



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

CAMPUS I

PRÓ-REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE

MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE

DAISY MARILLYA XAVIER LEITE

**PROTOCOLO PARA PADRONIZAÇÃO DA RONDA DIÁRIA DA EQUIPE
MULTIDISCIPLINAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO
NARRATIVA**

CAMPINA GRANDE - PB

2021

DAISY MARILLYA XAVIER LEITE

**PROTOCOLO PARA PADRONIZAÇÃO DA RONDA DIÁRIA DA EQUIPE
MULTIDISCIPLINAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO
NARRATIVA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência e Tecnologia em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba-UEPB, para obtenção do título de Mestre em Ciência e Tecnologia da Saúde.

Área de concentração: Estudos Aplicados ao Campo de Tecnologia em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Kátia Elizabete Galdino

CAMPINA GRANDE - PB

2021

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

L533p Leite, Daisy Marillya Xavier.
Protocolo para padronização da ronda diária da equipe multidisciplinar em Unidade de Terapia Intensiva [manuscrito] : revisão narrativa / Daisy Marillya Xavier Leite. - 2021.
71 p. : il. colorido.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Profissional em Ciência e Tecnologia em Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2022.

"Orientação : Profa. Dra. Kátia Elizabete Galdino, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa."

1. Protocolo Clínico. 2. Unidade de Terapia Intensiva. 3. Equipe Multidisciplinar de Saúde. I. Título

21. ed. CDD 610.736

DAISY MARILLYA XAVIER LEITE

**PROTOCOLO PARA PADRONIZAÇÃO DA RONDA DIÁRIA DA EQUIPE
MULTIDISCIPLINAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO
NARRATIVA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência e Tecnologia em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba-UEPB, para obtenção do título de Mestre em Ciência e Tecnologia da Saúde.

Área de concentração: Estudos Aplicados ao Campo de Tecnologia em Saúde

Aprovação em 04/05/2021

BANCA EXAMINADORA

Kátia E. Galdino

Profa. Dra. Kátia Elizabete Galdino
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
Membro Titular (Orientadora)

Renata de Souza Coelho Soares

Profa. Dra. Renata de Souza Coelho Soares
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
Membro Titular (1º examinador)

Érika Barbosa Camargo

Profa. Dra. Érika Barbosa Camargo
Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/BRASÍLIA)
Membro Titular (2º examinador)

Ao único Deus pela graça da vida e pelas eternas bênçãos, fidelidade e misericórdia. Aos meus pais Juarez e Fleusa Maria pelo apoio constante, amor, compreensão e paciência

Dedico.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Dra. Kátia Elizabete Galdino, pela excelência na orientação e pelo apoio, capacitação, envolvimento, dedicação e compreensão.

À colaboração das Professoras MD. PhD. Mônica Vinhas de Souza e Dra. Renata de Souza Coelho Soares, pelo estímulo e acréscimo na qualidade da pesquisa.

Às amigas Aline Terra do Bomfim e Janezeide Borges Carneiro pelo incentivo, parceria e pela colaboração neste trabalho.

À UNIFASB que disponibilizou este Programa de Mestrado aos seus docentes, no intuito de garantir um ensino de excelência e um aperfeiçoamento destes.

À minha Coordenadora do Curso de Enfermagem, Éricka Samanta Dorfey, que me escolheu entre tantos professores de seu colegiado de enfermagem para compor a turma de mestrandos da instituição. Sempre serei grata por esta oportunidade.

Ao meu namorado Francisco (Bê), pelas ideias, incentivo, ajuda, carinho e compreensão ao longo deste período de elaboração do trabalho.

Ao Programa de Pós-graduação em Ciências e Tecnologias na Saúde (NUTES-UEPB), por me proporcionar uma experiência única, em minha vida acadêmica e obtenção de um título tão almejado de Mestre.

RESUMO

A Unidade de Terapia Intensiva é um ambiente de manutenção da vida e da recuperação da saúde, onde utiliza de intervenções cada vez mais complexas, aumentando as chances de erros e eventos adversos expondo em risco a segurança do paciente. Esta revisão narrativa se propôs a Avaliar se os estudos de protocolos utilizados em rondas diárias em Unidades de Terapia Intensiva por equipe multidisciplinar avaliam o paciente holisticamente; Verificar se os protocolos já são implantados em Unidade de Terapia Intensiva são validados; Destacar se os protocolos de rondas diárias em UTI são utilizados por uma equipe multidisciplinar; Identificar os itens que compõe os protocolos de rondas diárias. Foi realizada busca por ECR, sem a utilização de filtros por idioma e ano de publicação em cinco bases de dados PUBMED, Scielo, Medline, LILACS e Google Acadêmico de estudos de protocolos de rondas diárias multidisciplinar em UTI, sendo necessário ampliar os tipos de estudos devido a escassez de estudos no perfil da pesquisa. Um total de 2082 artigos foram revisados, e 03 publicações foram elegíveis referentes a ECR, ECNR e Coorte. Dentre os artigos analisados todos eram aplicados em visitas multidisciplinar na beira do leito em UTI, porém, não havia semelhanças nos itens que compunham os protocolos por dois serem elaborados conforme a realidade local e um ser aplicado apenas na presença de delirium, havia também divergências nos desfechos dos estudos. Não se observou informações sobre a implantação deles. Assim, a partir dos resultados encontrados pode-se inferir que há diferenças significativas entre os itens que compõe os protocolos de rondas diárias a beira do leito em UTI, não havendo uma padronização. São estudos que não citam sugestões para a implantação desses protocolos e enfatizam apenas a validação desses, reconhecendo haver a necessidade de mais pesquisas com a temática.

PALAVRAS-CHAVE: Protocolo Clínico. Unidade de Terapia Intensiva. Equipe Multidisciplinar de Saúde. Paciente.

ABSTRACT

The Intensive Care Unit is an environment for the maintenance of life and health recovery, where it uses increasingly complex interventions, increasing the chances of errors and adverse events, exposing the patient's safety at risk. This narrative review aimed to assess whether the protocol studies used in daily rounds in Intensive Care Units by a multidisciplinary team assess the patient holistically; Check whether the protocols are already implemented in the Intensive Care Unit are validated; Highlight whether the protocols for daily rounds in the ICU are used by a multidisciplinary team; Identify the items that make up the daily patrol protocols. A search was performed by ECR, without the use of filters by language and year of publication in five databases PUBMED, Scielo, Medline, LILACS and Google Academic of multidisciplinary daily rounds protocol studies in ICU, it is necessary to expand the types of studies due to the scarcity of studies in the research profile. A total of 2082 articles were reviewed, and 03 publications were eligible referring to ECR, ECNR and Cohort. Among the articles analyzed, all were applied in multidisciplinary visits at the bedside in the ICU, however, there were no similarities in the items that made up the protocols because two were elaborated according to the local reality and one was applied only in the presence of delirium, there were also divergences in the study outcomes. No information about their implementation was observed. Thus, from the results found, it can be inferred that there are significant differences between the items that make up the protocols for daily rounds at the bedside in the ICU, with no standardization. These are studies that do not mention suggestions for the implementation of these protocols and only emphasize their validation, recognizing that there is a need for more research on the subject.

KEYWORDS: Clinical Protocol. Intensive care unit. Multidisciplinary Health Team. Patient.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01	Bases e estratégias de buscas adaptadas.....	34
Quadro 02	Bases, estratégias de buscas adaptadas e quantificação dos estudos por título e resumo.....	41
Quadro 03	Caracterizações metodológica dos estudos selecionados na revisão narrativa.....	43
Quadro 04	Estudos excluídos da revisão narrativa.....	44
Quadro 05	Critérios de elegibilidade dos estudos.....	45
Quadro 06	Características dos estudos.....	46

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fluxograma mostrando o processo de seleção dos estudos.....	42
-----------------	---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de estudos identificados segundo base de dados.....	40
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APACHE	Acute Physiology And Chronic Health Evaluation
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BCP	Broncopneumonia
BIREME	Biblioteca regional de Medicina
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EUA	Estados Unidos da América
FH	FAST HUG
FiO2	Fração Inspirada de Oxigênio
HBPM	Heparina de Baixo Peso Molecular
HNF	Heparina Não Fracionada
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IRA	Injúria Renal Aguda
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
ITU	Infecção do Trato Urinário
IVC	Índice de Validade de Conteúdos
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LPP	Lesão Por Pressão
MESH	Medical Subject Headings
PaO2	Pressão Arterial de Oxigênio
PAVM	Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica
PcO2	Pressão Parcial de Oxigênio
PEEP	Pressão Expiratória Final Positiva
PRISMA	Preferred Reporting Intems for Systematic Reviews and Meta-analysis
PROSPERO	International Prospective Register of Systematic Rewiews
RS	Revisão Sistemática
SARA	Síndrome da Angústia Respiratória
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SDUE	Sangramento Digestivo Devido Úlcera de Estresse
ScO2	Saturação Venosa de Oxigênio
SDRA	Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo
SvO2	Saturação Venosa de Oxigênio
TEP	Tromboembolismo Pulmonar
TVP	Trombose Venosa Profunda
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VM	Ventilação Mecânica
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva
OMS	Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	Fundamentação teórica.....	15
2.1	Falha na comunicação entre a equipe multidisciplinar.....	15
2.2	Sedação e despertar diário.....	17
2.3	Proteção ocular.....	18
2.4	Profilaxia da pavm (pneumonia associada a ventilação mecânica).....	18
2.5	Sistema respiratório: sara/sdra (o que fazer e quando pronar?).....	19
2.6	Sistema cardiovascular (drogas vasoativas; meta hemodinâmica; uso de vasopressor).....	20
2.7	2.7 Trombo profilaxia ou anticoagulação plena.....	20
2.8	Avaliação de macro perfusão e microperfusão tecidual.....	22
2.9	Avaliação de macro perfusão e microperfusão tecidual.....	22
2.10	Avaliação de perfil nutricional, jejum, dieta parenteral e enteral.....	23
2.11	Úlcera de estresse.....	23
2.12	2.8 Escore e exames.....	24
2.13	Uso de procinéticos e laxativos, evacuações.....	24
2.14	Controle glicêmico.....	25
2.15	Injúria renal aguda/lesão renal aguda.....	25
2.16	Infecção: dispositivos invasivos e culturas solicitadas.....	26
2.17	Antibióticos: uso racional e retirada precoce.....	27
2.18	Lesão por pressão e escalas de predição de riscos.....	28
2.19	Avaliação de membros inferiores e de risco de trombose venosa profunda	28
3	METODOLOGIA.....	30
3.1	Protocolo e registro.....	30
3.2	Critérios de elegibilidade.....	30
3.2.1	<i>Critérios de inclusão dos estudos</i>	30
3.2.2	<i>Critérios de exclusão dos estudos</i>	31
3.3	Fontes de informação.....	31
3.3.1	<i>PubMed</i>	32
3.3.2	<i>Scielo</i>	32
3.3.3	<i>Lilacs</i>	32
3.3.4	<i>Medline</i>	32
3.4	Busca.....	36
3.5	Seleção dos estudos.....	36
3.6	Processo de coleta de dados.....	37
3.7	Avaliação de qualidade e risco de viés em cada estudo.....	37
3.8	Medidas de sumarização.....	38
4	RESULTADOS.....	39
4.1	Seleção dos estudos.....	39
4.2	Características dos estudos.....	40
4.3	Risco de viés em cada estudo.....	47

4.3.1	<i>Estudo 01 (BARCELLOS et al., 2020)</i>	47
3.3.2	<i>Estudo 02 (CAVALCANTI et al., 2016)</i>	47
4.3.3	<i>Estudo 03 (SOUZA et al., 2020)</i>	49
4.4	Resultado de estudos individuais	49
5	DISCUSSÃO	50
5.1	Limitações	52
6	CONCLUSÃO	53
	REFERÊNCIAS	55
	APÊNDICE A - Formulário de Elegibilidade	62
	APÊNDICE B - Extração dos Dados	63
	ANEXO A - Downs And Black Checklist	64
	ANEXO B - Checklist PRISMA para redação do protocolo	70

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a necessidade de leitos em UTI vem aumentando significativamente, agravando a demanda futura e evidenciando a escassez de leitos nas UTIs públicas brasileiras. Portanto, evidencia-se a potencialização dos recursos terapêuticos e a melhoria do atendimento nessas unidades como meio de diminuir o tempo de internação e melhorar a rotatividade de leitos (FRANÇA, 2016). A portaria 1.101/2002 do MS demonstra alguns parâmetros para os leitos hospitalares são eles: 2,5 ou 3 leitos para cada 1.000 habitantes, sendo que destes 4% a 10% se destinam às UTI's, assim ressalta-se que 60% dos custos e diárias em UTI's são esgotados por idosos e até 2050 este número crescerá proporcionalmente à população idosa. Mesmo diante destes dados, Almeida (2006), afirma serem insuficientes as informações alusivas aos leitos e acolhimentos em UTI's, existindo sobre o assunto, unicamente informações isoladas e regionalizadas.

A assistência à saúde objetiva evitar os riscos e as falhas ao paciente a ser atingido pelos profissionais da saúde e um compromisso da formação profissional (PADILHA et al., 2010). A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor hospitalar direcionado aos cuidados críticos, esta dispõe de equipamentos de alta tecnologia como respiradores mecânicos, bombas de infusão contínua e monitorização hemodinâmica; estes recursos tecnológicos são de alto valor monetário e demandam rigorosa atenção para seu manuseio (PEREIRA et al., 2020).

Atualmente, buscam-se maneiras para melhorar a assistência prestada à pacientes internados em unidade de terapia intensiva. A avaliação sistemática, no paciente em estado crítico, exige um processo dinâmico de fácil aplicação que facilita a sua observação integral. Sendo assim, um método eficiente de se promover isto, gerando uma maior uniformidade nas condutas é através da aplicação de checklists (MAIOLI et al, 2018).

O impacto dos protocolos na prática de saúde tem sido avaliado sistematicamente e os pesquisadores acreditam que eles podem ser eficazes no processo de mudança da prática, bem como, na melhoria dos resultados com o paciente. Dessa forma, esses Protocolos ajudam a sintetizar a informação dentro de uma estrutura concisa e promovem a tradução do conhecimento para melhorar a prática (POLIT, 2004).

As equipes multidisciplinares (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, psicólogo e fonoaudiólogo) que atuam em Unidades de Terapia Intensiva - UTI, necessitam de protocolos mais completos que vislumbrem o paciente holisticamente, onde utilize de recursos tecnológicos para garantir uma maior segurança na ronda diária, facilitando a comunicação da equipe, garantindo a segurança do paciente e a eficácia da profilaxia e

tratamento deste. Dessa forma, instigou-se a saber: Os protocolos de rondas diárias aplicados por equipe multidisciplinar em Unidade de Terapia Intensiva avaliam os pacientes críticos holisticamente?

Esta pesquisa teve como objetivo geral avaliar se os estudos de protocolos utilizados em rondas diárias em Unidades de Terapia Intensiva por equipe multidisciplinar avaliam o paciente holisticamente. E como objetivos específicos verificar se os protocolos já são implantados em Unidade de Terapia Intensiva são validados; Destacar se os protocolos de rondas diárias em UTI são utilizados por uma equipe multidisciplinar; Identificar os itens que compõem os protocolos de rondas diárias.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Falha na comunicação entre a equipe multidisciplinar

A segurança do paciente, adquiriu grande relevância nos últimos anos, destacando a qualidade do cuidado da saúde, assumindo tanto para os pacientes e seus familiares, que almejam ter confiança e segurança, como para os profissionais de saúde, onde o objetivo primordial é prestar cuidados de elevada efetividade, eficiência e baseados na melhor evidência disponível. Conjuntamente, vê-se ao aumento da pesquisa na área da segurança do paciente, a necessidade de criar e avaliar o impacto de soluções inovadoras que possam acrescentar valor em termos clínicos, econômicos e sociais (SOUZA, 2014).

Segundo Courtright e Kerlin (2014) a necessidade de cuidados intensivos evolui, de certa forma como resposta a uma população que envelhece proporcionalmente com uma maior prevalência de doenças graves, e com avanços em tratamentos médicos mais complexos de risco mais elevado. Os desafios desse desequilíbrio trazem a oportunidade para repensar e para refinar a estrutura e os processos envolvidos no provimento de cuidados de UTI, inclusive em termos de equipe. Dessa forma, a questão da formação de equipes de UTI continua incerta, mas, em face do crescimento da necessidade de intensivistas, fica evidenciado que opções alternativas para a formação dessas equipes devem ser entendidas, otimizadas e implantadas.

A comunicação apresenta-se como a segunda meta internacional entre as seis para segurança do paciente, uma vez que falha no seu processo podem causar prejuízo ao paciente, no que tange a prorrogação da alta hospitalar e em casos mais graves óbitos que poderiam ser evitados. A aplicabilidade de listas de verificações na área da saúde tem tido sucesso na qualidade de cuidados, por exigirem abordagens sistemáticas e rápidas (RÊGO et al., 2020).

O FAST HUG se estabelece como uma ferramenta indicada para a melhoria contínua da qualidade e da segurança de pacientes críticos, onde há introdução de checklists na prática diária de visitas à beira-leito. Para a prevenção de incidentes durante o manejo com o paciente, o checklist tem sido um instrumento disponível para auxiliar no planejamento para redução de eventos adversos (WHO,2014). Foi lançado pela OMS e teve inicialmente sua implementação em centro cirúrgico, mostrando redução de complicações de 11% para 7% após sua introdução (HAYNES,2009).

O FAST HUG é um mnemônico inicialmente proposto pelo médico Jean L. Vincent com o intuito de sistematizar o atendimento ao paciente crítico, foi publicado na Critical Care Medicine e é usado mundialmente por muitos intensivistas, envolvendo sete itens de

observação diária: alimentação, analgesia e sedação, profilaxia de trombose venosa, profilaxia de úlcera de estresse, decúbito elevado e controle glicêmico. Esses sete itens são essenciais na prescrição médica diária em pacientes críticos que estão hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o que permite a identificação de problemas relacionados com os procedimentos e assistência que são realizados nessas unidades, e que almeja estabelecer uma assistência segura, eficiente e eficaz para os pacientes (MAIOLI et al, 2018).

Essas ferramentas têm potencial para melhorar a segurança e a qualidade do cuidado prestado aos pacientes nos serviços à saúde e de reduzir custos na UTI, além de facilitar a aplicação de tarefas complexas, diminuir a variabilidade, melhorar a comunicação entre a equipe e ajudar a garantir que tudo o que deve ser feito realmente seja feito (RÉA-NETO, 2010).

A facilidade de aplicação viabiliza um rápido aprendizado e aderência pela equipe. O Fast Hug (FH) é um exemplo de instrumento aplicado para o cuidado ao paciente na UTI. Refere-se a um mnemônico, inicialmente proposto pelo médico Jean-Louis Vincent em 2005, objetivando a otimização do atendimento ao paciente crítico. Este instrumento contempla sete itens que devem ser revisados diariamente a fim de evitar omissões nos cuidados intensivos. São eles: Feeding (Alimentação), Analgesia and Sedation (Sedação), Thromboembolic prevention (Profilaxia de trombose venosa), Head of bed elevated (cabeceira do leito elevada), stress Ulcer prophylaxis (profilaxia de úlcera de estresse) e Glucose control (controle glicêmico) (SANTOS et al, 2017).

Dessa forma, o checklist reforça a lembrança de tarefas mínimas necessárias, tornando-as explícitas e oferecendo não só a oportunidade de verificação de itens, mas o incentivo e o reforço à disciplina de alto desempenho, o que pode ser aplicado ao FH. Sendo assim, a importância de estabelecer medidas de segurança do paciente nas UTI, é considerado fator relevante para a utilização do FH na assistência ao paciente crítico (SANTOS et al, 2017).

Ainda segundo Santos (2017), as informações transmitidas devem ser claras e precisas, pois falhas na comunicação entre a equipe podem representar prejuízos na assistência, inclusive com danos à saúde dos pacientes. Dessa forma, a estratégia em se utilizar o FH durante a passagem de plantão pode permitir avaliar os itens no início da jornada de trabalho, a fim de priorizar condutas e verificar os resultados. A maioria das enfermeiras considerou o mnemônico de fácil memorização, o que confere maior aceitação e aplicabilidade pela equipe. Além disso, o perfil jovem dos profissionais deste estudo pode sugerir maior receptividade à ferramenta apresentada.

2.2 Sedação e despertar diário

O paciente em uso de ventilação mecânica deve ser avaliado quanto aos seguintes aspectos: à dor e à sedação para otimizar a dose de medicamentos. Essa avaliação diminui o tempo de necessidade de ventiladores e de permanência em UTI (SAKATA, 2010).

O quadro de dor gera um estímulo simpático, com taquicardia e aumento da pressão arterial, sintomas que podem ajudar a detectar a dor. Entretanto, essas alterações têm pouca especificidade na UTI e podem ser provocadas por vasopressores, bloqueadores adrenérgicos beta, antiarrítmicos, sedativos e condições patológicas (sepse, choque, hipoxemia e medo) (SAKATA, 2010).

Os princípios para analgesia e sedação devem estabelecer alvos, reavaliar com frequência, mensurar a intensidade da dor e da sedação com escalas validadas, selecionar medicamentos baseados em características importantes e evidências, destacar fármacos seguros para a população de risco, evitar sedação excessiva, controlar dor e agitação, oferecer tratamento multidisciplinar, selecionar técnicas de fácil utilização, utilizar protocolos, algoritmos e guias (SESSLER et al., 2009).

O despertar diário é necessário para evitar a sedação excessiva, dessa maneira surgiu o conceito de interrupção diária da infusão, a fim de avaliar a necessidade de sedativo e diminuir o acúmulo, o tempo de ventilação mecânica e a permanência na UTI. Pacientes sob ventilação mecânica em uso de sedativos em infusão contínua, devem ter a sedação ministrada por protocolos e metas que viabilizem interrupção diária da infusão (SAKATA, 2010).

O uso contínuo de sedativos é um ocasionador de maior duração da ventilação mecânica, maior tempo de permanência na UTI e no ambiente hospitalar. Kress et al (2000), produziram um estudo randomizado e controlado com uma amostra de 128 pacientes, com a finalidade de testar o efeito da interrupção diária da sedação na duração da ventilação mecânica, tempo de estadia em UTI e tempo de internação hospitalar. Sendo observado, uma redução na mediana de duração de ventilação mecânica em 2,4 dias e na mediana de tempo de internação na UTI em 3,3 dias no grupo intervenção, comparado com o grupo em que a sedação não foi interrompida.

Protocolos para desmame conduzidos por profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e fisioterapeutas) reduzem o tempo do processo de transição da ventilação artificial para a espontânea (ELY, 2001). Um desses protocolos mostrou uma redução na duração da ventilação mecânica em dois dias, redução do tempo de permanência em UTI em dois dias e redução na incidência de traqueostomia no grupo de tratamento (6% x 13%).

Segundo Goldwasser (2007) existem determinadas situações clínicas onde haverá a necessidade de uma reavaliação da interrupção dos agentes sedativos, por parte da equipe, devido a utilização de miorrelaxantes, instabilidade hemodinâmica, fase aguda da síndrome do desconforto respiratório agudo e outras.

2.3 Proteção ocular

Segundo Araújo et al (2016), o olho seco é um achado comum em pacientes críticos. A incidência global de olho seco é de 53% no período do estudo. Ainda segundo este estudo a taxa de incidência de olho seco foi de 0,184 casos/paciente por dia (5,51 casos/paciente por mês), variando de 0,153 casos/paciente por dia (4,58 casos/paciente por mês) a 0,219 casos/paciente por dia (6,58 casos/paciente por mês), com 95% de confiança.

Como a redução na quantidade ou qualidade das lágrimas pode ser o início de maiores alterações na superfície ocular, é imprescindível a prevenção de olho seco em pacientes criticamente enfermos. Este problema pode ser identificado e prevenido pelos enfermeiros, que dispõem de uma assistência focada no auxílio da redução de complicações oculares (ARAÚJO et al., 2016).

Ainda conforme o Araújo et al (2016), as drogas sedativas e a ventilação mecânica foram também apontadas como importantes fatores de risco para olho seco e apresentaram significância estatística. Os fatores de risco, identificados no estudo, estão relacionados à condição clínica e tratamento dos pacientes. Embora a equipe de enfermagem não possa mudar estes fatores, podem ser adotadas estratégias para identificação precoce do risco de olho seco, bem como, implementadas medidas preventivas para evitar maiores prejuízos oculares, a partir da avaliação ocular, utilizando-se testes acurados, tais como, testes de Schirmer I, de fluoresceína e identificação dos fatores de riscos relacionados ao problema.

2.4 Profilaxia da pavm (pneumonia associada a ventilação mecânica)

O uso da ventilação mecânica é primordial e indispensável para garantir a recuperação, porém, também traz consigo alguns problemas, sendo um dos mais graves, a pneumonia associada à ventilação mecânica. Pacientes que manifestam esse quadro de pneumonia aumentam o tempo de internação na UTI e aumentam o risco de mortalidade, assim é de suma importância que os profissionais que atuam nestas unidades adotem medidas para a prevenção de pneumonia (BRASIL, 2017; MELSEN, et al., 2013 APUD, FRAN, 2019).

O aparecimento de PAVM está vinculado positivamente a um maior tempo de permanência sob suporte ventilatório invasivo (aproximadamente cerca de 15 dias adicionais) e se prolonga a estadia na UTI (cerca de 15 dias adicionais) e no hospital (cerca de 13 dias adicionais) de forma considerável. Entretanto, está relacionada ao aumento na mortalidade na UTI. Em contrapartida, a mortalidade hospitalar não se relaciona pela incidência dessa infecção. Em uma análise multivariável, confirma que a PAVM como fator de risco independente de mortalidade na UTI (RODRIGUES et al, 2009).

2.5 Sistema respiratório: sara/sdra (o que fazer e quando pronar?)

A ventilação mecânica invasiva (VM), consiste em um método de tratamento para pacientes com insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada. Tem por finalidade, além da manutenção das trocas gasosas, ou seja, correção da hipoxemia e da acidose respiratória associada à hipercapnia, aliviar o trabalho da musculatura respiratória que, em situações agudas de alta demanda metabólica, está elevado e reverter a fadiga da musculatura respiratória, além de diminuir o consumo de oxigênio, dessa forma reduzindo o desconforto respiratório, e permitir a aplicação de terapêuticas específicas. A Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA) é definida, de acordo com a Conferência de Consenso Europeia-Americana, como uma síndrome de insuficiência respiratória de instalação aguda, caracterizada por infiltrado pulmonar bilateral à radiografia de tórax, compatível com edema pulmonar (ANTONIAZZI, 1998; BARBAS, 2014).

A utilização precoce de posição prona durante o suporte ventilatório para a síndrome do desconforto respiratório agudo severo em pacientes que necessitam de níveis relativamente elevados de PEEP e volumes correntes reduzidos, associa-se à melhor resposta fisiológica das unidades alveolares colapsadas, que são mais susceptíveis de serem abertas (recrutamento alveolar) durante a fase inicial da doença (exsudativa), implicando redução significativa da mortalidade (DALMEDICO et al, 2017).

Outro aspecto relevante da utilização da posição prona refere-se à análise do subgrupo “relação PaO₂/FiO₂”, que indica redução significativa da taxa de mortalidade adicional em pacientes com hipoxemia grave ou outras condições clínicas graves associadas. Os pacientes gravemente hipoxêmicos respondem melhor à intervenção (GUÉRIN et al, 2013).

2.6 Sistema cardiovascular (drogas vasoativas; meta hemodinâmica; uso de vasopressor)

O uso de drogas vasoativas no suporte farmacológico de pacientes críticos, está baseado na otimização do débito cardíaco e do tônus vascular da circulação sistêmica e pulmonar, com o propósito principal de restabelecimento do fluxo sanguíneo regional para órgãos vitais durante o choque circulatório (FONSECA, 2001).

Ainda conforme o autor, as drogas vasoativas são importantes no tratamento do choque circulatório, pois desempenham inúmeras ações farmacológicas, que acarretam o aumento do débito cardíaco e em incremento da oferta de oxigênio, devido o tipo de droga utilizada. Vale ressaltar que a escolha da droga ou associação de drogas a ser aplicada, deve ser estabelecida com base no mecanismo fisiopatológico envolvido na gênese do choque circulatório, assim como a dose ideal deve ser calculada criteriosamente no decorrer do tratamento, de acordo com as alterações dos parâmetros hemodinâmicos, tornando-se indispensável o uso da monitoração hemodinâmica em determinadas situações.

As drogas vasoativas têm ação, em especial, sobre os parâmetros que regulam o Débito Cardíaco. Este é determinado pelo resultado do volume sistólico e da frequência cardíaca. O volume sistólico depende das pressões e dos volumes de enchimento ventricular (pré-carga), da contratilidade do miocárdio e da resistência ao esvaziamento do ventrículo (pós-carga) (OSTINI et al., 1998).

2.9 Trombo profilaxia ou anticoagulação plena

Segundo Balda (2018), a discussão a respeito da realização de profilaxia para tromboembolismo venoso se dá em referência ao fato de que tal doença pode apresentar-se de maneira silenciosa, clinicamente, de sua alta prevalência entre pacientes hospitalizados e da alta probabilidade de graves complicações clínicas decorrentes desta patologia. Sendo indevido aguardar o aparecimento dos sintomas, confiar em técnicas diagnósticas para posteriormente tratar o paciente, sendo assim a profilaxia é o melhor a adotar. Devendo todo hospital ter que desenvolver um protocolo de prevenção de tromboembolismo.

Após uma publicação de revisão das diretrizes a respeito de diversos aspectos relacionados à anticoagulação, no que diz respeito as diretrizes de trombo profilaxia, Geerts (2001) faz as seguintes recomendações:

- I. Pacientes de cirurgia geral com baixo risco de tromboembolismo: $\frac{3}{4}$ neste grupo não se evidencia fatores para se realizar profilaxia (recomendação nível 1C). Neste nível tal recomendação pode mudar a partir de estudos com evidências mais fortes. Já no risco moderado $\frac{3}{4}$ deste grupo orienta-se o uso de heparina não fracionada em baixa dose, heparinas de baixo peso, compressão intermitente de membros inferiores ou uso de meias elásticas (evidência 1 A) a recomendação feita a partir de estudos randomizados, com forte evidência. Já em alto risco $\frac{3}{4}$ deste grupo recomenda-se heparina não fracionada ou heparina de baixo peso (evidência 1A). A profilaxia com compressão intermitente também é considerada evidência 1A. Nos indivíduos com predisposição a sangramento, é preferível assim o método mecânico de profilaxia. E no risco altíssimo $\frac{3}{4}$ neste grupo combina-se método farmacológico e compressão intermitente de membros inferiores (evidência 1C).
- II. Pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos de quadril $\frac{3}{4}$ a profilaxia recomendada é heparina de baixo peso iniciada no pré-operatório com 12 horas que antecede o procedimento, ou anticoagulante por via oral, imediatamente após a cirurgia (recomendação 1A).
- III. Pacientes submetido a cirurgias de joelho $\frac{3}{4}$ é recomendado heparina de baixo peso, anticoagulante por via oral ou compressão intermitente (1A de recomendação). Nos casos de fratura de bacia o uso pré-operatório de heparina de baixo peso ou anticoagulante oral (recomendação 1B).
- IV. Pacientes com condições clínicas de IAM e AVC isquêmico $\frac{3}{4}$ o uso de heparina em baixa dose ou anticoagulação plena (recomendação 1A). Havendo contraindicação para anticoagulação, métodos mecânicos têm indicação 1C.
- V. Pacientes com ICC e /ou BCP ou em outras condições clínicas que apresentem fator de risco para TVP $\frac{3}{4}$ a recomendação de profilaxia com heparina de baixo peso ou fracionada recebe recomendação 1A.

Os níveis de evidência foram estipulados pela Sociedade Brasileira de cardiologia – SBC (2013), como: Nível A - Dados obtidos a partir de múltiplos estudos randomizados de bom porte, concordantes e/ou de metanálise robusta de estudos clínicos randomizados. Nível B - Dados obtidos a partir de metanálise menos robusta, a partir de um único estudo randomizado ou de estudos não randomizados (observacionais). E Nível C - Dados obtidos de opiniões consensuais de especialistas.

Ainda segundo a SBC (2013), as Classes (Graus) de recomendação, são:

Classe I - Condições para as quais há evidências conclusivas, ou, na sua falta, consenso geral de que o procedimento é seguro e útil/eficaz.

Classe II - Condições para as quais há evidências conflitantes e/ou divergência de opinião sobre segurança e utilidade/eficácia do procedimento.

Classe IIa - Peso ou evidência/opinião a favor do procedimento. A maioria aprova.

Classe IIb - Segurança e utilidade/eficácia menos bem estabelecida, não havendo predomínio de opiniões a favor.

Classe III - Condições para as quais há evidências e/ou consenso de que o procedimento não é útil/eficaz e, em alguns casos, pode ser prejudicial.

A anticoagulação plena é realizada através do uso de heparina, uma prática frequentemente realizada em unidades de terapia intensiva. Esta medida também é conhecida como, heparinização plena, e pode ser realizada com heparina não fracionada (HNF) ou heparinas de baixo peso molecular (HBPM). As indicações mais frequentes são: Síndromes Coronárias Agudas – Com Supra de ST (relacionado uso de trombolíticos); Sem Supra de ST; Tromboembolismo Pulmonar - TEP; pós-operatórios-operatórios cardiovasculares – Uso de Próteses valvares metálicas (prótese mitral). Manipulações Vasculares; Isquemias vasculares progressivas (HOSPITAL ISRAELISTA ALBERT EINSTEIN, 2009).

2.10 Avaliação de macro perfusão e microperfusão tecidual

Segundo Figueiredo & Corrêa (2008), a avaliação da perfusão tecidual, à beira do leito, pode ser complexa em muitos pacientes, principalmente em pacientes sépticos. Dessa maneira, necessita-se, de um novo processo avaliativo de monitoração das variáveis de perfusão tecidual. O oferecimento e o consumo de oxigênio são fatores primordiais, pois a oferta de oxigênio apresenta mínima relação com o prognóstico. Todavia, os níveis séricos de lactato e a análise da saturação venosa de oxigênio (SvO₂ ou ScO₂), mostram o equilíbrio sistêmico entre oferta e consumo de oxigênio. A partir da mensuração e do monitoramento da pCO₂ da mucosa gástrica, com a observação direta da microcirculação são instrumentos que ajudam a avaliação local da perfusão tecidual, podendo ser indispensável em estados distribuição de fluxo heterogêneos.

2.11 Avaliação de perfil nutricional, jejum, dieta parenteral e enteral

Pacientes internados em unidade de terapia intensiva são mais suscetíveis às perdas calórico-proteicas durante sua permanência no setor, o que interfere de maneira significativa na recuperação e, por conseguinte, na demora para a alta hospitalar além do aumento da taxa de mortalidade (MARTINS, 2017).

O suporte nutricional de pacientes em UTI é considerado um desafio pela Sociedade Americana de Nutrição Parenteral e Enteral, por isso existe a necessidade da elaboração de recomendações que padronizem essa prática. A padronização dos procedimentos por meio de protocolos, reduz o erro humano e garante a homogeneidade da prática. Os indicadores de gestão revelam em números o desempenho da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN), permitindo ações corretivas posteriores (LIMA; LOUREIRO, 2018).

Segundo Diestel et al (2013), a terapia nutricional deve ser relacionada a vários fatores, tais como: a seleção adequada da via de acesso, de uma definição das necessidades calóricas e proteicas, da técnica de infusão da dieta e monitoramento da terapia nutricional. Esta terapia nutricional, deve ser praticada, em preferência, via acesso enteral, nas primeiras 24-48 horas de internação, em especial, para pacientes desnutridos, e com catabolismo intenso, e quando não houver previsão de ingestão oral adequada em 3 a 5 dias.

Não há vantagem, falando em nutrição enteral, quanto ao posicionamento da sonda pós-pilórica em relação à gástrica na oferta de nutrientes ao paciente crítico. Portanto, pacientes com risco de broncoaspiração ou intolerância gástrica devem ter sua avaliação individualizada. Ao se referir à fórmula enteral, as dietas com proteína intacta são apropriadas para a maioria dos pacientes. Já o uso de dietas oligoméricas está indicado em pacientes com diarreia persistente, após a exclusão de causas que exijam tratamento específico (medicações hiperosmolares, *Clostridium difficile*) (DIESTEL et al., (2013).

2.12 Úlcera de estresse

A hemorragia digestiva devido a úlcera de estresse ou Sangramento Digestivo Devido Úlcera de Estresse (SDUE) é estabelecido como uma complicação grave dos pacientes críticos e com necessidade de profilaxia baseada em critérios literários definidos. A úlcera de estresse define as lesões erosivas ou ulceradas da mucosa gástrica, associadas a estresse fisiológico extremo (sepse, politraumatismo ou queimadura grave). Atualmente, nas UTI's, estima-se uma

prevalência de 1,5% de sangramento digestivo clinicamente importante secundário ao SDUE (MACHADO, 2006).

O uso de checklist, em ronda diária à beira do leito do paciente, por toda a equipe multiprofissional de cuidados intensivos, demonstra-se segundo Vicent (2005) como uma alternativa para identificar e conferir alguns pontos-chave nos cuidados gerais dos pacientes criticamente doentes, entre os quais, destaca-se a profilaxia de úlcera de stress.

O protocolo mais adequado para a indicação de profilaxia para úlcera de estresse deve estabelecer claramente os pacientes que apresentam alto risco de desenvolvê-la, a fim de orientar corretamente a prescrição médica (MARQUITO; NOBLAT, 2011).

2.13 Escore e exames

O escore APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) é uma forma de avaliação e classificação do índice de gravidade da doença, e objetiva a descrição quantitativa do grau de disfunção orgânica de pacientes críticos, gravidade que é traduzida em valor numérico a partir das alterações clínicas e laboratoriais existentes ou do tipo/número de procedimentos utilizados (KNAUS et al., 1981).

Os valores obtidos de escore APACHE II, que são calculados na admissão do paciente crítico numa UTI, têm sido utilizados para estabelecer a sua gravidade, visando identificar, junto a outros fatores, a gravidade e os preditores de mortalidade no sentido de direcionar a assistência dos profissionais de saúde (FERREIRA, 2010).

Em um estudo realizado na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Machado et al (2005) cita que as causas de admissão e a gravidade das doenças dos pacientes críticos em UTI são diversas. Dessa forma, a quantidade e a qualidade de exames solicitado poderia inferir que existem exames considerados rotineiros e que os médicos se sentem compelidos a solicitá-los, principalmente durante uma assistência a pacientes críticos. Todavia, enfatiza-se que não foi observada nenhuma influência entre a quantidade de exames solicitados e ao desfecho dos pacientes.

2.14 Uso de procinéticos e laxativos, evacuações

A diarreia é considerada uma das complicações mais comuns em pacientes críticos de unidade de terapia intensiva (UTI). A variação dos dados sobre sua incidência pode ser

resultado da inconsistência das definições adotadas. As causas são complexas e multifatoriais, mas vários fatores contribuintes são descritos (RODRIGUES et al., 2018).

Referente aos fatores associados na ocorrência de diarreia na UTI destacam-se: o número de dias de hospitalização, infecção, desnutrição, hipoalbuminemia, nutrição artificial e medicamentos prescritos. Um outro fator que se destaca associado à diarreia nosocomial é a infecção por *Clostridium difficile*, agente etiológico da colite pseudomembranosa, decorrente do uso intensivo de antibióticos, como: penicilinas, clindamicina, cefalosporinas e fluorquinolonas (TRABAL; HERRERA; FORGA, 2008).

2.15 Controle glicêmico

A hiperglicemia ocorre com frequência nos pacientes críticos diabéticos e não diabéticos. Sendo causada por aumento da gliconeogênese e por resistência periférica à ação da insulina em resposta à secreção de hormônios contra-regulatórios e de citocinas inflamatórias. Um protocolo de manuseio adequado deve incluir determinações frequentes de glicemia, recomendações específicas para alterar as taxas de infusão e exigir administração imediata de glicose hipertônica na vigência de um evento hipoglicêmico (DIENER et al., 2006).

Ainda segundo Diener (2006), a hipoglicemia é considerada a principal complicação associada a insulino-terapia venosa contínua e ocorre em torno de 4% a 7% dos pacientes, podendo causar manifestações adrenérgicas, tais como: sudorese, taquicardia, ansiedade, palpitações e manifestações neuroglicopênicas como cefaleia, confusão mental, convulsões e coma. Nos pacientes críticos a detecção dos episódios hipoglicêmicos fica dificultada nos inconscientes e naqueles em ventilação mecânica. São estabelecidos como fatores de risco para o aparecimento de hipoglicemia; protocolos de insulino-terapia venosa contínua com faixas estreitas de controle glicêmico, insuficiência renal aguda com necessidade de hemodiálise, sepse, utilização de fármacos vasoativos, corticoides e qualquer redução na administração de terapia nutricional sem redução concomitante na taxa de infusão da insulina.

2.16 Injúria renal aguda/lesão renal aguda

Segundo Brady (2000) a injúria renal aguda (IRA) é determinada devido a uma rápida queda do ritmo de filtração glomerular, podendo ser acompanhada de retenção de produtos nitrogenados e distúrbios hidroeletrólíticos. É uma das mais importantes complicações vistas

em pacientes hospitalizados. Sua incidência varia de acordo com as condições clínicas dos pacientes, sendo maior em UTI (20 a 40%) e menor em unidades onde o cuidado é intermediário (1 a 7%).

Em um estudo realizado por Ponce et al (2011), a IRA se destaca como frequente em UTI sendo identificados como fatores de risco para o seu desenvolvimento, a idade > 55 anos, o APACHE II > 16, a creatinina basal > 1,2 mg dL, o uso prévio de anti-inflamatórios não hormonais (AINH) e a presença de choque séptico. Além disso, a IRA estava associada ao maior tempo de internação em UTI e à maior mortalidade dos pacientes.

Devido à uma alta taxa de mortalidade faz-se indispensável a prevenção e o diagnóstico precoce de IRA em todos os ambientes hospitalares, especialmente na UTI, as formas de prevenção são: fornecimento de uma adequada hidratação; evitar e tratar de imediato o choque e infecções; monitorização das pressões, arterial e venosa central; tratamento de imediato a hipotensão; avaliação continuamente a função renal; adoção das devidas precauções em caso de transfusão; dar atenção especial a feridas, queimaduras e outras situações que possam levar a sepse; realizar cuidado meticuloso com sonda de demora e retirar-la assim que possível; e evitar os efeitos medicamentosos tóxicos (BRUNNER; SUDDARTH, 2011).

2.17 Infecção: dispositivos invasivos e culturas solicitadas

Nas UTI's, as infecções relacionadas à assistência à saúde - IRAS estão associadas, a realização de procedimentos invasivos, tais como: inserção de cateteres venosos centrais, de sondas vesicais de demora, do uso ventilação mecânica, dentre outros. Além de outros fatores que também contribuem para um quadro infeccioso, como: o uso de imunossupressores, um período de internação prolongado, colonização por microrganismos resistentes, uso indiscriminado de antimicrobianos e do próprio ambiente da unidade, que é susceptível a seleção natural de microrganismos e, posteriormente, a colonização e/ou infecção por microrganismos, inclusive multirresistentes (OLIVEIRA et al, 2012).

Em um estudo realizado na unidade de terapia intensiva - clínica do Estado do Ceará constatou que todos os pacientes do estudo foram submetidos a procedimentos invasivos, o que pode ser associado ao seu perfil clínico. Sendo realizados, no total, 1098 procedimentos no período analisado, demonstrando uma média de 4,5 procedimentos por paciente. A média de permanência hospitalar encontrada foi de 21,2 dias, o que sugere associação com fatores de risco para o aparecimento de infecções haja vista que das IRAS que estão associadas, principalmente, ao maior tempo de internação, ambiente da UTI que favorece a seleção

natural de microrganismos, gravidade clínica dos pacientes e realização de procedimentos invasivos (cateter venoso central, sonda vesical de demora e ventilação mecânica) (PEREIRA et al, 2016).

As infecções no sistema respiratório frequentemente estão associadas ao uso da ventilação mecânica (VM) sendo denominada como Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM). Essa complicação infecciosa é mais prevalente em terapia intensiva, com taxas que variam de 9% a 40% das IRAS adquiridas nessa unidade. A PAVM está associada a um aumento no período de hospitalização com índices de mortalidade que podem variar de 24% a 76%, repercutindo de maneira significativa nos custos hospitalares (MOTA et al 2017).

O risco da Infecção de Trato Urinário- ITU em decorrência do uso de sonda vesical é diretamente proporcional ao tempo de permanência. O diagnóstico de ITU não é dificultado pelas infecções assintomáticas. O diagnóstico clínico e os exames laboratoriais (exame simples de urina e urocultura) são essenciais para aumentar a precisão do diagnóstico no momento em que identificam a causa da infecção, o agente etiológico e o perfil de sensibilidade/resistência bacteriana (QUEIRÓS, 2011).

2.18 Antibióticos: uso racional e retirada precoce

Segundo Silva (2015), o consumo de antibióticos nas unidades de terapia intensiva é elevado. Todavia, a maior parte desse uso é inadequado e favorece o aumento de bactérias multirresistentes. A terapia empírica inicial de amplo espectro diminui a mortalidade, porém o uso prolongado e irracional dos antimicrobianos, além da multirresistência, pode elevar o risco de toxicidade, de interações medicamentosas e de diarreia por *Clostridium difficile*. Algumas estratégias para o uso racional de antimicrobianos incluem evitar tratamento de colonização, descalonamento, monitorização do nível sérico dos antimicrobianos, duração adequada de tratamento e uso de marcadores biológicos.

Ainda segundo Silva (2015), o problema comumente visto no uso abusivo dos antimicrobianos é o tratamento de pacientes colonizados. Isso ocorre quando é instituída a terapia antibiótica devido à cultura positiva, porém sem sinais e sintomas de infecção. Isso também ocorre, quando há culturas de secreção traqueal, urina ou ponta de cateter venoso central.

Portanto, a melhor maneira de reduzir o aparecimento de cepas resistentes, sobretudo nas UTIs, é por meio de estratégias de uso racional dos antimicrobianos, como praticando o descalonamento; evitando o tratamento de colonização; avaliando o nível sérico do

antimicrobiano e o tempo adequado de antibioticoterapia; e usando marcadores biológicos que possibilitem diferenciar os casos de etiologia infecciosa ou não, como, por exemplo, a procalcitonina.

2.19 Lesão por pressão e escalas de predição de riscos

A Lesão por Pressão (LPP) é considerada um dos indicadores negativos de qualidade assistencial dos serviços de saúde e de enfermagem e sua prevenção é importante, levando em consideração o contexto do movimento global pela segurança do paciente. A LPP é caracterizada como um dano localizado na pele e/ou tecido mole subjacente, geralmente sobre proeminência óssea, ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou artefato. A lesão ocorre como resultado de intensa e/ou prolongada pressão ou pressão combinada com cisalhamento e pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta, e ser dolorosa. Os fatores para o desenvolvimento de lesão são múltiplas causas, a tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição (NPUAP, 2016).

As escalas de predição de riscos, teve a sua origem ao ser idealizada por Norton em 1962. Logo após, na década de 1980 outras estudiosas como Waterlow, na Inglaterra e Braden, nos EUA, sugeriram seus instrumentos de avaliação. A Escala de Braden avalia seis itens: percepção sensorial; umidade; atividade; mobilidade; nutrição e fricção e cisalhamento. Com exceção do último item que apresenta um escore de 1 a 3, os outros pontuam de 1 a 4. O total pode variar de 6 a 23 pontos. A Escala de Waterlow consiste na avaliação de 11 itens: relação peso/altura, avaliação visual da pele em áreas de risco, sexo/idade, continência, mobilidade, apetite, medicações, subnutrição do tecido celular, déficit neurológico, tempo de cirurgia (superior a duas horas) e trauma abaixo da medula lombar. O escore total pode variar de 2 a 698,9. A Escala de Norton, consiste na avaliação de cinco itens: condição física, nível de consciência, atividade, mobilidade e incontinência. O valor total pode variar de 5 a 20 pontos (CASTANHEIRA, 2018).

2.20 Avaliação de membros inferiores e de risco de trombose venosa profunda

A Trombose Venosa Profunda (TVP) é uma doença constituída na deposição aguda de trombos em veias profundas e manifesta-se predominantemente nos membros inferiores, sob os sinais de estase venosa caracterizada por edema, dor espontânea, dermite, úlceras e varizes.

O exame pode acusar a presença de hipertermia local, eritema, dilatação venosa, e empastamento muscular com dor à palpação (NASCIMENTO et al., 2005).

Os fatores de risco adquiridos de cada paciente foram caracterizados de acordo com os fatores gerais como: idade, sexo e dias de internação; fatores clínicos, os quais incluíam a presença de patologias como Insuficiência Arterial, Insuficiência Cardíaca, Obesidade, Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Arritmias, Diabetes, Insuficiência Renal, Síndrome Nefrótica, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Infecção, Neoplasia, Desidratação, Varizes (CEAP), Trombose Venosa Profunda, Doença inflamatória de cólons, Imobilização, Doença autoimune e Insuficiência Hepática (CASTILHO, 2010).

3 METODOLOGIA

3.1 Protocolo e registro

O método desta pesquisa seguiu as recomendações para realização de revisões sistemáticas propostas pela Colaboração Cochrane (CLARKE et al., 2000). Utilizou-se das diretrizes do *Preferred Reporting Intems for Systematic Reviews and Meta-analysis* (PRISMA) (MOHER et al., 2009).

Por não ser Pesquisa Relacionada a Seres Humanos, não necessitou de Aprovação de Comitê de Ética e Pesquisa, sendo registrada no *International Prospective Register of Systematic Rewiews* (PROSPERO) obtendo o número de registro CRD42021232098.

Todavia, este estudo foi alterado para uma revisão narrativa.

3.2 Critérios de elegibilidade

Trata-se de uma Revisão Narrativa de Ensaio Clínico não Randomizado, Ensaio Clínico Randomizado e Estudos de Coorte, de estudos de protocolos para o manejo de pacientes críticos em Unidades de Terapia Intensiva, utilizados pela equipe multidisciplinar durante a ronda diária no leito do paciente, comparando os itens que compõem os protocolos adotados.

Este estudo almeja responder à pergunta: Os protocolos de rondas diária aplicados por equipe multidisciplinar em Unidade de Terapia Intensiva avaliam os pacientes críticos holisticamente?

3.2.1 Critérios de inclusão dos estudos

- a) Publicações que descrevam os fatores utilizados para avaliação individualizada do paciente, que abordem a segurança do paciente e aspectos como: protocolos para cabeça, abdome, tórax, gastrintestinal, infecção, renal, antibiótico, pele, membros inferiores, entre outros.
- b) Publicações que descrevam os itens que compõem os protocolos utilizados na assistência em Unidades de Terapia Intensiva;

- c) Publicações que descrevam os manejos adequados ao paciente internado em UTI, que apoiem mudanças em rotinas das equipes que atuam em UTI, que abordem protocolos internacionais utilizados em UTI e facilitem a comunicação entre a equipe;
- d) Trabalhos publicados e disponíveis integralmente em bases de dados científicas ou em versões impressas;
- e) Trabalhos publicados a partir de 2005, com aprovação científica;

3.2.2 Critérios de exclusão dos estudos

- a) Não foram selecionadas publicações em que as palavras-chave não estão presentes na publicação;
- b) Foram excluídos os estudos que não apareçam o título, resumo e/ou texto da publicação (excluem-se daí o campo 'palavras-chave', as seções agradecimentos, biografia dos autores, referências bibliográficas e anexos).
- c) Não foram selecionadas publicações em que o contexto em que as palavras-chave são utilizadas no artigo levem a crer que a publicação não descreve uma assistência estabelecida em uma Unidade de Terapia Intensiva, e não estabeleça uma ênfase no manejo de pacientes críticos e descrevam apenas o ambiente físico da UTI, e que não enfoque a segurança do paciente.
- d) Foram desconsiderados trabalhos que não estejam disponíveis integralmente nas bases de dados pesquisadas;

3.3 Fontes de informação

Foram realizadas buscas em bases eletrônicas até janeiro de 2021, sendo atualizadas nas bases eletrônicas MEDLINE® via PubMed® (<http://www.pubmed.gov>), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde LILACS (www.bireme.br) e Scientific Electronic Library Online SciELO (SciELO.org) e MEDLINE (<http://bases.bireme.br/>) com a finalidade de localizar estudos para esta revisão sistemática. As referências selecionadas foram agrupadas em um programa de gerenciamento de referências, para organização de listas de estudos e remoção de referências duplicadas.

3.3.1 PubMed

O PubMed é um local de busca de dados que engloba citações e resumos de artigos nas áreas da saúde e de investigações de biomedicina. Em seus arquivos englobam artigos da base de dados indexadas à Medline. Seu acesso é gratuito e disponível no endereço: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> .

3.3.2 Scielo

O Scielo é uma biblioteca eletrônica digital, com acesso livre que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros. Proporciona o acesso à sua coleção de periódicos através de uma lista alfabética de títulos, ou por meio de uma lista de assuntos, ou ainda através de um módulo de pesquisa de títulos dos periódicos, por assunto, pelos nomes das instituiçõesadoras e pelo local de publicação. Seu acesso é disponível através do site: < <https://scielo.org/> > .

3.3.3 Lilacs

O Lilacs é um importante índice da literatura científica e técnica da América Latina e Caribe. É mantida e atualizada por instituições educacionais, de pesquisa, de saúde, governamentais e privadas. Seu acesso é realizado através do portal da Biblioteca regional de Medicina (BIREME) pelo endereço eletrônico: < www.bireme.br/php/index.php > ou acessando diretamente através do site: <http://lilacs.bvsalud.org/>. Sendo necessário o uso de descritores em ciência da Saúde (DeCS) em português, inglês e espanhol.

3.3.4 Medline

A Medline é um sistema de buscas que inclui registros adicionais da área da saúde. É a base de dados bibliográficos da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América. Seu acervo reúne publicações de 5.200 periódicos de todas as partes do mundo. Para acessá-la será pelo site da PubMed: <http://www.pubmed.com/> .

Quadro 1 - Bases e estratégias de buscas adaptadas

Base de dados	Estratégia de Busca
<p>PUBMED <http://www.pubmed.gov></p>	<p>“Clinical protocols*[Mesh] OR (Protocol, Clinical) OR (Protocols, Clinical) OR (Clinical Protocol) OR (Treatment Protocols) OR (Protocols, Treatment) OR (Treatment Protocol) OR (Clinical Research Protocol) OR (Research Protocols, Clinical) OR (Protocols, Clinical Research) OR (Research Protocol, Clinical) OR (Clinical Research Protocols) OR (Protocol, Clinical Research) AND “Intensive Care Units” [Mesh] OR (Intensive Care Unit) OR (Unit, Intensive Care) OR (ICU Intensive Care Units) AND “Patients”[Mesh] OR (Patient) OR (Clients) OR (Client) AND “Patient Care Team”[Mesh] OR (Care Team, Patient) OR (Care Teams, Patient) OR (Patient Care Teams) OR (Team, Patient Care) OR (Teams, Patient Care) OR (Medical Care Team) OR (Care Team, Medical) OR (Care Teams, Medical) OR (Medical Care Teams) OR (Team, Medical Care) OR (Teams, Medical Care) OR (Interdisciplinary, Health Team) OR (Health Team, Interdisciplinary) OR (Health Teams, Interdisciplinary) OR (Interdisciplinary, Health Teams) OR (Teams, Interdisciplinary Health) OR (Team, Interdisciplinary Health) OR (Healthcare Team) OR (Healthcare Teams) OR (Team, Healthcare) OR (Teams, Healthcare).</p> <p>“Protocolos clínicos * [Mesh] OU (Protocolo, Clínico) OU (Protocolos, Clínico) OU (Protocolo Clínico) OU (Protocolos de Tratamento) OU (Protocolos, Tratamento) OU (Protocolo de Tratamento) OU (Protocolo de Pesquisa Clínica) OU (Protocolos de Pesquisa, Clínica) OU (Protocolos, Pesquisa Clínica) OU (Protocolo de Pesquisa, Clínica) OU (Protocolos de Pesquisa Clínica) OU (Protocolo, Pesquisa Clínica) E “Unidades de Terapia Intensiva” [Mesh] OU (Unidade de Terapia Intensiva) OU (Unidade, Terapia Intensiva) OU (Unidades de Terapia Intensiva UTI) E “Pacientes” [Mesh] OU (Paciente) OU (Clientes) OU (Cliente) E “Equipe de atendimento ao paciente” [Mesh] OU (Equipe de atendimento, paciente) OU (Equipes de atendimento ao paciente) OU (Equipes de atendimento ao paciente) OU (Equipe, atendimento ao paciente) OU (Equipes, atendimento ao paciente) OU (Equipe de atendimento médico) OU (Equipe de assistência médica) OU (equipes de assistência médica) OU (equipes de assistência médica) OU (equipe, assistência médica) OU (equipes de assistência médica) OU (equipe interdisciplinar de saúde) OU (equipe</p>

	de saúde, interdisciplinar) OU (equipe de saúde Equipes, Interdisciplinar) OU (Interdisciplinar, Saúde) OU (Equipes, Saúde Interdisciplinar) OU (Equipe, Saúde Interdisciplinar) OU (Equipe de saúde) OU (Equipe de saúde) OU (Equipe, Saúde) OU (Equipes, Saúde).
SciELO <SciELO.org>	<p>“Clinical protocols*[Mesh] OR (Protocol, Clinical) OR (Protocols, Clinical) OR (Clinical Protocol) OR (Treatment Protocols) OR (Protocols, Treatment) OR (Treatment Protocol) OR (Clinical Research Protocol) OR (Research Protocols, Clinical) OR (Protocols, Clinical Research) OR (Research Protocol, Clinical) OR (Clinical Research Protocols) OR (Protocol, Clinical Research)</p> <p>AND “Intensive Care Units” [Mesh] OR (Intensive Care Unit) OR (Unit, Intensive Care) OR (ICU Intensive Care Units)</p> <p>AND “Patients”[Mesh] OR (Patient) OR (Clients) OR (Client)</p> <p>AND “Patient Care Team”[Mesh] OR (Care Team, Patient) OR (Care Teams, Patient) OR (Patient Care Teams) OR (Team, Patient Care) OR (Teams, Patient Care) OR (Medical Care Team) OR (Care Team, Medical) OR (Care Teams, Medical) OR (Medical Care Teams) OR (Team, Medical Care) OR (Teams, Medical Care) OR (Interdisciplinary, Health Team) OR (Health Team, Interdisciplinary) OR (Health Teams, Interdisciplinary) OR (Interdisciplinary, Health Teams) OR (Teams, Interdisciplinary Health) OR (Team, Interdisciplinary Health) OR (Healthcare Team) OR (Healthcare Teams) OR (Team, Healthcare) OR (Teams, Healthcare).</p> <p>“Protocolos clínicos * [Mesh] OU (Protocolo, Clínico) OU (Protocolos, Clínico) OU (Protocolo Clínico) OU (Protocolos de Tratamento) OU (Protocolos, Tratamento) OU (Protocolo de Tratamento) OU (Protocolo de Pesquisa Clínica) OU (Protocolos de Pesquisa, Clínica) OU (Protocolos, Pesquisa Clínica) OU (Protocolo de Pesquisa, Clínica) OU (Protocolos de Pesquisa Clínica) OU (Protocolo, Pesquisa Clínica)</p> <p>E “Unidades de Terapia Intensiva” [Mesh] OU (Unidade de Terapia Intensiva) OU (Unidade, Terapia Intensiva) OU (Unidades de Terapia Intensiva UTI)</p> <p>E “Pacientes” [Mesh] OU (Paciente) OU (Clientes) OU (Cliente)</p> <p>E “Equipe de atendimento ao paciente” [Mesh] OU (Equipe de atendimento, paciente) OU (Equipes de atendimento ao paciente) OU (Equipes de atendimento ao paciente) OU (Equipe, atendimento ao paciente) OU (Equipes, atendimento ao paciente) OU (Equipe de atendimento médico) OU (Equipe de assistência médica) OU (equipes de assistência médica) OU (equipes de assistência médica)</p>

	<p>OU (equipe, assistência médica) OU (equipes de assistência médica) OU (equipe interdisciplinar de saúde) OU (equipe de saúde, interdisciplinar) OU (equipe de saúde Equipes, Interdisciplinar) OU (Interdisciplinar, Saúde) OU (Equipes, Saúde Interdisciplinar) OU (Equipe, Saúde Interdisciplinar) OU (Equipe de saúde) OU (Equipe de saúde) OU (Equipe, Saúde) OU (Equipes, Saúde).</p>
<p>LILACS <www.bireme.br></p>	<p>“Clinical protocols*[Mesh] OR (Protocol, Clinical) OR (Protocols, Clinical) OR (Clinical Protocol) OR (Treatment Protocols) OR (Protocols, Treatment) OR (Treatment Protocol) OR (Clinical Research Protocol) OR (Research Protocols, Clinical) OR (Protocols, Clinical Research) OR (Research Protocol, Clinical) OR (Clinical Research Protocols) OR (Protocol, Clinical Research) AND “Intensive Care Units” [Mesh] OR (Intensive Care Unit) OR (Unit, Intensive Care) OR (ICU Intensive Care Units) AND “Patients”[Mesh] OR (Patient) OR (Clients) OR (Client) AND “Patient Care Team”[Mesh] OR (Care Team, Patient) OR (Care Teams, Patient) OR (Patient Care Teams) OR (Team, Patient Care) OR (Teams, Patient Care) OR (Medical Care Team) OR (Care Team, Medical) OR (Care Teams, Medical) OR (Medical Care Teams) OR (Team, Medical Care) OR (Teams, Medical Care) OR (Interdisciplinary, Health Team) OR (Health Team, Interdisciplinary) OR (Health Teams, Interdisciplinary) OR (Interdisciplinary, Health Teams) OR (Teams, Interdisciplinary Health) OR (Team, Interdisciplinary Health) OR (Healthcare Team) OR (Healthcare Teams) OR (Team, Healthcare) OR (Teams, Healthcare).</p> <p>“Protocolos Clínicos * [Mesh] OU (Protocolo, Clínico) OU (Protocolos, Clínico) OU (Protocolo Clínico) OU (Protocolos de Tratamento) OU (Protocolos, Tratamento) OU (Protocolo de Tratamento) OU (Protocolo de Pesquisa Clínica) OU (Protocolos de Pesquisa, Clínica) OU (Protocolos, Pesquisa Clínica) OU (Protocolo de Pesquisa, Clínica) OU (Protocolos de Pesquisa Clínica) OU (Protocolo, Pesquisa Clínica) E “Unidades de Terapia Intensiva” [Mesh] OU (Unidade de Terapia Intensiva) OU (Unidade, Terapia Intensiva) OU (Unidades de Terapia Intensiva UTI) E “Pacientes” [Mesh] OU (Paciente) OU (Clientes) OU (Cliente) E “Equipe de atendimento ao paciente” [Mesh] OU (Equipe de atendimento, paciente) OU (Equipes de atendimento ao paciente) OU (Equipes de atendimento ao paciente) OU (Equipe, atendimento ao paciente) OU (Equipes, atendimento ao paciente) OU (Equipe de atendimento</p>

	médico) OU (Equipe de assistência médica) OU (equipes de assistência médica) OU (equipes de assistência médica) OU (equipe, assistência médica) OU (equipes de assistência médica) OU (equipe interdisciplinar de saúde) OU (equipe de saúde, interdisciplinar) OU (equipe de saúde Equipes, Interdisciplinar) OU (Interdisciplinar, Saúde) OU (Equipes, Saúde Interdisciplinar) OU (Equipe, Saúde Interdisciplinar) OU (Equipe de saúde) OU (Equipe de saúde) OU (Equipe, Saúde) OU (Equipes, Saúde).
MEDLINE < https://pesquisa.bvs.alud.org/ >	protocolo clínico, unidade de terapia intensiva, paciente crítico, equipe multiprofissional AND (collection:("06-national/BR" OR "05-specialized") OR db:("LILACS" OR "MEDLINE")) AND (collection:("06-national/BR" OR "05-specialized") OR db:("LILACS" OR "MEDLINE")) protocolo clínico, unidade de terapia intensiva, paciente crítico, equipe multiprofissional AND (collection:("06-national/BR" OR "05-specialized") OR db:("LILACS" OR "MEDLINE")) AND (collection:("06-national/BR" OR "05-specialized") OR db:("LILACS" OR "MEDLINE"))
Google Acadêmico https://scholar.google.com.br/	Protocolo Clínico; UTI; Rondas Diárias; Equipe Multidisciplinar; Paciente Crítico; Lista de Verificação; Visita Multiprofissional.

Fonte: Produzida pela autora com base nos dados da Revisão Sistemática.

3.4 Busca

A estratégia de busca compreendeu as palavras-chaves e os termos sinônimos para a intervenção “Unidade de Terapia Intensiva” e para a população em estudo “Protocolos de Rondas Diárias”. A busca foi feita com a utilização de termos MeSH e sinônimos, sem restrição de data e idioma, até o período de janeiro de 2021. Os títulos e os resumos dos artigos identificados na estratégia de busca foram analisados por dois revisores independentes, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Na fase seguinte, os mesmos revisores realizaram a leitura completa dos artigos selecionados para a verificação dos critérios de elegibilidade de forma independente.

3.5 Seleção dos estudos

A seleção dos estudos foi realizada por dois avaliadores (D.M.X.L e A.T.B) que fizeram a leitura do título/resumo das referências encontradas. Após a leitura destas referências, foi possível obter uma concordância entre as avaliadoras entre inclusão e exclusão das referências. Por conseguinte, se organizou a seleção dos estudos em duas etapas, sendo que na primeira etapa os dois avaliadores fizeram a leitura dos títulos/resumos das referências encontradas. E

na segunda etapa, ocorreu a leitura do texto completo, das referências que estivessem inclusas nos critérios de elegibilidade para serem incluídas nesta revisão sistemática. Todas as divergências entre os avaliadores foram resolvidas, sem necessitar de um terceiro avaliador. Não houve necessidade de entrar em contato com os autores dos estudos para obtenção de mais informações.

3.6 Processo de coleta de dados

A extração de dados ocorreu através de um avaliador (Daisy Marillya Xavier Leite), que fez a seleção dos dados dos artigos utilizando uma planilha elaborada no programa Excel, tais informações, como: autores, ano de publicação, país, desenho do estudo, população do estudo, resultados e conclusões. Posteriormente, havendo a conferência desses dados por um segundo avaliador (A.T.B). O estudo contempla os domínios e os itens dos protocolos utilizados pela equipe multidisciplinar, e seus desfechos, como: Eficácia do Protocolo; Garantia da Segurança do Paciente e Sugere implantação do Protocolo?

3.7 Avaliação de qualidade e risco de viés

Foram usados os critérios de Dows e Black (1998), para realizar a qualidade metodológica de cada artigo, os quais permitem orientar quanto às limitações do artigo avaliado, possibilitando uma leitura crítica dos estudos publicados. A aplicação do questionário envolve 27 perguntas, divididas em quatro grupos:

- Grupo 1. Apresentação (avalia itens como clareza na descrição dos objetivos, variáveis de confusão, valores de probabilidades);
- Grupo 2. Validade externa (relacionada à extrapolação dos dados à população de onde a amostra foi planejada);
- Grupo 3. Validade interna (análise de vieses, confiabilidade das medidas de exposição e desfecho, e uso de variáveis de confusão);
- Grupo 4. Poder do estudo.

Para o estudo de Cavalcanti (2020), foram aplicadas todas as perguntas, pois era um estudo de ensaio clínico randomizado. Para os demais estudos, excluiu-se as perguntas 08, 13 a 15, 23, 24 e 27.

A forma de análise dos escores se estabelece da seguinte maneira: O escore 0 (zero) é atribuído caso o artigo não atenda o que se está avaliando. O escore 1 (um) caso ele atenda.

Todavia, a pontuação máxima seria de 28 pontos. Os intervalos de pontuação são classificados como: Excelente (26 a 28 pontos); Bom (20 a 25 pontos); Regular (15 a 19 pontos) e ruim (<14 pontos).

Para os casos em que houve desacordo sobre os escores dos artigos entre os dois pesquisadores, uma nova avaliação foi realizada e um consenso foi alcançado sem a necessidade de um terceiro avaliador.

3.8 Medidas de sumarização

Para comparar os itens dos protocolos utilizado a beira do leito pela equipe multidisciplinar em pacientes críticos, foi avaliado os seguintes desfechos: (1) Eficácia do Protocolo; (2) Garantia da Segurança do Paciente; (3) Diminuição do Tempo de Internamento na UTI.

4 RESULTADOS

4.1 Seleção dos estudos

Na PubMed foram encontrados 14.831 resultados, ao serem aplicados os filtros de busca, como textos completos, gratuitos, dados associados, tipos de estudos: protocolos de ensaios clínicos, ensaios clínicos controlados, ensaios controlados randomizados, e com abrangência de 10 anos, totalizaram-se 548 estudos, sendo selecionados 03 estudos (Quadro 02).

Na Scielo foram encontrados 5.363 resultados, e ao serem aplicados os filtros de busca, que incluía todas as coleções, periódicos relacionados a área de medicina intensiva, sem restrição de idioma e período de publicação, incluindo apenas como área temática ciências da saúde e tipos de literatura como artigos e artigos de revisão, obteve 731 estudos, mas, apenas 05 artigos foram selecionados (Quadro 02).

Na base de dados da Lilacs, foram encontrados 8.972 resultados, e após aplicação dos filtros de busca limitando a pesquisa por palavras no título e descritores de assunto, obteve-se um total de 625 estudos, onde apenas 01 foi selecionado para o estudo (Quadro 02). Já através da base de dados da MEDLINE foram obtidos um total de 13 resultados, onde apenas 01 se enquadrava nos critérios de inclusão, porém, ele não estava disponível em texto completo, inviabilizando a sua inclusão no estudo (Quadro 02).

Também foram pesquisadas em outras fontes de dados através do Google acadêmico, onde foram encontrados 165 estudos, e foram incluídos 05 estudos.

Todavia, ao final das buscas obteve-se 2.082 estudos em diferentes bases de dados, conforme a Tabela 01. Destes, 14 estudos foram selecionados, e destes 11 estudos foram excluídos por não serem elegíveis (Quadro 04), sendo selecionado apenas 03 artigos.

Um fluxograma detalhando o processo de identificação, inclusão e exclusão dos artigos pode ser observado na Figura 1.

Tabela 1 - Número de estudos identificados segundo base de dados

Bases de dados	Estudos	
	N	%
PUBMED	548	26,4%
SCIELO	731	35,1%
LILACS	625	30%
MEDLINE	13	0,6%
GOOGLE ACADÊMICO	165	7,9%
TOTAL	2.082	100

Fonte: Produzida pela autora com base nos dados da Revisão Narrativa.

4.2 Características dos estudos

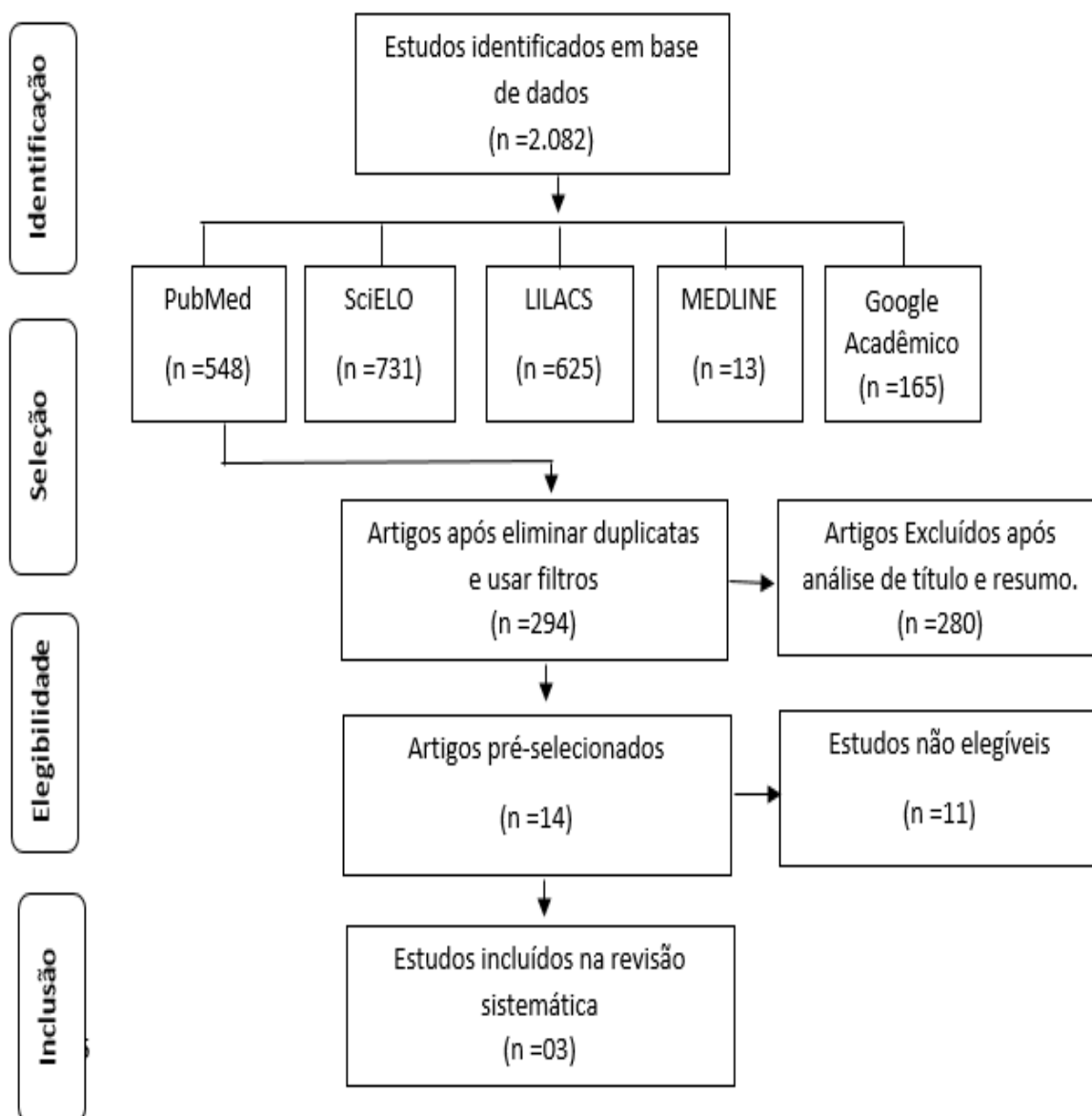
Os estudos foram publicados desde 2016 a 2020, sendo escritos em inglês e português. As pesquisas foram realizadas no Brasil (CAVALCANTI et al, 2016; BARCELLOS E CHATKI, 2020; SOUZA et al., 2020). Os estudos selecionados são estudos: Ensaio clínico não randomizado, ensaio clínico randomizado e metodológico (Quadro 03). Tentou-se limitar a pesquisa apenas em estudos clínicos randomizados, não obtendo um resultado satisfatório, pois apenas 01 artigo contemplava este tipo de estudo.

Quadro 2 - Bases, estratégias de buscas adaptadas e quantificação dos estudos por título e resumo.

Base	Total	Selecionados
PUBMED < http://www.pubmed.gov >	548	03
SciELO < SciELO.org >	731	05
LILACS < www.bireme.br >	625	01
MEDLINE < https://pesquisa.bvsalud.org/ >	13	00
Google Acadêmico https://scholar.google.com.br/	165	05
Total	2.082	14

Fonte: Produzida pela autora com base nos dados da Revisão Narrativa.

Figura 1- Fluxograma mostrando o processo de seleção dos estudos



Fonte: Produzida pela autora com base nos dados da Revisão Narrativa.

Quadro 3 - Caracterizações metodológica dos estudos selecionados na Revisão

Narrativa.

Estudo	Autor, ano (País)	Desenho do Estudo	Variáveis independentes avaliadas	Desfecho	Conclusão
01	Barcellos e Chatki, 2020 Brasil	Ensaio clínico não randomizado	idade, sexo, causa da internação, diagnóstico na admissão, comorbidades, Simplified Acute Physiology Score 3, Sequential Organ Failure Assessment, dias de permanência na UTI, dias de VMI, reintubação, reinternação, mortalidade hospitalar e mortalidade na UTI	Tempo de VMI e dias de permanência na UTI	A aplicação de uma lista de verificação diária se associou à redução do tempo de utilização de VMI e de permanência na UTI na população estudada
02	Cavalcanti et al, 2016 Brasil	Ensaio Clínico Randomizado	Idade e tempo de internação na UTI > 48 horas.	Desfecho primário: mortalidade hospitalar. E secundário: mortalidade na UTI, infecção da corrente sanguínea associada ao cateter central, pneumonia associada ao ventilador, infecção do trato urinário, média de dias sem ventilação, e recebendo VM e tempo médio de UTI ou hospital de permanência	Entre pacientes gravemente enfermos tratados em UTIs no Brasil, implementação de uma intervenção multifacetada de melhoria da qualidade com listas de verificação diárias, definição de metas e orientação do médico não reduziram a mortalidade hospitalar.

03	Souza et al., 2020 Brasil	Estudo Metodológico	Pacientes críticos com delirium	Pausa de sedação e à mobilização precoce.	Este estudo validou um protocolo multiprofissional de cuidados para pacientes críticos com delirium, sendo que apenas quatro cuidados não foram recomendados
----	------------------------------	------------------------	------------------------------------	--	--

Fonte: Produzida pela autora com base nos dados da Revisão Narrativa.

Quadro 4 - Estudos Excluídos da Revisão Narrativa

Autor	Título	Ano	Motivo
Louro et al.,	Avaliação de Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão.	2007	Protocolo de Terapia Intensiva, não aplicado diariamente nas visitas (Estudo Prospectivo).
Goldwasser, David.	Desmame da Ventilação Mecânica: promova uma estratégia.	2007	Não há população definida no estudo.
Tobar et al,	Sedación guiada por protocolo versus manejo convencional en pacientes críticos en ventilación mecánica	2008	Ensaio Clínico randomizado (medicamento), não aplicado por equipe multidisciplinar.
Silva et al.,	Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva	2010	Protocolo de Terapia Intensiva, não aplicado diariamente nas visitas multiprofissionais (Estudo Prospectivo).
Miranda et al,	Resultados da implementação de um protocolo sobre a incidência de Infecção do Trato Urinário em Unidade de Terapia Intensiva.	2016	Protocolo de Terapia Intensiva, não aplicado diariamente nas visitas multiprofissionais (Estudo documental).
Rêgo et al.,	TECNOLOGIA LEVE: uso de um instrumento para comunicação na visita multiprofissional.	2018	Relato de experiência (resumo expandido)
Maioli et al.	FAST HUG: uma ferramenta para farmácia clínica na atenção ao paciente crítico.	2018	Não há população definida no estudo.
Silva et al.	Lista de verificação para gerenciamento do despertar diário de pacientes críticos.	2019	Pesquisa para obtenção de consenso de especialistas

Melo et al.	Visita multidisciplinar em unidade de terapia neurológica: o papel da enfermagem.	2020	Estudo observacional (Relato de experiência)
Santos et al.,	Adesão a um protocolo de profilaxia de úlcera de estresse em pacientes críticos: estudo de coorte prospectiva.	2020	Protocolo de Terapia Intensiva, não aplicado diariamente nas visitas. (Estudo Observacional).

Fonte: Produzida pela autora com base nos dados da Revisão Narrativa.

Quadro 5 - Critérios de elegibilidade dos estudos.

Critérios de Elegibilidade	Estudo 01	Estudo 02	Estudo 03
	Barcellos e Chatki, 2020	Cavalcanti et al, 2016	Souza et al., 2020
É um protocolo utilizado em rondas diárias na beira do leito de UTI, por equipe multidisciplinar?	Sim	Sim	Sim
O estudo demonstra a eficácia do protocolo?	Sim	Sim	Sim
O estudo cita os itens que compõem o protocolo?	Sim	Sim	Sim
O protocolo está em conformidade com diretrizes atualizadas?	Sim	Sim	Sim
Considerando o desenho do estudo, a intervenção e a população envolvida, o estudo pode ser incluído?	Sim	Sim	Sim

Fonte: Produzida pela autora com base nos dados da Revisão Narrativa.

Quadro 6 - Características dos estudos.

Autor e Ano	Título	Itens do Checklist	Domínios	Aplicado por equipe multidisciplinar?
Barcellos e Chatki, 2020	Impacto de uma lista de verificação multiprofissional nos tempos de ventilação mecânica invasiva e de permanência em UTI	Analgesia e sedação adequada? Ventilação protetora/adequada? Teste de Respiração Espontânea? Mobilização? Profilaxias (TVP, lesão por pressão, úlcera gástrica, PAVM) adequadas? Retirada de invasivos? Suspensão de antibióticos? Aporte calórico adequado? Progredir dieta?	Não foram abordados no estudo.	Sim
Cavalcanti et al., 2016	Effect of a Quality Improvement Intervention With Daily Round Checklists, Goal Setting, and Clinician Prompting on Mortality of Critically Ill Patients	Alimentação enteral ou parenteral; cabeceira da cama elevada a 30 ° ou mais; pacientes recebendo sedação moderada a leve ou alerta e calma (pontuação da escala de agitação e sedação de Richmond -3 para 0); volume corrente da ventilação mecânica 8 mL / kg de peso corporal previsto ou menos; Profilaxia de TEV; venoso central uso de cateter; e uso de cateter urinário permanente. I Itens não verificados: triagem oportuna de sepse, adequação de antibióticos, adequação da analgesia e espontâneo diário testes de respiração.	Clima do trabalho em equipe clima; Clima de segurança; Satisfação no trabalho; Reconhecimento do estresse; Percepção da gestão; Condições de trabalho.	Sim

Souza et al., 2020	Validação de protocolo multiprofissional de cuidados para paciente crítico com delirium.	Despertar o paciente diariamente; Pausar sedação às 6h30min; Pausar sedação às 7h30min; Realizar teste de ventilação espontânea; Despertar e realizar teste de ventilação; Monitorar o delirium com o CAM-ICU†; Realizar mobilização precoce; Avaliar a dor com escalas validadas; Usar opioide como droga de escolha para tratar a dor; Administrar analgésicos não opioides; Assegurar analgesia antes de intervenções; Limitar o uso de medicamentos associados ao delirium; Escolher sedações que não são fator de risco para delirium; Administrar haloperidol.	Não foram abordados no estudo.	Sim
-----------------------	--	--	--------------------------------	-----

Fonte: Produzida pela autora com base nos dados da Revisão Narrativa.

4.3 Resultado de estudos individuais

4.3.1 Estudo 01 (BARCELLOS et al., 2020)

Este é um ensaio clínico não randomizado, intitulado de Impacto de uma lista de verificação multiprofissional nos tempos de ventilação mecânica invasiva e de permanência em UTI, definição de metas e definições clínicas na mortalidade de pacientes criticamente doentes, onde foram estudados 466 pacientes de três UTIs em um hospital na cidade de Caxias do Sul (RS), entre fevereiro de 2015 e julho de 2016. O estudo teve como objetivo: Avaliar o impacto da implantação de uma lista de verificação durante a visita multiprofissional diária nos tempos de ventilação mecânica invasiva (VMI) e de permanência em UTI.

Utilizou como método o Ensaio clínico não randomizado com controles históricos de 466 pacientes em relação ao tempo de VMI e tempo de internação na UTI em três UTIs de um hospital em Caxias do Sul (RS). Avaliou 235 e 231 pacientes nas fases de pré-intervenção e pós-intervenção, respectivamente. As variáveis estudadas foram idade, sexo, causa da internação, diagnóstico na admissão, comorbidades, *Simplified Acute Physiology Score 3*, *Sequential Organ Failure Assessment*, dias de permanência na UTI, dias de VMI, reintubação, reinternação, mortalidade hospitalar e mortalidade na UTI.

Dessa forma, após a implantação da lista de verificação, houve reduções significativas nas medianas (intervalos interquartis) do tempo de permanência na UTI — de 8 (4-17) dias para 5 (3-11) dias; $p \leq 0,001$ — e no tempo de VMI — de 5 (1-12) dias para 2 (< 1-7) dias; $p \leq 0,001$. Conclusões: A aplicação da lista de verificação diária multiprofissional esteve associada à redução de dias de uso de VMI e de permanência na UTI nos pacientes aqui estudados.

4.3.2 Estudo 02 (CAVALCANTI et al., 2016)

Este estudo intitulado de Effect of a Quality Improvement Intervention With Daily Round Checklists, Goal Setting, and Clinician Prompting on Mortality of Critically Ill Patients: A Randomized Clinical Trial, foi um ensaio clínico randomizado, e objetivou determinar se uma intervenção multifacetada de melhoria da qualidade reduz a mortalidade de adultos gravemente enfermos. A primeira fase deste estudo foi observacional para avaliar os dados de base sobre o clima de trabalho, processos de atendimento e resultados clínicos, realizado entre agosto de 2013 e março de 2014 em 118 UTIs brasileiras. A segunda fase foi

um cluster ensaio randomizado realizado entre abril e novembro de 2014 nas mesmas UTIs. Na primeira fase com 60 internações com período >48 horas.

A importância desse estudo se dá através percepção de que a eficácia das listas de verificação, as avaliações de metas diárias e os avisos médicos como intervenções de melhoria da qualidade em unidades de terapia intensiva (UTIs) ainda são incertos. As Unidades de terapia intensiva foram randomizadas para uma melhoria da qualidade da intervenção, incluindo uma lista de verificação diária e definição de metas durante as rodadas multidisciplinares com acompanhamento médico solicitando 11 processos de atendimento ou atendimento de rotina.

A Mortalidade intra-hospitalar estabelecida em 60 dias (resultado primário) foi analisado usando um modelo de regressão logística de efeitos aleatórios, ajustado para a gravidade dos pacientes e a taxa de mortalidade padronizada de linha de base da UTI.

Os resultados Secundários, eram exploratórios e incluíram a adesão aos processos de atendimento, clima de segurança e eventos clínicos.

Um total de 6.877 pacientes (idade média, 59,7 anos; 3.218 [46,8%] mulheres) foram inscritos na fase inicial (observacional) e 6761 (idade média, 59,6 anos; 3098 [45,8%] mulheres) na fase randomizada, com 3.327 pacientes matriculados em UTIs (n = 59) atribuídos ao grupo de intervenção e 3.434 pacientes em UTI (n = 59) designados para cuidados de rotina. Não havia diferença significativa na mortalidade intra-hospitalar entre o grupo de intervenção e o usual grupo de cuidados, com 1.096 mortes (32,9%) e 1.196 mortes (34,8%), respectivamente (*odds ratio*, 1,02; IC de 95%, 0,82-1,26; P = 0,88).

Entre 20 resultados secundários pré-especificados não ajustados para comparações múltiplas, 06 foram significativamente melhorados no grupo de intervenção (uso de baixos volumes correntes, evitar sedação pesada, uso de cateteres venosos centrais, uso de urina cateteres, percepção do trabalho da equipe e percepção do clima de segurança do paciente).

Todavia, não houve diferenças significativas entre o grupo de intervenção e o grupo de controle por 14 resultados (mortalidade na UTI, infecção da corrente sanguínea associada ao uso do cateter central, associada ao ventilação pulmonar, infecção do trato urinário, média de dias sem ventilação, média de tempo de internação na UTI, média tempo de internação hospitalar, elevação do leito para 30°, profilaxia de tromboembolismo venoso, dieta administração, satisfação no trabalho, redução do estresse, percepção da gestão e percepção das condições de trabalho).

Entre pacientes gravemente enfermos tratados em UTIs no Brasil, implementação de uma intervenção multifacetada de melhoria da qualidade com listas de verificação diárias, definição de metas e orientação do médico não reduziram a mortalidade hospitalar.

4.3.3 Estudo 03 (SOUZA et al., 2020)

Trata-se de um estudo metodológico de coorte, intitulado de Validação de protocolo multiprofissional de cuidados para paciente crítico com delirium, para validação de conteúdo de um protocolo multiprofissional de cuidados. O objetivo deste estudo é de validar um protocolo multiprofissional para manejo de pacientes com delirium internados em unidade de terapia intensiva.

Utilizando como método o estudo metodológico com finalidade de verificar junto aos juízes a recomendação dos cuidados propostos no protocolo. Para o processo de validação de conteúdo foi considerado o índice de validade de conteúdo $\geq 0,90$.

Dentre os resultados: dos 48 cuidados submetidos à validação de conteúdo, apenas quatro não obtiveram consenso através do índice de validade de conteúdo. O protocolo multiprofissional para paciente em delirium na unidade de terapia intensiva englobou cuidados referentes ao diagnóstico de delirium, pausa de sedação, mobilização precoce, cuidados para dor, agitação e delirium, orientação cognitiva, promoção do sono, intervenções ambientais e participação da família.

Entretanto, os cuidados do protocolo multiprofissional qualificam a assistência prestada ao paciente crítico em delirium, melhorando os desfechos clínicos.

5 DISCUSSÃO

A equipe multiprofissional tem uma participação importante na elaboração e na aplicação da lista de verificação aplicada em rondas diárias em UTIs que são avaliados no paciente crítico e pode favorecer em melhores efeitos nos resultados desse tipo de intervenção, o que difere do que ocorre quando se institui uma ferramenta nova de trabalho em uma rotina já estruturada (CAVALCANTI et al., 2016).

A comunicação entre os profissionais da equipe em uma UTI, é considerada um elemento que contribui para promover cultura de segurança. Todavia, falhas nessa comunicação podem comprometer a continuidade da assistência intensiva e colocar em risco a segurança do paciente. Essas falhas são cada vez mais caracterizadas como fatores contribuintes para a ocorrência de eventos adversos (SANTOS; CAMPOS; SILVA, 2018).

Nos cenários da terapia intensiva, a complexidade, a comunicação é geralmente ineficaz e o trabalho em frequentemente possuem situações de pressão que influenciam as realizações de alguns cuidados possam ser negligenciados no decorrer dos atendimentos, o que possibilita que desfechos sejam menos favoráveis em virtude de contínuas falhas diárias (WEISS et al., 2011)

Segundo Barcellos et al., (2020) o estudo contribui para criação de hipóteses representativas referentes ao impacto da aplicação de uma lista de verificação nos tempos de VMI e de permanência na UTI direcionada a uma determinada realidade local. Também ressalta, que o trabalho e o envolvimento multidisciplinar na elaboração da ferramenta de trabalho possam influenciar em resultados positivos pois esteve associada à redução do número de dias de uso de VMI e de permanência na UTI nos pacientes aqui estudados.

Em seu estudo Barcellos et al (2020) cita as características gerais dos pacientes e ressalta o predomínio de pacientes do sexo masculino, não havendo diferença significativa entre os grupos quanto à gravidade da doença. Os pacientes do grupo pós-intervenção eram significativamente mais idosos que os do grupo pré-intervenção. A internação clínica por doenças neurológicas foi mais evidente e entre as comorbidades mais prevalentes destacam-se a hipertensão e tabagismo.

Após a implantação da lista de verificação, houve reduções significativas do tempo de permanência na UTI e no tempo de VMI. Em relação ao aumento do tempo de permanência em UTI associaram-se significativamente a idade, internação por trauma, diagnóstico de doença respiratória na admissão, SAPS 3 e reintubação em 48 h (BARCELLOS et al., 2020).

São limitações do estudo a utilização de dados históricos, a falta de validação prévia da lista de verificação, a falta de randomização e a dificuldade de validação externa.

No estudo de Cavalcanti et al (2016) a mortalidade foi escolhida como o desfecho primário. Pois, é o resultado mais importante para pacientes gravemente enfermos e seus familiares, a mortalidade é elevada entre os pacientes internados em UTIs no Brasil e, estudos antes e depois sugeriram diminuição da mortalidade com o uso de uma lista de verificação de segurança. Além de estabelecer resultados relacionados a adesão a processos de atendimento, clima de segurança da UTI e resultados clínicos.

Segundo Cavalcanti et al (2016) a implementação de uma intervenção multifacetada diariamente utilizando listas de verificação, definindo metas e com orientação médica não reduziram a mortalidade hospitalar em comparação com os cuidados de rotina entre pacientes gravemente enfermos tratados em UTIs no Brasil. Vale ressaltar que embora este estudo tenha sido um ECR, ele obteve várias limitações e não há informações a respeito de sugestões de implantação deste protocolo QI.

Segundo Souza et al (2020) para ocorrer o processo de validação do protocolo de delirium, os cuidados foram organizados através de: apresenta diagnóstico de delirium, manejo da dor, pausa de sedação e administração de antipsicóticos. Também foram apresentados os cuidados relacionados à orientação cognitiva dos pacientes críticos em delirium. A implementação de cuidados multiprofissionais é bem destacada nos estudos. Uma coorte de 70 pacientes demonstrou os benefícios das intervenções para dor, agitação e delirium desenvolvendo orientações com um profissional farmacêutico. Posteriormente, foram incorporados os cuidados de pausa de sedação, teste de ventilação espontânea e mobilização precoce. Sendo assim, 436 pacientes foram acompanhados, prospectivamente.

Os resultados da primeira fase apresentaram redução de sedoanalgesia ($P=0,001$) e tempo de internação na UTI ($P=0,01$), e segunda fase, obteve a redução nos dias de ventilação mecânica ($P=0,03$) e na mortalidade ($P=0,01$). Os achados corroboram os resultados encontrados neste estudo: cuidados referentes à pausa de sedação e à mobilização precoce foram recomendados a fim de obter melhores desfechos com a assistência prestada. Assim, trata-se o delirium com ações factíveis, multiprofissionais – associando os cuidados da equipe de enfermagem aos da fisioterapia – e não farmacológicas, possivelmente diminuindo os fatores de risco (SOUZA et al., 2020).

5 1 Limitações

Esta revisão contém limitações, tais como inclusão de ensaios clínicos não randomizados e estudos metodológicos, considerando os vieses advindos deste delineamento, como viés de seleção. Também não foi possível realizar uma análise quantitativa dos dados devido a heterogeneidade dos estudos. Não houve buscas em literaturas cinzenta, o que poderia diminuir o viés de publicação.

6 CONCLUSÕES

A ronda multidisciplinar deve ser tratada como o momento mais importante de um plantão, portanto, a sua realização deve ser diária e respeitada por todos os integrantes da equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista farmacêutico, fonoaudiólogo e psicólogo). Destaca-se o desafio de trabalhar um tema pouco pesquisado na literatura, tornando-se uma limitação para sustentar ou confrontar os achados do presente estudo. É importante salientar que o tema abordado é fundamental para promover assistência integral com apoio multidisciplinar. Sendo assim, é imprescindível que estudos posteriores aprofundem essa temática em outras áreas da saúde, visto que o *round* deve ser realizado por equipe multiprofissional.

A padronização dos itens de protocolos de rondas diárias em UTI através da implantação de listas de verificação garantirá que informações não sejam perdidas e/ou esquecidas pela equipe, facilitando a comunicação entre os profissionais envolvidos, e evitando que falhas ocorram e que comprometam a segurança do paciente.

Embora os protocolos demonstrados nos estudos desta revisão sistemática sejam efetivos, e um já ser implantado nos serviços de saúde de terapia intensiva garantindo a segurança do paciente, há necessidade de se criar um protocolo padronizado que contenham itens que avaliem o paciente integralmente, e não apenas sejam aplicados diante de alguma alteração fisiológica. No caso dos estudos apresentados, não foi possível realizar uma comparação dos itens que os compõem, pois estes são elaborados conforme uma realidade local.

Notoriamente, os estudos apresentados não possuem variáveis homogêneas e os itens que compõem os seus checklists são muito específicos a cada realidade estudada, e apenas em um estudo foi determinado os domínios. No estudo de Souza et al (2020) por exemplo é um protocolo a ser aplicado em beira do leito, mas apenas na presença de delirium, não sendo abordado neste estudo a sua inserção em protocolos mais amplos a fim de prevenir o problema. Ressalto ainda que, seria adequado associar tecnologias digitais na implantação desses protocolos, uma vez que a baixa adesão aos checklists se dá na maioria das vezes pela falta de tempo das equipes e morosidade do processo avaliativo.

Contudo, mesmo com tanto enfoque em temas relacionados a segurança do paciente, aplicação de checklist em rondas diárias de terapia intensiva praticados por equipe multidisciplinar, é perceptível a ausência de protocolos que vislumbrem o paciente

holisticamente e de maneira mais efetiva e de estudos que indiquem sua implantação nos serviços. Os resultados dessa pesquisa podem subsidiar o planejamento de ações institucionais corretivas com vistas à verificação e registro de todos os itens pertinentes ao protocolo, sendo elaborado posteriormente um checklist e, deste modo, contribuir para a implantação integral e com excelência do Protocolo de Padronização de Ronda Diária da Equipe Multidisciplinar em uma UTI e, mais importante, desenvolver uma prática profissional focada na segurança do paciente.

No entanto, este estudo poderá nortear atividades voltadas à promoção da cultura de segurança e percepção dos profissionais de saúde, líderes e gerentes quanto à segurança do paciente na UTI; bem como, servir de parâmetro em relação ao preenchimento do checklist para outras investigações. Sendo necessário a realização de estudos posteriores com esta temática.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/criterios-diagnosticos-das-infeccoes-relacionadas-a-assistencia-a-saude> > Acesso em 30 Ago 2019.

ANTONIAZZI P, Pereira Júnior G, MARSON F, Abeid M, BALDISSEROTTO S, Basile-Filho A. Síndrome Da Angústia Respiratória Aguda (Sara). *Medicina (Ribeirao Preto Online)*. 30dez.1998 [citado 26 nov.2019];31(4):493-06. Disponível em: <<http://www.periodicos.usp.br/rmrp/article/view/7712>.> Acesso em: 15 de jan de 2020.

ARAÚJO, DD, et al. Prediction of risk and incidence of dry eye in critical patients. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02689.pdf >. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0897.2689>. Acesso em: 16/10/2019.

BARCELLOS, G.B. Comunicação entre os profissionais de saúde e a segurança do paciente. In: SOUSA, P., and MENDES, W., orgs. *Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras*[online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, pp. 139-158. Vol. 2. ISBN: 978-85-7541-594-8.

BARBAS, C. S. V. et al. Recomendações brasileiras de ventilação mecânica 2013. Parte I. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 26, n. 2, p. 89–121, 2014.

BARCELLOS, Ruy de Almeida; CHATKIN, José Miguel. Impacto de uma lista de verificação multiprofissional nos tempos de ventilação mecânica invasiva e de permanência em UTI. **J. bras. pneumol.** vol.46 no.3 São Paulo 2020 Epub Mar 27, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20180261> .

BRADY HR, Brenner BM, Clarkson MR, Lieberthal W. Acute renal failure. In: Brenner BM, editor. *Brenner and Rector's the kidney*. 6th ed. Philadelphia: Saunders; 2000. p. 1206-9.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRUNNER, Brenda S.; SUDDARTH, Doris Smith (2011) - Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

CASTANHEIRA, Ludmila Silva. Escalas De Predição De Risco Para Lesão Por Pressão Em Pacientes Criticamente Enfermos: Revisão Integrativa. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n2.1073>. **Revista Oficial do Conselho Federal de Enfermagem**. v. 9, n. 2 (2018) Acesso em: 26/11/2019.

CASTILHO, Danize G.; Lúcia M. Beccaria; Roseli Ap. M. Pereira; Lígia M. Contrin. Fatores de risco adquiridos e profilaxia da trombose venosa profunda em Unidade de Terapia Intensiva. **Arq Ciênc Saúde**, 2010 out-dez; 17(4):169-173. Disponível em: <http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-17-4/IDR%201%201.pdf>. Acesso em: 26/11/2019.

CLARKE M, OXMAN AD, EDITORS. Cochrane Reviewers' Handbook 4.1 [updated June 2000]. In: **Review Manager (RevMan)** [Computer program]. Version 4.1. Oxford, England: The Cochrane Collaboration, 2000.

CAVALCANTI, Alexandre B., et al. Effect of a Quality Improvement Intervention With Daily Round Checklists, Goal Setting, and Clinician Prompting on Mortality of Critically Ill Patients. *JAMA*, 315(14), 1480–. doi:10.1001/jama.2016.3463

COURTRIGHT, Katherine R.; KERLIN, Meeta Prasad. A equipe da unidade de terapia intensiva e a qualidade do cuidado: desafios nos tempos de poucos intensivistas. **Rev. bras. ter. intensiva** vol.26 no.3 São Paulo July/Sept. 2014.. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20140031>>. Acesso em: 06/06/2020.

COCHRANE BRAZIL. **Como fazer uma revisão sistemática**. 2020. Disponível em: <https://brazil.cochrane.org/como-fazer-uma-revisão-sistemática-cochrane>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2020.

DALMEDICO MM, SALAS D, Oliveira AM, Baran FDP, Meardi JT, Santos MC. Efficacy of prone position in acute respiratory distress syndrome: overview of systematic reviews. **Rev Esc Enferm USP**. 2017;51:e03251. Disponível em: DOI:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016048803251>> Acesso em: 06/06/2020.

Deeks, 1999. Deeks J. Statistical methods programmed in Meta View Version 4. Cochrane Collaboration, December 1999. Disponível em: URL:<http://som.flinders.edu.au/fusa/cochrane/software/statisticalmethods.pdf>, acesso em: 10 de fevereiro de 2020.

DIESTEL, Cristina F. et al. Terapia nutricional no paciente crítico. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 12, n. 3, 2013.

DIENER, José Roberto Carvalho; PRAZERES, Carlos Eduardo Elias dos; ROSA, Cilmar Mello da and ALBERTON, Urubatan Collaço. Avaliação da efetividade e segurança do protocolo de infusão de insulina de Yale para o controle glicêmico intensivo. **Rev. bras. ter. intensiva** [online]. 2006, vol.18, n.3, pp.268-275. ISSN 1982-4335. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2006000300009>.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Pocket Book, 5ª edição. 2011-2013.

ELY, E.W; MEADE, M.O, HAPONIK ,E.F, KOLLEF, M.H, COOK, D.J; GUYATT, G.H, et al. Mechanical ventilator weaning protocols driven by nonphysician health-care professionals: evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 2001;120(Suppl6):454S-63S.

FERREIRA, S.F; REGINA, E. Perfil e gravidade dos pacientes das unidades de terapia intensiva: aplicação prospectiva do escore. APACHE II. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol. 18, núm. 3, 2010, pp. Tela 20-Tela 26 Universidade de São Paulo-São Paulo, Brasil.

FIGUEIREDO, L. F., SILVA, E., & CORRÊA, T. (2008). Avaliação hemodinâmica macro e micro-circulatória no choque séptico. **Revista De Medicina**, 87(2), 84-91. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v87i2p84-91>>. Acesso em: 06/06/2020

FRAM, D. and ALECRIM, R.X. Pneumonia associada à ventilação mecânica: como podemos prevenir? [online]. SciELO em Perspectiva | Press Releases, 2019. Disponível em: <<https://pressreleases.scielo.org/blog/2019/05/31/pneumonia-associada-a-ventilacao-mecanica-como-podemos-prevenir/>>. Acesso em: 16 Out 2019.

FRANÇA, C. D. M., de Albuquerque, P. R., & Santos, A. C. B. da C. (2016). Perfil epidemiológico da unidade de terapia intensiva de um Hospital Universitário. *Revista Inter Scientia*, 1(2), 5-10. Disponível em: < PEPsic - pepsic.bvsalud.org> Acesso em: 30/05/2021.

FONSECA, J.C.L. **Rev SOCERJ** .Vol XIV NO 2. Disponível em: <http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2001_02/a2001_v14_n02_art07 >.pdf, Acesso em: 26/11/2019.

GALVÃO, Thais et al. **Curso Revisão Sistemática e Meta-análise**. UNICAMP. 2020. Disponível em: <https://www.coursera.org/learn/revisao-sistemica/lecture/KKhpl/etapas-da-revisao-sistemica>. Acesso em: 20/05/2020.

GOLDWASSER, R; FARIAS, A; FREITAS, E.E. SADDY, F; AMADO, V; OKAMOTO, V. Desmame e interrupção da ventilação mecânica. III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. **J Bras Pneumol**. 2007;33(Supl 2):S 128-S 136III.

GEERTS W.H; HEIT, J.A; CLAGETT, G.P; PINEO, G.F; COLWELL, C.W; et al. Prevention of venous thromboembolism. *Chest* 2001;119:132S-75S.

GUÉRIN,C; REIGNIER, J; RICHARD, J.C; BEURET, P; GACOUIN, A; BOULAIN, T. et al. PROSEVA Study Group. Prone positioning in severe acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med* [Internet]. 2013 [cited 2019 Out 10];368(23):2159-68. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1214103>. Acesso em: 06 de Ago de 2019.

HAYNES, A.B; WEISER, T.G; BERRY, W.R; LIPSITZ, S.R; BREIZAT, A.H; DELLINGER, E.P. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009 Jan 29. 360(5):491-9. Disponível em:< <http://www.nejm.org//doi/pdf/10.1056/NEJMsa0810119>. Acesso em 02 de set de 2019.

. Hospital Israelita Albert Einstein – Hospital Israelita. Protocolo de Heparina – 2009.

JUNIOR, Nassar, Antonio Paulo and PARK, Marcelo. Protocolos de sedação versus interrupção diária de sedação: uma revisão sistemática e metanálise. **Rev. bras. ter. intensiva** [online]. 2016, vol.28, n.4, pp.444-451. ISSN 1982-4335. <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20160078>.

KNAUS, W.A; ZIMMERMAN, J.E; WAGNER, D.P. APACHE-acute physiology and chronic health evaluation: A physiologically based classification system. *Crit Care Med*. 1981; 9(8):591-7.

KRESS, J.P; POHLMAN, A.S; O'CONNOR, M.F; HALL, J.B. Daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation. *N Engl J Med*. 2000;342(20):1471-7.

LOURO, Marisol; FERREIRA, Margareth e POVOA, Pedro. Avaliação de um protocolo de prevenção de úlceras de pressão. **Rev. bras. ter. intensiva** [online]. 2007, vol.19, n.3, pp.337-341. ISSN 1982-4335. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2007000300012>.

MACHADO, A. S, et al. Profilaxia para úlcera de estresse nas unidades de terapia intensiva: estudo observacional multicêntrico. *Print version ISSN 0103-507X Online version ISSN 1982-4335. Rev.bras. ter. intensiva* vol.18 no.3 São Paulo July/Sept. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/>>10.1590/S0103-507X2006000300003. Acesso em 02 de Set de 2019.

MAIOLI, N. A, et al.,FAST HUG: uma ferramenta para farmácia clínica na atenção e segurança do paciente crítico 2018 mai-ago; 10(2): 59-64. DOI: 10.5747/cv.2018.v10. n 2.v233 ISSN 1984-6436/© 2018

MARQUITO, A. B; NOBLAT, A. Profilaxia para Úlcera de Stress em Unidade de Terapia Intensiva. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132011000300002> Arq Med vol.25 no.3 Porto jun. 2011.Acesso em 16 de set de 2019.

MARTINS, R. C. F. do et al. Perfil nutricional de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Nutricion Clinica y Dietetica Hospitalaria**, v. 37, p. 40-47, 2017. Disponível em: < <http://revista.nutricion.org/PDF/MARTINS.pdf> >. Acesso em: 26 Nov de 2019.

MELSEN, W.G., et al. Attributable mortality of ventilator-associated pneumonia: a meta-analysis of individual patient data from randomized prevention studies. *Lancet Infect Dis* [online]. 2013, vol. 8, pp. 665-671, ISSN: 1473-3099. DOI: 10.1016/S1473-3099(13)70081-1. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23622939>>. Acesso em 31 de maio de 2019.

MIRANDA AL, OLIVEIRA ALL, NACER DT, Aguiar CAM. Results after implementation of a protocol on the incidence of urinary tract infection in an intensive care unit. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2016;24:e2804. [Acesso em: 20/11/20]; DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0866.2804>.

MOTA, E. C. et al. Incidência da pneumonia associada à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. **Medicina (Ribeirão Preto, Online)**, v. 50, n. 1, p. 39-46, 2017.

MOHER D, et al. The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: **The PRISMA Statement**. PLoS Med 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097. Disponível em: www.prisma-statement.org. Acesso em: 15 de maio de 2020.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL-NPUAP. About-us [Internet]. Washington: NPUAP; 2016. Disponível em: <http://www.npuap.org/about-us/> . Acesso em 12 de set de 2019.

NASCIMENTO, M.M.M; PINHEIRO, R.T.A; FERNANDES, R; SILVA, J.J. Prevenção da trombose venosa profunda em cirurgia bucomaxilofacial. **Revista Cir Traumatologia Buco-Maxilo-Facial** 2005;5(4):9-16. Disponível em: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-17-4/IDR%201%201.pdf .> Acesso em: 26/11/2019.

OLIVEIRA, A.C; IQUIAPAZA, P.A.O; LACERDA, A.C.S. Infecções relacionadas à assistência em saúde e gravidade clínica em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Gaúcha Enfermagem**. 2012;33(3):89-96.

OSTINI, F; ANTONIAZZI, P; PAZIN, F.A; BESTETTI, R.; CARDOSO, M.C; BASILE-FILHO, A. O USO DE DROGAS VASOATIVAS EM TERAPIA INTENSIVA. *Medicina (Ribeirão Preto Online)* [Internet]. 30set.1998;31(3):400-11. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/rmrp/article/view/7694>.> Acesso em 26 de novembro de 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2009.

PADILHA KG, KITAHARA PH, GONÇALVES CC, SANCHES AL. Ocorrências iatrogênicas com medicação em unidade de terapia intensiva: condutas adotadas e sentimentos expressos pelos enfermeiros. **Rev Escola Enferm USP**. 2010;36(1):50-7.

PEREIRA, F.; CHAGAS, A; FREITAS, M.; BARROS, L., & CAETANO, J. (2016). Caracterização das infecções relacionadas à assistência à saúde em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Vigilância Sanitária Em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia*, 4(1), 70-77. Disponível em: <https://doi.org/10.3395/2317-269x.00614> >. Acesso em 26 de novembro de 2019.

PEREIRA B.S.L, PEREIRA, S.R.M, MESQUITA, A.M.F, BRIDI, A.C, PAULA, V.G, SOUZA, K.A. Application of the nursing activities score (NAS) in an intensive care unit (ICU). **Rev Fun Care Online**.2020 jan/dez; 12:79-87. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7052>.

PONCE, D, et al. **Injúria renal aguda em unidade de terapia intensiva: Estudo prospectivo sobre a incidência, fatores de risco e mortalidade.** 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n3/v23n3a10>>. Acesso em 26/11/2019.

POLIT, DF, BECK CT, HUNGLER BP. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

QUEIRÓS, M.I; CIPRIANO, M.A.B; SANTOS, M.C.L; CARDOSO, M.V.L.M.L. Infecções urinárias e uso de cateter vesical de demora em unidade pediátrica. **Rev rene** [internet]. 2011 Apr/Jun;12(2):295-301. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n2html_site/a10v12n2.htm>. Acesso em 26 de Julho de 2019.

RÉA-NETO, A; CASTRO, J.E.C; KNIBEL, M.F; OLIVEIRA, M.C. Gutis-Guia da UTI segura [online]. São Paulo (SP): Associação de Medicina Intensiva Brasileira; 2010. Disponível em: <http://www.orgulhodeserintensivista.com.br/PDF/>Orgulho_GUTIS.pdf>. Acesso em 03 de Fev de 2019.

RÊGO, Anna Larissa de Castro et al., TECNOLOGIA LEVE: uso de um instrumento para comunicação na visita multiprofissional. Anais do I Congresso Norte-Nordeste de Tecnologias em Saúde. Capa > v. 1, n. 1 (2018) > Rego. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/connts/article/view/8019/4739> , acesso em: 20/12/2020.

RIBEIRO, M. S. N. Round multiprofissional em unidade de terapia intensiva: análise de ocorrência e itens do checklist. Florianópolis-SC, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/197144>

RODRIGUES, P.M.A; NETO, E.C; SANTOS, L.R.; KNIBEL, M.F. Pneumonia associada à ventilação mecânica: epidemiologia e impacto na evolução clínica de pacientes em uma unidade de terapia intensiva. **J Bras Pneumol.** 2009;35(11):1084-1091. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n11/v35n11a05.pdf>>. Acesso em 16 de out de 2019.

SANTOS, Y.A.P et al., Adesão a um protocolo de profilaxia de úlcera de estresse em pacientes críticos: estudo de coorte prospectiva. **Rev. bras. ter. intensiva** vol.32 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2020 Epub May 08, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20200007>

SAKATA, R.K .T.S.A. Analgesia e sedação em unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Anesthesiol.** vol.60 no.6 Campinas Nov./Dec. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942010000600012>> Acesso: Out 2019.

SESSLE, R.C.N; PEDRAM, S. Protocolized and target-based sedation and analgesia in the ICU. *Crit Care Clin*, 2009;25:489-513.

SILVA, Emanuely Wedja do Nascimento Lima e; ARAUJO, Raquell Alves de; OLIVEIRA, Elizandra Cássia de and FALCAO, Viviane Tannuri Ferreira Lima. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia

intensiva. Rev. bras. ter. intensiva [online]. 2010, vol.22, n.2, pp.175-185. ISSN 0103-507X. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2010000200012>

SILVA, C.D; SILVA, J.M. Estratégias para uso adequado de antibioticoterapia em unidade de terapia intensiva Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil - 2015 DOI: 10.1590/S1679-45082015RW3145 \. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/2015nahead/pt_1679-4508-eins-S1679-45082015RW3145.pdf acesso em: 26/11/2019.

SOUSA, Paulo (Org.) Segurança do paciente: criando organizações de saúde segura./ organizado por Paulo Sousa e Walter Mendes. — Rio de Janeiro, EAD/ENSP, 2014.208 p.: il.; tab.; graf. ISBN: 978-85-8432-015-8.

SOUZA, T.L, **Azzolin** K.O, SOUZA, E.N. Validação de protocolo multiprofissional de cuidados para paciente crítico com delirium. **Rev Gaúcha Enferm.** 2020;41:e20190165. doi: <https://doi.org/10.1590/19831447.2020.20190165>

SOUSA, P., and MENDES, W., orgs. *Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras*[online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, pp. 139-158. Vol. 2. ISBN: 978-85-7541-594-8.

TRABAL, J.; LEYES, P; HERVAS, S; HERRERA, M; FORGA, MT. Factores associated with nosocomial diarrhea in patients with enteral tube feeding. *Nutr Hosp* 2008; 23: 500-504.

TOBAR, Eduardo A, LANAS, Alejandra M, PINO, Sandra P, ASPÉE, Paulina L, RIVAS, Sandra Va, Daniela Prata, Rosmi Asenjo B, José Castro O. Sedación guiada por protocolo versus manejo convencional en pacientes críticos en ventilación mecánica. **Rev. méd. Chile** v.136 n.6 Santiago jun. 2008. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000600004>, disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000600004

VINCENT JL. Give your patient a fast hug (at least) once a day. *Crit Care Med* 2005; 33: 1225-29.

Weiss CH, Moazed F, McEvoy CA, Singer BD, Szleifer I, Amaral LA, et al. Prompting physicians to address a daily checklist and process of care and clinical outcomes: a single-site study. *Am J Respir Crit Care Med.* 2011;184(6):680-686. <https://doi.org/10.1164/rccm.201101-0037OC>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Patient Safety Checklists [online]. 2014. Disponível em:< <http://www.who.int/atientsafety/implementation/checklists/em>. >. Acesso em 02 de Out de 2019.

APÊNDICE A. Formulário de Elegibilidade

1. Revisores:			
<input type="checkbox"/> Daisy Marillya Xavier Leite		<input type="checkbox"/> Aline Terra do Bomfim	
2. Dados do Artigo Selecionado:			
Sobrenome do Autor(es):			
Nome do jornal/revista:			
Ano de publicação:		Volume:	
Nº do DOI do artigo			
3. Critérios de Elegibilidade:			
É um protocolo utilizado em rondas diárias na beira do leito de UTI, por equipe multidisciplinar?		<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
O estudo demonstra a eficácia do protocolo?		<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
O estudo cita os itens que compõem o protocolo?		<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
O protocolo está em conformidade com diretrizes atualizadas?		<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
O protocolo já é implantado em UTI?		<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
4. Confirmação da Elegibilidade:			
Considerando o desenho do estudo, a intervenção e a população envolvida, o estudo pode ser incluído?		<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
		<input type="checkbox"/> não está claro	

Fonte: Adaptação das Diretrizes Metodológicas - Elaboração sistemática do MS, 2012.

APÊNDICE B - Extração dos Dados

Título:	
Autor(es):	País:
Tipo de estudo:	
Ano:	Veículo de Publicação:
Nº do DOI do artigo:	
Revisor:	Data: ____/____/2020
Total da população estudada:	Tempo de pesquisa:
População de Estudo:	
Tipo de Estudo	<input type="checkbox"/> Experimental <input type="checkbox"/> Observacional
Delineamento	<input type="checkbox"/> Ensaio Clínico randomizado <input type="checkbox"/> Ensaio Clínico controlado não randomizado <input type="checkbox"/> Ensaio Clínico não controlado <input type="checkbox"/> Revisão sistemática <input type="checkbox"/> Revisão não-sistemática <input type="checkbox"/> Metanálise <input type="checkbox"/> outro: _____
Itens contemplados no Checklist do protocolo	
Domínios abordados	
Desfechos Primários e Secundários	
Desfecho	Eficácia do Protocolo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Garantia da Segurança do Paciente: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sugere implantação do Protocolo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Conclusão do Autor.	

ANEXO A – Downs And Black Checklist

REPORTING

1. A hipótese/objetivo do estudo está claramente descrita?

Sim 1

Não 0

2. *Os desfechos a serem medidos estão claramente descritos na introdução ou na seção de métodos?*

Se os principais desfechos são mencionados pela primeira vez nos Resultados, a questão deve ser respondida como “não”.

Sim 1

Não 0

3. *As características dos pacientes incluídos no estudo estão claramente descritas?*

No meu arquivo esta pergunta estava da seguinte forma:

Are the characteristics of the patients included in the study clearly described?

In cohort studies and trials, **inclusion and/or exclusion criteria** should be given. In case-control studies, a **case-definition and the source for controls** should be given.

As características dos pacientes incluídos no estudo estão claramente descritas?

Em estudos de coorte e ensaios, os critérios de inclusão e/ou exclusão devem ser apresentados. Em estudos de caso-controle, a definição de caso e a fonte dos controles devem ser apresentadas.

Sim 1

Não 0

4. *As intervenções de interesse estão claramente descritas?*

No meu arquivo esta pergunta estava da seguinte forma:

Are the interventions of interest clearly described?

Treatments and placebo (where relevant) that are to be compared should be clearly described.

As intervenções de interesse estão claramente descritas?

Tratamentos e placebos (quando pertinente) que serão comparados devem ser claramente descritos.

Sim 1

Não 0

5. *A distribuição dos principais fatores de confusão em cada grupo de indivíduos a serem comparados esta claramente descrita? Uma lista dos principais fatores de confusão é apresentada.*

Sim 2
Parcialmente 1
Não 0

6. *Os principais achados do estudo são claramente descritos?*

Simple dados do desfecho (incluindo denominadores e numeradores) devem ser apresentados para os principais achados de modo que o leitor possa checar as principais análises e conclusões. (Esta pergunta não cobre testes estatísticos, que devem ser considerados abaixo)

Sim 1
Não 0

7. *O estudo proporciona estimativas da variabilidade aleatória dos dados dos principais achados?*

Em dados não normalmente distribuídos, o intervalo interquartil dos resultados deve ser apresentado. Em dados com distribuição normal o erro padrão, desvio padrão ou intervalo de confiança deve ser reportado. Se a distribuição dos dados não é apresentada, deve-se assumir que as estimativas usadas eram apropriadas e a questão deve ser respondida como “sim”.

Sim 1
Não 0

8. *Todos os principais efeitos adversos que podem ser uma consequência da intervenção foram relatados?*

Esta deve ser respondida como “sim” se o estudo demonstra que houve uma tentativa abrangente de medir os efeitos adversos. (A lista de possíveis eventos adversos é apresentada).

Sim 1
Não 0

9. *As características dos participantes perdidos foram descritas?*

Esta deve ser respondida como “sim” quando não houver perdas ou quando as perdas no follow-up forem tão pequenas que os achados não seriam afetados pela sua inclusão. Deve responder “não” quando o estudo não apresenta o número de pacientes perdidos no follow-up.

Sim 1
Não 0

10. *Os intervalos de confiança de 95% e/ou valores de p foram relatados para os principais desfechos, exceto quando o valor p foi menor que 0,001?*

Sim 1
Não 0

VALIDADE EXTERNA

Todos os critérios a seguir têm a intenção de abordar a representatividade dos achados do estudo e se eles podem ser generalizados para a população de onde derivaram os sujeitos do estudo.

11. Os sujeitos chamados para participar do estudo foram representativos de toda a população de onde foram recrutados?

O estudo deve identificar a origem da população dos pacientes e descrever como os pacientes foram selecionados. Os pacientes seriam representativos de uma população se fossem compostos por toda a população de origem, ou por uma amostra não selecionada de pacientes consecutivos, ou por uma amostra aleatória. Amostragem aleatória só é possível quando há uma lista com todos os membros da população. Quando um estudo não apresenta a proporção da população de origem da qual os pacientes derivam, a questão deve ser respondida como “incapaz de determinar”.

Sim 1

Não 0

Incapaz de determinar 0

12. Os sujeitos que foram preparados para participar foram representativos da população inteira de onde foram recrutados?

A proporção daqueles que concordaram deve ser apresentada. Validação de que a amostra era representativa deveria ser incluída, demonstrando que a distribuição dos principais fatores de confusão eram os mesmos da amostra do estudo e da população de origem

Sim 1

Não 0

Incapaz de determinar 0

13. A equipe, os lugares e as instalações onde os pacientes foram tratados, eram representativos do tratamento que a maioria dos pacientes recebe?

Para que se responda “sim” o estudo deve demonstrar que a intervenção era representativa da utilizada na população de origem. A resposta deve ser “não” se, por exemplo, a intervenção foi realizada em um centro especializado que não represente os hospitais onde a maioria da população de origem compareceria.

Sim 1

Não 0

Incapaz de determinar 0

VALIDADE INTERNA: VIES

14. Houve tentativa de que os participantes fossem cegados em relação ao tipo de intervenção que receberam?

Nos estudos em que os pacientes não teriam nenhuma maneira de saber qual intervenção receberiam, a resposta é “sim”.

Sim 1

Não 0

Incapaz de determinar 0

15. Houve tentativa de cegar os mensuradores dos desfechos a respeito da intervenção?

Sim 1

Não 0

Incapaz de determinar 0

16. Se algum dos resultados do estudo foi baseado em “dragagem de dados”, isto foi feito com clareza?

Qualquer análise que não tenha sido planejada no início do estudo deve ser claramente indicada. Se nenhuma análise retrospectiva de subgrupo não planejada foi relatada, responda que sim.

Sim 1

Não 0

Incapaz de determinar 0

17. Em ensaios e estudos de coorte, as análises se ajustam para diferentes tempos de acompanhamento, ou nos estudos de caso-controle, o tempo que transcorre entre a intervenção e o desfecho é o mesmo para casos e controles?

Quando o *follow-up* for o mesmo para todos os pacientes do estudo a resposta deve ser “sim”. Se diferentes comprimentos de *follow-up* forem ajustados para, por exemplo, análise de sobrevivência, a resposta deve ser “sim”. Estudos em que diferenças no *follow-up* são ignoradas a resposta deve ser “não”.

Sim 1

Não 0

Incapaz de determinar 0

18. Os testes estatísticos utilizados para avaliar os principais desfechos foram apropriados?

As técnicas estatísticas utilizadas devem ser adequadas aos dados. Por exemplo, métodos não-paramétricos devem ser utilizados para amostras pequenas. Quando é realizada pouca análise estatística, mas não há nenhuma evidência de viés, a questão deve ser respondida sim. Se a distribuição dos dados (normal ou não) não é descrita deve considerar-se que as estimativas utilizadas foram adequadas ea questão deve ser respondida sim.

Sim 1

Não 0

Incapaz de determinar 0

19. *A adesão das intervenções foi confiável?*

Quando não houver adesão ao tratamento alocado ou houve contaminação de um grupo, a questão deve ser respondida com “nao”. Nos estudos onde o efeito de qualquer erro de classificação era susceptível de viés de associação para o nulo, a questão deve ser respondida “sim”.

Sim 1

Não 0

Incapaz de determinar 0

20. *As medidas dos principais desfechos foram acuradas (validas e confiáveis)?*

Para estudos onde as medidas do desfecho estão claramente descritas, a pergunta deve ser respondida com um sim. Para estudos que referem a outro trabalho ou que demonstram que as medidas do desfecho são acuradas/precisas, a questão deve ser respondida como sim.

Sim 1

Não 0

Incapaz de determinar 0

VALIDADE INTERNA – CONFUNDIMENTO (VIÉS DE SELEÇÃO)

21. *Os pacientes em diferentes grupos de intervenção (ensaio e estudos de coorte) ou em casos-controle foram recrutados da mesma população?*

Por ex, pacientes para todos os grupos de comparação devem ser selecionados do mesmo hospital. A pergunta deve ser respondida “incapaz de determinar” para estudos de coorte e estudos caso-controle onde não há nenhuma informação sobre a origem dos pacientes incluídos no estudo.

Sim 1

Não 0

Incapaz de determinar 0

22. *Os pacientes em diferentes grupos de intervenção (ensaio e estudos de coorte) ou em casos-controle foram recrutados no mesmo período de tempo?*

Para estudos que não especificam o tempo em que os pacientes foram recrutados, a resposta deve ser “incapaz de determinar”.

Sim 1

Não 0

Incapaz de determinar 0

23. *Os sujeitos do estudo foram randomizados para os grupos de intervenção?*

Estudos que indicam que os indivíduos foram randomizados a resposta deve ser “sim”, exceto quando este método de randomização não garantir a alocação aleatória. Por exemplo alocação alternativa seria “não”, porque não é previsível.

Sim 1

Não 0

Incapaz de determinar 0

24. *A intervenção randomizada foi oculta para os pacientes e para a equipe até que o recrutamento estivesse completo e irrevogável?*

Para todos os estudos não-randomizados a resposta deve ser não. Se o cegamento foi para os pacientes, mas não para a equipe, a resposta deve ser não.

Sim 1

Não 0

Incapaz de determinar 0

25. *Houve um ajuste adequado dos fatores de confusão nas análises a partir das quais os principais achados foram tirados?*

Esta pergunta deve ser respondida “não” para os ensaios se: as principais conclusões do estudo foram baseadas em análises do tratamento ao invés de intenção de tratamento, a distribuição de fatores de confusão conhecido em diferentes grupos de tratamento não foi descrito, ou a distribuição de fatores de confusão conhecidos diferiu entre os grupos de tratamento, mas não foi levado em consideração nas análises. Em estudos não randomizados, se o efeito dos principais fatores de confusão não foi investigado ou o fator de confusão foi demonstrado, mas nenhum ajuste foi feito na análise final, a questão deve ser respondida “ não”.

Sim 1

Não 0

Incapaz de determinar 0

26. *As perdas dos pacientes no andamento foram levadas em conta?*

Se o número de pacientes perdidos no andamento não é relatado, a questão deve ser respondida como “incapaz de determinar”. Se a proporção de perda no andamento foi pequena demais para afetar as principais conclusões, a questão deve ser respondida sim

Sim 1

Não 0

Incapaz de determinar 0

PODER

27. O estudo tem poder suficiente para detectar um efeito clinicamente importante quando o valor de p (“probability value”) para uma diferença que é devida ao acaso é inferior a 5%?

Os tamanhos de amostra foram calculados para detectar uma diferença de x% e y. Tamanho do menor grupo da intervenção

A <n1 0

B n1–n2 1

C n3–n4 2

D n5–n6 3

E n7–n8 4

F n8+ 5

ANEXO B - Checklist PRISMA para redação do protocolo

Seção/tópico	#	Checklist do item	Relatado na página:
TÍTULO			
Título	1	Identificar o relato da RS, metanálise ou ambos.	
RESUMO			
Resumo estruturado	2	Elaborar resumo estruturado, incluindo: background, objetivos, fonte de dados, critérios de elegibilidade, participantes, intervenção, síntese de métodos, resultados, limitações, implicações do resultados e número de registro da RS.	
INTRODUÇÃO			
Fundamentação	3	Descrever o racional da revisão no contexto atual das evidências.	
Objetivos	4	Questão estruturada no formato PICOS.	
MÉTODOS			
Protocolo e registro	5	Indicar se existe um protocolo de revisão, se pode ser acessado via web, e se disponível, informações sobre o registro de número de protocolo.	
Crítérios de elegibilidade	6	Especificar as características dos estudos (ex. PICO, tempo de seguimento), características dos estudos (ex. Período considerado, língua, status da publicação) utilizados para definir os critérios, fornecendo o racional.	
Fonte de informação	7	. Descrever todas as fontes de informações pesquisadas, com período de busca, contato com autores.	
Busca	8	Apresentar pelo menos uma estratégia de busca na íntegra e garantir sua reprodutibilidade.	
Seleção dos estudos	9	Processo de seleção dos estudos, triagem, elegibilidade, estudos incluídos, excluídos.	
Processo de coleta de dados	10	Método de extração (dois revisores independente, ficha clínica, resolução de divergências)	
Dados coletados	11	Lista e define todas as variáveis para cada dado pesquisado (ex.: PICO, fonte de recursos...) e qualquer pressuposições e simplificações feitas.	
Risco de viés dos estudos individuais	12	Descrever os métodos usados para avaliar o risco de viés dos estudos individuais, insere o conceito de “viés em nível de desfecho” e define como essa informação será usada nas análises.	
Medidas de efeito	13	Definição das medidas utilizadas (ex.: Risco relativo, razão de chance, diferenças em médias...)	
Síntese dos resultados	14	Descrever métodos de manipulação dos dados e combinação dos resultados dos estudos, se realizado incluindo medidas de consistência para cada metanálise (e.:12)	
			continua

Continuação: ANEXO B - Checklist PRISMA para redação			
MÉTODOS			
Risco de viés entre os estudos	15	Especificar qualquer acesso ao risco de vieses que possa afetar a revisão (ex.: Viés de publicação, de relato de desfecho...)	
Análises adicionais	16	Descrever análise de sensibilidade, de subgrupos, meta-regressão indicando quais foram pré-especificadas em protocolo.	
RESULTADOS			
Seleção dos estudos	17	Nº de estudos triados, nº submetidos á avaliação da elegibilidade, nº incluídos na revisão, razões das exclusões, em cada estágio, idealmente com o diagrama de fluxo.	
Características dos estudos	18	Para cada estudo apresentar tamanho da amostra, PICO, período de seguimento, sempre com citações.	
Risco de viés entre os estudos	19	Apresentar dados sobre risco de viés de cada estudos e se disponível, qualquer acesso em nível de desfecho (ver item 12).	
Resultados dos estudos individuais	20	Para todos os desfechos considerados (benefícios e danos), apresentar as estimativas de efeito, intervalo de confiança, idealmente em gráficos de floresta (forest plot).	
Síntese dos resultados	21	Apresentar resultados para cada metanálise feita, incluindo intervalos de confiança e medidas de consistência.	
Risco de viés dos estudos	22	Apresentar resultados de qualquer risco de viés (ver item 15).	
Análises adicionais	23	Fornecer resultados de análise adicionais, se feitas ex.: sensibilidade, subgrupos, meta-regressão (ver item 16).	
DISCUSSÃO			
Sumário de evidência	24	Sumarizar os principais achados, incluindo a força da evidência para cada desfecho principal; considerar sua relevância para grupos-chaves (ex.: profissionais de saúde, usuários, gestores...)	
Limitações	25	Discutir as limitações nos estudos, em nível de desfechos (risco de viés) e em nível de revisão (viés de seleção, publicação...)	
Conclusões	26	Fornecer uma interpretação geral dos resultados no contexto das demais evidências e implicações para pesquisas futuras	
FONTES FRACIONADAS			
Fontes	27	Descrever as fontes financiadoras para a revisão e outros suportes, função dos financiadores da revisão.	

Fonte: MOHER D, et al. The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: **The PRISMA Statement**. PLoS Med 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097