica, de permanência em UTI, além de diminuir os custos por leito por dia nas UTI (BARR et al., 2002; BRESOLIN; FERNANDES, AMIB).

Para evitar a sedação excessiva, surgiu o conceito de interrupção diária da infusão a fim de avaliar a necessidade de sedativo e diminuir o acúmulo do fármaco. A interrupção diária da sedação está incorporada em cerca de 30% das UTI e pode melhorar o resultado quanto à sedação excessiva de forma individualizada. Após o paciente despertar, a infusão é restabelecida de forma titulada com a dose prévia ou a metade da dose prévia (RIOKO, 2010).

Quando o paciente é despertado, é preciso avaliá-lo quanto ao nível de sedação e agitação. A escala de agitação-sedação de Richmond (Richmond Agitation-Sedation Scale - RASS) e a escala de sedação-agitação (Sedation-Agitation Scale - SAS) são as ferramentas de avaliação da sedação mais válidas e confiáveis para medir a qualidade e profundidade da sedação em pacientes adultos internados em UTI. Neste estudo, optamos pela Sedation-Agitation Scale - SAS, por ser a escala que o serviço onde deu origem ao *checklist* adota (BARR et al., 2002).

Sedation Agitation Scale (SAS):

7 Agitação Perigosa	Ansiedade severa, sudorese, traciona a cânula traqueal, tentando remover cateteres com movimentos de um lado para outro.
6 Muito agitado	Não permanece calmo, a despeito de ordem verbal frequente com o paciente, necessita restrição física, morde a cânula traqueal.
5 Agitado	Ansioso ou levemente agitado. Calmo quando se passa instruções verbais.
4 Calmo e cooperativo	Calmo, desperta facilmente e segue comandos.
3 Sedado	Difícil para despertar, alerta a estímulo verbal ou a um movimento gentil, obedece a comandos simples.
2 Muito sedado	Acorda a estímulo físico, mas não responde a comandos, movimentos espontâneos ocasionais.
1 Não responsivo	Mínima ou nenhuma resposta a estímulo, não responde a comandos, sem movimento espontâneo, ausência de tosse.

Fonte: BARR et al. (2002)

3. INTERVENÇÃO

O instrumento denominado *Checklist* “Despertar Diário de Sedação”, previamente utilizado no hospital em que lhe deu origem, passou por adaptação para ser aplicado à realidade local. Posteriormente, foi realizada a adequação do instrumento em um molde mais abrangente e científico, para a sua validação. O instrumento em apreço consiste em uma lista de verificação (*checklist*) que visa avaliar o nível de agitação dos pacientes críticos e identificar os que se encontram em condições de terem a sua sedação suspensa momentaneamente. O instrumento também apresenta uma escala para avaliação do nível de sedação/agitação, além de outros itens de avaliação, conforme anexo.

Portanto, apresenta-se como proposta de produto: validação de conteúdo do instrumento do tipo *checklist* “Despertar Diário de Sedação”, com vistas a possibilitar o seu uso de forma abrangente, como em diversas localidades no Brasil.

4. METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como metodológico e de abordagem quantitativa para a validação de conteúdo do instrumento do tipo lista de verificação (*checklist*) “Despertar Diário de Sedação”.

Estudos metodológicos são realizados diante da necessidade da elaboração de instrumentos e “tratam do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa”. Salienta-se ainda que a pesquisa metodológica é “frequentemente focada no desenvolvimento de novos instrumentos” (POLIT; BECK, 2011)

A escolha pela lista de verificação (*checklists*) deve-se ao fato de trazer como resultado, um detalhamento maior da análise e uma visão mais global de um determinado sistema. Com a sua utilização, propõe-se buscar conformidade nas atividades desenvolvidas e nos procedimentos operacionais padronizados. Em caso de inconformidades, são identificados os riscos associados aos processos. Por meio desta análise, diversos aspectos do sistema são verificados com uma lista já preestabelecida de itens, produzida com base em processos semelhantes (RUPPENTHAL, 2013; ABNT, 2009).

Uma vez que, quanto maior for à extensão e precisão desses questionários e roteiros, sempre haverá a possibilidade de omissão de situações de riscos relevantes. Visando reduzir estas ocorrências, deve haver uma adaptação dos instrumentos da organização em relação às suas particularidades e características específicas (RUPPENTHAL, 2013).

4.1 POPULAÇÃO, AMOSTRAGEM E AMOSTRA

A população-alvo foi composta por profissionais de saúde considerados especialistas para a validação de conteúdo, convidados a participar do estudo.

A amostra deu-se baseada nos seguintes critérios definidos para os especialistas:

Enfermeiros e Médicos com curso de especialização ou residência em UTI ou Alta Complexidade, separados em dois grupos para validação: (1) Os que tiverem experiência clínica de assistência ao paciente crítico de, no mínimo, dois anos; (2) Os que atuarem na área acadêmica como docentes/pesquisadores com conhecimento sobre as temáticas abordadas neste estudo, consubstanciado por publicações de artigos, capítulos de livros e aulas ministradas.

Foram considerados também a quantidade mínima de três especialistas para a avaliação, com “experiência clínica, publicar e pesquisar sobre o tema e ter conhecimento metodológico sobre a construção de questionários e escalas” (HAYNES; RICHARD; KUBANY, 1995; ALEXANDRE; COLUCI, 2011:3064).

A busca por estes especialistas deu-se por meio do currículo disponibilizado pela Plataforma Lattes do portal Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), usando-se como palavras-chave os termos “Unidade de Terapia Intensiva”, “Sedação” e “Protocolo Assistencial” sozinhos ou em combinação.

A amostragem foi intencional e por meio de leitura do texto inicial e adequação aos critérios de inclusão, conforme os currículos foram sendo acessados. Salienta-se que foram considerados tanto médicos como enfermeiros para participar do estudo, sendo que alguns foram abordados pessoalmente pela pesquisadora principal, ocasião em que se formalizou o convite para participação, devido aos seus conhecimentos de especialistas na área de Terapia Intensiva, e por alguns destes especialistas atuarem no local de uso do instrumento, qual seja, um Hospital de ensino conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), situado na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais – MG.

4.2 BUSCA PELOS ESPECIALISTAS

Inicialmente foi formulado um texto para “saudação” aos especialistas na Plataforma Lattes, com o título “Convite para participação de pesquisa”, que continha a apresentação da pesquisadora, objetivo da pesquisa intitulada “LISTA DE VERIFICAÇÃO (CHECKLIST) PARA O GERENCIAMENTO DO DESPERTAR DIÁRIO DE PACIENTES CRÍTICOS”, ressaltando-se a importância da participação devido ao seu conhecimento na área, acreditando ser de grande valia e contribuições.

No Portal, por meio do link <http://lattes.cnpq.br/>, os procedimentos seguiram as seguintes ações: clicar em buscar currículo no acesso direto, selecionar o modo de busca pelo assunto, utilizando as palavras-chave da produção. Selecionar nas bases: Doutores e Demais pesquisadores; Nacionalidade: Brasileira e utilizar filtros: 1- Atuação Profissional > Grande Área: Ciências da Saúde > Área: Enfermagem > Subárea: Enfermagem em Saúde do Adulto e do Idoso; 2- Formação Acadêmica/Titulação > Especialização > País: Brasil, para enfermeiros e 1- Atuação Profissional > Grande Área: Ciências da Saúde > Área: Medicina > Subárea: Clínica Médica > Especialidade: Todas; 2- Formação Acadêmica/Titulação > Especialização > País: Brasil, para médicos.

O processo era repetido para ambas as categorias profissionais a cada palavra-chave utilizada, ou então, pelas suas combinações criadas: "Unidade de Terapia Intensiva" "Sedação" "Protocolo Assistencial"; "Unidade de Terapia Intensiva" "Sedação"; "Unidade de Terapia Intensiva" "Protocolo Assistencial" e "Sedação" "Protocolo Assistencial".

Os médicos e enfermeiros que foram abordados pessoalmente pela pesquisadora deuse ao seu conhecimento de especialistas na área de Terapia Intensiva. Foram abordados também, os profissionais que trabalhavam na Unidade em que o instrumento foi elaborado.

Como o instrumento é aplicado até os dias atuais, a contribuição destes especialistas

foi de suma importância para o aprimoramento e adequação do instrumento lista de verificação (*checklist*).

Após o convite aos especialistas e seu aceite em participar do estudo, foi enviado o *link* do questionário via correio eletrônico, contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e diante do aceite, o questionário abria o instrumento de coleta de dados composto de duas partes relacionadas ao perfil dos especialistas e ao problema de pesquisa.

4.3 DEFINIÇÃO DO CONTEXTO

Faz-se necessária a definição do contexto onde se deu a elaboração do “*Checklist Despertar Diário de Sedação*”.

A UTI clínica/cirúrgica da Instituição em apreço, possui vinte leitos e recebe pacientes com situações clínicas e cirúrgicas. Esse contexto evidencia que a UTI em questão constitui uma unidade de alta complexidade, em que se esperam pacientes de elevada gravidade. Em muitas situações, o paciente apresenta alguma complicação clínica ou pós-cirúrgica, permanecendo internado e, por diversas vezes, com suporte ventilatório invasivo e em uso de sedação.

Em complementação à descrição do contexto onde se deu a avaliação de risco, considerou-se ideal promover, além da prestação de melhores práticas, uma conduta baseada em evidências e, principalmente, a redução da variação na prática clínica com a facilidade de sedação excessiva ou prolongada, visando sempre a segurança do paciente.

Salienta-se que a equipe multiprofissional do setor, composta por dois médicos, dois enfermeiros e dois fisioterapeutas, eram responsáveis por triarem diariamente os pacientes quanto à sua elegibilidade, porém, conforme a prática cotidiana da enfermagem na assistência ao paciente, de forma geral, e ratificado nesta UTI, os enfermeiros eram responsáveis pela aplicação do *Checklist*.

4.4 VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO

A validação do instrumento lista de verificação (*checklist*) foi elaborada por meio da validade de conteúdo, conforme os critérios descritos para a seleção do comitê de especialistas (HAYNES; RICHARD; KUBANY, 1995; ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

A elaboração de um instrumento apresenta como critérios a confiabilidade e a validade como pontos fundamentais, considerando que a validade está relacionada à “precisão do instrumento em medir o que se propõe medir” (HAYNES; RICHARD; KUBANY, 1995; PERROCA; GAIDZINSKI, 1998; BELUCCI JR; MATSUDA, 2012). Ou seja, o instrumento será válido quando a sua aplicação permitir a mensuração confiável dos dados (BELUCCI JR; MATSUDA, 2012).

Uma das etapas que remete à validação de instrumentos de medidas é a validade de conteúdo, por tentar determinar de forma representativa os itens que expressam um conteúdo, por meio do julgamento de especialistas de uma área específica. Significa dizer que a validação de conteúdo definirá se o que é abordado em um determinado instrumento de medida desbrava, de forma efetiva, os pontos para mensuração de um determinado fenômeno a ser investigado (BELUCCI JR.; MATSUDA, 2012; OLIVEIRA et al., 2015).

Para a obtenção do consenso foi utilizado o método Delphi como estratégia, cuja abordagem aos especialistas ocorreu via correio eletrônico e a pontuação, por meio de uma escala do tipo Likert, com sete pontos (DALMORO; VIEIRA, 2013).

O Método Delphi consiste na obtenção de dados utilizando a técnica de consenso de especialistas na área temática relacionada ao estudo a ser validado. Foi dirigido a cada um dos especialistas, um questionário estruturado, dividido em fases. Suas respostas foram avaliadas e consideradas para reformulação subsequente. Esse retorno, de forma controlada, facilita a retirada de informações irrelevantes. O método também permite a consolidação e o

refinamento do julgamento feito inicialmente (BELUCCI JR.; MATSUDA, 2012; PERROCA; GAIDZINSKI, 2002; RODRIGUES et al., 2013).

Cabe ressaltar que o método Delphi é amplamente utilizado para a validação de questionários de opinião de especialistas, e que sua finalidade é gerar um consenso sem qualquer oportunidade de se discutir as ideias dos participantes, mas sim obrigá-los a escolher. Com isso, adia-se a indução de decisões através do confronto direto, o que poderia prejudicar o aparecimento de novas ideias e opiniões (PERROCA; GAIDZINSKI, 2002; RODRIGUES et al., 2013).

Com relação à escala Likert, trata-se de uma escala não comparativa baseada em itens, onde se obtém a demarcação do item relacionada à opinião do avaliador. A escala tipo Likert utilizada, de sete pontos, possui âncoras numéricas para cada resposta, completadas com âncoras verbais nas extremidades, sendo geralmente dispostas no sentido oposto os itens “concordo totalmente” e “discordo totalmente”. A escala traz como vantagens: permitir melhor discriminação, obtenção do ganho de consistência interna e confiabilidade, ajuste adequado às variadas estatísticas; como desvantagem, exige uma grande quantidade de respostas para inferências (DALMORO; VIEIRA, 2013).

4.5 COLETA DOS DADOS

A validação de conteúdo foi iniciada com a adequação do instrumento que já era utilizado para, então, ser estruturado por meio de questionário digital no Google Drive® e disponibilizado a cada especialista, via correio eletrônico, após o seu aceite em participar do estudo. Ao final do questionário, existia um espaço em aberto para o especialista dar a sua opinião/contribuição.

Após a leitura dos formulários sobre o instrumento lista de verificação (*checklist*) e a computação dos dados, os mesmos foram organizados em tabela para a avaliação da concordância entre os especialistas através do consenso pelo método Delphi por meio de pontuação de uma escala do tipo Likert de sete pontos, com a seguinte variação: 1 = Discordo totalmente a 7 = Concordo totalmente.

4.6 ABORDAGEM DOS DADOS

Foi utilizado o programa Microsoft Excel 2010[®] para a tabulação dos dados e calculado o Índice de Validade de Conteúdo (CVI) de cada item do instrumento.

O modelo inicial do instrumento lista de verificação (*checklist*) foi composto por 15 itens, cuja análise e discussão ocorreram por meio de estatística descritiva, com frequência absoluta e percentual, originando tabela e quadros para a demonstração dos dados analisados.

Para considerar o item como validado, estipulou-se as marcações nos itens 6 e 7 como validadas; os itens marcados como 3, 4 e 5 como indecisão; e os itens 1 e 2 como não validados.

Foram considerados os seguintes critérios para a taxa de concordância aceitável entre os especialistas: em caso de cinco ou menos, todos deveriam concordar, e no caso de seis ou mais especialistas, a concordância deveria apresentar uma taxa maior que 0,78 (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; POLIT; BECK, 2006).

Este cálculo é chamado Índice de Validade de Conteúdo (CVI) e refere-se à “proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens” (ALEXANDRE; COLUCI, 2011:3065), sendo que Lynn (1986) preconiza entre seis e dez especialistas para CVI de, no mínimo, 0.78 (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; POLIT; BECK, 2006; LYNN, 1986).

4.7 QUESTÕES ÉTICAS

Inicialmente o estudo foi inserido na Plataforma Brasil em atendimento à Resolução 466/12 e suas complementares (MS, 2013), que versam sobre pesquisa com seres humanos, encontra-se registrado sob o CAAE 62771416.7.0000.5285 e foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição proponente, aprovado sob o Parecer nº 1.869.349.

Os dados foram coletados após aprovação pelo CEP e a obtenção do assentimento dos especialistas deu-se por meio da marcação do item ACEITO contido no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponibilizado via correio eletrônico.

Sem a pretensão de implementar intervenções, a coleta de dados visou a adequação do instrumento para validação. O especialista que se sentisse desconfortável com esta situação e achasse que determinadas perguntas não estivessem bem estabelecidas, neste caso, poderia escolher não respondê-las, tendo a oportunidade de se retirar do estudo se assim fosse o seu desejo. Considerou-se, portanto, o risco da pesquisa como mínimo.

Apontam-se benefícios indiretos como a participação dos especialistas, além da sua ajuda no aprimoramento do instrumento e na sua validação, possibilitando a sua aplicabilidade em diversas realidades e tendendo a beneficiar os pacientes por meio de um gerenciamento adequado do seu nível de sedação.

5. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados a seguir, referem-se à validação de conteúdo do instrumento lista de verificação (*checklist*). A discussão dos resultados, por uma opção didática, será articulada com a apresentação dos resultados.

5.1 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO

Foram convidados 12 médicos e 42 enfermeiros para serem especialistas e participarem da validação de conteúdo, sendo que 29 especialistas retornaram com o instrumento respondido.

Entre os que fizeram parte da amostra, 6 eram médicos e 23, enfermeiros. No que se refere ao tempo de experiência, todos possuíam mais de dois anos. Salienta-se, ainda, que o tempo de experiência atingiu a 30 anos de atuação na área. As idades variaram entre 27 e 52 anos tendo, então, a média de especialistas na faixa etária adulta jovem.

Quanto à titulação, 13 enfermeiros eram especialistas em UTI ou Alta complexidade e 10 possuíam título a nível de mestrado/ doutorado. Já os médicos, 2 possuíam residência em UTI ou Alta complexidade, 3 eram especialistas na área e um possuía título a nível de mestrado/ doutorado.

Tendo assim um “perfil de especialistas”, com titulações necessárias para participação da pesquisa, não houve nenhuma exigência em relação à pesquisas/publicações na área, e sim experiência clínica de, no mínimo, dois anos, visto que este critério era fundamental para uma melhor avaliação do instrumento e da sua confiabilidade. O “perfil de especialistas” que compuseram a amostra de avaliadores neste estudo, chama a atenção devido à experiência e conhecimento técnico/científico de cada especialista em relação ao que se desejava validar.

Outras características quanto aos especialistas podem ser observadas. Vale ressaltar que obtivemos enfermeiros e médicos que trabalham tanto na rede pública quanto na rede privada, e que foi na rede pública que encontramos os profissionais que participaram da criação do *checklist* e que, de alguma forma, utilizaram/utilizam o instrumento em sua prática cotidiana.

Tabela 1 – Dados referentes aos especialistas que compuseram a amostra

Especialistas	N	%
Idade em anos (média)	37 (27 – 52)	-
Profissão		
Enfermeiro	23	79,3
Médico	06	20,7
Tempo de atuação profissional em anos (média)	11 (2 – 30)	-
Pós-graduação		
Residência	02	6,9
Especialização	16	55,2
Mestrado / doutorado	11	37,9

Fonte: dados extraídos do questionário enviado aos especialistas via correio eletrônico.

O instrumento original possuía 15 itens e, inicialmente, os especialistas avaliaram-no por meio da escala tipo Likert de sete pontos e de um espaço para observações.

Após a leitura dos questionários sobre o instrumento lista de verificação (*checklist*) e a tabulação dos dados, na primeira rodada, procedeu-se a sua organização em tabela para a avaliação da concordância entre os especialistas (quadro 1).

Quadro 1 – Itens considerados como validados após a primeira rodada

ITEM	CVI
2. Citar a sedação (fármaco) utilizada	.96
3. Checar se há analgésico prescrito	.96
4. Checar se há benzodiazepínico prescrito	.79
7. Avaliar Nível de Sedação-Agitação (SAS) de 1/1h nas primeiras 6 horas	.83
11. Caso SAS \geq 5 - 1º Passo - Avaliar Sinais Vitais	.93
12. Caso SAS \geq 5 - 2º Passo - Avaliar Parâmetros Ventilatórios	.89
13. Caso SAS \geq 5 - 3º Passo - Avaliar a dor através da Escala BPS	.86
14. Caso SAS \geq 5 - 4º Passo - Comunicar à equipe médica para rever a dose do fármaco	.89

Fonte: dados extraídos do questionário enviado aos especialistas, via correio eletrônico.

Houve uma concordância na avaliação individual realizada pelos especialistas no que se refere à avaliação dos itens que compuseram o instrumento. Entre os 15 itens, 8 alcançaram a concordância, não necessitando de nova reformulação.

Os itens 02 e 03 foram os que obtiveram maior concordância, sendo apenas uma não concordância. O item 02 referia-se a “Citar a sedação (fármaco) utilizada” e o item 03, a “Checar se há analgésico prescrito”.

Dentre os 15 itens avaliados, 2 tiveram CVI = 0.96 e os outros 06 tiveram CVI = entre 0.93 – 0.79 atendendo assim ao critério de Lynn de, no mínimo, 0.78 (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; POLIT; BECK, 2006; LYNN, 1986).

Pode-se supor que a elevada concordância observada nestes itens tenha sido pelo fato de os especialistas possuírem elevada experiência clínica, e por se tratar da avaliação de um procedimento realizado no cotidiano da prática assistencial do intensivista.

Pode-se supor, ainda, que estes itens de menor concordância (quadro 2) se devam a particularidades do “Despertar diário” levando à realidade local ou até à má interpretação/formulação dos itens em questão.

Quadro 2 – Itens considerados como não validados após a primeira rodada

ITEM	CVI
1. Citar o nome do paciente	.69
5. Checar se há antipsicótico prescrito	.76
6. Interromper a sedação às 8h	.52
8. Após a 6 ^a hora, reavaliar Nível de Sedação-Agitação (SAS) se necessário	.72
9. Estipular a 12 ^a hora como a última para avaliação do Nível de Sedação-Agitação (SAS)	.48
10. Retornar com a sedação após a 12 ^a hora	.20
15. Falha nos 4 Passos - Retornar com a sedação na dose prescrita anteriormente	.52

Fonte: dados extraídos do questionário enviado aos especialistas via correio eletrônico.

Destes itens não validados, os que tiveram maior CVI e ficaram próximos de chegar a uma concordância foram os seguintes: “Checar se há antipsicótico prescrito” e “Após a 6^a hora, reavaliar Nível de Sedação - Agitação (SAS) se necessário”. Os antipsicóticos não são fármacos de uso habitual como analgésicos e sedativos, por isso, não foi descartado a possível preocupação dos especialistas em mantê-lo no *checklist*, porém, é um medicamento de escolha para Tratamento do *Delirium*, e mantê-lo no questionário vai de acordo com as clínicas que possam vir a necessitar do uso deste fármaco.

Já a avaliação do SAS após a 6ª hora se necessário, de fato, deixa o item sem muita confiabilidade; a expressão “se necessário” não induz, obrigatoriamente, que o profissional avalie de fato o paciente após a 6ª hora, ficando em aberto e a critério do mesmo a frequência com que será feita esta avaliação. E de fato, o período em que o paciente estiver sem sedação, visando a sua segurança, precisa ficar preestabelecido um tempo certo de avaliação.

Os três últimos itens do quadro 2 tiveram os menores CVI, e por isso, os mais preocupantes foram: “Estipular a 12ª hora como a última para avaliação do Nível de Sedação-Agitação (SAS)”; “Retornar com a sedação após a 12ª hora” e “Falha nos 4 Passos - Retornar com a sedação na dose prescrita anteriormente”. Talvez por uma falha no entendimento da dinâmica do “Despertar Diário”, estes itens foram reformulados para a rodada seguinte.

O "Despertar Diário" tem como objetivo desligar a sedação, mas também retorná-la em algum momento. Por isso, a 12ª hora foi preestabelecida como limite para avaliação do paciente. Neste momento, deverá ser avaliado se o retorno da sedação é clinicamente indicado. No caso, avaliar a necessidade de retorno da sedação também é considerado, pois, em algum momento, o paciente pode evoluir bem ou até evoluir para um desmame da VM, não necessitando mais do uso da sedação.

A falha nos 4 passos são: 1- Avaliar Sinais Vitais; 2- Avaliar Parâmetros Ventilatórios; 3- Avaliar a Dor através da Escala BPS e 4- Comunicar à equipe médica para rever a dose do fármaco.

São avaliações que podem atuar contra um quadro de dor, caso o paciente esteja mal adaptado à VM, entre outras intercorrências, por estar mais desperto. Se houver falha nos 4 passos, aí sim, será necessário retornar com a sedação na dose prévia.

Também foi considerada, neste momento, a avaliação qualitativa que existe ao final de cada questionário, feita por um especialista na primeira rodada:

E1: “Retornar a sedação após a décima segunda hora de avaliação do SAS se necessário. E se necessário retornar com sedação, retornar primeiramente com a metade da dose prescrita”.

Diante disso, alguns itens foram reformulados, outros justificados e os especialistas foram novamente convidados, via correio eletrônico, para uma segunda rodada. Após ressaltar a importância e relevância dos itens não validados em se manterem no *checklist*, com o apoio de referências bibliográficas, uma elevada concordância pode ser observada como no quadro 3, a seguir:

Quadro 3 – Itens considerados como validados após a segunda rodada

ITEM	CVI
5. Checar se há antipsicótico prescrito	.95
9. Na 12ª hora após a interrupção, avaliar a necessidade de retorno da sedação ou se clinicamente indicada	.89
15. Em caso de falha nos 4 passos anteriores: Retornar com a sedação na dose descrita no item 2	.100

Fonte: dados extraídos do questionário enviado aos especialistas via correio eletrônico.

Com base no CVI dos três itens validados, mostrados no quadro 3, observa-se que embasar cada item em literatura de forma explicativa, auxiliou na tomada de decisão do especialista, contribuindo para a validação dos itens. O item número 15 chegou até 100% de validação, com concordância de todos.

Cabe ressaltar que na segunda rodada, entre os 29 especialistas que haviam aceitado participar do estudo, 19 retornaram com o instrumento avaliado.

Alguns itens continuaram sem a validação, conforme pode ser visto no quadro 4.

Quadro 4 – Itens considerados como não validados após a segunda rodada

ITEM	CVI
1. Citar o nome do paciente	.73
6. Interromper a sedação às 06h	.68
8. Após a 6ª hora, reavaliar Nível de Sedação-Agitação (SAS) de 2/2h e se necessário	.73
10. Retornar a infusão da sedação com a metade da dose descrita no item 2	.63

Fonte: dados extraídos do questionário enviado aos especialistas via correio eletrônico.

Pode-se dizer que o Item 1 “Citar o nome do paciente”, mesmo com a citação do Protocolo de Segurança do Paciente – ANVISA: Identificação do Paciente: 1º Passo para a Segurança do Paciente, nesta segunda rodada, teve o seu CVI aumentado de .69 para .73, porém, ainda sem atingir a validação.

No Item 6 foi sugerida a mudança de “Interromper a sedação às 08h” para “Interromper a sedação às 06h”. Considerando o ciclo de sono e vigília fisiológico e a duração do efeito do fármaco, o horário para interrupção da sedação foi reajustado para 06h, como preconiza a AMIB. O CVI aumentou de .52 para .68, porém, também sem alcançar a validação.

No Item 8 “Após a 6ª hora, reavaliar Nível de Sedação-Agitação (SAS) de 2/2h e se necessário”, não apenas se necessário, mas foi preestabelecido um tempo de 2/2h para avaliação neste momento, resultando em alterações não significativas no CVI, que foi de .72 para .73. E o Item 10 “Retornar a infusão da sedação com a metade da dose descrita no item 2”, também foi reformulado e saltou de um CVI de .20 para .63 após a menção que o intuito é

diminuir o volume da infusão do fármaco a ser administrada ao paciente, caso o mesmo tolere e o deixe confortável.

Todos estes Itens não validados, foram novamente considerados para reformulação e os especialistas foram novamente convidados via correio eletrônico para uma terceira rodada.

Quadro 5 – Itens considerados como validados após a terceira rodada

ITEM	CVI
1. Identificação do paciente	.100
10. Avaliar a condição de retornar a infusão da sedação com a metade da dose prévia	.80

Fonte: dados extraídos do questionário enviado aos especialistas via correio eletrônico.

Entre os 19 especialistas que responderam ao instrumento na segunda rodada, 15 retornaram as respostas na terceira rodada.

Após a segunda rodada, o Item 1 que antes era “Citar o nome do paciente”, foi modificado para “Identificação do paciente”, e além de reforçar a questão de Segurança do Paciente, já mencionado na segunda rodada, foi também colocado que o *checklist* que será aplicado a determinado paciente, precisará conter nome completo e número do prontuário, e ao término de seu uso, este documento será arquivado ao prontuário físico do mesmo. Diante destas modificações, todos os especialistas estiveram de acordo obtendo, assim, um CVI de .100, conforme visto no quadro 5.

O Item 10 também foi modificado de “Retornar a infusão da sedação com a metade da dose descrita no item 2” para “Avaliar a condição de retornar a infusão da sedação com a metade da dose prévia”, tendo um aumento significativo do CVI de .63 para .80 (Quadro 5).

Acredita-se que este aumento do CVI do Item 10 esteja relacionado a uma possibilidade de se “avaliar” a condição de retornar à infusão com a metade da dose prévia, ficando assim mais coerente e confortável para o profissional que estará aplicando o questionário, podendo primeiramente avaliar se o paciente estará em condições de ter sua sedação reduzida pela metade.

O quadro 6 mostra os itens que continuaram não validados após a terceira rodada.

Quadro 6 – Itens considerados como não validados após a terceira rodada

ITEM	CVI
6. A escolha da hora para interrupção da sedação ficará a cargo do serviço	.66
8. Após a 6ª hora, proceder a avaliação do Nível de Sedação-Agitação (SAS) de 1/1h	.46

Fonte: dados extraídos do questionário enviado aos especialistas via correio eletrônico.

Existiu um número maior de participantes como especialistas que foram convidados por meio da Plataforma Lattes comparados aos que foram convidados de conhecimento da própria autora. Foi observado também, que os especialistas que participaram da criação do *checklist* ou que, de alguma forma, utilizam/utilizaram o instrumento em sua prática cotidiana, participaram em quantidade cada vez menor no decorrer das rodadas.

Cabe ressaltar, que na segunda e terceira rodadas, os especialistas recebiam o formulário via correio eletrônico com a opção para assinar apenas os itens não validados. Seguido de suas respectivas explicações ou aporte literário. Os itens já validados apareciam no formulário para entendimento do contexto, porém, não era possível a sua marcação, ou seja, não eram julgados novamente.

Não foi encontrado na literatura um horário ideal para se interromper a sedação de um paciente crítico na intenção de provocar o seu despertar. Apenas questões acerca do ciclo de sono e vigília fisiológica do paciente e a duração do efeito de cada fármaco em questão. Levando em consideração que cada paciente utiliza um tipo de sedação, com determinado valor de infusão e período, esses fatores podem influenciar na decisão do horário de interrupção e no seu despertar. Fatores gerenciais de cada serviço, horário de troca de plantão e de outras diversas rotinas existentes em UTI, podem influenciar diretamente na decisão para o melhor horário para interrupção da sedação. Um exemplo disso também pode ser visto na avaliação qualitativa feita por um especialista logo na primeira rodada:

E2: “Quanto ao tempo de avaliação após o despertar diário, deve ser considerado caso o paciente não desperte, o peso, função renal e hepática. Esse perfil de paciente pode ter maior tempo para o despertar”.

Por estes motivos, após serem sugeridos dois horários para interrupção da sedação (6h e 8h respectivamente), porém sem atingir a concordância, optamos por manter a última opção que nos foi sugerida: “A escolha da hora para interrupção da sedação ficará a cargo do serviço”. No instrumento final, este Item 6 virá com um campo para preenchimento: “Interrompida a sedação às: _____”, como forma de protocolar o horário. As demais etapas do *checklist* procederão conforme foram estruturadas. A decisão quanto ao horário do despertar ficará a cargo do serviço e, sugere-se, combinada entre equipe médica e de enfermagem.

Houve também uma dificuldade de se chegar a uma concordância quanto ao tempo de avaliação após a 6ª hora. Foi sugerido reavaliar o nível de Sedação-Agitação (SAS) após a 6ª hora, se necessário; de 2/2h e, se necessário; e por último, de 1/1h, porém, sem atingir a validação, visto que a última opção obteve o CVI de menor valor .46 e as duas primeiras opções ficaram mais próximas a validação.

Desta forma, para facilitar o profissional que irá realizar estas avaliações, foi sugerido que o Item 8 proceda da seguinte forma: “Após a 6ª hora, proceder a avaliação do Nível de Sedação-Agitação (SAS) no mesmo horário de checagem dos sinais vitais”, no intuito também de diminuir possíveis resistências em reavaliar o paciente. Em caso de aferição de sinais vitais maior que 2h, recomenda-se fortemente a avaliação em menor período.

Este estudo utilizou como método de validação, a de conteúdo, outras rodadas não serão feitas pois acredita-se que outras modificações no instrumento não serão mais possíveis neste momento, podendo vir a descaracterizá-lo.

O fato de dois itens não terem sido validados, pode estar associado à diminuição do número de especialistas ao longo das rodadas, e por mais que estes dois itens não tenham sido validados, acredita-se que isso não prejudicará o uso do instrumento.

A aplicação do instrumento na prática cotidiana pode vir a contribuir para a sua validação clínica, trazer as respostas e auxiliar na validação destes itens que não puderam ser validados neste momento.

Entre os 15 itens, 13 foram validados, e dois não o foram. Apresenta-se no quadro 7 a relação final do instrumento.

Quadro 7 – Redação final dos itens após três rodadas de avaliação

ITEM	CVI
1. Identificação do paciente	.100
2. Citar a sedação (fármaco) utilizada	.96
3. Checar se há analgésico prescrito	.96
4. Checar se há benzodiazepínico prescrito	.79
5. Checar se há antipsicótico prescrito	.95
6. A escolha da hora para interrupção da sedação ficará a cargo do serviço	.66
7. Avaliar Nível de Sedação-Agitação (SAS) de 1/1h nas primeiras 6 horas	.83

8. Após a 6ª hora, proceder a avaliação do Nível de Sedação-Agitação (SAS) de 1/1h	.46
9. Na 12ª hora após a interrupção, avaliar a necessidade de retorno da sedação ou se clinicamente indicada	.89
10. Avaliar a condição de retornar a infusão da sedação com a metade da dose prévia	.80
11. Caso SAS \geq 5 - 1º Passo - Avaliar Sinais Vitais	.93
12. Caso SAS \geq 5 - 2º Passo - Avaliar Parâmetros Ventilatórios	.89
13. Caso SAS \geq 5 - 3º Passo - Avaliar a dor através da Escala BPS	.86
14. Caso SAS \geq 5 - 4º Passo - Comunicar à equipe médica para rever a dose do fármaco	.89
15. Em caso de falha nos 4 passos anteriores: Retornar com a sedação na dose descrita no item 2	.100

Fonte: dados extraídos do questionário enviado aos especialistas via correio eletrônico.

Com base nos resultados obtidos, pode-se dizer que o instrumento apresentou indicadores psicométricos de validade de conteúdo aceitáveis, o que denota tratar-se de um instrumento que pode ser utilizado em pacientes internados em UTI. Apresenta-se, portanto, um instrumento válido, que poderá permitir uma melhor identificação dos agravos e o uso de estratégias adequadas para tomada de decisão, no que diz respeito ao gerenciamento do despertar diário de pacientes críticos.

A validação de conteúdo do instrumento “LISTA DE VERIFICAÇÃO (CHECKLIST) PARA O GERENCIAMENTO DO DESPERTAR DIÁRIO DE PACIENTES CRÍTICOS”, após avaliação por especialistas, que considerou o conhecimento prévio e opinião dos mesmos, o instrumento constituído por 15 itens manteve os atributos, foram reformulados seis itens e nenhum foi excluído. Os itens que foram modificados encontram-se no quadro 8.

Quadro 8 – Comparação dos itens que foram modificados após as três rodadas

ITENS INICIAIS

ITENS FINAIS

1. Citar o nome do paciente	1. Identificação do paciente
6. Interromper a sedação às 08h	6. Interrompida a sedação às: _____
8. Após a 6ª hora, reavaliar Nível de Sedação-Agitação (SAS) se necessário	8. Após a 6ª hora, proceder à avaliação do Nível de Sedação-Agitação (SAS) no mesmo horário de checagem dos sinais vitais
9. Estipular a 12ª hora como a última para avaliação do Nível de Sedação-Agitação (SAS)	9. Na 12ª hora após a interrupção, avaliar a necessidade de retorno da sedação ou se clinicamente indicada
10. Retornar com a sedação após a 12ª hora	10. Avaliar a condição de retornar a infusão da sedação com a metade da dose prévia
15. Falha nos 4 passos retornar com a sedação na dose prescrita anteriormente	15. Em caso de falha nos 4 passos anteriores: Retornar com a sedação na dose descrita no item 2

Fonte: dados extraídos do questionário enviado aos especialistas via correio eletrônico.

6. CONCLUSÃO

De uma maneira geral, este estudo de validação forneceu melhor direção para a revisão da medida investigada. O instrumento foi considerado como válido para o gerenciamento do “despertar diário”. Os resultados apresentados contribuem para o incremento do conhecimento na temática. O instrumento validado é adequado para ser utilizado por profissionais que atuam em UTI, o que o torna uma inovação no contexto dos cuidados a esta clientela.

Apesar da viabilidade de utilização do *checklist*, apontada pela sua validação de conteúdo e avaliação pelos especialistas, é necessário que novos estudos sejam realizados, a fim de investigar a efetividade do material e a apreensão do conhecimento dos enfermeiros a partir da sua utilização.

Entre os 15 itens propostos, 13 foram validados e dois não o foram. A participação de médicos e enfermeiros como peritos demonstrou apoio e valorização da sistemática de trabalho em equipe, e aponta para a possibilidade de incluir profissionais com diferentes formações acadêmicas em estudos que envolvem o consenso de peritos, agregando conhecimento e experiência para o alcance dos objetivos.

Pode-se dar continuidade a esta pesquisa com outros estudos, incluindo a validação de conteúdo de dois itens não contemplados na terceira etapa do estudo de validação. Além disso, o desenvolvimento da validação clínica por especialistas poderá oferecer evidências mais sólidas para a adequação destes itens e sua aplicação na prática clínica.

Como limitações desta pesquisa, menciona-se o número reduzido de aceites para participação da pesquisa e, posteriormente, como dificuldade, o retorno do instrumento respondido. Acredita-se que isto não interferiu significativamente no resultado final da pesquisa. Entretanto, sugere-se considerar tais aspectos em outras pesquisas que forem utilizar tal metodologia.

Espera-se que o instrumento “LISTA DE VERIFICAÇÃO (CHECKLIST) PARA O GERENCIAMENTO DO DESPERTAR DIÁRIO DE PACIENTES CRÍTICOS” em questão, possa ser utilizado em várias pesquisas desenvolvidas em diversas localidades no Brasil e, conseqüentemente, contribuir para o avanço no conhecimento sobre as atividades desenvolvidas pelos profissionais. A partir deste conhecimento, será possível proporcionar ações que visem o cuidado baseado em evidências científicas, impactando de forma positiva na prática clínica e, por conseguinte, na qualidade de vida de pacientes críticos internados em UTI.

A versão final do instrumento será disponibilizada para o Hospital de origem e por acesso eletrônico para os demais hospitais interessados.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, Neusa; COLLUCI, Marina. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 7, p. 3061-68, 2008.
- ABNT NBR ISO 31000. NORMA BRASILEIRA. Gestão de Riscos – princípios e diretrizes, 2009.
- AUGUSTES, K.M.H.O. Meta-analysis of randomised controlled trials on daily sedation interruption for critically ill adult patients. *Anesth Intensive Care*, Australia, v. 39, n. 3, p. 401-9, may, 2011.
- BARR, Juliana et al. Diretrizes para prática clínica da gestão da dor, agitação e *delirium* em pacientes adultos na Unidade de Terapia Intensiva. *Critical Care Medicine*, 2002.
- BELLUCCI JÚNIOR, José; MATSUDA, Laura. Construção e validação de instrumento para avaliação do acolhimento com Classificação de Risco. *Rev Bras Enf.*, Brasília, v. 65, n. 5, p. 751-7, set-out, 2012.
- BRESOLIN, N.L.; FERNANDES, V.R. Sedação, analgesia e bloqueio neuromuscular. AMIB – Associação de Medicina Intensiva Brasileira, p. 1-24.
- CHEN, Xiaojuan. Daily sedation interruption in Critically III Patients on Mechanical Ventilation. *Cochrane Corner*. [s.l.], v. 115, n. 5, p. 21, may, 2015.
- DALMORO, Marlon; VIEIRA, Kelmara. Dilemas na construção da Escala Tipo Likert: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados? *Rev Gestão Organizacional*, v. 6, p. 161-74, 2023.
- FLYNN, Mary. Daily sedation interruption: current state of the science. Critical Care Connection. *Journal of Perianesthesia Nursing*, [s.l.], v. 29, n. 6, p. 501-3, dec, 2014.
- GOLDWASSER, Rosane et al. III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica: desmame e interrupção da ventilação mecânica. *J. Bras Pneumol* (s.l.), v. 33, n. 2, p. 128-36, 2007.
- GRAP, Mary et al. Sedations in adult receiving mechanical ventilation: physiological and comfort outcomes. *American Journal of Critical Care*. [s.l.], v. 21, n. 3, p. 53-63, may, 2012.
- HAYNES, Stephen; RICHARD, David; KUBANY, Edward. Content validity in psychological assesment: a funcional approach to concepts and methods. *Psychological Assessment*, v. 7, n. 3, p. 238-47. sept, 1995.

- HOSS, Marcelo; CATEN, Carla. Processo de validação interna de um questionário em uma Survey Reseach sobre ISSO 9001:2000. *Produto & Produção*, v. 11, n. 2, p. 104-119, jun, 2010.
- LEARKNER, Eva; EGEROD, Ingrid; PLOUG, Helle. Intensive and Critical Care Nursing. Nurses' experience of caring for critically ill, non-sedated, mechanically ventilated patients in the Intensive Care Unit: a qualitative study. [s.l.], Elsevier, 31, p. 196-204, 2015.
- LINDA, L. et al. Oatuebt-controlled sedation a novel approach to sedation management for mechanically ventilated patients. *Chest*, [s.l.], v. 138, n. 5, p. 1045-53, nov, 2010.
- LINN, M.R. Determination and quantification of content validity. *Nursing Researgh*, New York, v. 35, n. 6, p. 382-5, nov-dez, 1986.
- LISA, Burri et al. Daily sedation interruption *versus* no daily sedation interruption for critically ill adult patient requiring invasives mechanical ventilation (reviw). The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons. Ltd; [s.l.]. 2014.
- MAHAD, A. et al. Effect of protocolized sedation on clinical outcomes in mechanically ventilated intensive care unit patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Maio Clin Proc.* (s.l), v. 90, n. 5, p. 613-23, may, 2015.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. DOU nº 12, seção 1, p.59. 13 jun, de 2013.
- MORETE, Márcia et al. Escala de dor (*Behavioral Pain Scale*). Tradução e adaptação da versão portuguesa (Brasil). *Rev Bras Terap Intensiva*, v. 26, n. 4, p. 373-78, 2014.
- OLIVEIRA, Aminna et al . Validação de instrumento para punção venosa periférica com cateter agulhado. *Rev Rene*, v. 16, n. 2, p. 176-84. mar-abr, 2015.
- PERROCA, Márcia; GAIDZINSKI, Raquel. Sistema de Classificação de Pacientes: construção e validação de um instrumento. *Rev Esc Enf USP*, v. 32, n.2, p. 153-68, ago, 1998.
- PERROCA, Márcia; GAIDZINSKI, Raquel. Instrumento de Classificação de Pacientes de Perroca: teste de confiabilidade pela concordância entre avaliação-correlação. *Revv Esc Enf USP*, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 245-52, 2002.
- POH, Ya et al. Sedation Guidelines, Protocols and Algorithms In PICUs: a sistematic review. *Pediatric Critical Care Medicine*. Copyright. [s.l.]. 2014.
- POLIT, D.F.; BECK, C.T. Content Validity Index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing* , New York, v. 29, n. 5, p. 489-97, oct, 2006.

- POLIT, D.F.; BECK, C.T. *Pesquisa em Enfermagem*. 7.ed. São Paulo: Artmed, 2011.
- POTT, Francis... et al. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. *Rev Bras Enf*, Brasília, v. 66, n. 2, p. 174-9, mar-abr, 2013.
- RANDEN, Irene; LERDAL, Annars; BJORK, Ida. Nurse's perception of unpleasant symptoms and signs in ventilated and sedated patients. *British Association of Critical Care Nurses*, [s.l.], v. 18, n. 4, p. 176-86, 2013.
- RIBEIRO, Simone et al. Conhecimento de enfermeiros sobre delirium no paciente crítico: discurso do sujeito coletivo. *Texto Contexto Enf.*, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 513-20, abr-jun, 2015.
- RODRIGUES, Joaquim et al. Validação de conteúdo da escala de auto-percepção do estado da saúde familiar utilizando a técnica Delphi. *Revv Laino-Am. Enf*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, [09 telas], mar-abr, 2013.
- RIOKO, Kimiko. Analgesia e sedação em Unidade de Terapia Intensiva. *Revv Bras Anesthesiol*. Elsevier, [s.l.], v. 60, n. 6, p. 648-58, nov-dez, 2010.
- RODRIGUES, Yarla et al. Ventilação Mecânica: evidências para o cuidado de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enf*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 789-95, out-dez, 2012.
- ROSE, Louise et al. Clinical perspective on protocols designed to minimize sedation. *Journal of Critical Care*. Elsevier Inc. [s.l.], v. 30, p. 348-52, 2015.
- RUPPENTHAL, Janis. *Gerenciamento de risco*. e-Tec Brasil. Santa Maria (RS), 2013.
- SALOMÉ, Geraldo; ESPÓSITO, Vitória; SILVA, Gilberto. O ser profissional de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Acta Paul Enf*, São Paulo, v. 21, n. 22, p. 294-99, 2008.
- SHINOTSUKA, Cassia; SALLUH, Jorge. Percepções e práticas sobre *delirium*, sedação e analgesia em pacientes críticos: uma revisão narrativa. *Rev Bras Ter Intensiva*, v. 25, n. 2, p. 155-161, 2013.
- SILVA, Rudval; PEREIRA, Álvaro; MUSSI, Fernanda. Conforto para uma boa morte: perspectivas de uma equipe de enfermagem intensivista. *Esc Anna Nery Rev Enf*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 40-46, jan-mar, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar de um estudo cujo título é: “VALIDAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO (CHECKLIST) PARA O DESPERTAR DIÁRIO DE PACIENTES CRÍTICOS”. OBJETIVO DO ESTUDO: Validar o instrumento lista de verificação (*checklist*) “Despertar diário de sedação” para auxiliar no despertar diário de pacientes críticos internados em UTI. ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: O Sr (a). tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para aprimorar e posteriormente validar o referido “Checklist”. Caso não queira participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional. PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se decidir integrar este estudo, responderá a um questionário online semi-estruturado, podendo ou não fazer alguma consideração relevante ao final, bem como utilizaremos seu trabalho final como parte do objeto de pesquisa. RISCOS: Considera-se o risco baixo neste estudo, pois o Sr (a). pode achar que determinadas perguntas não foram bem estabelecidas, porque os itens citados foram decorrentes da prática do uso do referido “Checklist”. Podendo assim, escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado (a). BENEFÍCIOS: Sua participação ajudará a aprimorar o instrumento, não sendo necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo estará fornecendo mais informações sobre o assunto em questão e contribuindo na validação do instrumento abordado. CONFIDENCIALIDADE: Seu nome não aparecerá no estudo, bem como no questionário a ser preenchido. Nenhuma publicação revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, a pesquisadora não divulgará nenhum dado de pesquisa no qual esteja identificado. Caso haja interesse da menção do nome como colaborador (a), contactar a investigadora para a autorização para a citação. DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO por meio do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Mestrado Profissional (PPGSTEH) sendo a mestranda Juliana Tavares de Lima a pesquisadora principal, sob a orientação da Professora Dr^a Renata Flavia Abreu da Silva. A investigadora está disponível para responder a qualquer dúvida que o tenha. Caso seja necessário, contate no telefone (32) 99104-6866 ou e-mail julianatdl@gmail.com, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone (21) 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail.com O Sr (a). terá uma via deste documento assinado enviado via correio eletrônico para a sua guarda.

EU ACEITO

EU NÃO ACEITO

APÊNDICE 2

LISTA DE VERIFICAÇÃO (CHECKLIST) PARA O GERENCIAMENTO DO DESPERTAR DIÁRIO DE PACIENTES CRÍTICOS

1. Nome:	Prontuário:	Data:
2. Sedação e dose utilizada:		
3. Analgésico prescrito:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual? _____ Foi necessário administrar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
4. Benzodiazepínico prescrito:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual? _____ Foi necessário administrar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
5. Antipsicótico prescrito:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual? _____ Foi necessário administrar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
6. Interrompida a sedação às:		
7. Avaliar Nível de Sedação-Agitação (SAS) de 1/1h nas primeiras 6 horas:		
1ª hora - Avaliar Nível de Agitação (SAS): _____		
2ª hora - Avaliar Nível de Agitação (SAS): _____		
3ª hora - Avaliar Nível de Agitação (SAS): _____		
4ª hora - Avaliar Nível de Agitação (SAS): _____		
5ª hora - Avaliar Nível de Agitação (SAS): _____		
6ª hora - Avaliar Nível de Agitação (SAS): _____		
8. Após a 6ª hora, proceder à avaliação do Nível de Sedação-Agitação (SAS) no mesmo horário de checagem dos sinais vitais:		
9. 12ª hora - Retorno da sedação clinicamente indicada: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por quê? _____		
10. Avaliar a condição de retornar a infusão da sedação com a metade da dose prévia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
11. Caso SAS \geq 5 1º Passo - Avaliar Sinais Vitais: PA: _____ x _____ mmHg PAM: _____ FC: _____ bpm FR: _____ irpm SpO2: _____ %	12. Caso SAS \geq 5 2º Passo - Avaliar Parâmetros Ventilatórios: VC: _____ Pressão Pico: _____ Fluxo: _____ FiO2: _____ Frequência: _____ PEEP: _____	

13. Caso SAS \geq 5 3º Passo - Avaliar a dor através da Escala BPS: _____	14. Caso SAS \geq 5 4º Passo - Comunicar à equipe médica para rever a dose do fármaco: Necessário ajuste: () Sim () Não
15. Em caso de falha nos 4 passos anteriores: Retornar com a sedação na dose descrita no item 2:	

Sedation Agitation Scale (SAS):

7 Agitação Perigosa	Ansiedade severa, sudorese, traciona a cânula traqueal, tentando remover cateteres com movimentos de um lado para outro.
6 Muito agitado	Não permanece calmo, a despeito de ordem verbal frequente com o paciente, necessita restrição física, morde a cânula traqueal.
5 Agitado	Ansioso ou levemente agitado. Calmo quando se passa instruções verbais.
4 Calmo e cooperativo	Calmo, desperta facilmente e segue comandos.
3 Sedado	Difícil para despertar, alerta a estímulo verbal ou a um movimento gentil, obedece a comandos simples.
2 Muito sedado	Acorda a estímulo físico, mas não responde a comandos, movimentos espontâneos ocasionais.
1 Não responsivo	Mínima ou nenhuma resposta a estímulo, não responde a comandos, sem movimento espontâneo, ausência de tosse.

Behavioural Pain Scale (BPS):

Item	Descrição	Escore
Expressão facial	Relaxada	1
	Parcialmente tensa (por exemplo, abaixa a sobrancelha)	2
	Totalmente tensa (por exemplo, fecha os olhos)	3
	Faz careta: presença de sulco perilabial, testa franzida e pálpebras ocluídas	4
Membros superiores	Sem movimento	1
	Com flexão parcial	2
	Com flexão total e flexão de dedos	3
	Com retração permanente: totalmente contraído	4
Adaptação à ventilação mecânica	Tolera movimentos	1
	Tosse com movimentos	2
	Briga com o ventilador	3
	Incapaz de controlar a ventilação mecânica	4
Total		

APÊNDICE 3

ROTEIRO DE UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO LISTA DE VERIFICAÇÃO (CHECKLIST) PARA O GERENCIAMENTO DO DESPERTAR DIÁRIO DE PACIENTES CRÍTICOS

Nº	AÇÃO	AValiação
1	Identificar o paciente	Feita pelo enfermeiro
2	Checar sedação e dose utilizada	Feita pelo enfermeiro
3	Checar analgésico prescrito	Feita pelo enfermeiro
4	Checar benzodiazepínico prescrito	Feita pelo enfermeiro
5	Checar antipsicótico prescrito	Feita pelo enfermeiro
6	Definir o horário de interrupção da sedação	Acordado entre médicos e enfermeiros
7	Avaliar Nível de Sedação-Agitação (SAS) de 1/1h nas primeiras 6 horas	Feita pelo enfermeiro <ul style="list-style-type: none"> • Com colaboração de todos da equipe (médico, fisioterapeuta e técnico de enfermagem)
8	Após a 6ª hora, avaliar Nível de Sedação-Agitação (SAS) no mesmo horário de checagem dos sinais vitais	Designado ao técnico de enfermagem responsável pelo paciente, sob a supervisão do enfermeiro
9	Retornar com a sedação se clinicamente indicada	Decisão médica
10	Retornar a infusão da sedação com a metade da dose prévia	Decisão médica
11	Caso SAS ≥ 5 1º Passo - Avaliar Sinais Vitais	Feita pelo enfermeiro

12	Caso SAS ≥ 5 2º Passo - Avaliar Parâmetros Ventilatórios	Feita pelo fisioterapeuta (na ausência do profissional, proceder avaliação pelo enfermeiro ou médico)
13	Caso SAS ≥ 5 3º Passo - Avaliar a dor através da Escala BPS	Feita pelo enfermeiro
14	Caso SAS ≥ 5 4º Passo - Rever a dose do fármaco	Decisão médica
15	Falha nos 4 passos anteriores: Retornar com a sedação na dose descrita no N° 2	Feita pelo enfermeiro

NOTA: A decisão se será provocado o “Despertar Diário” em determinado paciente, deverá ser discutida por médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, por isto também, os *rounds multidisciplinares* são tão indicados. É importante o conhecimento, participação e empenho de todos da equipe. É sugerido que anotações sejam realizadas no prontuário do paciente por todos os profissionais, principalmente em caso de intercorrências que lhes competem. Lembrando que a responsabilidade pela abertura, manutenção e guarda do *Checklist* é de competência do enfermeiro, assim como a evolução de enfermagem. Em caso de eventos adversos, que são os incidentes relacionados à assistência, deverão ser notificados como preconiza a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. O *checklist* sem dúvidas é para agregar ao tratamento do paciente, respeitando acima de tudo sua segurança e integridade.

ANEXOS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: LISTA DE VERIFICAÇÃO (CHECKLIST) PARA O GERENCIAMENTO DO
DESPERTAR DIÁRIO DE PACIENTES CRÍTICOS

Pesquisador: Juliana Tavares de Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62771416.7.0000.5285

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.869.349

Apresentação do Projeto:

O presente estudo caracteriza-se como metodológico e de abordagem quantitativa para a validação do instrumento do tipo lista de verificação (checklist) “Despertar Diário de Sedação”.

A população-alvo serão profissionais de saúde considerados como especialistas para a validação de conteúdo convidados a participar do estudo. A

busca por estes especialistas se dará por meio do currículo disponibilizado pela Plataforma Lattes do portal Conselho Nacional de Desenvolvimento

Científico e Tecnológico (CNPq) usando-se como palavras-chave: “Unidade de Terapia Intensiva”, “Sedação” e “Protocolo Assistencial”.

A amostragem será intencional e por meio de leitura do texto inicial e à adequação aos critérios de inclusão, conforme os currículos forem sendo

acessados. Salienta-se que estão sendo considerados tanto médicos como enfermeiros como participantes do estudo e alguns serão abordados

pessoalmente pela pesquisadora principal, ocasião em que formalizará o convite para participarem do estudo, devido ao seu conhecimento de especialistas na área de Terapia Intensiva.

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.869.349

Após o convite aos especialistas e seu aceite em participar do estudo, será enviado o link do formulário via correio eletrônico, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A amostra se dará com base nos critérios de inclusão e exclusão.

O presente estudo não pretende implementar intervenção alguma, será realizada a adequação do instrumento denominado Checklist “Despertar Diário de Sedação” para a sua validação. O instrumento em apreço consiste em uma lista de verificação (checklist) que visa avaliar o nível de

agitação dos pacientes críticos e identificar os que se encontram em condições de terem a sua sedação suspensa momentaneamente. O

instrumento também apresenta uma escala para avaliação do nível de sedação/agitação e outros itens, conforme anexo.

Portanto, apresenta-se como proposta de produto: validação do instrumento tipo checklist “Desperta Diário de Sedação”, com vistas a possibilitar o seu uso de forma abrangente

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Validar o instrumento lista de verificação (checklist) “Despertar diário de sedação” para o gerenciamento do despertar diário de pacientes críticos internados em UTI.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O presente estudo não pretende implementar intervenção alguma, e como a coleta de dados se dará para adequação do instrumento para validação, considera-se, portanto, o risco do estudo como baixo.

Benefícios:

Apontam-se benefícios indiretos como a participação dos especialistas e a sua ajuda no aprimoramento do instrumento e na sua validação, possibilitando a sua aplicabilidade em diversas realidades e tendendo a beneficiar aos pacientes por meio de um gerenciamento adequado do seu nível de sedação

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.869.349

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De relevância científica

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados TCLE, FOLHA DE ROSTO E AUTORIZAÇÃO.

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_837753.pdf	05/12/2016 15:08:10		Aceito
Outros	instrumento_coleta_dados.docx	05/12/2016 14:56:05	Juliana Tavares de Lima	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	05/12/2016 14:55:28	Juliana Tavares de Lima	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_compromisso.pdf	05/12/2016 14:53:57	Juliana Tavares de Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_mestrado.docx	05/12/2016 14:53:37	Juliana Tavares de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/12/2016 14:53:18	Juliana Tavares de Lima	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	05/12/2016 14:52:48	Juliana Tavares de Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



Continuação do Parecer: 1.869.349

RIO DE JANEIRO, 15 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Paulo Sergio Marcellini
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

UF: RJ

Telefone: (21)2542-7796

CEP: 22.290-240

Município: RIO DE JANEIRO

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

LISTA DE VERIFICAÇÃO (CHECKLIST) PARA O GERENCIAMENTO DO DESPERTAR DIÁRIO DE PACIENTES CRÍTICOS

Prezado (a)

Devido a sua expertise e conhecimento você está sendo convidado (a) a participar de um estudo sobre validação de um protocolo para o gerenciamento do despertar diário de pacientes críticos que se encontram sob sedação contínua em uma unidade de terapia intensiva (UTI), de forma a possibilitar a tomada de decisão da equipe de saúde no que se refere à interrupção ou não do dripping do sedativo em uso, conforme preconizado pelo protocolo de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica.

Este estudo faz parte de uma dissertação de programa de mestrado profissional, cujo objetivo é:

* Validar o instrumento lista de verificação (checklist) “Despertar diário de sedação” para o gerenciamento do despertar de pacientes críticos internados em UTI.

A sua participação no estudo se compõe em duas fases iniciais:

- 1º - Proceder à leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), descrito abaixo, e, diante do aceite, assinalar o EU ACEITO. Salienta-se que este estudo encontra-se registrado na Plataforma Brasil sobre o CAAE 62771416.7.0000.5285 e parecer de aprovação número 1.869.349.
- 2º - Assinalar, conforme escala tipo Likert de 1 a 7, qual a sua opinião a respeito de cada item proposto. Os itens estarão expostos em frases afirmativas que você pode concordar ou não, conforme a graduação disponível.

Acredita-se que o tempo para o preenchimento do instrumento leve, no máximo, 10 minutos e, diante de alguma sugestão de mudança ou retirada de item, por favor, proceda a avaliação qualitativa disponível ao final.

Como o consenso de especialistas se dará diante da concordância observada entre as respostas, você poderá ser convidado (a) a avaliar este questionário novamente. Uma via do TCLE assinada pela pesquisadora principal lhe será enviado (a) por endereço eletrônico, por esses motivos, o seu e-mail será necessário, porém mantido sob sigilo.

***Obrigatório**

1. Endereço de e-mail *

2. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) *

Você está sendo convidado a participar de um estudo cujo título é: "LISTA DE VERIFICAÇÃO (CHECKLIST) PARA O GERENCIAMENTO DO DESPERTAR DIÁRIO DE PACIENTES CRÍTICOS". OBJETIVO DO ESTUDO: Validar o instrumento lista de verificação (checklist) "Despertar diário de sedação" para o gerenciamento do despertar de pacientes críticos internados em UTI. ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: O Sr (a). tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para aprimorar e posteriormente validar o referido "Checklist". Caso não queira participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional. PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se decidir integrar este estudo, responderá a um questionário online semi-estruturado, podendo ou não fazer alguma consideração relevante ao final, bem como utilizaremos seu trabalho final como parte do objeto de pesquisa. RISCOS: Considera-se o risco baixo neste estudo, pois o Sr (a). pode achar que determinadas perguntas não foram bem estabelecidas, porque os itens citados foram decorrentes da prática do uso do referido "Checklist". Podendo assim, escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado (a). BENEFÍCIOS: Sua participação ajudará a aprimorar o instrumento, não sendo necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo estará fornecendo mais informações sobre o assunto em questão e contribuindo na validação do instrumento abordado. CONFIDENCIALIDADE: Seu nome não aparecerá no estudo, bem como no questionário a ser preenchido. Nenhuma publicação revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, a pesquisadora não divulgará nenhum dado de pesquisa no qual esteja identificado. Caso haja interesse da menção do nome como colaborador (a), assinalar no TCLE a autorização para a citação. DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO por meio do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Mestrado Profissional (PPGSTEh) sendo a mestranda Juliana Tavares de Lima a pesquisadora principal, sob a orientação da Professora Dr^a Renata Flavia Abreu da Silva. A investigadora está disponível para responder a qualquer dúvida que o tenha. Caso seja necessário, contate no telefone (32) 99104-6866 ou e-mail julianat.lima@hotmail.com, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone (21) 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail.com. O Sr (a). terá uma via deste documento assinado enviado via correio eletrônico para a sua guarda.

Marcar apenas uma oval.

- EU ACEITO
- EU NÃO ACEITO

3. Qual a sua formação? *

Marcar apenas uma oval.

- Enfermeiro
- Médico

4. Qual a sua especialidade? *

Marcar apenas uma oval.

- Residência em UTI ou Alta Complexidade
- Pós-graduação em UTI ou Alta Complexidade
- Stricto Sensu

5. Quantos anos atua em UTI? *

6. Qual a sua idade? *

7. 1. Citar o nome do paciente:*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente						

8. 2. Citar a sedação (fármaco) utilizada:*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente						

9. 3. Checar se há analgésico prescrito:*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente						

10. 4. Checar se há benzodiazepínico prescrito:*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente						

11. 5. Checar se há antipsicótico prescrito:*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente						

12. 6. Interromper a sedação às 8h:*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente						

13. 7. Avaliar Nível de Sedação-Agitação (SAS) de 1/1h nas primeiras 6 horas:*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente						

14. 8. Após a 6ª hora, reavaliar Nível de Sedação-Agitação (SAS) se necessário:*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente						

15. 9. Estipular a 12ª hora como a última para avaliação do Nível de Sedação-Agitação (SAS):*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente						

16. 10. Retornar com a sedação após a 12ª hora:*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente						

17. 11. Caso SAS ≥ 5 1º Passo - Avaliar Sinais Vitais:

a. Pressão Arterial (PA) b. Frequência Cardíaca (FC) c. Frequência Respiratória (FR) d. Saturação de Oxigênio (SPO2)

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente						

18. 12. Caso SAS ≥ 5 2º Passo - Avaliar Parâmetros Ventilatórios:

a. Volume-corrente b. Fluxo c. Frequência ventilatória d. Pressão de pico e. Fração inspirada de oxigênio f. Pressões positiva expiratória final (PEEP)

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente						

19. 13. Caso SAS ≥ 5 3º Passo - Avaliar a dor através da Escala BPS:*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente						

20. 14. Caso SAS \geq 5 4º Passo - Comunicar à equipe médica para rever a dose do fármaco:*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente						

21. 15. Falha nos 4 Passos Retonar com a sedação na dose prescrita anteriormente:*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente						

22. Sugestões:

Powered by



LISTA DE VERIFICAÇÃO (CHECKLIST) PARA O GERENCIAMENTO DO DESPERTAR DIÁRIO DE PACIENTES CRÍTICOS

Prezado (a)

Você está sendo convidado (a) a participar da segunda rodada do estudo sobre validação de um protocolo para o gerenciamento do despertar diário de pacientes críticos que se encontram sob sedação contínua em uma unidade de terapia intensiva (UTI), de forma a possibilitar a tomada de decisão da equipe de saúde no que se refere à interrupção ou não do dripping do sedativo em uso, conforme preconizado pelo protocolo de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. Este estudo faz parte de uma dissertação de programa de mestrado profissional, cujo objetivo é:

* Validar o instrumento lista de verificação (checklist) “Despertar diário de sedação” para o gerenciamento do despertar diário de pacientes críticos internados em UTI.

A sua participação no estudo foram compostas em duas fases iniciais:

1º - Leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e, o aceite através do item assinalado "EU ACEITO". Salienta-se que este estudo encontra-se registrado na Plataforma Brasil sobre o CAAE 62771416.7.0000.5285 e parecer de aprovação número 1.869.349.

2º - Assinalado, conforme escala tipo Likert de 1 a 7, a sua opinião a respeito de cada item proposto. Os itens foram expostos em frases afirmativas para que você pudesse concordar ou não, conforme a graduação disponível.

Diante de algumas sugestões de mudança ou retirada de itens, algumas questões foram reformuladas para esta segunda rodada. Por isso, proceda por favor, a avaliação qualitativa disponível ao final.

O consenso de especialistas se da diante da concordância entre as respostas. Alguns itens foram validados devido a elevada concordância, outros não. Por este motivo, você está sendo convidado (a) a avaliar este questionário novamente.

1. Endereço de e-mail *

2. 1. Citar o nome do paciente:

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente						

Identificação do Paciente: 1º Passo para a Segurança do Paciente

A identificação correta do paciente deve ser realizada para evitar inúmeros erros e riscos para a segurança do paciente, como erros na administração de medicamentos. Por se tratar de um Checklist envolvendo analgesia e sedação, e de um documento que será arquivado ao prontuário do paciente ao término de seu uso, é imprescindível citar o nome completo do paciente. Nunca utilize: idade, sexo, diagnóstico, número do leito ou do quarto para identificar o paciente.

Fonte: Protocolo de Segurança do Paciente - Anvisa.

2. Citar a sedação (fármaco) utilizada e valor da infusão:

3. Checar se há analgésico prescrito:

4. Checar se há benzodiazepínico prescrito:

3. 5. Checar se há antipsicótico prescrito:

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente						

Tratamento do Delirium

Os antipsicóticos são utilizados no tratamento da esquizofrenia. Inicialmente batizados de “Neurolépticos”, ou “Tranquilizantes Maiores”. Eles são atualmente agrupados em duas categorias: “Antipsicóticos Típicos” ou “Antipsicóticos Atípicos”. Os antipsicóticos atípicos podem reduzir a duração dos episódios de delirium em pacientes adultos internados em UTI. Manter os antipsicóticos no Checklist vai de acordo com as clínicas que necessitam do uso deste fármaco.

Fonte:

- 1) Mecanismos de ação dos antipsicóticos. Medicina, Ribeirão Preto, 40 (1): 63-71, jan./mar. 2007.
- 2) Diretrizes para a Prática Clínica do Uso Sustentado de Sedativos e Analgésicos em Adultos em Estado Crítico. Critical Care Medicine, em 2002.

4. 6. Interromper a sedação às 06h:

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente						

Considerando o ciclo de sono e vigília fisiológico e a duração do efeito do fármaco, o horário para interrupção da sedação foi reajustado para às 06h.

Fonte: Sedação, Analgesia e Bloqueio Neuromuscular - AMIB.

7. Avaliar Nível de Sedação-Agitação (SAS) de 1/1h nas primeiras 6 horas:

Sedation Agitation Scale (SAS):

- 7 Agitação Perigosa: Ansiedade severa, sudorese, traciona a cânula traqueal, tentando remover cateteres com movimentos de um lado para outro.
- 6 Muito agitado: Não permanece calmo, a despeito de ordem verbal frequente com o paciente, necessita restrição física, morde a cânula traqueal.
- 5 Agitado: Ansioso ou levemente agitado. Calmo quando se passa instruções verbais.
- 4 Calmo e cooperativo: Calmo, desperta facilmente e segue comandos.
- 3 Sedado: Difícil para despertar, alerta a estímulo verbal ou a um movimento gentil, obedece a comandos simples.
- 2 Muito sedado: Acorda a estímulo físico, mas não responde a comandos, movimentos espontâneos

ocasionais.

1 Não responsivo: Mínima ou nenhuma resposta a estímulo, não responde a comandos, sem movimento espontâneo, ausência de tosse.

5. 8. Após a 6ª hora, reavaliar Nível de Sedação-Agitação (SAS) de 2/2h e se necessário:

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente						

Não apenas se necessário, mas foi pré-estabelecido um tempo de 2/2h para avaliação neste momento.

6. 9. Na 12ª hora após a interrupção, avaliar a necessidade de retorno da sedação ou se clinicamente indicada:

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente						

A 12ª hora:

O "Despertar Diário" tem como objetivo desligar a sedação mas também retorná-la em algum momento. Por isso, a 12ª hora foi pré-estabelecida como limite para avaliação do paciente neste protocolo. Neste momento deverá ser avaliado se o retorno da sedação é clinicamente indicado. No caso avaliar a necessidade de retorno da sedação também é considerado, pois em algum momento o paciente pode evoluir bem, ou até para um desmame da VM, não necessitado assim mais do uso da sedação.

7. 10. Retornar a infusão da sedação com a metade da dose descrita no item 2:

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente						

Neste item, o intuito é diminuir o volume da infusão do fármaco a ser administrada ao paciente, caso o mesmo tolere e o deixe confortável.

11. Caso SAS ≥ 5 1º Passo - Avaliar Sinais Vitais:

- a. Pressão Arterial (PA)
- b. Frequência Cardíaca (FC)
- c. Frequência Respiratória (FR)
- d. Saturação de Oxigênio (SPO2)

12. Caso SAS ≥ 5 2º Passo - Avaliar Parâmetros Ventilatórios:

- a. Volume-corrente
- b. Fluxo
- c. Frequência ventilatória
- d. Pressão de pico
- e. Fração inspirada de oxigênio
- f. Pressões positiva expiratória final (PEEP)

13. Caso SAS ≥ 5 3º Passo - Avaliar a dor através da Escala BPS:

Behavioural Pain Scale (BPS):

Item	Descrição	Escore
Expressão facial	Relaxada	1
	Parcialmente tensa (por exemplo, abaixa a sobrancelha)	2
	Totalmente tensa (por exemplo, fecha os olhos)	3
	Faz careta: presença de sulco perilabial, testa franzida e pálpebras ocluídas	4
Membros superiores	Sem movimento	1
	Com flexão parcial	2
	Com flexão total e flexão de dedos	3
	Com retração permanente: totalmente contraído	4
Adaptação à ventilação mecânica	Tolera movimentos	1
	Tosse com movimentos	2
	Briga com o ventilador	3
	Incapaz de controlar a ventilação mecânica	4
Total		

14. Caso SAS ≥ 5 4º Passo - Comunicar à equipe médica para rever a dose do fármaco:

8. 15. Em caso de falha nos 4 passos anteriores: Retornar com a sedação na dose descrita no item 2:

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente						

Se o paciente apresentar na escala SAS um valor maior ou igual a 5:

Procederá uma avaliação através de 4 passos:

- 1- Avaliar Sinais Vitais;
- 2- Avaliar Parâmetros Ventilatórios;
- 3- Avaliar a Dor através da Escala BPS;
- 4- Comunicar à equipe médica para rever a dose do fármaco.

São avaliações que possam atuar contra um quadro de dor, caso o paciente esteja mal adaptado à VM, entre outras intercorrências, por estar mais desperto. Se houver falha nos 4 passos, aí sim, será necessário retornar com a sedação na dose total como está descrita no item 2.

9. Sugestões:

Powered by



LISTA DE VERIFICAÇÃO (CHECKLIST) PARA O GERENCIAMENTO DO DESPERTAR DIÁRIO DE PACIENTES CRÍTICOS

Prezado (a)

Você está sendo convidado (a) a participar da terceira rodada do estudo sobre validação de um protocolo para o gerenciamento do despertar diário de pacientes críticos que se encontram sob sedação contínua em uma unidade de terapia intensiva (UTI), de forma a possibilitar a tomada de decisão da equipe de saúde no que se refere à interrupção ou não do dripping do sedativo em uso, conforme preconizado pelo protocolo de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica.

Este estudo faz parte de uma dissertação de programa de mestrado profissional, cujo objetivo é:

* Validar o instrumento lista de verificação (checklist) “Despertar diário de sedação” para o gerenciamento do despertar diário de pacientes críticos internados em UTI.

Salienta-se que este estudo encontra-se registrado na Plataforma Brasil sobre o CAAE 62771416.7.0000.5285 e parecer de aprovação número 1.869.349.

Diante de algumas sugestões de mudança ou retirada de itens, algumas questões foram novamente reformuladas para esta terceira rodada. Por isso, proceder a avaliação qualitativa disponível ao final é tão importante.

O consenso de especialistas se da diante da concordância entre as respostas. Alguns itens foram validados devido a elevada concordância, outros não. Por este motivo, você está sendo convidado (a) a avaliar este questionário novamente.

1. Endereço de e-mail *

2. 1. Identificação do paciente:

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente						

O Checklist que será aplicado a determinado paciente precisa conter nome completo e número do prontuário. Ao término de seu uso este documento será arquivado ao prontuário físico do mesmo.

Identificação do Paciente: 1º Passo para a Segurança do Paciente

A identificação correta do paciente deve ser realizada para evitar inúmeros erros e riscos para a segurança do paciente, como erros na administração de medicamentos. Nunca utilize: idade, sexo, diagnóstico, número do leito ou do quarto para identificar o paciente.

Fonte: Protocolo de Segurança do Paciente - Anvisa.

2. Citar a sedação (fármaco) utilizada e valor da infusão:

3. Checar se há analgésico prescrito:

4. Checar se há benzodiazepínico prescrito:

5. Checar se há antipsicótico prescrito:

3. 6. A escolha da hora para interrupção da sedação ficará a cargo do serviço:

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente						

Este item foi reajustado levando em consideração as particularidades de cada serviço. Lembrando a importância de se considerar o ciclo de sono e vigília fisiológico do paciente e a duração do efeito do fármaco em questão.

7. Avaliar Nível de Sedação-Agitação (SAS) de 1/1h nas primeiras 6 horas:

Sedation Agitation Scale (SAS):

7 Agitação Perigosa: Ansiedade severa, sudorese, traciona a cânula traqueal, tentando remover cateteres com movimentos de um lado para outro.

6 Muito agitado: Não permanece calmo, a despeito de ordem verbal frequente com o paciente, necessita restrição física, morde a cânula traqueal.

5 Agitado: Ansioso ou levemente agitado. Calmo quando se passa instruções verbais.

4 Calmo e cooperativo: Calmo, desperta facilmente e segue comandos.

3 Sedado: Difícil para despertar, alerta a estímulo verbal ou a um movimento gentil, obedece a comandos simples.

2 Muito sedado: Acorda a estímulo físico, mas não responde a comandos, movimentos espontâneos ocasionais.

1 Não responsivo: Mínima ou nenhuma resposta a estímulo, não responde a comandos, sem movimento espontâneo, ausência de tosse.

4. 8. Após a 6ª hora, proceder a avaliação do Nível de Sedação-Agitação (SAS) de 1/1h:

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente						

Está sendo sugerido a junção dos itens 7 e 8, ou seja, o tempo total que o paciente estiver sob "despertar diário", sem sedação, será necessário avaliar o Nível de Sedação-Agitação (SAS) de 1/1h, para sua segurança, prevenindo autoextubação e a retirada dos dispositivos invasivos.

9. Na 12^a hora após a interrupção, avaliar a necessidade de retorno da sedação ou se clinicamente indicada:

5. 10. Avaliar a condição de retornar a infusão da sedação com a metade da dose prévia:

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente						

Para evitar a sedação excessiva, a fim de avaliar a necessidade de sedativo, diminuir o acúmulo e o tempo de ventilação mecânica.

Fonte: Revista Brasileira de Anestesiologia
Vol. 60, No 6, Novembro-Dezembro, 2010

11. Caso SAS \geq 5 1^o Passo - Avaliar Sinais Vitais:

- a. Pressão Arterial (PA)
- b. Frequência Cardíaca (FC)
- c. Frequência Respiratória (FR)
- d. Saturação de Oxigênio (SPO₂)

12. Caso SAS \geq 5 2^o Passo - Avaliar Parâmetros Ventilatórios:

- a. Volume-corrente
- b. Fluxo
- c. Frequência ventilatória
- d. Pressão de pico
- e. Fração inspirada de oxigênio
- f. Pressões positiva expiratória final (PEEP)

13. Caso SAS \geq 5 3^o Passo - Avaliar a dor através da Escala BPS:

Behavioural Pain Scale (BPS):

Item	Descrição	Escore
Expressão facial	Relaxada	1
	Parcialmente tensa (por exemplo, abaixa a sobrancelha)	2
	Totalmente tensa (por exemplo, fecha os olhos)	3
	Faz careta: presença de sulco perilabial, testa franzida e pálpebras ocluídas	4
Membros superiores	Sem movimento	1
	Com flexão parcial	2
	Com flexão total e flexão de dedos	3
	Com retração permanente: totalmente contraído	4
Adaptação à ventilação mecânica	Tolera movimentos	1
	Tosse com movimentos	2
	Briga com o ventilador	3
	Incapaz de controlar a ventilação mecânica	4
Total		

14. Caso SAS \geq 5 4º Passo - Comunicar à equipe médica para rever a dose do fármaco:

15. Em caso de falha nos 4 passos anteriores: Retornar com a sedação na dose descrita no item 2:

6. Sugestões:
