

Artigo Original

Maran E, Matsuda LM, Magalhães AMM, Marcon SS, Oliveira JLC, Cavalcanti AB, Haddad MCFL, Reis GAX

Round multiprofissional com *checklist*: associação com a melhoria na segurança do paciente em terapia intensiva

Rev Gaúcha Enferm. 2022;43(esp):e20210348

doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.202100348.pt>

***Round* multiprofissional com *checklist*: associação com a melhoria na segurança do paciente em terapia intensiva**

Multiprofessional round with checklist: association with improvement in patient safety in intensive care

Ronda multiprofesional con checklist: asociación con la mejora en la seguridad del paciente en cuidados intensivos

Edilaine Maran^{a,b} <https://orcid.org/0000-0001-6085-2692>

Laura Misue Matsuda^a <https://orcid.org/0000-0002-4280-7203>

Ana Maria Muller de Magalhães^c <https://orcid.org/0000-0003-0691-7306>

Sonia Silva Marcon^a <https://orcid.org/0000-0002-6607-362X>

João Lucas Campos de Oliveira^c <https://orcid.org/0000-0002-1822-2360>

Alexandre Biasi Cavalcanti^{d,e} <https://orcid.org/0000-0003-2798-6263>

Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad^f <https://orcid.org/0000-0001-7564-8563>

Gislene Aparecida Xavier dos Reis^a <https://orcid.org/0000-0002-6232-1905>

^aUniversidade Estadual de Maringá (UEM), Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Maringá, Paraná, Brasil.

^bUniversidade Estadual do Paraná (Unespar), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Colegiado de Enfermagem. Paranavaí, Paraná, Brasil.

^cUniversidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^dHcor, Instituto de Pesquisa. São Paulo, São Paulo, Brasil.

^eUniversidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina. São Paulo, São Paulo, Brasil.

^fUniversidade Estadual de Londrina (UEL), Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Londrina, Paraná, Brasil.

Como citar este artigo:

Maran E, Matsuda LM, Magalhães AMM, Marcon SS, Oliveira JLC, Cavalcanti AB, Haddad MCFL, Reis GAX. *Round* multiprofissional com *checklist*: associação com a melhoria na segurança do paciente em terapia intensiva. Rev Gaúcha Enferm. 2022;43(esp):e20210348. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.202100348.pt>

RESUMO

Objetivo: Verificar a associação entre *round* multiprofissional com uso de *checklist* e práticas de segurança do paciente por profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva.

Método: Estudo de método misto, delineado pela abordagem sequencial explanatória, realizado em um hospital do sul do Brasil. Os dados quantitativos foram analisados por meio

de regressão de Poisson e os dados qualitativos, pela análise de conteúdo. Fez-se a análise integrada por meio da combinação explicada/conectada.

Resultados: No período pós-implementação dos *rounds* com uso sistemático de *checklist* houve melhora significativa da profilaxia de tromboembolia venosa, sedação leve, redução dos dias de uso de ventilação mecânica, cateter venoso central e de sonda vesical de demora.

Conclusão: O *round* multiprofissional com uso sistemático de *checklist*, associado com a melhoria nas práticas de segurança do paciente, foi considerado como uma estratégia que assegura melhores cuidados em terapia intensiva e favorece a satisfação no trabalho.

Palavras-chave: Lista de checagem. Visitas com preceptor. Unidades de terapia intensiva. Segurança do paciente. Equipe de assistência ao paciente.

ABSTRACT

Objective: To verify the association between a multiprofessional round with the use of checklists and patient safety practices by health professionals in an intensive care unit.

Method: Mixed-method study, delineated by the sequential explanatory approach, conducted in a hospital in southern Brazil. Quantitative data were analyzed using Poisson regression, and qualitative data, using content analysis. The integrated analysis was performed through the explained/connected combination.

Results: In the post-implementation period of the rounds with systematic use of the checklist, there was a significant improvement in the prophylaxis of venous thromboembolism, light sedation, reduction in the days of use of mechanical ventilation, central venous catheter and indwelling urinary catheter.

Conclusion: The multiprofessional round with the systematic use of checklist, associated with the improvement in patient safety practices, was considered as a strategy that ensures better care in intensive care and favors job satisfaction.

Keywords: Checklist. Teaching rounds. Intensive care units. Patient safety. Patient care team.

RESUMEN

Objetivo: Verificar la asociación entre una ronda multiprofesional con el uso de listas de verificación y prácticas de seguridad del paciente por profesionales de la salud en una unidad de cuidados intensivos.

Método: Estudio de método mixto, delineado por el enfoque explicativo secuencial, realizado en un hospital del sur de Brasil. Los datos cuantitativos se analizaron mediante regresión de Poisson, y los datos cualitativos, mediante análisis de contenido. El análisis integrado se realizó a través de la combinación explicada/conectada.

Resultados: En el período de post-implementación de las rondas con uso sistemático del checklist, hubo una mejora significativa en la profilaxis del tromboembolismo venoso, sedación leve, reducción de los días de uso de ventilación mecánica, catéter venoso central y catéter urinario permanente.

Conclusión: La ronda multiprofesional con el uso sistemático de la lista de verificación, asociada a la mejora en las prácticas de seguridad del paciente, fue considerada como una estrategia que asegura una mejor atención en cuidados intensivos y favorece la satisfacción laboral.

Palabras clave: Lista de verificación. Rondas de enseñanza. Unidades de cuidados intensivos. Seguridad del paciente. Grupo de atención al paciente.

INTRODUÇÃO

Em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), apesar da complexidade da condição clínica do paciente, exposições frequentes às falhas assistenciais resultam em eventos adversos (EA)

e iatrogenias não previstas na história natural da doença⁽¹⁾. Essa realidade, atrelada ao dinamismo do trabalho em UTI, justifica o uso de estratégias e ferramentas que qualificam o cuidado e, de alguma forma, reduzam a chance de ocorrência de eventos que impactem na insegurança do paciente crítico⁽²⁾.

Os *rounds* permeiam uma estratégia de segurança no cuidado ao paciente internado, pois consiste num processo interativo e deliberado de comunicação e tomada de decisão sobre a assistência multidisciplinar, inclusive em UTI⁽³⁾. Neste setor, o *round* é um momento em que os profissionais de saúde avaliam as condições de saúde do doente crítico, o seu tratamento, discutem a necessidade de (re)planejar o cuidado com vistas à sua maior efetividade⁽⁴⁾ e por isso, é considerado um artefato vinculado à cultura de segurança do paciente, por valorizar a comunicação e a deliberação colegiada sobre boas práticas nos cenários de assistência intensiva⁽²⁻⁴⁾.

Durante os *rounds* multiprofissionais, o uso de um *checklist* contribui para aumentar a adesão às práticas baseadas em evidências⁽⁵⁾ e, portanto, pode incrementar a qualidade do cuidado e a segurança do paciente. Em UTI, essa ferramenta, que consiste numa lista de verificação, é um meio para garantir que os trabalhadores observem e atendam elementos de implicação direta na segurança do doente crítico tais como: diminuição de dias de exposição a dispositivos invasivos como ventilação mecânica (VM), cateter venoso central (CVC) e sonda vesical de demora (SVD), profilaxia de tromboembolia venosa (TEV) e de úlcera gástrica, teste de respiração espontânea (TRE), manutenção do decúbito da cabeceira a 30°, sedação leve, dentre outras^(6,7).

O uso de *checklists* durante *rounds* multiprofissionais é recomendado por pesquisadores⁽⁷⁾ que conduziram um estudo multicêntrico em 34 UTI de países de cinco continentes e constataram melhores resultados terapêuticos como redução na taxa de mortalidade, no tempo de internação, em EA, e infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). Pesquisadores⁽⁸⁾ de um ensaio clínico randomizado realizado em 118 UTI brasileiras, afirmam que a aplicabilidade do *checklist*, a adesão da equipe multiprofissional às diretrizes propostas para a assistência prestada e o estabelecimento de metas nos *rounds* facilitam o processo de comunicação da equipe, o início imediato da terapia adequada, a melhora dos desfechos clínicos do paciente e da cultura de segurança da UTI.

Apesar dos resultados favoráveis mencionados, a literatura⁽⁹⁾ indica que uma das dificuldades de implementação dos *checklists* durante os *rounds* é a percepção dos profissionais em considerá-los como inúteis ou como trabalho excessivo e até irrelevantes às necessidades assistenciais da UTI. Esta percepção reforça a importância de estudos rigorosos

com intuito de melhorar a compreensão a respeito desta temática, e por isso, postula-se que elucidar o fenômeno associação dos *rounds* com uso de *checklist* na segurança do paciente em terapia intensiva, por meio de um método robusto, é uma necessidade social e também um potencial aporte técnico-científico que vai ao encontro de melhorias concretas em cenários complexos de prestação de cuidados.

Com base nas premissas enunciadas, questiona-se: O *round* com uso de *checklist* em UTI, está associado à adesão da equipe de saúde e às práticas de segurança do paciente? Para responder a esta questão, o objetivo deste estudo consiste em verificar a associação entre *round* com uso de *checklist* e práticas de segurança do paciente por profissionais de saúde de uma UTI.

MÉTODOS

Estudo de método misto, delineado na abordagem sequencial explanatória, conforme referencial metodológico internacionalmente consolidado⁽¹⁰⁾. Foi conduzido por uma etapa quantitativa de maior ênfase (QUAN) – etapa 1, conectada à uma etapa qualitativa, de menor preponderância (qual) – etapa 2. A pesquisa foi realizada na UTI Adulto de um hospital filantrópico, situado na região Sul do Brasil. Embora o setor referido seja classificado como “UTI Adulto”, atende pacientes a partir de 16 anos de idade.

A etapa 1 consistiu em um estudo quase-experimental, do tipo *grupo controle não equivalente somente depois*. Neste desenho de pesquisa não há aleatorização dos prontuários dos pacientes críticos, mas supõe-se que o grupo pré-intervenção seja comparável com os grupos pós-intervenção, mesmo que estes não sejam iguais. Ressalta-se que foram avaliados todos os prontuários elegíveis para cada período de investigação. Não foi realizado um cálculo formal de tamanho amostral. A amostra foi definida por conveniência, ou seja, incluiu todos os pacientes admitidos na UTI nos períodos do estudo.

O estudo foi segmentado em três períodos de investigação: **1º período:** Pré-implementação do *round* (fevereiro e março de 2018); **2º período:** Pós-implementação do *round* com uso não sistemático do *Checklist* 1 (fevereiro e março de 2019) e **3º período:** Pós-implementação do *round* com uso sistemático do *Checklist* 2 (fevereiro e março de 2021). A expressão ‘não sistemático’ trata-se do preenchimento do *checklist* em dias intercalados e ‘sistemático’, ao preenchimento diário. Ressalta-se que a seleção padronizada das datas referentes as fases pré e pós-intervenção se deu pela possibilidade de comparar as práticas de segurança do paciente antes da implementação dos *rounds*, depois da implementação dos *rounds* com uso não sistemático de um *checklist*; e depois da implementação dos *rounds*, com

uso sistemático de um *checklist* validado, uma vez que as intervenções do segundo e terceiro períodos iniciaram em fevereiro de 2019 e fevereiro de 2021, respectivamente.

Na UTI em estudo não eram realizados *rounds* com uso de *checklist* no primeiro período da investigação. No segundo período, eram realizados *rounds* diários e em dias intercalados, o preenchimento do *checklist* 1- ‘Suspeita para o Bem’⁽¹¹⁾. Esta intervenção se estendeu por dois anos. Já referente ao terceiro período, eram realizados diariamente os *rounds* e o preenchimento do *checklist* 2- ‘Multidisciplinar’⁽¹²⁾, validado por uma das autoras. Neste último período, a pesquisadora junto ao coordenador responsável da UTI propôs o uso sistemático do *checklist* validado⁽¹²⁾ durante os *rounds* e esta estratégia de cuidado multiprofissional se mantém na UTI, mesmo com o término deste estudo.

Nos 2º e 3º períodos de investigação, os *rounds* eram realizados no período vespertino, com duração média de 60 minutos, por uma equipe composta por sete profissionais efetivos: um médico intensivista, um médico infectologista, um enfermeiro da UTI, dois enfermeiros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), um fisioterapeuta e um nutricionista. O preenchimento impresso dos *checklists* 1 e 2 durante o *round* era realizado pelo enfermeiro da UTI e/ou médico intensivista.

Os *checklists* 1 e 2 são constituídos por 16 e 12 itens de intervenção/cuidado, respectivamente, fundamentados nas melhores práticas em saúde. Destas intervenções, 11 práticas de cuidados foram avaliadas neste estudo e são comuns para ambos os *checklists*: Elevação da cabeceira 30°, analgesia adequada, sedação leve/RASS -3 a 0, profilaxia de TEV, profilaxia de úlcera gástrica, nutrição adequada (paciente que atingiu a meta calórica prescrita), dias de uso de VM, de CVC, de SVD, controle glicêmico e suspensão/ajuste de doses de antimicrobiano^(11,12).

Para os três períodos de investigação, foram elegíveis todos os prontuários de pacientes admitidos na UTI, com 16 anos ou mais, internados por tempo igual ou superior a 48 horas. Foram excluídos prontuários de pacientes que evoluíram para óbito em até 48 horas da internação e/ou com diagnóstico médico confirmado de morte encefálica. A exclusão de prontuários de pacientes com morte encefálica se justifica porque este estudo é parte de uma tese doutoral que analisou os efeitos dos *rounds* com uso de *checklist* nos indicadores de saúde de pacientes críticos. Destarte, para estes pacientes não há prognóstico de sobrevida, e por isso não foram inseridos na análise.

A coleta de dados na Etapa 1 foi realizada entre os meses de setembro de 2020 a abril de 2021. Nos meses de setembro a dezembro de 2020 foram coletados os dados retrospectivos

atinentes ao primeiro e segundo períodos. Já nos meses de fevereiro a abril de 2021, foi realizada a coleta de dados prospectiva, que representa o terceiro período de investigação.

No que diz respeito a coleta de dados prospectiva da etapa 1, a equipe multiprofissional foi orientada a interromper o uso do *checklist* 1 e implementar o *checklist* 2 durante os *rounds*. Destaca-se que o preenchimento não sistemático e sistemático dos *checklists* 1 e 2, respectivamente, não assegura que as práticas de cuidados discutidas nestes instrumentos durante os *rounds*, são posteriormente realizadas nos pacientes.

Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento elaborado pela autora correspondente, com base no modelo de instrumento aplicado em um estudo de ensaio clínico randomizado no Brasil⁽⁸⁾, nos dados do prontuário do paciente e também nos *checklists* (versão 1 e 2) utilizados na UTI em estudo.

Os dados foram organizados em planilha *Microsoft Excel*[®] e analisados nos pacotes computacionais: *Statistica Single User* versão 13.2 e R versão 4.0.2. A descrição dos dados foi realizada por meio de tabelas com apresentação de números absolutos e porcentagens. As características numéricas e não numéricas da amostra dos grupos referentes às boas práticas de cuidado foram comparadas entre os diferentes períodos de investigação.

Para mensurar a proporção e comparar as práticas de segurança do paciente entre o período pré intervenção (período 1) com os períodos de intervenção (períodos 2 e 3), foi aplicado o modelo de regressão de Poisson. Para estimar os efeitos do *round* associado ao uso de *checklists* nas boas práticas de cuidados realizadas por profissionais de saúde foram utilizados o risco relativo (RR) e seus respectivos intervalos de confiança (IC), considerando nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$).

O cálculo do percentual das práticas de segurança do paciente foi realizado com base nos dias de uso de dispositivos ou intervenção, divididos pelo total de dias do paciente na UTI, multiplicado por 100. Exceto para TEV que foi calculado sobre o total de dias elegíveis (para TEV) e também, para sedação leve que foi calculado sobre o total de dias do paciente em VM, multiplicado por 100, respectivamente.

A etapa 2 do estudo misto foi realizada nos meses de julho e agosto de 2021, após análise preliminar dos dados preponderantes da Etapa Quantitativa (QUAN). O critério de elegibilidade para participar desta etapa consistiu em ser membro efetivo dos *rounds* multiprofissionais no terceiro período da etapa 1 (QUAN), da UTI em estudo. Como critério de exclusão, estabeleceu-se a ausência do profissional no período da coleta de dados, seja por estarem de férias, licença/afastamento ou por falta. Participaram todos os profissionais elegíveis (sete), sem nenhuma perda, desistência, exclusão ou recusa.

Para a coleta de dados da etapa 2, foi aplicado um questionário semiestruturado, elaborado pela pesquisadora, assim constituído: dados sociodemográficos dos profissionais de saúde e uma questão norteadora: *Fale-me a respeito da visita multidisciplinar e checklist, na promoção da segurança do paciente desta UTI*. Adicionalmente, foram elaboradas oito questões de apoio para o caso de o participante apresentar alguma dificuldade em responder à questão principal. As entrevistas foram iniciadas logo após a apresentação dos resultados quantitativos da etapa 1.

As entrevistas com os participantes foram agendadas de acordo com a disponibilidade de cada profissional; foram gravadas em áudio e realizadas individualmente, em ambiente privativo, na própria instituição. O tempo médio de cada entrevista foi de 35 minutos. Destaca-se que a entrevistadora que não possui vínculo com a instituição pesquisada esclareceu aos participantes os objetivos do estudo, tipo de participação desejada e os aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos. Ainda nesta fase foi utilizado um diário de campo para anotações observadas pela pesquisadora no momento da entrevista.

As narrativas foram transcritas na íntegra, com auxílio de um processador de texto (Microsoft Word) e foram realizadas preferencialmente no mesmo dia das entrevistas. A partir do *corpus* adquirido foi aplicada a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, seguindo as etapas⁽¹³⁾ de pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A análise integrada dos dados quantitativos e qualitativos foi atingida por conexão. Neste aspecto, as convergências/semelhanças, as complementaridades e as possíveis divergências dos dados qualitativos explicaram e aprofundaram a compreensão dos dados quantitativos⁽¹⁰⁾. Para reforçar a característica mista deste estudo, foi elaborada uma matriz de exibição conjunta (*joint display*) que ilustra os resultados quantitativos e qualitativos⁽¹⁴⁾, além das inferências autorais acerca da densidade conjunta dos dados.

Todos os preceitos éticos e legais referentes a pesquisas com seres humanos foram atendidos e o registro deste estudo se encontra no Comitê de Ética em Pesquisas sob Parecer nº 4.155.452. Para preservar o anonimato, os participantes foram cognominados pela letra “P” seguido de algarismo arábico, referentes à Profissional e a ordem de realização das entrevistas. Já os excertos/fragmentos foram editados, mas sem alterar o sentido.

RESULTADOS

Foram analisados 134 prontuários de pacientes internados na UTI nos três períodos de investigação, com características similares. Isso porque, os grupos apresentaram predomínio

de homens, brancos, cinquentenários, de internação clínica, por comprometimento do sistema neurológico. A insuficiência cardíaca e insuficiências renal foram as comorbidades que prevaleceram, com média de escore do sistema de classificação de gravidade da doença - APACHE II entre 16,9 a 20,2 entre os grupos avaliados.

As boas práticas de cuidado que prevaleceram no período pré intervenção em comparação aos períodos de intervenção foram a profilaxia de úlcera gástrica e analgesia. No 2º período, o cuidado seguro que predominou comparado aos demais períodos investigados, foi o menor tempo de uso de antimicrobiano. Já o 3º período, comparado com os 1º e 2º períodos, as práticas de segurança que prevaleceram foram o menor dias de uso de VM, de CVC e de SVD, a nutrição adequada, a profilaxia de TEV, a sedação leve e o controle de glicemia (Tabela 1).

Tabela 1 - Práticas de segurança do paciente (N=134) por profissionais de saúde na Unidade de Terapia Intensiva, nos três períodos de investigação. Maringá, Paraná, Brasil, 2021

Práticas de segurança do paciente*	1º Período (n=36)	2º Período (n=45)	3º Período (n=53)
	Sem checklist	Checklist 1	Checklist 2
		Uso não sistemático	Uso sistemático
	n dias intervenção/n dias UTI (%)	n dias intervenção/n dias UTI (%)	n dias intervenção/n dias UTI (%)
Decúbito cabeceira 30º	453/472 (96,0)	455/455 (100,0)	454/454 (100,0)
Tempo de uso VM	344/472 (72,9)	274/455 (60,2)	240/454 (52,9)
Tempo de uso CVC	415/472 (87,9)	400/455 (87,9)	335/454 (73,8)
Tempo de uso SVD	465/472 (98,5)	392/455 (86,2)	260/454 (57,3)
Profilaxia TEV	254/410 (62,0)	190/348 (54,6)	253/309 (83,8)
Profilaxia úlcera gástrica	452/472 (95,8)	435/455 (95,6)	422/454 (93,0)
Nutrição adequada	342/472 (72,5)	316/455 (69,5)	357/454 (78,6)
Analgesia	379/472 (80,3)	293/455 (64,4)	364/454 (80,2)
Antimicrobiano	386/472 (81,8)	324/455 (71,2)	340/454 (74,9)
Sedação leve	37/344 (10,8)	27/274 (9,9)	91/240 (37,9)
Controle glicemia	469/472 (99,4)	446/455 (98,0)	454/454 (100,0)

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

*Cálculo com base nos dias de uso de dispositivos ou intervenção/dias totais paciente UTI x 100, exceto: profilaxia TEV/nº dias elegíveis de TEV x 100; e nº dias pacientes sedação leve (RASS -3 a 0)/nº dias pacientes em VM x 100

Na Tabela 1 constam nove práticas de cuidado seguro que prevaleceram nos períodos de intervenção e destes, sete foram no período em que os profissionais de saúde realizavam os *rounds* com uso sistemático do *Checklist 2*.

Ao verificar a associação entre *rounds* com uso de *checklists* e práticas de segurança do paciente, observou-se melhora da adesão dos profissionais às boas práticas de cuidado nos períodos de intervenção (2º e 3º períodos), a saber: redução significativa no tempo de uso de

VM, de CVC e de SVD; melhora significativa da profilaxia de TEV e de sedação leve (RASS -3 a 0) em pacientes ventilados mecanicamente. No entanto, a analgesia apresentou efeito protetor ao primeiro período, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 - Associação entre *rounds* com uso de *checklists* e práticas de segurança do paciente, por profissionais de saúde, na Unidade de Terapia Intensiva. Maringá, Paraná, Brasil, 2021

Práticas de segurança do paciente	Período 2 versus 1		Período 3 versus 1	
	estimativa efeito RR (95% IC)	p-valor*	estimativa efeito RR (95% IC)	p-valor*
Decúbito 30°	1,04 (0,91; 1,19)	0,5360	1,02 (0,95; 1,09)	0,5360
Tempo uso VM	0,83 (0,70; 0,97)	0,0184	0,85 (0,78; 0,92)	0,0001
Tempo uso CVC	0,99 (0,87; 1,15)	0,9980	0,92 (0,85; 0,98)	0,0170
Tempo uso SVD	0,87 (0,76; 1,00)	0,0505	0,76 (0,71; 0,82)	0,0001
Profilaxia TEV	0,88 (0,73; 1,06)	0,1800	1,14 (1,05; 1,25)	0,0017
Profilaxia úlcera gástrica	0,99 (0,87; 1,14)	0,9800	0,99 (0,92; 1,05)	0,6600
Nutrição adequada	0,96 (0,82; 1,12)	0,5870	1,04 (0,97; 1,12)	0,2800
Analgesia	0,80 (0,69; 0,93)	0,0046	0,99 (0,93; 1,07)	0,9837
Antimicrobiano	0,87 (0,75; 1,01)	0,0662	0,96 (0,89; 1,03)	0,2367
Sedação leve	0,81 (0,49; 1,33)	0,4130	1,58 (1,31; 1,92)	0,0001
Controle glicemia	0,98 (0,87; 1,12)	0,8370	0,01 (0,94; 1,07)	0,9230

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

*p-valor <0,05 significativo considerando nível de confiança 95%

A Tabela 2 demonstra que o período pré intervenção se associou a uma prática de segurança do paciente, enquanto o *round* com uso não sistemático do *Checklist* 1, e *round* com uso sistemático do *Checklist* 2 se associaram a uma e cinco práticas de cuidado, respectivamente.

Na etapa 2 (qual), participaram do estudo todos os membros da equipe multiprofissional da UTI (07) que realizam os *rounds* no período da tarde. Destes, três eram enfermeiros, dois eram médicos, um fisioterapeuta e um nutricionista, com média de idade de 38 anos. Seis profissionais tinham experiência de três anos ou mais na UTI com título de especialistas; cinco eram mulheres e, também, cinco eram casados.

Duas categorias emergiram dos depoimentos dos profissionais: *Round* diário com uso de *checklist*: Prática que assegura os melhores cuidados ao paciente crítico e; *Round* com uso de *checklist*: Estratégia de cuidado que incrementa a satisfação no trabalho da equipe multidisciplinar. As categorias estão apresentadas com a integração dos dados quantitativos e qualitativos no *joint display* (Quadro 1), a seguir.

Quadro 1 - Síntese dos depoimentos norteados pelas práticas de segurança do paciente com seus respectivos % (*p*-valor) e, *round* e *checklists*. Maringá, Paraná, Brasil, 2021

QUAN Dados	QUAN Período (P) % P1; % P2 (<i>p</i> -valor) % P1; % P3 (<i>p</i> -valor)	Qual Categorias	Depoimentos – qual Semelhança (S) Complementaridade (C)
Decúbito 30°	96,0; 100,0 (0,5360) 96,0; 100,0 (0,5360)	Round diário com uso de checklist: Prática que	S - [...] quando você previne, que é a questão da cabeceira 30°, diminui o risco de o paciente evoluir (óbito, pneumonia). (P5)
Tempo uso VM	72,9; 60,2 (0,0184) 72,9; 52,9 (0,0001)	assegura os melhores cuidados ao paciente crítico	S - Com o round e checklist preenchido diariamente você observa os parâmetros (condições clínicas) do paciente e faz a programação de retirada dos dispositivos invasivos (VM, CVC, SVD). (P1) S - O principal motivo da redução do tempo de uso dos dispositivos invasivos é o checklist diário, pois a gente se 'obrigava' a checar todos os itens do instrumento e avaliar a necessidade de manter. (P4) S - No round, ao conferir se o paciente tinha boa função renal, balanço hídrico equilibrado e estava sem drogas vasoativas, a gente retirava a SVD, o CVC e colocava cateter venoso periférico. (P5)
Tempo uso CVC	87,9; 87,9 (0,9980) 87,9; 73,8 (0,0170)		S - Antigamente (antes da implantação do round) a gente tinha muita resistência da equipe (de enfermagem) para retirar SVD. (P6) C - [...] (antes da implantação do round) às vezes a gente estava preocupado com o estado geral do paciente e se ele estivesse com acesso venoso central pérvio, que não tinha sinal flogístico, a gente mantinha (CVC). (P4) C - A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH (enfermeiro e infectologista) no round divulgava as taxas de infecções associadas ao dispositivo (pneumonia associada à ventilação mecânica, infecção da corrente sanguínea associadas ao cateter e infecção do trato urinário). Então, a gente conseguia fundamentar que quanto menos usasse o dispositivo, menor o risco de infecção e melhor para o paciente. (P6)
Tempo uso SVD	98,5; 86,2 (0,0505) 98,5; 57,3 (0,0001)		S - Antigamente (antes da implantação do round) a gente tinha muita resistência da equipe (de enfermagem) para retirar SVD. (P6) C - [...] (antes da implantação do round) às vezes a gente estava preocupado com o estado geral do paciente e se ele estivesse com acesso venoso central pérvio, que não tinha sinal flogístico, a gente mantinha (CVC). (P4) C - A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH (enfermeiro e infectologista) no round divulgava as taxas de infecções associadas ao dispositivo (pneumonia associada à ventilação mecânica, infecção da corrente sanguínea associadas ao cateter e infecção do trato urinário). Então, a gente conseguia fundamentar que quanto menos usasse o dispositivo, menor o risco de infecção e melhor para o paciente. (P6)
Profilaxia TEV	62,0; 54,6 (0,1800) 62,0; 83,8 (0,0017)		S - A diminuição da profilaxia de TEV no segundo período é um combo: 1° - equívoco humano passou despercebido e isso temos que ter humildade para falar;

		<p>2º - talvez um período que tenhamos mais pacientes neurocríticos, isso porque na fase inicial não se faz a profilaxia, e acaba ficando no esquecimento; 3º – preenchimento do checklist apenas três vezes por semana. (P7)</p> <p>C - Quando você observava que a profilaxia de TEV não estava sendo feita, durante o round (no 3º período do estudo) já perguntava: e a enoxaparina? Então corrigia-se aquilo que estava falho. (P5)</p>
Profilaxia úlcera gástrica	95,8; 95,6 (0,9800) 95,8; 93,0 (0,6600)	<p>S - A discreta redução da profilaxia de úlcera gástrica pode ser falha em readequar a prescrição médica conforme os itens e metas elencadas no checklist durante o round. (P6)</p> <p>S - Se o paciente está com alvo da dieta adequada e alcançou a meta calórica, talvez não seja necessário o inibidor de bomba. Mas a diminuição da profilaxia pode ser pelo fator humano, esquecimento mesmo. (P7)</p> <p>C - Sobre a diminuição da profilaxia de úlcera gástrica não vou saber responder. (P2, P4)</p>
Nutrição adequada	72,5; 69,5 (0,5870) 72,5; 78,6 (0,2800)	<p>S - A nutrição é o primeiro item terapêutico da prescrição médica, não é enfeite, tem que ser iniciado o mais precoce possível. Mas a diminuição da nutrição no segundo período pode ser três motivos: 1º - o cirurgião (para os pacientes cirúrgicos) entende que se tem que começar um pouco mais tarde; 2º - esquecimento; 3º - suspensão da dieta após retorno de resíduo gástrico pela sonda nasogástrica. (P7)</p> <p>S - O checklist diário é muito importante, pois observo se vai iniciar a dieta precoce, se está alcançando a meta calórica, se está conseguindo tolerar bem, se o paciente não está abrindo a sonda (nasogástrica) e isso traz um benefício enorme. (P3)</p>
Analgesia	80,3; 64,4 (0,0046) 80,3; 80,2 (0,9837)	<p>S - Na UTI o paciente não pode sentir dor, mas se eu tenho condição de avaliar por escala de dor que ele não precisa usar o analgésico, ele não vai usar o analgésico. (P7)</p> <p>C - Quando não tinha analgésico prescrito eu conversava com o intensivista e ele falava que no exame físico, se o paciente não tinha expressão de dor, ele optava por não prescrever.</p>

			(P4)
Antimicrobiano	81,8; 71,2 (0,0662) 81,8; 74,9 (0,2367)		<p>S - Hoje não utilizamos período de antibiótico para a patologia. Preciso avaliar diariamente se é necessário mais um dia ou não e isso reduziu o uso indiscriminado. (P6)</p> <p>S - [...] união de forças, você tem o intensivista, a CCIH, tudo embasado pela medicina baseada em evidências. Você racionaliza o uso de antibióticos. (P7)</p> <p>S - [...] se o paciente está evoluindo bem e sem febre, eu vou descalonar o antibiótico com segurança, para não selecionar flora microbiana. (P5)</p> <p>S - Antes do round, percebemos o uso indiscriminado de polimixina (P2); [...] o uso de antibiótico de amplo espectro, como a polimixina era igual 'água' aqui. (P7)</p> <p>C - Os profissionais não tinham paciência de contar os dias de uso de antibiótico, de conferir a cultura, de observar se já tinha 48 horas sem febre para suspender. A proposta da participação da CCIH no round foi muito boa. (P5)</p> <p>C - Era uma 'briga' sobre os antibióticos. Um médico iniciava pela manhã, o outro trocava a tarde, mas melhorou com a presença da infectologista no round. (P2)</p>
Sedação leve	10,8; 9,9 (0,4130) 10,8; 37,9 (0,0001)		<p>S - A sedação leve é a meta que busco desde que assumi a UTI (abril de 2018) e para manter a sedação cooperativa, precisa de uma equipe muito bem treinada. (P7)</p>
Controle glicemia	99,4; 98,0 (0,8370) 99,4; 100,0 (0,9230)		<p>S - A discreta diminuição do controle glicêmico no segundo período refere-se à curva de conhecimento maior. Existe protocolo, mas muitos colegas (médicos) não se atentam. No terceiro período a gente iniciou insulina NPH e isso modificou o perfil glicêmico. (P7)</p>
Round e checklists	-	Round com uso de checklist: estratégia de cuidado que incrementa a satisfação no trabalho da equipe multidisciplinar	<p>S - O round junto com o checklist para mim era um sonho [...], percebia que faltava empoderamento das outras profissões. Então, acredito que essa é a oportunidade para expressar opinião e ter poder de ação. (P1)</p> <p>S - A gente gosta de ter o round porque ficamos atualizados sobre todos os pacientes. O foco não é só na nossa área, então aprendemos muito. (P2)</p> <p>S - É o momento (round) que todos os</p>

		<p><i>profissionais estão juntos, trocam informações e enriquece a conduta de cada um. (P4)</i></p> <p>S - <i>Eu vejo que todo profissional fica feliz, satisfeito de estar lá (round), de dar o melhor que pode e assistir o paciente para que ele tenha uma recuperação rápida. Esse trabalho conjunto agrega muito. (P3)</i></p> <p>S - <i>Quando a gente faz o preenchimento do checklist durante a visita, você se sente mais seguro, porque todos os itens foram verificados, como medicação, alimentação e fisioterapia. Isso traz satisfação e segurança. (P2)</i></p> <p>C - <i>No nosso caso, o médico (intensivista responsável) gostou muito e por isso, implementou o round com o checklist. (P2)</i></p>
--	--	---

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

DISCUSSÃO

Dentre as 11 práticas de segurança do paciente avaliadas neste estudo, nove (81,8%) apresentaram melhoria nos períodos de intervenção, ou seja, maior adesão pelos profissionais de saúde, em especial no período de realização dos *rounds* com uso sistemático do *checklist* validado (3º período). O percentual de incremento da adesão às boas práticas de cuidado, depois da implementação dos *rounds*, se aproxima ao resultado de um estudo realizado em uma UTI pediátrica de Buenos Aires⁽⁵⁾, que após a aplicação de um *checklist*, constatou melhora de 90% na adesão da equipe às práticas baseadas em evidências.

A média geral do aumento da adesão às práticas de segurança avaliadas entre o período pré intervenção (1º período), com os períodos de intervenção (2º e 3º períodos), foram de 3,6% no segundo período e 12,9% no terceiro período. A média geral do aumento da adesão às práticas de segurança no terceiro período se assemelha ao resultado de um estudo⁽¹⁵⁾ realizado em um hospital de ensino nos Estados Unidos que observou aumento da adesão aos itens do *checklist* preenchido diariamente nos *rounds*, em aproximadamente 11%.

Ao verificar a associação entre a intervenção e as práticas de cuidados realizadas nos pacientes, o menor tempo de permanência de VM, de CVC, de SVD, o aumento da profilaxia de TEV e de sedação leve, foram as práticas de segurança que apresentaram significância ($p < 0,05$). Na percepção dos profissionais de saúde, o aumento significativo da conformidade com as práticas de segurança dos pacientes no terceiro período, se deve principalmente pela aplicabilidade diária do *checklist* durante os *rounds*, uma vez que o preenchimento

sistemático possibilita a conferência de todos os itens elencados na lista de verificação, diminuindo a omissão de cuidados por motivo de esquecimento. Desse modo, a prática diária do *round* com uso de *checklist*, possivelmente, culmina em estratégia de trabalho que assegura melhores cuidados ao paciente crítico.

Em relação à redução significativa de dias de uso de VM, de CVC e de SVD, resultados análogos foram observados em um estudo⁽⁶⁾ desenvolvido em oito UTI de cinco países e constatou efeito positivo do *checklist* durante os *rounds* em vários processos de cuidados, dentre eles a diminuição significativa da exposição do paciente em dias de VM, de CVC e de SVD. Neste aspecto, o depoimento de P6 mostrou-se contundente ao afirmar que quanto menor o uso de dispositivos invasivos, menor o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde. Pesquisadores⁽¹⁶⁾ também reforçam que o conhecimento sobre os cuidados, a compreensão de riscos e agravos, são imprescindíveis para nortear o processo de trabalho e implementar estratégias de prevenção de danos.

A equipe de saúde atribuiu a diminuição dos dias de uso de VM, de CVC e de SVD, à avaliação diária da condição clínica do paciente no momento do *round* multiprofissional, visto que a função renal, o uso de drogas vasoativas e outros parâmetros são utilizados para programar a retirada desses dispositivos invasivos. Os profissionais referiram sobre a resistência da enfermagem em retirar a SVD e o CVC na ausência de sinais flogísticos no período que precede a implementação do *round*, mas que após a implementação desta prática, a cultura de objeção à retirada dos dispositivos invasivos foi resolvida por meio da participação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e da fundamentação/argumentação sobre o menor risco de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), de infecção da corrente sanguínea associado ao cateter (ICSAC) e de infecção do trato urinário (ITU) para o paciente.

É plausível considerar que a resistência referida pode ter relação com a alta carga de trabalho da equipe de enfermagem intensivista, que lida diuturnamente com demandas complexas num cenário muitas vezes desfavorável à sua prática profissional⁽¹⁷⁾. Logo, apesar de o prolongamento do uso de dispositivos (CVC e SVD) expor o paciente a riscos, este uso também pode facilitar a atuação da enfermagem no sentido de viabilizar da melhor forma e mais rapidamente algumas infusões e proceder o controle de diurese. Tais aspectos não justificam a não implementação do cuidado seguro, mas reforçam a necessidade de visão sistêmica a respeito dos meios e instrumentos que qualificam a assistência, pois estes não estão isentos ou dissociados da dinâmica de trabalho e das suas barreiras.

No que diz respeito à profilaxia de TEV, que é uma prática de segurança ao paciente crítico recomendada por pesquisadores^(6,8,11,12) constatou-se inconformidade no cumprimento desta recomendação no segundo período, mas com aumento significativo do primeiro para o terceiro período ($p=0,0017$). Para a equipe multidisciplinar, as razões para o não cumprimento desta diretriz no segundo período estariam relacionadas ao equívoco humano, ao maior número de pacientes neurocríticos, por ser uma prática contraindicada inicialmente e que permaneceu possivelmente no esquecimento dos profissionais. O preenchimento do *checklist* apenas três vezes por semana também foi cogitado. Isso reforça a importância do trabalho em equipe multidisciplinar para promover estratégias de segurança, pois tal cooperação é fundamental à adesão e ao sucesso das práticas seguras estabelecidas em diretrizes clínicas.

Atinente a profilaxia de úlcera gástrica, verificou-se discreta redução da adesão nos períodos de intervenção (2º e 3º períodos), enquanto as práticas de nutrição adequada e de controle de glicemia, mostraram diminuição tênue no segundo período, com melhora do cumprimento destas ações no terceiro período. Os principais motivos para estes resultados apontam a possível falha em readequar a prescrição médica conforme as metas estabelecidas no *checklist* durante o *round* e a inobservância de protocolos existentes na UTI. De acordo com a literatura^(18,19), para a otimização do trabalho em cenários de alta complexidade, faz-se necessária a elaboração de estratégias de enfrentamento das adversidades laborais como educação permanente em saúde e ampla divulgação de protocolos para boas condutas frente ao paciente, de modo incisivo e dinâmico. De acordo com os autores, estas assim minimizam as lacunas assistenciais existentes.

Referente à analgesia, evidenciou-se redução significativa do primeiro para o segundo período. A justificativa para isso pode ser compreendida a partir do depoimento do P7 que declarou que apesar da importância de o paciente não sentir dor no ambiente da UTI, a avaliação clínica por meio de escala de medição de dor, respalda a decisão do médico em não prescrever analgésicos em condição desnecessária ao medicamento. Os autores do presente estudo enfatizam a importância da dor não ser ignorada por motivos éticos e assistenciais, mas também apoiam o uso de instrumentos como a ‘Escala Comportamental de Dor’ e a ‘Ferramenta de Observação de Dor em Cuidados Críticos’ porque são válidos e confiáveis para uso em pacientes intubados⁽²⁰⁾. A literatura⁽²⁰⁾ refere que quanto maior a frequência de avaliação da dor por meio destes instrumentos, menor o uso de analgésicos em UTI.

Com relação à sedação do paciente, a melhora significativa em manter o paciente ventilado mecanicamente sob sedação leve do primeiro para o terceiro período, pode-se

outorgar ao bom treinamento da equipe. Isso porque tanto a analgesia como a sedação leve são diretrizes de melhores práticas de cuidado recomendadas ao paciente crítico^(8,11,12).

No que concerne ao uso de antimicrobiano, os participantes perceberam que os motivos influentes para a diminuição nos períodos de intervenção (2º e 3º períodos) se relacionam com o trabalho em equipe, à avaliação clínica diária do paciente e a realização do *round* na UTI. Os profissionais também referiram que a presença do infectologista foi essencial para a melhora do manejo desta prática. Desta forma, foi possível racionalizar e descalonar o antibiótico com segurança, em especial aquele de amplo espectro. Resultados análogos foram observados em um estudo,⁽²¹⁾ realizado em uma UTI pediátrica na Alemanha, que constatou redução significativa do consumo de antibióticos, sem comprometer a segurança dos pacientes, após a implementação de um programa de manejo de antimicrobiano com auditoria prospectiva e *feedback* durante *rounds* conduzidos por especialistas em doenças infecciosas.

Na percepção dos profissionais, o *round* com uso de *checklist* consiste numa estratégia de cuidado que incrementa a satisfação no trabalho da equipe multidisciplinar, uma vez que os excertos legitimam a influência construtiva e decisiva dessa prática no empoderamento das categorias profissionais; no desenvolvimento e benefício do trabalho conjunto e; também, no sentimento de segurança que a experiência proporciona. Neste aspecto, pesquisadores⁽²²⁾ afirmam que a satisfação da equipe de saúde de UTI melhora significativamente com *rounds* interprofissionais porque há maior compreensão sobre a integralidade da assistência, comunicação eficaz e melhor senso de trabalho em equipe.

A abordagem mista empregada neste estudo permitiu verificar a associação entre *rounds* com uso de *checklists* e práticas de segurança do paciente e explicar a melhora ou não da adesão às boas práticas de cuidados pela equipe multiprofissional após a implementação da referida estratégia de assistência multidisciplinar. A compreensão e o aprofundamento dos dados quantitativos foram possíveis por meio das semelhanças e complementaridades obtidas a partir dos depoimentos dos participantes. Por fim, destaca-se a ausência de discordâncias/divergências entre os dados quantitativos e qualitativos porque, de acordo com os relatos, os profissionais apreciaram o *round* com uso de *checklist* desde o momento da sua ideia na UTI investigada.

Neste estudo não foi possível verificar a associação dos *rounds* com uso de *checklists* nas respectivas práticas de segurança, elencadas nos *checklists* 1 e 2: VM protetora, TRE, oftalmoproteção, pressão do balonete e retirar o paciente do leito. Isto porque, apesar desses cuidados apresentarem alta conformidade no preenchimento dos *checklists*, na maioria das

vezes, não são registrados nos prontuários dos pacientes. Mediante a isso, foram analisados apenas os cuidados/intervenções que apresentaram registros diários nos prontuários de pacientes, em todos os períodos de investigação.

CONCLUSÃO

Conclui-se que, no período em que ocorria o *round* multiprofissional com uso sistemático de *checklist*, houve redução significativa dos dias de uso de ventilação mecânica, de cateter venoso central, de sonda vesical de demora e melhora significativa na profilaxia de tromboembolia venosa e sedação leve. A integração dos dados por meio da investigação mista evidenciou que o *round* diário com uso de *checklist* é uma estratégia que assegura melhores cuidados ao paciente e também, incrementa a satisfação no trabalho da equipe multidisciplinar.

As limitações deste estudo se relacionam com a análise dos dados em uma única UTI e a ausência de cálculo formal de tamanho amostral. Por outro lado, as estimativas de associação foram apresentadas em conjunto com intervalos de 95% de confiança, que permitem avaliar quão precisas são as estimativas e, de modo geral, os intervalos têm amplitude moderada (até 0,4), exceto para sedação leve em que as amplitudes são maiores. Adicionalmente, é imprudente conferir correlação isolada da associação do *round* com uso de *checklist* sobre as práticas de cuidado seguro pelos profissionais de enfermagem porque, a associação entre os fenômenos pesquisados não implica necessariamente em efeito causal, haja vista a complexidade no processo de trabalho em UTI e as diversas variáveis que interferem na assistência do profissional de saúde.

Outro fator limitante do estudo foi o possível efeito *Hawthorne*, que pode ter contribuído para os melhores desfechos no terceiro período de investigação. Os profissionais estavam cientes do objetivo do estudo, mas para controlar o possível efeito *Hawthorne*, a pesquisadora em nenhum momento fez observação direta da assistência prestada pela equipe multiprofissional e sim, observação das intervenções e cuidados registrados no prontuário do paciente. A partir destas fragilidades, recomendam-se novos estudos com abordagem mista, maior tempo de investigação, maior número de prontuários e inclusão de mais UTI, para ampliar e aprofundar o conhecimento sobre o fenômeno investigado.

Apesar de os resultados deste estudo representarem uma realidade local, o manuscrito aponta para a potencialidade do uso de meios instrumentais atrelados ao trabalho colaborativo multiprofissional como elementos diretos de aporte à segurança no cuidado ao paciente crítico. Portanto, a pesquisa sinaliza a transversalidade de estratégias de segurança na

formação e trabalho em saúde, além de devidamente pactuadas entre equipes para sua aplicação nos cenários de prática.

REFERÊNCIAS

1. Sauro KM, Soo A, de Groot C, Yang MMH, Wierstra B, Benoit L, et al. Adverse events after transition from icu to hospital ward: a multicenter cohort study. *Crit Care Med.* 2020;48(7):946-53. doi: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004327>.
2. Artis KA, Bordley J, Mohan V, Gold JA. Data omission by physician trainees on ICU rounds. *Crit Care Med.* 2019;47(3):403-9. doi: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003557>.
3. Boydston J. Use of a standardized care communication checklist during multidisciplinary rounds in pediatric cardiac intensive care: a best practice implementation project. *JBIR Database System Rev Implement Rep.* 2018;16(2):548-64. doi: <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003350>.
4. Barbosa RV, Lopes MACP, Pacheco GM, Pinto JIS, Monteiro YFB, Pinto SC, et al. Benefícios do round multidisciplinar na unidade de terapia intensiva. *Braz J Health Rev.* 2020;3(6):17989-18001. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n6-203>.
5. Eulmesekian P, Pérez A, Díaz S, Ferrero M. Implementación de una lista de cotejo para mejorar la adherencia a prácticas basadas en evidencia en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Arch Argent Pediatr* 2017;115(5):446-52. doi: <http://doi.org/10.5546/aap.2017.446>.
6. Kashyap R, Murthy S, Arteaga GM, Dong Y, Cooper L, Kovacevic T, et al. Effectiveness of a daily rounding checklist on processes of care and outcomes in diverse pediatric Intensive Care Units across the world. *J Trop Pediatr.* 2021;67(3):fmaa058. doi: <https://doi.org/10.1093/tropej/fmaa058>.
7. Vukoja M, Dong Y, Adhikari NKJ, Schultz MJ, Arabi YM, Martin-Loeches I, et al. Checklist for early recognition and treatment of acute illness and injury: an exploratory multicenter international quality-improvement study in the ICUs with variable resources. *Crit Care Med.* 2021;49(6):e598-e612. doi: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004937>.
8. Writing Group for the CHECKLIST-ICU Investigators and the Brazilian Research in Intensive Care Network (BRICNet); Cavalcanti AB, Bozza FA, Machado FR, Salluh JJ, Campagnucci VP, et al. 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. *JAMA.* 2016;315(14):1480-90. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2016.3463>.
9. Hallam BD, Kuza CC, Rak K, Fleck JC, Heuston MM, Saha D, et al. Perceptions of rounding checklists in the intensive care unit: a qualitative study. *BMJ Qual Saf.* 2018;27(10):836-43. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007218>.

10. Creswell JW, Creswell JD. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.
11. Caldeira Filho M, Westphal GA. Manual prático de medicina intensiva. 12. ed. Campo Belo, SP: Segmento Farma; 2017.
12. Maran E, Matsuda LM, Marcon SS, Haddad MCFL, Costa MAR, Magalhães AMM. Adaptation and validation of a multidisciplinary checklist for rounds in the Intensive Care Unit. *Texto Contexto Enferm.* 2022;31:e20210047. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0047>.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
14. Johnson RE, Grove AL, Clarke A. Pillar Integration process: a joint display technique to integrate data in mixed methods research. *J Mix Methods Res.* 2019;13(3):301-20. doi: <https://doi.org/10.1177/1558689817743108>.
15. Cifra CL, Houston M, Otto A, Kamath SS. Prompting rounding teams to address a daily best practice checklist in a Pediatric Intensive Care Unit. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2019;45(8):543-551. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2019.05.012>.
16. Rosa GBO, Santos MR, Dellaroza MSG, Nogueira E, Rodrigues MKG, Trelha CS. Prevention of pneumonia in hospitalized elderly patients. *Cienc Cuid Saude.* 2020;19:e42795. doi: <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v19i0.42795>.
17. Silva RPL, Meneguetti MG, Siqueira LDC, Araújo TR, Auxiliadora-Martins M, Andrade LMS, et al. Omission of nursing care, professional practice environment and workload in intensive care units. *J Nurs Manag.* 2020;28(8):1986-96. doi: <https://doi.org/10.1111/jonm.13005>.
18. Silva SM, Baptista PCP, Silva FJ, Almeida MCS, Soares RAQ. Resilience factors in nursing workers in the hospital context. *Rev Esc Enferm USP.* 2020;54:e03550. doi: <http://doi.org/10.1590/S1980-220X2018041003550>.
19. Silva MMM, Oliveira-Figueirêdo DST, Cavalcanti AC, Nascimento LC. Bloodstream infections related to central catheters: understanding and practice of the nursing team. *Rev Fun Care Online.* 2021 [cited 2021 Jun 10];13:640-5. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9376/pdf>.
20. Pinheiro ARPQ, Marques RMD. Behavioral pain scale and critical care pain observation tool for pain evaluation in orotracheally tubed critical patients. a systematic review of the literature. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2019;31(4):571-81. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190070>.
21. Renk H, Sarmisak E, Spott C, Kumpf M, Hofbeck M, Hölzl F. Antibiotic stewardship in the PICU: impact of ward rounds led by paediatric infectious diseases specialists on antibiotic consumption. *Sci Rep.* 2020;10:8826. doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-65671-0>.

22. Sharma S, Hashmi MF, Friede R. Interprofessional Rounds in the ICU [Updated 2021 Apr 19]. In: StatPearls. Treasure Island , FL: StatPearls Publishing; 2021 [cited 2021 Jun 10]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507776/>.

Agradecimento:

Os nossos agradecimentos aos gestores e equipe multidisciplinar da instituição participante do estudo.

Contribuição de autoria

Análise formal: Edilaine Maran, Laura Misue Matsuda, Ana Maria Muller de Magalhães, Sonia Silva Marcon, João Lucas Campos de Oliveira, Alexandre Biasi Cavalcanti, Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad, Gislene Aparecida Xavier dos Reis.

Conceituação: Edilaine Maran, Laura Misue Matsuda, Ana Maria Muller de Magalhães, Sonia Silva Marcon, João Lucas Campos de Oliveira, Alexandre Biasi Cavalcanti, Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad, Gislene Aparecida Xavier dos Reis.

Curadoria de dados: Edilaine Maran.

Escrita - rascunho original: Edilaine Maran, Laura Misue Matsuda, Ana Maria Muller de Magalhães, Sonia Silva Marcon, João Lucas Campos de Oliveira, Alexandre Biasi Cavalcanti, Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad, Gislene Aparecida Xavier dos Reis.

Escrita - revisão e edição: Edilaine Maran, Laura Misue Matsuda, Ana Maria Muller de Magalhães, Sonia Silva Marcon, João Lucas Campos de Oliveira, Alexandre Biasi Cavalcanti, Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad, Gislene Aparecida Xavier dos Reis.

Investigação: Edilaine Maran.

Metodologia: Edilaine Maran, Laura Misue Matsuda, Ana Maria Muller de Magalhães, Sonia Silva Marcon, João Lucas Campos de Oliveira, Alexandre Biasi Cavalcanti, Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad, Gislene Aparecida Xavier dos Reis.

Recursos: Edilaine Maran, Laura Misue Matsuda, Ana Maria Muller de Magalhães, Sonia Silva Marcon, João Lucas Campos de Oliveira, Alexandre Biasi Cavalcanti, Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad, Gislene Aparecida Xavier dos Reis.

Software: Edilaine Maran, Laura Misue Matsuda, Ana Maria Muller de Magalhães, Sonia Silva Marcon, João Lucas Campos de Oliveira, Alexandre Biasi Cavalcanti, Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad, Gislene Aparecida Xavier dos Reis.

Validação: Edilaine Maran, Laura Misue Matsuda, Ana Maria Muller de Magalhães, Sonia Silva Marcon, João Lucas Campos de Oliveira, Alexandre Biasi Cavalcanti, Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad, Gislene Aparecida Xavier dos Reis.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

Autor correspondente:

Edilaine Maran

E-mail: edi_enf@hotmail.com

Recebido: 30.12.2021

Aprovado: 13.06.2022

Editor associado:

Graziella Badin Aliti

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti