

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

Isadora Pierotti^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0001-8050-8389>

Leonel Alves do Nascimento^{1,3}

 <https://orcid.org/0000-0002-9590-6360>

Edilaine Giovanini Rossetto¹

 <https://orcid.org/0000-0002-0996-5154>

Rejane Kiyomi Furuya⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-0885-5364>

Lígia Fahl Fonseca¹

 <https://orcid.org/0000-0001-7550-9141>

Objetivo: elaborar, validar e avaliar a fidedignidade do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica no pós-operatório imediato. Método: pesquisa metodológica, quantitativa, baseada nos pressupostos para elaboração de instrumentos de mensuração. Elaborou-se o protocolo após revisão de literatura, entrevista com especialistas e observação da recuperação anestésica da criança. Juízes realizaram a validação teórica por meio de análise aparente, semântica e de conteúdo. Calculou-se o *Content Validity Index* na validação de conteúdo, cuja concordância mínima estabelecida foi de 0,80. Avaliou-se a fidedignidade do protocolo em crianças entre três e 12 anos em sala de recuperação anestésica. Resultados: em sua versão final, o protocolo foi constituído por cinco critérios de avaliação: nível de consciência, movimentação, proteção de vias aéreas, padrão respiratório e náusea e vômito. Apresentou fácil compreensão e conteúdo pertinente e relevante, e todos os índices superaram a concordância mínima de 0,80. Duplas de enfermeiros aplicaram o protocolo 116 vezes em 58 crianças, resultando em elevado índice de fidedignidade ($kappa$ geral = 0,98) Conclusão: o protocolo inédito elaborado tem validade e é ferramenta útil para utilização na recuperação anestésica, visando avaliar a segurança para a redução da sede do paciente infantil.

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

* Artigo extraído da dissertação de mestrado "Elaboração, validação e fidedignidade do protocolo de segurança para o manejo da sede pediátrica", apresentada à Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Londrina, PR, Brasil. Apoio financeiro da Fundação Araucária de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Estado do Paraná (FA), Convênio 176/2015, Protocolo 44.536, Brasil, com complementação da bolsa pela Universidade Estadual de Londrina, Brasil.

¹ Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Londrina, PR, Brasil.

² Bolsista da Fundação Araucária de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Estado do Paraná (FA), Brasil.

³ Hospital Dr. Anísio Figueiredo, Zona Norte de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

⁴ Instituto Federal do Paraná, Campus Londrina, Londrina, PR, Brasil.

Como citar este artigo

Pierotti I, Fonseca LF, Nascimento LA, Rossetto EG, Furuya RK. Elaboration, validation and reliability of the safety protocol for pediatric thirst management. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3321. [Access   ]; Available in: _____ . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3333.3321>. mês dia ano

URL

Introdução

O período perioperatório traz inúmeros desafios de enfrentamento para a criança. No pré-operatório, preparos inerentes ao procedimento como o jejum trazem ansiedade e desconforto⁽¹⁻³⁾. O jejum é indicado com a finalidade de evitar eventos adversos como a broncoaspiração do conteúdo gástrico⁽²⁾. Embora reconhecida sua indicação e atualmente a literatura preconize tempos reduzidos de jejum⁽¹⁻⁶⁾, identificam-se períodos excessivos na prática^(2,4). Recentes evidências demonstram que a abreviação do jejum não aumenta a incidência de eventos adversos⁽¹⁻⁶⁾.

O jejum estende-se também para o pós-operatório imediato (POI) sendo que líquidos são usualmente liberados nas primeiras três horas para a maioria das crianças⁽⁷⁾. No entanto, ensaio clínico revelou que a ingestão de líquido ainda mais precocemente em Sala de Recuperação Anestésica (SRA) não aumentou a incidência de náuseas e vômitos⁽⁸⁾. Os benefícios da liberação precoce de líquido no POI são: maior satisfação dos pais, crianças mais felizes e menos incomodadas com a dor, redução do uso de medicamento para náusea, redução do tempo de permanência na SRA, e redução da sede⁽⁸⁻¹⁰⁾.

A recuperação anestésica é caracterizada pelo retorno da consciência e durante o despertar, a criança pode apresentar dor, estar confusa e agitada. A sede também influencia o modo de a criança despertar e se recuperar da anestesia, sendo um dos fatores responsáveis pela angústia que vivencia nesse período^(8-9,11-13).

A criança cirúrgica apresenta alto risco para desenvolver sede por desequilíbrio hidroeletrólítico, entubação endotraqueal, uso de medicações, entre outros⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. A equipe de enfermagem que atua em SRA precisa, portanto, considerar a sede como objeto de cuidado de maneira intencional, identificando, mensurando, avaliando a segurança e utilizando estratégias efetivas para reduzir a sede da criança⁽¹⁷⁾. A equipe, entretanto, usualmente sente-se insegura para tratar a sede⁽¹⁸⁾ na fase de recuperação anestésica, pois não dispõe de instrumentos sistematizados que avaliem a segurança para oferecer um método de alívio da sede pediátrica, prolongando o sofrimento da criança e de seus familiares^(9,19).

Para subsidiar a equipe na decisão de utilizar alguma estratégia de alívio da sede, elaborou-se o Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede (PSMS) de pacientes adultos em SRA⁽²⁰⁾. A equipe tem utilizado este instrumento também para o paciente infantil, mesmo sem comprovação de que os critérios de avaliação propostos sejam pertinentes para a criança.

O processo de validação de instrumentos é fundamental para que os resultados sejam significativos, fidedignos, precisos e exatos⁽²¹⁾. A validade e a fidedignidade são um dos principais aspectos que compõem esse processo. A validade verifica se o instrumento mede exatamente o que se propõe a medir e a fidedignidade representa o grau de coerência com o qual o instrumento mede o atributo⁽²²⁾.

A necessidade de elaborar e validar um protocolo de segurança para o manejo da sede na criança em POI justifica-se por sua elevada prevalência e intensidade^(1,23). Adicionalmente, não se localizou um instrumento que subsidie a prática dos profissionais da SRA na avaliação de critérios adequados que permitam utilizar com segurança estratégias efetivas para aliviar a sede da criança neste período. O objetivo deste estudo foi, portanto, elaborar, validar e avaliar a fidedignidade do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica (PSMSP) no POI.

Método

Pesquisa metodológica, quantitativa, realizada entre julho de 2017 e abril de 2018. Diante da dificuldade de encontrar metodologias específicas para elaboração de protocolos que pressupõe a tomada de decisão para o cuidado e visando seguir um processo metodológico rigoroso, utilizou-se uma adaptação das etapas do modelo de Pasquali⁽²⁴⁾. Este modelo é pautado na psicometria que mensura fenômenos subjetivos e foi utilizado por outro estudo de validação de protocolo também como um guia de suas etapas⁽²⁰⁾. Este modelo é composto por três procedimentos – teóricos, experimentais e analíticos⁽²⁴⁾ – cujas etapas estão resumidas na Figura 1.

Na etapa de procedimentos teóricos, preconiza-se a busca na literatura, agrupamento do conhecimento de especialistas e observação extraída da experiência prática⁽²⁴⁾. Definiu-se *segurança para o manejo da sede pediátrica no POI* como sistema psicológico, e *critérios de avaliação* como propriedade do sistema psicológico (atributos), cuja avaliação é objeto deste estudo. A elaboração do protocolo foi criteriosamente fundamentada em literatura científica, entrevistas com especialistas e observação sistemática da recuperação anestésica da criança⁽²⁴⁾.

Realizou-se busca nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *National Library of Medicine* (PubMed) e *The Cochrane Library*, utilizando-se os descritores: criança, pré-escolar, escolares, criança hospitalizada, período de recuperação da anestesia,

período pós-operatório, cuidado da criança, sede, sala de recuperação, escalas, respiração, estado de consciência, tosse, anestesia geral, náusea e vômito, deglutição, complicações pós-operatórias, conteúdo gastrointestinal, pneumonia aspirativa e hidratação oral. Os critérios de inclusão foram: publicações em livros e artigos indexados nas bases de dados selecionadas

com os descritores em português, espanhol e inglês, a partir de 1960, por tratar-se da década quando foram encontradas as primeiras descrições sobre a excitação da criança ao despertar da anestesia geral. Também foram consultados livros de anestesiologia, desenvolvimento e crescimento infantil, e assistência à criança cirúrgica⁽²⁵⁻²⁷⁾.

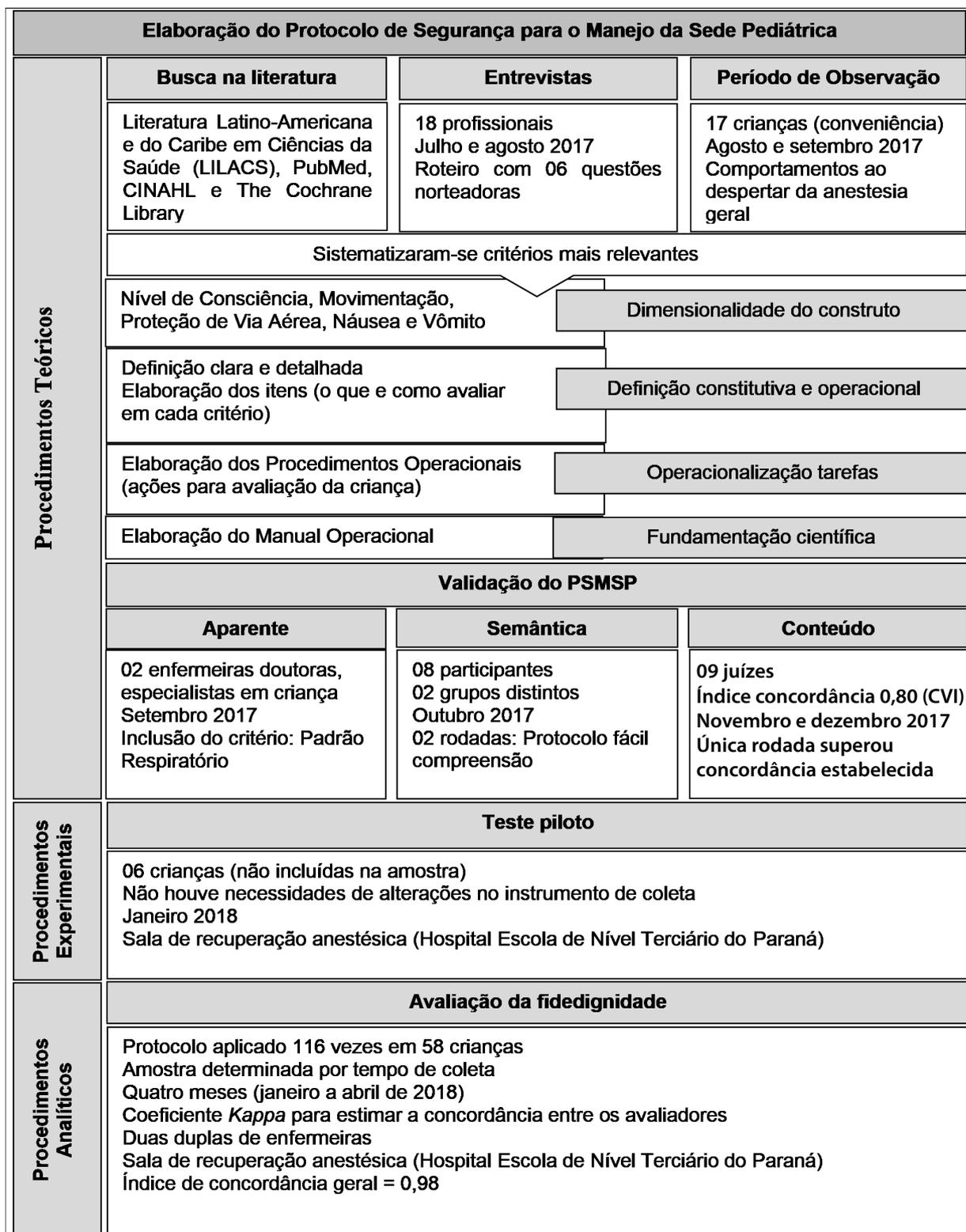


Figura 1 – Diagrama sequencial da elaboração, validação e fidedignidade do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica

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

A pesquisadora principal fez um período de observação sistemática da recuperação anestésica das crianças. Durante agosto e setembro de 2017 foram registrados os principais comportamentos apresentados por elas aos despertarem da anestesia geral. Avaliaram-se 17 crianças submetidas à anestesia geral e com idade superior a três anos, selecionadas por conveniência de acordo com a disponibilidade da pesquisadora neste período.

Os resultados da busca na literatura foram organizados em uma tabela elencando-se as principais complicações anestésicas cirúrgicas, escalas de avaliação da consciência da criança e critérios para permitir a ingestão precoce de líquido no POI. Em segunda coluna, foram sistematizadas as respostas dos 18 especialistas contemplando os critérios considerados relevantes para a liberação de líquido via oral durante a recuperação anestésica da criança. A terceira coluna constituiu-se dos principais comportamentos das crianças observados ao despertarem da anestesia. Após extensiva análise por parte das pesquisadoras principais, selecionaram-se os critérios comuns mais relevantes entre as três etapas.

A seguir, realizou-se a definição dos construtos, que consiste na conceituação clara e precisa de cada critério selecionado para avaliar a segurança para o manejo da sede pediátrica⁽²⁴⁾. No protocolo, são os itens a serem avaliados e estão descritos de forma detalhada abaixo de cada critério. Por exemplo, o que avaliar no critério "nível de consciência", o que avaliar em "movimentação" e assim por diante.

Posteriormente, estabeleceu-se a representação comportamental dos construtos⁽²⁴⁾ e definiram-se as ações que o enfermeiro deve realizar para avaliar a

segurança para o manejo da sede. Finalmente, foi elaborado o manual operacional, que apresenta a fundamentação teórica do protocolo.

A análise teórica foi realizada por especialistas através da validação aparente⁽²²⁾, análise semântica e validação de conteúdo⁽²⁴⁾. Duas enfermeiras doutoras especialistas em criança foram convidadas para realizarem a validação aparente em setembro de 2017. O critério para escolha dessas profissionais foi a *expertise* na área pediátrica e em validação de instrumentos, sendo que ambas não integram o grupo de estudo da sede. A análise semântica⁽²⁴⁾ ocorreu em um hospital universitário de nível terciário do norte do Paraná, em outubro de 2017. Convidaram-se oito participantes, divididos em dois grupos distintos. O primeiro com quatro enfermeiras doutoras com experiência no cuidado de criança em SRA; o segundo com quatro alunas do último ano do curso de Enfermagem. O protocolo foi apresentado verbalmente para os dois grupos em encontros separados, item por item e, posteriormente, solicitou-se que participantes reproduzissem sua compreensão do conteúdo exposto.

A validação de conteúdo aconteceu em novembro e dezembro de 2017 por meio da técnica Delphi⁽²⁸⁾. Treze profissionais foram convidados, dois não aceitaram participar e dois não retornaram os instrumentos no período determinado. Desta forma, nove juízes participaram, incluindo enfermeiros (n = cinco), anesthesiologistas (n = três) e fonoaudiólogo (n = um). Houve a preocupação de incluir juízes de diferentes formações acadêmicas para que as contribuições ao instrumento contemplassem um olhar multiprofissional. Os juízes foram escolhidos segundo sua experiência no cuidado à criança em SRA em diferentes realidades institucionais, e um, por sua experiência em validação de instrumentos. Os juízes atuavam profissionalmente em Londrina (PR) e São Paulo (SP), e todos tinham algum nível de pós-graduação, sendo o doutorado o de maior frequência (n = quatro, 45%). O tempo de atuação profissional era superior a cinco anos para todos os especialistas. Os juízes que participaram desta etapa estiveram presentes em outros momentos da elaboração e validação do protocolo: etapa de entrevistas (n = cinco) e validação aparente (n = dois).

Fez-se o convite por telefone, informando-se os objetivos da pesquisa e como seria a participação. Mediante a concordância, foi-lhes solicitado o endereço eletrônico para posterior remessa dos instrumentos de validação. No primeiro contato via e-mail, enviou-se uma carta com os objetivos da pesquisa, procedimentos de validação e convite para participar como juiz. Em anexo, o protocolo, quatro instrumentos de validação, instrumento de caracterização do juiz e o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A resposta a esse e-mail foi considerada como aceite em participar da pesquisa. Os instrumentos para validação foram adaptados de outros estudos^(20,29).

Utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (*Content Validity Index - CVI*), calculado com base na proporção de juízes que consideraram o item válido⁽³⁰⁾. O CVI foi estimado para cada critério de avaliação do protocolo, conjunto de itens, procedimentos operacionais e manual operacional. Calculou-se o CVI individual a partir da razão do número de especialistas que pontuaram três ou quatro para o item em uma escala ordinal de um a quatro (não contempla a contempla), ou em uma escala dicotômica (sim e não), pelo número total de especialistas. O CVI total foi calculado a partir da média dos CVIs dos itens⁽³¹⁾. A concordância mínima estabelecida entre os juízes foi de 0,80^(24,30). Utilizou-se o Microsoft Office Excel 2010[®] para os cálculos.

Quatro instrumentos de avaliação foram enviados aos juízes. No primeiro, os juízes avaliaram os critérios de segurança segundo os requisitos: Atribuível (reflete aspecto de qualidade para o cuidado de enfermagem), Acessível (os dados são acessados rapidamente, com o mínimo de esforço extra e custo), Comunicável (a relevância da medida pode ser facilmente comunicada e compreendida), Efetivo/preciso (mede o que se propõe a medir), Exequível (a medida é aplicável) e Objetivo (a medida permite ação de mensuração clara e precisa, sem julgamento subjetivo). Os juízes indicaram pontos com variação de um a quatro, sendo um = não contempla a segurança para o manejo da sede; dois = incapaz de contemplar a segurança para o manejo da sede sem revisão; três = contempla a segurança para o manejo da sede, mas precisa de alteração mínima; quatro = contempla a segurança para o manejo da sede.

O segundo avaliou o conjunto de itens, assinalando-se sim ou não nos seguintes requisitos: Comportamental (permite avaliação clara e precisa), Objetividade (permite resposta pontual), Clareza (explicitado de forma clara, simples e inequívoca), Pertinência (avalia a segurança para o manejo da sede), e Precisão (cada item de avaliação é distinto dos demais, não se confundem).

O terceiro avaliou os procedimentos operacionais utilizando os mesmos requisitos do instrumento dois.

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

Dentro dos procedimentos experimentais, fez-se teste piloto com seis crianças em janeiro de 2018 para ajuste nos procedimentos de coleta. Inicialmente, as pesquisadoras avaliavam a criança 30 minutos após sua

chegada à SRA, porém se observou que era preciso um tempo maior para início da avaliação, pois elas ainda estavam sonolentas, com limitações para participar do processo. Estabeleceu-se, então, a primeira avaliação 45 minutos após a chegada à SRA, e a segunda, 15 minutos após a primeira. Não houve necessidade de alterações no instrumento de coleta. Participantes do teste piloto não foram incluídos na amostra.

Os procedimentos analíticos consistiram na avaliação da fidedignidade do protocolo pela concordância interavaliadores. Utilizou-se o coeficiente *kappa* para estimar a concordância entre os avaliadores, calculado por meio da razão da proporção de vezes que os observadores concordaram (corrigido por concordância devido ao acaso) pela proporção máxima de vezes que poderiam concordar⁽³²⁾. A determinação da força de concordância dos valores *kappa* seguiu a seguinte recomendação: menor que zero, concordância pobre; de zero a 0,20, concordância desprezível; de 0,21 a 0,40, concordância suave; de 0,41 a 0,60, concordância moderada; de 0,61 a 0,80, concordância substancial, de 0,81 a um, concordância quase perfeita⁽³³⁾.

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

A amostra foi determinada por tempo de coleta, totalizando quatro meses. Os critérios de inclusão foram: crianças cirúrgicas com idade entre três e 12 anos, de ambos os sexos, estar em recuperação anestésica na SRA, submetidas a procedimentos de qualquer especialidade e técnica anestésica, procedimentos eletivos ou de urgência realizados de segunda a sexta, das 7:00 às 19:00 horas, sob a condição de disponibilidade das duas avaliadoras. O critério de exclusão foi criança com alterações neurológicas e transtornos mentais, pois, poderiam não apresentar condições de expressar as respostas necessárias para a avaliação. Escolheu-se a idade mínima de três anos porque, a partir daí, a criança consegue falar seu próprio nome, nomeia objetos, apresenta habilidade de locomoção, maior precisão de movimentos e manuseio de objetos⁽³⁴⁾.

A dupla aplicava o protocolo de forma independente e simultânea, sem comunicação entre as avaliadoras. Enquanto uma profissional aplicava o PSMSP, a outra apenas acompanhava e registrava as considerações; na avaliação seguinte, as profissionais invertiam a

ordem. A dupla aguardava a chegada da criança à SRA e a pesquisadora conversava com seus responsáveis, pedindo autorização para realizar a pesquisa. Nesse momento, informavam-lhes os objetivos do estudo e como seria a participação da criança. Após o aceite, os responsáveis assinavam o TCLE, as crianças eram questionadas sobre sua vontade de participar da pesquisa sendo que nenhuma criança se recusou. Uma criança de 12 anos participou do estudo e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após sua chegada à SRA, a pesquisadora explicava os objetivos da pesquisa e avaliava sua intenção em participar. Determinou-se que cada criança poderia ser avaliada duas vezes: a primeira avaliação 45 minutos após sua chegada à SRA; a segunda, 15 minutos após a primeira. Se a criança estivesse agitada, chorosa ou em presença de dor, esperava-se um tempo maior para iniciar a coleta. Utilizou-se o programa *Statistical Package for Social Sciences* – SPSS® (versão 20.0) para calcular o coeficiente *kappa* e realizar a análise descritiva.

Resultados

Na busca da literatura encontrou-se uma escala de avaliação específica do momento em que a criança desperta da sedação e recupera sua consciência, com os seguintes itens: resposta, aparência e função dos olhos, e movimento corporal⁽³⁵⁾. Em relação às principais complicações no POI, destacam-se a dor, náusea, vômito e delírio de emergência (DE). Trata-se de uma condição comum em crianças no POI, definida como um distúrbio na consciência e atenção da criança para com seu ambiente, com desorientação e alterações perceptivas⁽¹²⁾, com presença de inquietação, choro, gemidos ou fala irritativa e gritos⁽³⁶⁾. Poucos critérios de avaliação foram encontrados para liberação precoce de líquido: verbalização espontânea da criança⁽⁸⁻⁹⁾, aparentar estar acordada o suficiente⁽⁸⁾ e receber pontuação maior ou igual a quatro⁽⁹⁾ na *Face, Legs, Activity, Cry Consolability (FLACC)*, escala que avalia a dor na criança.

Na etapa de entrevistas, os especialistas apontaram os seguintes critérios de segurança: avaliação do nível de consciência (n = 12), reflexos de proteção de via aérea (tosse n = 17, deglutição n = 12, choro n = três), ausência de náusea e vômito (n = três), avaliação da movimentação (n = cinco), considerar a participação do cuidador principal (n = quatro), vontade da criança (n = nove), critério médico (n = dois), tempo e porte cirúrgico (n = um).

Durante o período de observação da recuperação da criança, as principais constatações foram: variabilidade

do tempo de emergência da anestesia, comportamentos corporais como movimentação de membros e olhos, tipo de verbalização e presença de choro.

Baseado na análise das etapas anteriores selecionou-se, então, os seguintes critérios de avaliação para comporem o PSMS: nível de consciência, movimentação, proteção de vias aéreas (tosse e deglutição) e ausência de náusea e vômito. A seleção buscou atender aos requisitos máximos de segurança, simplicidade e facilidade de aplicação na prática clínica. Em seguida, definiu-se com os especialistas consultados que o protocolo poderá ser utilizado em crianças com idade entre três e 12 anos.

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

Os cinco critérios de avaliação estão descritos em caixa alta no protocolo e identificados em cinza escuro. Abaixo de cada um deles encontram-se os itens a serem avaliados e na coluna da direita encontram-se os procedimentos operacionais. Os itens que denotam aprovação estão em cinza claro. Adicionalmente, elaborou-se o manual operacional, que contém a fundamentação teórica do protocolo. O manual pode ser obtido na íntegra na dissertação de mestrado da autora.

Quanto à análise semântica, o grupo de alunas e o grupo de enfermeiras doutoras não tiveram dificuldade de compreensão dos itens. Fizeram apenas alguns ajustes de redação e alterações nas ordens de avaliação.

Uma única rodada de avaliação de conteúdo pelos especialistas foi suficiente para superar a concordância mínima de 0,80^(24,30). Na Tabela 1, encontram-se os valores do CVI dos critérios de avaliação e seus itens representativos.

A Tabela 2 apresenta os valores de CVI dos procedimentos operacionais e manual operacional de cada critério.

Durante a avaliação da fidedignidade, o PSMS foi aplicado 116 vezes em 58 crianças. A média de idade foi de 7,2 anos (dp 2,6). Participaram crianças de todas as idades para as quais o protocolo foi elaborado: três anos (n = sete), quatro anos (n = três), cinco anos (n = oito), seis anos (n = sete), sete anos (n = seis), oito anos (n = seis), nove anos (n = sete), dez anos (n = cinco), 11 anos (n = oito), e 12 anos (n = um).

Predominaram crianças do sexo masculino 42 (73%); a frequência de procedimentos pelas clínicas cirúrgicas foi: cirurgia infantil e pediátrica 32 (55%), otorrinolaringologia 15 (26%), ortopedia oito (14%), oftalmologia duas (3%), cabeça e pescoço uma (2%). A técnica anestésica com maior utilização foi anestesia geral 51 (88%). Quanto à classificação do risco cirúrgico,

segundo a ASA, a maioria foi classificada como ASA I, 49 (84%), seguido da classificação II, nove (16%). A maioria dos procedimentos foi de caráter eletivo 50 (86%), sendo oito (14%) de urgência.

A Tabela 3 apresenta os valores do *kappa* calculados para cada item de avaliação do PSMSP, tendo havido concordância quase perfeita para todos os itens⁽³³⁾.

Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica (PSMSP)	Procedimentos Operacionais Como avaliar?
<p>Faixa etária a ser avaliada: crianças entre três e 12 anos Interpretação: a criança deve ser aprovada em todos os itens estabelecidos para cada um dos domínios (nível de consciência, movimentação, proteção de vias aéreas, padrão respiratório e náusea e vômito).</p>	
<p align="center">NÍVEL DE CONSCIÊNCIA</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observar se a criança está alerta, de olhos abertos. 2. Perguntar à criança: Qual é seu nome? Qual a sua idade? 3. Perguntar se tem sede e qual a sua intensidade, utilizando a escala de faces. 4. Aguardar 60 segundos sem estimular a criança e observar se volta a dormir. 5. Perguntar ao responsável: - Você acha que ele(a) está bem acordado(a)?
<p>Está orientada: responde seu nome e idade; reconhece o responsável; apresenta respostas e palavras compreensíveis. () Está alerta: faz contato visual com o cuidador; mantém olhos abertos sem voltar a dormir. ()</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitar à criança que movimente os membros superiores e inferiores. 2. Observar se ela é capaz de manter a cabeça firme e alinhada ao tronco.
<p>Está sonolenta: desperta com estímulo verbal; faz contato visual e tem resposta verbal compreensível, mas volta a dormir após término do estímulo. () Está agitada: apresenta-se chorosa, inquieta ou inconsolável. ()</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Colocar as mãos no abdome e no tórax da criança. 2. Solicitar à criança que tussa forte. 3. Solicitar à criança que engula. 4. Posicionar o dedo indicador e médio sobre o hioide e cartilagem tireóidea para verificar a elevação laíngea durante a deglutição. 5. Verificar se há extravasamento anormal de saliva pela boca.
<p align="center">MOVIMENTAÇÃO</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observar e anotar a frequência respiratória da criança. 2. Verificar se há esforço respiratório.
<p>Apresenta movimentação espontânea e intencional de membros ou após comando verbal. () Mantém a cabeça firme e alinhada ao tronco. () Não movimenta os membros. () Apresenta movimentação não intencional dos membros. () Apresenta a cabeça pendente e/ou lateralizada. ()</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perguntar e verificar se a criança está enjoada, com vontade de vomitar. 2. Observar se há presença de vômito.
<p align="center">PROTEÇÃO DE VIAS AÉREAS</p>	
<p>Apresenta tosse eficaz espontânea ou ao comando verbal: inspira e utiliza os músculos torácicos e abdominais, com expulsão de alto fluxo de ar. () Apresenta tosse ineficaz. () Não apresenta tosse ao comando verbal. () Apresenta deglutição com elevação da laringe. () Não apresenta extravasamento anormal de saliva pela boca. () Apresenta deglutição ineficaz: sem elevação da laringe. () Apresenta extravasamento anormal de saliva pela boca. ()</p>	
<p align="center">PADRÃO RESPIRATÓRIO</p>	
<p>Mantém frequência respiratória de: Até 40mm para crianças com idade entre 3 e 5 anos. () Até 30mm para crianças com idade entre 6 e 8 anos. () Até 20mm para crianças com idade acima de 8 anos. () Não mantém frequência respiratória adequada à sua faixa etária. () Não apresenta esforço respiratório: não há contração de musculatura acessória, retração intercostal, subcostal e de fúrcula, batimento de asa de nariz. () Apresenta esforço respiratório: há contração de musculatura acessória, retração intercostal, subcostal e de fúrcula, batimento de asa de nariz. ()</p>	
<p align="center">NÁUSEA E VÔMITO</p>	
<p>Não tem queixa nem presença de náusea. () Tem queixa ou presença de náusea. () Não tem queixa nem presença de vômito. () Tem queixa ou presença de vômito. ()</p>	

1. Elevar a cabeceira da cama da criança, ou colocá-la sentada no leito ou colo do responsável.
2. Administrar o método de alívio da sede.

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

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

Critério de Avaliação	CVI
Nível de Consciência	1
Orientada	0,91
Alerta	1
Sonolenta	1
Agitada	1
Movimentação	0,96
Movimentação espontânea e intencional	0,93
Cabeça firme e alinhada ao tronco	0,84
Não movimenta os membros	0,84
Movimentação não intencional	0,95
Cabeça pendente e/ou lateralizada	0,97
Proteção de Vias Aéreas	1
Tosse eficaz	0,97
Tosse ineficaz	1
Sem tosse	0,97
Deglutição com elevação da laringe	1
Sem extravasamento anormal de saliva pela boca	1
Deglutição ineficaz	1
Extravasamento anormal de saliva pela boca	0,97
Padrão Respiratório	1
Frequência respiratória adequada à sua faixa etária	0,97
Frequência respiratória inadequada à sua faixa etária	1
Não apresenta esforço respiratório	0,93
Apresenta esforço respiratório	0,93
Náusea e Vômito	1
Sem queixa nem presença de náusea	0,93
Com queixa ou presença de náusea	0,93
Sem queixa nem presença de vômito	0,93
Com queixa ou presença de vômito	0,95
CVI total dos critérios*	0,99
CVI total dos itens [†]	0,95

*CVI = *Content Validity Index* total dos critérios – obtido por meio da média (soma do CVI de cada critério dividida pelo número total de critérios); [†]*Content Validity Index* (CVI) total dos itens – obtido por meio da média (soma dos valores do CVI de cada item dividida pelo número total de itens)

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

Critérios de Avaliação	CVI Procedimentos Operacionais	CVI Manual Operacional
Nível de Consciência	0,95 (1) Observar se a criança está alerta, de olhos abertos. (2) Perguntar à criança: - Qual é seu nome? Qual a sua idade? (3) Perguntar se tem sede e qual a sua intensidade, utilizando a escala de faces. (4) Aguardar 60 segundos sem estimular a criança e observar se volta a dormir. (5) Perguntar ao responsável: Você acha que ele(a) está bem acordado(a)?	0,94
Movimentação	0,97 (1) Solicitar à criança que movimente os membros superiores e inferiores. (2) Observar se ela é capaz de manter a cabeça firme e alinhada ao tronco.	0,88
Proteção de Vias Aéreas	0,91 (1) Colocar as mãos no abdome e no tórax da criança. (2) Solicitar à criança que tussa forte. (3) Solicitar à criança que engula. (4) Posicionar o dedo indicador e médio sobre o hioide e cartilagem tireóidea para verificar a elevação laríngea durante a deglutição. (5) Verificar se há extravasamento anormal de saliva pela boca.	0,94
Padrão Respiratório	1 (1) Observar e anotar a frequência respiratória da criança. (2) Verificar se há esforço respiratório.	1
Náusea e Vômito	0,93 (1) Perguntar e verificar se a criança está enjoada, com vontade de vomitar. (2) Observar se há presença de vômito.	0,94
CVI total dos procedimentos operacionais*	0,95	
CVI total do manual operacional[†]	0,94	

**Content Validity Index* (CVI) total dos procedimentos operacionais – obtido por meio da média (soma do CVI de cada conjunto de procedimentos operacionais dos critérios de avaliação dividida pelo número total de critérios); [†]*Content Validity Index* (CVI) total do manual operacional – obtido por meio da média (soma do CVI do manual operacional de cada critério de avaliação dividida pelo número total de critérios)

Tabela 3 – Coeficiente *kappa* dos itens do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede Pediátrica avaliados por enfermeiros. Londrina, PR, Brasil, 2018 (n=58)

Critérios de avaliação	Percentual de Concordância	Coeficiente <i>kappa</i> *
Nível de Consciência		
Está orientada	99,1	0,96
Está alerta	96,6	0,89
Está sonolenta	96,6	0,89
Está agitada	100	1
Movimentação		
Movimentação espontânea	100	1
Cabeça firme e alinhada ao tronco	100	1
Não movimenta os membros	100	1
Movimentação não intencional	100	1
Cabeça pendente e/ou lateralizada	100	1
Proteção de Vias Aéreas		
Tosse eficaz e espontânea	100	1
Tosse ineficaz	100	1
Não apresenta tosse	100	1
Deglutição eficaz	100	1
Não há extravasamento anormal de saliva	100	1
Deglutição ineficaz	100	1
Apresenta extravasamento anormal de saliva	100	1
Padrão Respiratório		
Frequência respiratória adequada	100	1
Frequência respiratória inadequada	100	1
Não apresenta esforço respiratório	100	1
Apresenta esforço respiratório	100	1
Náusea e Vômito		
Não tem queixa nem presença de náusea	100	1
Tem queixa ou presença de náusea	100	1
Não tem queixa nem presença de vômito	100	1
Tem queixa ou presença de vômito	100	1
Kappa total*		0,98

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

Discussão

A contribuição deste estudo consiste na disponibilização de um instrumento inédito, criterioso, objetivo, válido e preciso que permite avaliar a segurança para administrar estratégias de alívio da sede para o paciente infantil no POI. Para a elaboração, validação e avaliação da fidedignidade do protocolo, seguiu-se elevado rigor científico⁽²⁴⁾.

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

relatos sobre a limitação de literatura específica para a criança, resultando em avaliações adaptadas, que consideram critérios de pacientes adultos. Atualmente, o anestesiológista responde pela liberação do líquido via oral na SRA, o que explica o maior número deles na etapa das entrevistas.

O critério “nível de consciência” foi um dos mais frequentemente sugeridos pelos profissionais, considerado item imprescindível para se determinar a emergência do estado anestésico durante o POI. Quando questionados sobre as escalas utilizadas para avaliação da consciência na criança, as respostas foram variadas: escala de coma de Glasgow⁽³⁷⁾, *Comfort-Behavior*⁽³⁸⁾, Índice Steward⁽³⁹⁾ e escala de Aldrete e Kroulik⁽⁴⁰⁾. Todavia, as escalas de Glasgow e Comfort-B não se aplicam à criança no POI, porque avaliam o nível de sedação e foram validadas para criança em unidade de terapia intensiva. Já o Índice Steward⁽³⁹⁾ e a escala de Aldrete e Kroulik⁽⁴⁰⁾, embora direcionados para pacientes em SRA, podem não ser adequados para uso com criança⁽³⁵⁾.

Encontrou-se na literatura uma escala de avaliação da consciência da criança após a sedação⁽³⁵⁾. Trata-se

da *Vancouver Sedative Recovery Scale* (VSRS), escala composta por 12 itens que abrangem três categorias de indicadores: resposta, aparência e função dos olhos, e movimento corporal. Avaliou-se a confiabilidade em 82 crianças com idade entre nove meses e 17 anos. A consistência interna medida pelo alfa de Cronbach foi de 0,85, concordância interobservadores 0,90, e os valores de *kappa* para itens individuais variaram de 0,65 a 0,89⁽³⁵⁾, valores semelhantes ao encontrados neste estudo. Alguns itens dessa escala são semelhantes aos do PSMSP: criança está alerta, está sonolenta, capacidade de realizar contato visual, presença de movimentos espontâneos e intencionais.

As demais escalas encontradas na literatura consistem em escalas de mensuração do DE. Uma das escalas mais utilizadas para mensurar esta condição é a *Pediatric Anesthesia Emergence Delirium* (PAED), composta pelos itens: a criança faz contato visual com o cuidador; as ações da criança são propositadas; a criança está ciente de seu entorno; a criança está inquieta, e a criança está inconsolável. Essa escala foi avaliada em 46 crianças com idade entre 18 meses e seis anos e apresentou consistência interna de 0,89 e confiabilidade de 0,84⁽¹²⁾. Portanto, para a seleção dos itens de avaliação do critério nível de consciência do PSMSP, considerou-se a presença desses comportamentos.

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

É mais difícil avaliar o nível de consciência da criança que o do adulto, e é desafiador identificar a incapacidade da criança em se comunicar⁽³⁵⁾. Ao avaliarem a fidedignidade, as avaliadoras discordaram nos itens "está alerta" e "está sonolenta", confirmando a dificuldade e subjetividade na avaliação do nível de consciência na criança. Identificou-se a necessidade de um período de interação com a criança antes do início da avaliação.

Dois juízes consideraram o critério "movimentação" não pertinente na mensuração da segurança para o manejo da sede. Já para outros (n = três), representa um critério de avaliação complementar ao nível de consciência, medido pela capacidade de realizar movimentos intencionais e manter a cabeça firme e alinhada ao tronco. Adicionalmente, a presença de movimentos voluntários e propositais integra as escalas

de avaliação da consciência da criança^(12,35), justificando a escolha de manter este item no protocolo. Além disso, a capacidade de movimentar-se com intencionalidade pode indicar reversão dos anestésicos gerais inalatórios e dos bloqueadores neuromusculares.

A avaliação do critério "proteção de vias aéreas" assegura a verificação do retorno dos reflexos protetores de tosse e deglutição. Esses reflexos sinalizam que o paciente é capaz de se defender contra uma possível aspiração broncopulmonar⁽⁴¹⁾. A incidência de aspiração pulmonar perioperatória em pacientes pediátricos apresenta variação entre um a dez em 10.000. Adicionalmente, quando há alguma consequência é considerada leve e até o momento não foram encontrados relatos de mortalidade por aspiração pulmonar em crianças⁽⁴⁾. A avaliação dos reflexos de proteção no PSMSP pressupõe a avaliação da tosse e deglutição.

Duas especialistas apontaram na validação de conteúdo que a avaliação dos reflexos protetores (tosse e deglutição) poderia encontrar alguma dificuldade com crianças menores. Contudo, consideravam esse item de extrema relevância para determinar a segurança para liberação de líquido via oral no POI. Recomendase, portanto, uma aproximação prévia com a criança, visando diminuir a ansiedade e medo presentes nesse período, para haver vínculo e confiança no momento de avaliação.

Durante as entrevistas com os especialistas, foi mencionado que o choro poderia ser considerado um reflexo de proteção, indicando que a via aérea da criança estaria livre. Mas o choro pode representar diversas situações, como dor, incômodo, irritação, agitação e DE^(12,36). Diferenciar sua presença é difícil e subjetivo, portanto, no protocolo, a presença de choro caracteriza reprovação da criança para receber um método de alívio da sede.

O critério "padrão respiratório" consiste na avaliação da frequência respiratória e esforço respiratório, quando devem estar ausentes sinais de contração de musculatura acessória, retração intercostal, subcostal e de fúrcula, e batimento de asa de nariz⁽⁴²⁾. Para alguns profissionais, a avaliação deste critério sinaliza as principais alterações no estado clínico da criança. Ademais, eventos respiratórios perioperatórios adversos representam um dos principais motivos de morbidade e mortalidade em crianças⁽⁴³⁾.

A ausência de "náusea e vômito" é primordial para a administração de métodos de alívio da sede. A presença de vômito ainda é uma complicação temida pela equipe devido à possibilidade de subsequente aspiração pulmonar, embora, recentemente, sua incidência esteja entre 25% e 30% em crianças submetidas à anestesia

geral⁽⁴⁴⁾. A ausência destas complicações indica reversão dos agentes anestésicos.

Ensaio clínico já avaliaram se o jejum pós-operatório reduziria a incidência de náusea e vômito em crianças. Um estudo não encontrou diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos observados, com incidência de 15% no grupo liberal e 22% no grupo jejum ($p=0,39$)⁽⁶⁾. Outro estudo revelou associação entre a ingestão precoce de líquidos orais pós-operatórios e redução na incidência de vômito, que foi de 11,4% no grupo liberal e de 23,9% no grupo jejum⁽⁹⁾. Em ambos os estudos citados, considerou-se a vontade da criança em receber líquido e alimento. Quando a criança é forçada a ingerir líquido precocemente, há aumento na incidência de vômito⁽⁴⁵⁾. Os especialistas consideraram a vontade de ingerir líquido e a verbalização da criança como critérios relevantes de avaliação. Portanto, ao se questionar a presença de sede na criança, é preciso também questionar sua vontade em receber alguma estratégia de alívio da sede e só então iniciar a avaliação do PSMSP.

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

Um dos obstáculos encontrados na condução deste estudo foi a escassez de instrumentos que avaliassem a recuperação anestésica da criança, resultando na dificuldade de estruturar os critérios para direcionar a avaliação da criança nesse período em relação à liberação de líquido via oral pelos profissionais. Este trabalho, portanto, vem suprir uma lacuna da literatura e subsidiar a assistência prestada à criança cirúrgica com sede.

A avaliação da segurança para o manejo da sede, por meio dos critérios relevantes selecionados, permite ao enfermeiro olhar com intencionalidade para um sintoma frequente e intervir com segurança para o seu manejo. Ressalta-se que o protocolo foi elaborado para crianças que não apresentam limitação de comunicação e criança sem contraindicação de receber líquido via oral no POI.

A limitação deste estudo centrou-se na amostra por conveniência. Sugere-se, portanto, que o protocolo seja aplicado com um número maior de crianças, em outras instituições e com estratificação por idade. São necessários outros estudos que avaliam fatores associados à aprovação no protocolo, assim como os momentos mais adequados para sua utilização na recuperação anestésica da criança. Ainda assim,

os valores de fidedignidade do PSMSP foram altos, indicando a precisão deste instrumento.

Conclusão

O PSMSP foi elaborado com base nos sinais e sintomas relevantes na determinação da segurança para administração de métodos de alívio da sede pediátrica no POI. Os critérios de segurança e seus itens representativos foram identificados após criteriosa fundamentação científica, entrevistas com especialistas e período de observação sistemática da recuperação anestésica da criança.

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

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

Ao avaliar a fidedignidade do protocolo em sua aplicação prática com crianças cirúrgicas com idade entre 3 e 12 anos no POI, foi possível observar concordância quase perfeita entre os avaliadores.

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

Referências

1. Al-Robeye AM, Barnard AN, Bew S. Thirsty work: Exploring children's experiences of preoperative fasting. *Pediatr Anesth.* 2020;30:43-49. doi: <https://doi.org/10.1111/pan.13759>
2. Frykholm P, Schindler E, Sumpelmann R, Walker R, Weiss M. Preoperative fasting in children: a review of the existing guidelines and recent developments. *Br J Anaesth.* 2018 Mar;120(3):469-74. doi: 10.1016/j.bja.2017.11.080
3. Brady M, Kinn S, Ness V, O'Rourke K, Randhawa N, Stuart P. Preoperative fasting for preventing perioperative complications in children. *Cochrane Database Sys. Rev.* 2009;4. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005285.pub2>
4. Andersson H, Schmitz A, Frykholm P. Preoperative fasting guidelines in pediatric anesthesia: are we ready

- for a change? *Curr Opin Anaesthesiol.* 2018;31(3):342-8. doi: 10.1097/ACO.0000000000000582
5. Andersson H, Zarén B, Frykholm P. Low incidence of pulmonary aspiration in children allowed intake of clear fluids until called to the operating suite. *Pediatr Anesth.* 2015;25(8):770-7. doi: <https://doi.org/10.1111/pan.12667>
6. Thomas M, Morrison C, Newton R, Schindler E. Consensus statement on clear fluids fasting for elective pediatric general anesthesia. *Pediatr Anesth.* 2018;28(5):411-4. doi: <https://doi.org/10.1111/pan.13370>
7. Imani B, Khademi G. Perioperative Fasting and Children: A Review Article. *Journal of Fasting Health.* 2014;2(4):131-5. doi: 10.22038/jfh.2014.3726
8. Radke OC, Biedler A, Kolodzie K, Cakmakkaya OS, Silomon M, Apfel CC. The effect of postoperative fasting on vomiting in children and their assessment of pain. *Paediatr Anaesth* 2009;19:494-9. doi: 10.1111/j.1460-9592.2009.02974.x
9. Chauvin C, Schalber-Geyer AS, Lefebvre F, Bopp C, Carrenard G, Marcoux L, et al. Early postoperative oral fluid intake in paediatric day case surgery influences the need for opioids and postoperative vomiting: a controlled randomized trial. *Br J Anaesth.* 2017 Mar 1;118(3):407-14. doi: 10.1093/bja/aew463
10. Carvalho CALB, Carvalho AA, Nogueira PLB, Aguilar-Nascimento JE. Mudando paradigmas em jejum pré-operatório: resultados de um mutirão em cirurgia pediátrica. *ABCD.* 2017;30(1):7-10. doi: 10.1590/0102-6720201700010003
11. Costa LLC, Garanhani ML. Cuidado perioperatório: percepção das crianças com mais de uma experiência cirúrgica. *Rev Min Enferm.* [Internet]. 2010 [Acesso 28 abr 2017];14(3):361-8. Disponível em: <http://reme.org.br/content/imagebank/pdf/v14n3a10.pdf>
12. Sikich N, Lerman J. Development and psychometric evaluation of the pediatric anesthesia emergence delirium scale. *Anesthesiology.* [Internet]. 2004 [Acesso 22 maio 2017];100:1138-45. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15114210>
13. Malarbi S, Stargatt R, Howard K, Davidson A. Characterizing the behavior of children emerging with delirium from general anesthesia. *Paediatr Anaesth.* 2011;21:942-50. doi: 10.1111/j.1460-9592.2011.03646.x
14. Benelam B, Wyness L. Hydration and health: a review. *Nutr Bull.* 2010;35:3-25. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-3010.2009.01795.x>
15. Arai S, Stotts N, Puntillo K. Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation. *Am J Crit Care.* 2013;22(4):328-35. doi: 10.4037/ajcc2013533
16. Ortenzi AV. Medicação pré-anestésica. In: Cangiani LM, Carmona MJC, Torres MLA, Bastos CO, Ferez D, Silva ED, et al. *Tratado de Anestesiologia: SAESP.* 6 ed. São Paulo: Atheneu; 2006.
17. Nascimento LA, Garcia AKAG, Conchon MFC, Aroni PA, Pierotti I, Martins PR, et al. Advances in the Management of Perioperative Patients' Thirst. *AORN J.* 2020;111(2): 165-79. doi:10.1002/aorn.12931
18. Pavani MM, Fonseca LF, Conchon MF. Sede do paciente cirúrgico: percepções da equipe de enfermagem nas unidades de internação. *Rev Enferm UFPE On Line.* 2016;10(9):3352-60. doi: 10.5205/reuol.9571-83638-1-SM1009201621
19. Campana MC, Fonseca LF, Lopes DFM, Martins PR. Percepção dos cuidadores quanto à sede da criança cirúrgica. *Rev Rene.* 2015;16(6):799-808. doi: 10.15253/2175-6783.2015000600005
20. Nascimento LA, Fonseca LF. Development of a safety protocol for management of thirst in the immediate postoperative period. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(5):834-43. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234201400005000009>
21. Lilford RJ, Mohammed MA, Brauholtz D, Hofer TP. The measurement of active errors: methodological issues. *Qual Saf Health Care.* 2003;12:8-12. doi: http://dx.doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_2.ii8
22. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.* 7.ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
23. Dolgun E, Yavuz M, Eroğlu M, Islamoğlu A. Investigation of Preoperative Fasting Times in Children. *J Perianesth Nurs.* 2017;32(2):121-4. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2014.12.005>
24. Pasquali L. *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas.* Porto Alegre: Artmed; 2010.
25. Yamashita AM, Takaoka F, Junior JOCA, Iwata NM. *Anestesiologia.* 5. ed. São Paulo: Atheneu; 2001.
26. Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK. *Tratado de anestesiologia clínica - Vol. 2.* [s.l.]:Manole; 1993.
27. Hockenberry MJ, Wilson D. *Wong: fundamentos de enfermagem pediátrica.* 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.
28. Giovinazzo RA. Modelo de aplicação da metodologia Delphi pela internet: vantagens e ressalvas. *Administração On Line.* [Internet]. 2001 [Acesso em 05 abr 2018];2(2). Disponível em http://ead2.fgv.br/ls5/centro_rec/docs/modelo_aplicacao_metodologia_delphi.doc
29. Vituri DW, Matsuda LM. Content validation of quality indicators for nursing care evaluation. *Rev Esc Enferm USP.* [Internet].2009 [Acesso em 07 maio 2017];43(2):429-37. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a24v43n2.pdf>

30. Rubio DM, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee ES, Rauch S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. *Soc Work Res.* 2003;27(2):94-104. doi: <https://doi.org/10.1093/swr/27.2.94>
31. Polit DF, Beck CT. The Content Validity Index: Are You Sure You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations. *Res Nurs Health.* 2006;29(5):489-97. doi: 10.1002/nur.20147
32. Siegel S, Castellan HJ. Estatística não paramétrica para ciências do comportamento. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
33. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* [Internet]. 1977 [Acesso em 23 jul 2017];33(1):159-74. Disponível em https://www.dentalage.co.uk/wp-content/uploads/2014/09/landis_jr_koch_gg_1977_kappa_and_observer_agreement.pdf
34. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 33. Saúde da criança: Crescimento e desenvolvimento. Brasília (DF): MS; 2012.
35. Macnab AJ, Levine M, Glick N, Susak L, Baker-Brown GA. A research tool for measurement of recovery from sedation: the Vancouver Sedative Recovery Scale. *J Pediatr Surg.* [Internet]. 1991 [Acesso em 07 jun 2017];26(11):1263-7. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1812252>
36. Eckenhoff JE, Kneale DH, Dripps RD. The incidence and etiology of postanesthetic excitement. *Anesthesiology.* [Internet]. 1961 [Acesso em 10 maio 2017];22:667-73. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13889092>
37. Reilly PL, Simpson DA, Sprod R, Thomas L. Assessing the conscious level in infants and young children: a paediatric version of the Glasgow Coma Scale. *Childs Nerv Syst.* [Internet]. 1988 [Acesso em 07 jun 2017]4(1):30-3. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3135935>
38. Ista E, van Dijk M, Tibboel D, de Hoog M. Assessment of sedation levels in pediatric intensive care patients can be improved by using the COMFORT "behavior" scale. *Pediatr Crit Care Med.* 2005;6(1):58-63. doi: 10.1097/01.PCC.0000149318.40279.1A
39. Steward DJ. A simplified scoring system for the post-operative recovery room. *Can Anaesth Soc J.* [Internet]. 1975 [Acesso em 22 maio 2017];22(1):111-3. Disponível em <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03004827>
40. Aldrete JA. The post-anesthesia recovery score revisited. *J Clin Anesth.* [Internet]. 1995 Feb [Acesso em 10 maio 2017];7(1):89-91. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7772368>
41. Souza TM, Carvalho R, Paldino CM. Diagnósticos, prognósticos e intervenções de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica. *Rev SOBECC.* [Internet]. 2012 [Acesso em 10 jun 2017];17(4):33-47. Disponível em <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/187>
42. Matsuno AK. Insuficiência respiratória aguda na criança. *Medicina (Ribeirão Preto).* [Internet]. 2012 [Acesso em 10 maio 2017];45(2):168-84. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3637030/mod_resource/content/2/Simp2_Insufici%C3%Aancia%20Respirat%C3%B3ria%20Aguda%20na%20Crian%C3%A7a.pdf
43. von Ungern-Sternberg BS, Ramgolam A, Hall GL, Sly PD, Habre W. Peri-operative adverse respiratory events in children. *Anaesthesia.* 2015;70(4):440-4. doi: 10.1111/anae.12946
44. Bourdaud N, François C, Jacqmarcq O, Guye ML, Jean J, Studer C, et al. Addition of droperidol to prophylactic ondansetron and dexamethasone in children at high risk for postoperative vomiting. A randomized, controlled, double-blind study. *Br J Anaesth.* 2017;118(6):918-23. doi: <https://doi.org/10.1093/bja/aex099>
45. Tabae A, Lin JW, Dupiton V, Jones JE. The role of oral fluid intake following adeno-tonsillectomy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2006;70(7):1159-64. doi: 10.1016/j.ijporl.2005.11.015

Recebido: 14.04.2019

Aceito: 06.04.2020

Editora Associada:
Lucila Castanheira Nascimento

Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Isadora Pierotti

E-mail: isa_pierotti@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-8050-8389>