



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SABRINA DE SOUZA GURGEL

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE PREVENÇÃO DE
QUEDAS EM HOSPITAIS PEDIÁTRICOS**

FORTALEZA

2018

SABRINA DE SOUZA GURGEL

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE PREVENÇÃO DE
QUEDAS EM HOSPITAIS PEDIÁTRICOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Promoção da Saúde.
Linha de Pesquisa: Tecnologia de Enfermagem na Promoção de Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Francisca Elisângela
Teixeira Lima

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Fernanda Jorge
Magalhães

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

G987c Gurgel, Sabrina de Souza.
Construção e validação de instrumento de prevenção de quedas em hospitais pediátricos / Sabrina de Souza Gurgel. – 2018.
125 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2018.
Orientação: Profa. Dra. Francisca Elisângela Teixeira Lima.
Coorientação: Profa. Dra. Fernanda Jorge Magalhães.

1. Segurança do paciente. 2. Equipe de assistência ao paciente. 3. Pediatria. 4. Acidentes por quedas. I. Título.

CDD 610.73

SABRINA DE SOUZA GURGEL

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS
EM HOSPITAIS PEDIÁTRICOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Promoção da Saúde.

Aprovada em: ___/___/___.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Francisca Elisângela Teixeira Lima
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Sherida Karanini Paz de Oliveira
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof. Dr. Paulo César de Almeida
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof. Dr. Gilvan Ferreira Felipe
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro – Brasileira (UNILAB)

Aos meus pais, Juarez e Clécia.

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu amigo, mestre da minha vida.

Aos meus pais Juarez e Clécia, exemplos de determinação, simplicidade e força. Obrigada por todo o incentivo e educação que me ofertaram para que eu chegasse a essa etapa da minha vida. Essa conquista eu dedico a vocês.

Aos meus irmãos Soraia e George, por dividirem comigo as angústias e alegrias dessa vida, por sempre me apoiarem e por servirem de exemplo para mim.

Ao meu noivo George Lucas, por sempre me incentivar a ser melhor. Seu apoio foi crucial para a conquista desse título. Sua garra e calma são minha fonte de inspiração.

À professora Dra. Francisca Elisângela Teixeira Lima, por sempre acreditar em mim desde a graduação. Obrigada por me inspirar tanto como pessoa como profissional e por me ensinar que, antes de ser uma excelente professora, é preciso ser um ser humano de luz. Seus ensinamentos foram essenciais na construção da minha identidade e da minha profissão.

À coorientadora Professora Dra. Fernanda Jorge Magalhães, pelos ensinamentos. Sua mansidão e disponibilidade desde a minha graduação foram essenciais na construção desse trabalho.

Aos membros da banca, Professor Dr. Paulo César de Almeida, Professor Dra. Sherida Karanini Paz de Oliveira e Professor Dr. Gilvan Ferreira Felipe, pela disponibilidade e contribuições dadas ao estudo.

Às minhas amigas, Suiani, Leandra, Thábyta e Iduína, por serem exemplo de amizade verdadeira e dividirem comigo todos os momentos durante essa caminhada.

À Mayara Kelly Moura Ferreira, por ser minha companheira durante a trajetória do mestrado. Sua amizade foi um presente de Deus na minha vida, tornando essa fase mais leve.

Às minhas amigas de trabalho, Patrícia Cavalcante, Cherline, Bárbara e Patrícia Azevedo pelo apoio e incentivo. Grata pela compreensão e união construídas em tão pouco tempo de convivência.

Aos membros do Grupo de Estudo sobre Cuidados de Enfermagem em Pediatria (GECEP) da Universidade Federal do Ceará pelo conhecimento construído desde minha graduação e pela ajuda na coleta de dados, em especial a Érica Oliveira Matias, que me ajudou bastante na seleção do mestrado.

Aos profissionais de saúde do Hospital Infantil de Fortaleza e Hospital Infantil Albert Sabin pela disponibilidade em participar desse estudo.

“Combati o bom combate, terminei a minha
corrida, guardei a fé.” (2 Timóteo, 4:7).

RESUMO

Dentre as temáticas que abrangem um ambiente seguro em serviços de saúde, devem ser exploradas as possibilidades de ocorrência de incidentes ou eventos adversos na assistência pediátrica hospitalar, como a queda. Teve-se como objetivo geral: construir e validar um instrumento de prevenção de quedas em crianças no hospital pediátrico. Estudo metodológico desenvolvido em três etapas, quais sejam: Etapa 1 - construção do instrumento de medida, produzido à luz do Protocolo de Prevenção de Quedas do Ministério da Saúde; Etapa 2 – avaliação das propriedades psicométricas, na qual foi realizada validade de conteúdo com avaliação de sete especialistas por meio do coeficiente de correlação intraclassa (ICC) e validade de constructo a partir da análise fatorial e grupos contrastados, realizada com 203 profissionais de saúde em dois hospitais pediátricos na cidade de Fortaleza-Ceará-Brasil, bem como avaliação da confiabilidade, por meio do alfa de Cronbach, também realizado com os mesmos 203 profissionais; e Etapa 3 - identificação das ações realizadas pelos profissionais de saúde para prevenção de quedas no ambiente hospitalar. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 2.439.019 e nº 2.510.863. Na Etapa 1 obteve-se a 1ª versão do instrumento, intitulado Instrumento de prevenção de quedas na pediatria (IPQP) composto por 18 itens. Na Etapa 2, na validação de conteúdo, obteve-se um ICC geral de 0,935, 0,810 para simplicidade, 0,798 para clareza e 0,841 para relevância, obtendo-se a 2ª versão do instrumento formado por 15 itens. Na validação do constructo, foi realizado o cálculo da medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) com coeficiente de 0,866 e teste de esfericidade de Bartlett significativo ($p < 0,001$), atestando adequação à análise fatorial, revelando a presença de quatro domínios, com 15 itens. No teste de grupos contrastados, verificou-se associação positiva, estatisticamente significativa, entre prevenção de quedas e participação em cursos de aperfeiçoamento, bem como a categoria profissional técnico de enfermagem em relação às outras categorias (médico, fisioterapeuta e enfermeiros). Na confiabilidade, o alfa de Cronbach (0,883) indicou uma alta consistência interna. Na Etapa 3, o desempenho dos profissionais foi analisado pelo índice de positividade (IP), em que nenhuma das 15 ações foram desempenhadas de forma desejável ou adequada. Apenas uma ação foi desempenhada de forma segura; três ações limítrofes e onze ações de forma sofrível. Conclui-se que o IPQP é válido e confiável para avaliação do desempenho dos profissionais da saúde para prevenção de queda no ambiente hospitalar.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Equipe de assistência ao paciente. Pediatria. Acidentes por quedas.

ABSTRACT

Among the topics that cover a safe environment in health services, the possibility of occurrence of adverse events or events in hospital pediatric care, such as the fall, should be explored. The general objective was to construct and validate a pediatric hospital fall prevention instrument. Methodological study developed in three stages, namely: Step 1 - construction of the measurement instrument, produced in light of the Protocol of Prevention of Falls of the Ministry of Health; Step 2 - evaluation of the psychometric properties, in which content validity was evaluated by seven specialists through the intraclass correlation coefficient (ICC) and construct validity from the factorial analysis and contrasted groups, performed with 203 health professionals in two pediatric hospitals in the city of Fortaleza-Ceará-Brazil, as well as reliability assessment, using Cronbach's alpha, also performed with the same 203 professionals; and Step 3 - identification of actions performed by health professionals to prevent falls in the hospital environment. Study approved by the Research Ethics Committee under opinion nº 2,439,019 and nº 2,510,863. In Step 1 we obtained the first version of the instrument, entitled Instrument of prevention of falls in pediatrics (IPQP) composed of 18 items. In Step 2, in the content validation, a general ICC of 0.935, 0.810 for simplicity, 0.798 for clarity and 0.841 for relevance was obtained, obtaining the 2nd version of the instrument consisting of 15 items. In the validation of the construct, a Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measurement with a coefficient of 0.866 and a significant Bartlett sphericity test ($p < 0.001$) was performed, attesting adequacy to the factorial analysis, revealing the presence of four domains, with 15 items. In the test of contrasted groups, there was a statistically significant positive association between fall prevention and participation in improvement courses, as well as the professional technical category of nursing in relation to the other categories (physician, physiotherapist and nurses). In reliability, Cronbach's alpha (0.883) indicated a high internal consistency. In Step 3, the performance of the professionals was analyzed by the positivity index (PI), in which none of the 15 actions were performed in a desirable or adequate way. Only one action was performed safely; three border actions and eleven actions in a non-existent manner. It is concluded that the IPQP is valid and reliable for evaluating the performance of health professionals to prevent falls in the hospital environment.

Keywords: Patient safety. Patient care team. Pediatrics. Accidental falls.

RESUMEN

Entre las temáticas que cubren un ambiente seguro en servicios de salud, deben explorarse las posibilidades de ocurrencia de incidentes o eventos adversos en la asistencia pediátrica hospitalaria, como la caída. Se tuvo como objetivo general: construir y validar un instrumento de prevención de caídas en niños en el hospital pediátrico. Estudio metodológico desarrollado en tres etapas, que son: Etapa 1 - construcción del instrumento de medida, producido a la luz del Protocolo de Prevención de Caídas del Ministerio de Salud; Etapa 2 - evaluación de las propiedades psicométricas, en la cual se realizó validez de contenido con evaluación de siete especialistas por medio del coeficiente de correlación intraclase y validez de constructo a partir del análisis factorial y grupos contrastados, realizada con 203 profesionales de salud en dos hospitales pediátricos en la ciudad de Fortaleza-Ceará-Brasil, así como evaluación de la confiabilidad, por medio del alfa de Cronbach, también realizado con los mismos 203 profesionales; y Etapa 3 - identificación de las acciones realizadas por los profesionales de salud para prevención de caídas en el ambiente hospitalario. Estudio aprobado por el Comité de Ética en Investigación bajo el dictamen n° 2.439.019 y n° 2.510.863. En la Etapa 1 se obtuvo la 1ª versión del instrumento, titulado Instrumento de prevención de caídas en la pediatría (IPQP) compuesto por 18 ítems. En el paso 2, en la validación de contenido, se obtuvo un ICC general de 0,935, 0,810 para simplicidad, 0,798 para claridad y 0,841 para relevancia, obteniéndose la 2ª versión del instrumento formado por 15 ítems. En la validación del constructo, se realizó la medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) con coeficiente de 0,866 y prueba de esfericidad de Bartlett significativa ($p < 0,001$), atestiguando adecuación al análisis factorial, revelando la presencia de cuatro dominios, con 15 ítems. En la prueba de grupos contrastados, se verificó asociación positiva, estadísticamente significativa, entre prevención de caídas y participación en cursos de perfeccionamiento, así como la categoría profesional técnico de enfermería en relación a las otras categorías (médico, fisioterapeuta y enfermeros). El alfa de Cronbach (0,883) indicó una alta consistencia interna. En la Etapa 3, el desempeño de los profesionales fue analizado por el índice de positividad (IP), en el cual ninguna de las 15 acciones fueron desempeñadas de forma deseable o adecuada. Sólo una acción se desempeñó de forma segura; tres acciones limítrofes y once acciones de forma sufriente. Se concluye que el IPQP es válido y confiable para la evaluación del desempeño de los profesionales de la salud para prevención de caída en el ambiente hospitalario.

Palabras clave: Seguridad de paciente. Grupo de atención al paciente. Pediatría. Accidentes por caídas.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Caminho da tomada de decisão para determinar o tipo de validade e confiabilidade selecionado para um estudo.....	24
Figura 2 - Fluxograma da operacionalização do estudo com os tipos de validade e confiabilidade selecionados.....	32
Figura 3 - Triagem com autovalores e número de componentes.....	60

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios para a seleção de especialistas.....	35
Quadro 2 - Valores do Índice de Correlação Intraclasse e sua representatividade	37
Quadro 3 - Índice de Positividade (IP) para Qualidade da Assistência.....	42
Quadro 4 - Primeira versão do instrumento de prevenção de quedas na pediatria (IPQP).....	44
Quadro 5 - Pontuação dos especialistas de conteúdo segundo os critérios de classificação.....	47
Quadro 6 - Modificações realizadas nos itens da 1ª versão do instrumento, conforme sugestão dos especialistas.....	50
Quadro 7 - Segunda versão do IPQP.....	54
Quadro 8 - Terceira versão do IPQP após análise fatorial.....	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos especialistas participantes do estudo, segundo os critérios para a seleção dos especialistas.....	46
Tabela 2 -	Concordância entre os especialistas em relação à excelência do instrumento quanto aos critérios simplicidade, clareza da linguagem e relevância teórica e prática.....	48
Tabela 3 -	Coefficiente de Correlação Intraclasse (ICC) de acordo com a análise dos especialistas.....	49
Tabela 4 -	Distribuição dos profissionais segundo suas características sociodemográficas e experiência profissional.....	55
Tabela 5 -	Distribuição dos profissionais segundo carga horária semanal, turno de trabalho e atuação em outras instituições	57
Tabela 6 -	Comunalidades associadas a cada variável.....	59
Tabela 7 -	Rotação dos componentes associada a cada item.....	61
Tabela 8 -	Matriz de correlação entre os itens e os domínios do Instrumento de Prevenção de Quedas na Pediatria, segundo análise fatorial pelos componentes principais e rotação.....	62
Tabela 9 -	Itens do IPQP alocados nos seus domínios adequados.....	64
Tabela 10 -	Associação entre os escores do IPQP e as variáveis sociodemográficas.....	67
Tabela 11 -	Alfa de Cronbach para a avaliação das ações de prevenção de quedas na pediatria.....	72
Tabela 12 -	Distribuição das respostas dos profissionais, segundo os domínios.....	73
Tabela 13 -	Análise da qualidade da prevenção de queda na pediatria conforme categoria profissional.....	74

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	OBJETIVOS	21
3	REFERENCIAL METODOLÓGICO	22
3.1	Construção de instrumentos de medida	22
3.2	Avaliação das propriedades psicométricas: mensuração da validade e da confiabilidade de instrumentos.....	24
3.2.1	<i>Validação.....</i>	25
3.2.1.1.	<i>Validação de conteúdo</i>	25
3.2.1.2	<i>Validação de critério</i>	26
3.2.1.3	<i>Validação de constructo</i>	26
3.2.2	<i>Confiabilidade</i>	28
3.2.3	Estabilidade	28
3.2.4	Homogeneidade	29
3.2.5	Equivalência	30
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	31
4.1	Tipo de estudo	31
4.2	Aspectos ético-legais	33
4.3	Etapa 1: construção do instrumento de medida	33
4.4	Etapa 2: avaliação das propriedades psicométricas do instrumento...	34
4.4.1	<i>Validação.....</i>	34
4.4.1.1	<i>Validação de conteúdo</i>	34
4.4.1.2	<i>Validação de constructo.....</i>	37
4.4.2	<i>Confiabilidade.....</i>	38
4.4.3	<i>Desenvolvimento da validação do constructo e confiabilidade.....</i>	39
4.4.3.1	<i>Local do estudo</i>	39
4.4.3.2	<i>População e amostra.....</i>	39
4.4.3.3	<i>Coleta de dados.....</i>	40
4.4.3.4	<i>Análise e apresentação dos resultados</i>	42
4.5	Etapa 3: identificação das ações realizadas pelos profissionais de saúde na prevenção de quedas.....	42

5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
5.1	Construção do instrumento de medida.....	44
5.2	Avaliação das propriedades psicométricas do instrumento	45
5.2.1	<i>Validação.....</i>	45
5.2.1.1	<i>Validação de conteúdo do instrumento de medida.....</i>	45
5.2.1.1.1	Características dos especialistas.....	46
5.2.1.1.2	Avaliação dos itens que compuseram a primeira versão do instrumento.	47
5.2.1.2	<i>Desenvolvimento da validação do constructo e confiabilidade do instrumento.....</i>	55
5.2.1.2.1	Caracterização da amostra.....	55
5.2.1.3	<i>Validação de constructo.....</i>	58
5.2.1.3.1	Análise fatorial.....	57
5.2.1.3.1	Testagem de hipóteses por comparação de grupos contrastados.....	66
5.2.2	<i>Confiabilidade.....</i>	71
5.3	Identificação das ações realizadas pelos profissionais de saúde na prevenção de quedas.....	73
6	CONCLUSÃO.....	84
	REFERÊNCIAS.....	88
	APÊNDICES.....	101
	ANEXOS.....	119

1 INTRODUÇÃO

A qualidade dos cuidados de saúde em âmbito global, envolvendo a segurança do paciente, tem sido um assunto relevante nas últimas décadas. Dentre as temáticas que abrangem frequentemente a promoção de um ambiente seguro em serviços de saúde, devem ser exploradas as possibilidades de ocorrência de incidentes ou eventos adversos na assistência hospitalar, como a queda.

Diante de tais considerações, este estudo propõe construir e validar um instrumento de prevenção de quedas na pediatria (IPQP), contemplando ações de avaliação do risco de queda e ações de prevenção de quedas de paciente em unidades de internação pediátrica, visando promover a segurança da criança hospitalizada.

Para tanto, faz-se necessária a definição dos seguintes termos: segurança do paciente, dano, incidente, eventos adversos para uma maior contextualização sobre a temática, uma vez que são conceitos pertinentes para a segurança do paciente na prevenção de quedas.

A Organização Mundial da Saúde define segurança do paciente como a redução dos riscos, a um mínimo aceitável, de danos desnecessários ocasionados pelo cuidado em saúde (WHO, 2009).

Conforme a Classificação Internacional para Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety – ICPS*), dano é o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele oriundo, podendo ser físico, social ou psicológico. Incidente é o evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Por sua vez, incidentes que resultam em dano ao paciente são denominados de eventos adversos. Assim, estes são definidos como um resultado indesejado e negativo decorrente do cuidado prestado aos pacientes, não estando atribuído à sua doença de base (WHO, 2009; FONSECA; PETERLINI; COSTA, 2014).

Diante dessas definições, neste estudo, queda será considerada incidente quando não resultar em danos e evento adverso quando houver danos ao paciente.

O paciente pediátrico apresenta uma complexa rede de demandas de cuidados, o que envolve várias áreas de atuação. Dessa forma, o trabalho em equipe promove troca de experiências e saberes, proporcionando a compreensão das patologias, bem como a assistência ao paciente como um todo, a fim de tornar o processo de

hospitalização menos traumático, mais seguro e de melhor qualidade (PONTES *et al.*, 2014).

Todos os profissionais de saúde tem papel fundamental na implantação de medidas direcionadas à segurança da criança hospitalizada, uma vez que sua prática é permeada pela vivência e percepção diária de situações de risco que podem subsidiar o gerenciamento do cuidado e a tomada de decisão para promoção da segurança e para minimização da repercussão dos danos (CAUDURO *et al.*, 2017).

Cabe destacar o papel do enfermeiro nos programas de prevenção de quedas, já que este realiza a avaliação do risco dos pacientes, planeja e implementa as intervenções preventivas e avalia os resultados destas. Além disso, os enfermeiros são os responsáveis por coordenar a equipe de enfermagem, a qual dispensa mais tempo na assistência aos pacientes. Por isso, o cuidado de enfermagem é reconhecido como um fator fundamental na prevenção de quedas (SPETZ; BROWN; AYDIN, 2015).

Com vistas à prevenção e a redução dos incidentes, os profissionais de saúde, de modo geral, devem compreender que estes têm origem em múltiplos fatores e, portanto, exigem medidas diversas. Nesse sentido, os profissionais devem padronizar os procedimentos, implementar técnicas e rotinas básicas da assistência, e até mesmo conscientizar-se e comprometer-se na prestação de um cuidado seguro (MINUZZI *et al.*, 2016).

Nesse contexto, a percepção acerca da cultura organizacional é fundamental para a segurança. Quando pautada em culpa ou punição, pode comprometer o fluxo de informações e relatos de incidente, dificultando a construção de uma cultura voltada para a segurança do paciente, sendo essencial desconstruir o conceito de que o erro é individual e ampliar o enfoque da equipe como responsável pelo incidente (SOUSA *et al.*, 2016).

O trabalho em equipe e o apoio mútuo entre os profissionais constituem fortalezas para a cultura de segurança. O trabalho em equipe, como ferramenta do processo de trabalho em saúde, permite espaços de troca entre os profissionais, estimula a autonomia das equipes e o vínculo profissional-usuário e usuário-serviço (STUBBS; SIKES, 2017).

Para fortalecer o trabalho em equipe faz-se necessário utilizar tecnologias em saúde, uma vez que estas contribuem diretamente com a segurança do paciente,

tornando os procedimentos mais precisos e eficazes e promovendo a redução do risco da ocorrência de erro humano (RIBEIRO; SILVA; FERREIRA, 2017).

Dentre as tecnologias existentes no Brasil, os protocolos são utilizados pelos profissionais de saúde como um recurso necessário à inserção de práticas seguras nos serviços de saúde, a fim de prevenir a ocorrência de incidentes, danos e eventos adversos (TEIXEIRA; CASSIANI, 2014).

Há um conjunto de seis protocolos básicos de segurança do paciente propostos pelo Ministério da Saúde em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (BRASIL, 2013a), como parte do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), quais sejam: Protocolo de identificação do paciente (BRASIL, 2013b); Protocolo de prática de higiene das mãos (BRASIL, 2013c); Protocolo de segurança na prescrição e de uso e administração de medicamentos (BRASIL, 2013d); Protocolo de prevenção de quedas (BRASIL, 2013e); Protocolo de lesão por pressão (BRASIL, 2013f) e Protocolo de cirurgia segura (BRASIL, 2013g).

Neste estudo, utilizamos o protocolo de prevenção de quedas, o qual tem como finalidade reduzir a ocorrência de queda de pacientes nas unidades de saúde e o dano dela decorrente, por meio da implantação e implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais (BRASIL, 2013e).

Define-se como queda, deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial resultando ou não em dano. Logo, considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando durante o deslocamento necessita de amparo, mesmo que não chegue ao chão (BRASIL, 2013e).

Diante deste contexto, as quedas sofridas pelos pacientes durante a internação hospitalar são uma das ocorrências mais recorrentes no atendimento e são responsáveis pelo aumento do número de dias de internamento e piores condições de recuperação (DUARTE *et al.*, 2015). Dessa forma, os incidentes ou eventos adversos envolvendo queda no ambiente hospitalar podem trazer complicações à integridade física e emocional dos pacientes, além de consequências econômicas para a instituição (ROCHA *et al.*, 2014).

Em revisão integrativa na literatura inglesa e italiana, as quedas foram o tipo mais comum de incidentes ou eventos adversos em hospitais pediátricos, seguido de erros ligados à terapia medicamentosa, não sendo encontradas correlações entre a frequência e as estações do ano e da duração da estadia no hospital, nem entre tipologia, diagnóstico, idade e sexo. Incidentes ocorreram, principalmente, no quarto do paciente internado, durante a noite, na maioria das vezes sem danos. Entretanto, quando estes ocorreram, consistiu principalmente de contusões e cortes, sobretudo na cabeça. Todos os incidentes ou eventos adversos das crianças hospitalizadas ocorreram enquanto os pais ou enfermeiros estavam presentes e que a maioria das quedas foi associada com camas, berços ou brinquedos (MORA; BAGNASCO; SASSO, 2012).

Em estudo realizado em Goiânia-Goiás, no período de 2006 a 2013, foram identificados 11 eventos adversos do tipo queda ocorridos durante a assistência em clínica pediátrica, sendo três (27,3%) da cama, três (27,3%) do berço, duas (18,2%) da própria altura, e as demais foram quedas da maca (9,1%), do balanço (9,1%) e local não especificado (9,1%) (ROCHA *et al.*, 2014).

Na escassa literatura existente acerca de quedas em pediatria, a incidência desse episódio é de 0,56 - 1/1000 dias de internação. Portanto, a literatura sugere que a incidência de quedas na população pediátrica é bem menor que na população adulta. Porém, o nível de evidência é baixo por falta de estudos publicados (JAMERSON *et al.*, 2014).

Instrumentos internacionais de avaliação do risco de queda em crianças estão disponíveis. Uma ferramenta é a *General Risk Assessment for Pediatric Inpatient Falls* (GRAF PIF), que consiste em cinco itens para avaliação: duração da permanência, ausência de terapia intravenosa, terapia física ou ocupacional em andamento, medicamentos para convulsões e diagnósticos ortopédicos (HARVEY *et al.*, 2010). A *Humpty Dumpty Falls Scale* (HDFS) é outra ferramenta composta por sete itens para avaliação: idade, sexo, diagnóstico, distúrbios cognitivos, fatores ambientais, respostas cirúrgicas/de sedação/ anestesia e uso de medicamentos (HILL-RODRIGUEZ *et al.*, 2009). A *CHAMPS Pediatric Fall Risk Assessment Tool* usa seis itens de avaliação: alterações no estado mental, história da queda, idade inferior a 3 anos, mobilidade alterada, envolvimento dos pais e intervenções de segurança (RAZMUS; DAVIS, 2012). A escala IM SAFE avalia seis itens: comprometimento, medicação, sedação, diagnóstico de admissão, histórico e ambiente (NEIMAN *et al.*,

2011). A escala Cummings é determinada pela avaliação de seis itens: cognitivo/psicológico, equipamento, estado funcional, história de quedas, medicamentos e convulsões/epilepsia (HARVEY *et al.*, 2010). Vale destacar que nenhum desses instrumentos publicados passou por processo de tradução, adaptação e validação de suas propriedades de medida para uso no Brasil.

Há relação entre os fatores de risco ambientais, como disposição dos móveis, tipo de superfície do chão, presença de barras de segurança, e os fatores de risco intrínsecos ao paciente que dizem respeito à sua marcha e à locomoção, sendo, em algumas situações, interdependentes (SILVA *et al.*, 2016).

Destarte, para minimizar ou eliminar possíveis complicações inerentes à queda, medidas de cuidados precisam ser sistematizadas, instituídas e protocolizadas para que, diante deste incidente, o profissional de saúde saiba como proceder, ou ainda, dê importância ao acontecimento do incidente ou evento adverso. Dessa maneira, os protocolos são tecnologias eficazes na padronização de ações adequadas para prevenção de quedas, já que permite aos profissionais de diferentes formações, nível de cultura e conhecimento, agir de forma padronizada (MELLO *et al.*, 2014).

Segundo a Declaração de Budapeste, no processo do cuidado, a promoção da saúde é necessária em ambientes hospitalares, e as ações desenvolvidas em concordância com a segurança do paciente podem: conduzir o indivíduo e sua família na busca e no alcance de uma melhor qualidade de vida; direcionar os profissionais envolvidos no processo de cuidar para a consolidação de práticas seguras; criar um ambiente propício para se alcançar uma assistência à saúde ampliada por meio de gestão de qualidade dos processos com melhorias contínuas com o foco na segurança e no protagonismo do paciente (WHO, 1991).

Frente a esse contexto, o presente estudo justifica-se a partir da necessidade de construir e validar um instrumento de prevenção de quedas na pediatria (IPQP) para segurança do paciente em unidades de internação pediátrica à luz do Protocolo de Prevenção de Quedas (BRASIL, 2013e), como tecnologia para identificar as ações realizadas pelos profissionais de saúde para prevenção de quedas no ambiente hospitalar.

Este fato pode ser melhor elucidado por meio da produção do conhecimento científico, em vista do seu potencial para (re)direcionar práticas de gestores e profissionais de saúde no que diz respeito à monitoração e à avaliação de fatores

relacionados à queda, que permeiam a qualidade do cuidado e a segurança do paciente pediátrico.

Assim, têm-se os seguintes questionamentos: o instrumento de prevenção de quedas na pediatria é válido como tecnologia para identificação das ações realizadas pelos profissionais de saúde para prevenção de quedas no ambiente hospitalar pediátrico? Quais ações são realizadas pelos profissionais de saúde para prevenção de quedas em unidades abertas de internação pediátrica, segundo o instrumento de prevenção de quedas na pediatria (IPQP)?

Espera-se que a resolução desses questionamentos possa favorecer a utilização do instrumento de prevenção de quedas na pediatria para promoção da segurança do paciente; prevenir quedas na criança hospitalizada; proporcionar subsídio para o planejamento das ações, o estabelecimento de mecanismos de proteção nos cenários de cuidado e de prevenção de incidentes ou eventos adversos relacionados à queda; direcionar estratégias de capacitação dos profissionais de saúde acerca da prevenção de quedas na pediatria; e atender à necessidade de ampliar pesquisas relacionadas à segurança do paciente no contexto da pediatria, que ainda são restritas na área da enfermagem.

2 OBJETIVOS

Geral

Construir e validar um instrumento de prevenção de quedas na pediatria para promoção da segurança do paciente em unidades de internação pediátrica, segundo o Protocolo de Prevenção de quedas do Ministério da Saúde.

Específicos

Elaborar um instrumento de prevenção de quedas na pediatria para promoção da segurança do paciente em unidades de internação pediátrica;

Validar o conteúdo do instrumento de prevenção de quedas na pediatria, junto aos especialistas em saúde da criança;

Validar o constructo do instrumento de prevenção de quedas na pediatria, junto aos profissionais de saúde que atuam em hospital pediátrico;

Calcular a confiabilidade do instrumento de prevenção de quedas na pediatria, no quesito homogeneidade;

Identificar as ações realizadas, pelos profissionais de saúde, para prevenção de quedas na pediatria, segundo o instrumento de prevenção de quedas na pediatria.

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Estudo metodológico que trata do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa. Consiste na investigação dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados, discorrendo sobre a elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa, tendo como objetivo a construção de um instrumento que seja confiável, preciso e utilizável, para que possa ser aplicado por outros pesquisadores (POLIT; BECK, 2011).

No desenvolvimento da pesquisa metodológica, o pesquisador transforma um conhecimento construído para um formato legível e torna-o sensível como uma ferramenta ou um protocolo de observação (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A necessidade de medição de fenômenos de enfermagem deve ser uma preocupação importante tanto para os enfermeiros que prestam cuidados quanto para os pesquisadores, motivando-os a desenvolver ou adaptar instrumentos de medidas ou técnicas de coletas de dados e estabelecer a confiabilidade e validade dessas ferramentas, capazes de operacionalizar o constructo que estão sendo testados (LOBIONDO-WOOD; HABER; 2001).

Com a finalidade de conduzir a construção e a validação do instrumento de prevenção de quedas em pediatria foram utilizadas as etapas propostas por Lobiondo-Wood e Haber (2001), quais sejam: definir o construto ou comportamento a ser medido; formular os itens do instrumento; avaliar os itens do instrumento quanto à validade de conteúdo; desenvolver instruções para respondentes e para usuários e testar a confiabilidade e a validade do instrumento.

3.1 Construção de instrumentos de medida

Para Lobiondo-Wood e Haber (2001), o constructo é uma abstração adaptada para propósito científico e faz-se necessário que o pesquisador adquira segurança para definir o constructo a ser medido. Para tanto, é requerido uma revisão extensa da literatura e de todos os testes e medições que lidam com constructos afins. Desse modo, o pesquisador usará todas essas informações para resumir o conhecimento disponível, de maneira que o constructo possa ser definido.

Portanto, compreende-se que para Lobiondo-Wood e Haber (2001), a determinação do conceito, questão, tema ou problema é analisada como uma estratégia concentrada na vivência da prática assistencial do pesquisador, sendo necessário verificar se os profissionais envolvidos tem resposta para suas indagações.

Uma vez definido o constructo a ser medido, os itens da ferramenta que medem o construto devem ser desenvolvidos. O pesquisador desenvolverá muito mais itens do que são necessários para levar em conta cada aspecto do constructo (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Os itens, após a sua formulação, deverão ser avaliados por um grupo de especialistas do campo de conhecimento, de modo que seja garantido ao pesquisador que eles meçam efetivamente o que se pretende medir (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Alguns critérios devem ser considerados para a formulação dos itens de um instrumento. Esses critérios são fundamentais e se aplicam à construção de cada item individualmente e ao conjunto dos itens que medem o mesmo constructo (PASQUALI, 2010).

Um conjunto de doze critérios é sugerido por Pasquali (2010) para construção dos itens, a saber: comportamental; objetividade; simplicidade; clareza; relevância; precisão; variedade; modalidade; tipicidade; credibilidade; amplitude; e equilíbrio. Contudo, a depender do tipo de constructo a ser medido, alguns dos critérios se aplicam e outros não.

Nesse estudo, para construção do instrumento de medida, utilizaram-se os critérios a seguir:

- Critério da simplicidade: um item deve expressar uma única ideia;
- Critério da clareza: o item deve ser inteligível para todos os estratos da população alvo, em que se devem utilizar frases curtas com expressões simples;
- Critério da relevância: o item deve ser consistente com o atributo definido e com as outras frases cobrem o mesmo atributo, ou seja, o item não deve insinuar atributo diferente do definido. Esse critério diz respeito à saturação que o item tem com o constructo.

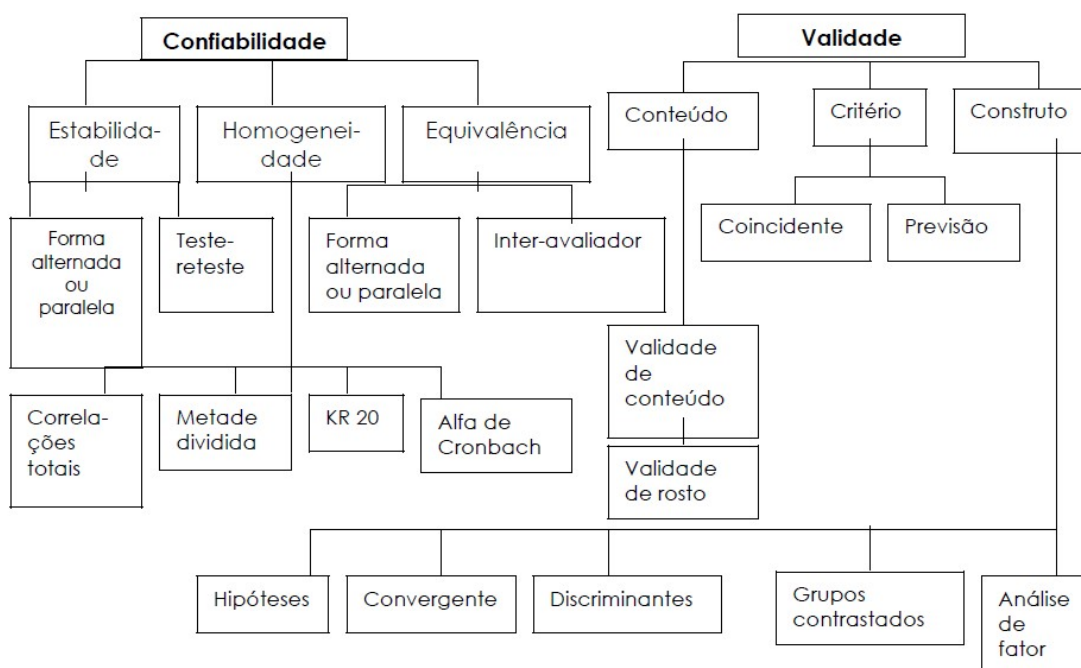
3.2 Avaliação das propriedades psicométricas: mensuração da validade e da confiabilidade de instrumentos

Após a construção de instrumentos, é importante que haja a validação com o intuito de averiguar se as medidas apresentadas no constructo são válidas e confiáveis, evitando erros aleatórios e sistemáticos e aumentando a credibilidade de sua utilização na prática (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A validade verifica se um instrumento mede exatamente o que deve medir. A confiabilidade refere-se à consistência com que o instrumento afere o atributo, sendo considerado o principal critério para a investigação da qualidade do mesmo (POLIT; BECK, 2011).

Tanto a validade como a confiabilidade de estudos de pesquisa são apresentadas em um esquema proposto por Lobiondo-Wood e Haber (2001) (Figura 1).

Figura 1 - Caminho da tomada de decisão para determinar o tipo de validade e confiabilidade selecionado para um estudo



Fonte: Lobiondo-Wood; Haber (2001).

Contudo, nem todas as formas de avaliar a validade e a confiabilidade descritas na Figura 1 são utilizadas nas pesquisas. A escolha será fundamentada no

propósito da medida, nas características do instrumento e no tipo de informação fornecida (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

3.2.1 Validação

A validação implica na preocupação quanto à precisão, reconhecendo que a qualidade dos instrumentos torna-se um aspecto fundamental para a legitimidade e credibilidade dos resultados de uma pesquisa, o que reforça a importância do processo de validação (PASQUALI, 2010).

Há três tipos principais de validade que variam de acordo com o tipo de informação fornecida e com o propósito do investigador, quais sejam: validade de conteúdo, validade de critério e validade de constructo (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Para o presente estudo, será realizada a validade de conteúdo e de constructo.

3.2.1.1 Validação de conteúdo

A validade de conteúdo representa o domínio de um dado constructo, o que fornece a estrutura e a base para a formulação de questões que representarão adequadamente o conteúdo que o pesquisador pretende medir (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Este método de validação baseia-se, necessariamente, no julgamento realizado por um grupo de especialistas experientes na área, o qual caberá analisar se o conteúdo está correto e adequado ao que se propõe (MOURA *et al.*, 2008).

A validade de aparência ou de rosto é um subtipo de validade de conteúdo. É um tipo intuitivo de validade e consiste no julgamento de especialistas quanto à clareza, à compreensão e à legibilidade do conteúdo dos itens, bem como da forma de apresentação do instrumento. Trata-se de uma avaliação feita pelos que se utilizam do instrumento para verificar se os itens são compreensíveis para a população à qual o instrumento se destina (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

3.2.1.2 *Validação de critério*

A validade de critério é a correlação existente entre a medida avaliada em relação à outra medida ou instrumento que serve como critério de avaliação (PASQUALI, 2010).

Indica em que grau o desempenho do sujeito de pesquisa sobre a ferramenta de medição e o comportamento real do sujeito de pesquisa estão relacionados (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Existem duas formas de validade relacionada a critério, as quais são: validade coincidente, a qual se refere à aplicação de dois instrumentos equivalentes, ao mesmo tempo, na mesma amostra de indivíduos, em que um coeficiente de correlação alto indica concordância entre as duas medidas; e a validade de previsão, a qual se refere à correlação entre a medida do conceito e alguma medida futura do mesmo conceito (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

3.2.1.3 *Validação de constructo*

De acordo com Pasquali (2010), a validade de construto é a forma direta de verificar a amplitude em que a medida corresponde à construção teórica do fenômeno a ser mensurado.

A validade de constructo baseia-se na medida em que um teste mede um traço ou constructo teórico, o que muitas vezes exige a utilização de algumas abordagens, quais sejam: testagem de hipótese; convergente e divergente; fator analítico; e abordagens de grupos contrastados (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). No presente estudo, realizaram-se a análise fatorial e abordagem de grupos contrastados.

O investigador utiliza a validade de testagem de hipótese quando a teoria ou o conceito está subordinado ao projeto do instrumento de medição para desenvolver hipóteses relativas ao comportamento de indivíduos com escores variados sobre a medida (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Duas estratégias para avaliar a validade de constructo abrangem abordagens convergentes e divergentes. A primeira ocorre quando duas ou mais ferramentas que medem teoricamente o mesmo constructo são identificadas e administradas aos mesmos

sujeitos de uma pesquisa e, após uma análise correlacional, observa-se que medidas são correlacionadas de forma explícita. Já a segunda, usa abordagens de medição que diferenciam um constructo de outros que talvez sejam semelhantes, buscando, em alguns casos, instrumentos que medem o oposto do constructo proposto. Se a medida divergente é negativamente relacionada com outras medidas, a validade para a medida é fortalecida (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Em suma, quando o instrumento se correlaciona de maneira significativa com outras variáveis com as quais o constructo medido deveria estar relacionado trata-se de uma abordagem convergente e quando o instrumento não se correlaciona com variáveis das quais ele deve diferir tem-se uma abordagem divergente.

A análise de fator avalia o grau em que as questões individuais sobre um instrumento agrupam-se de fato em torno de uma ou mais dimensões (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). A análise fatorial é uma técnica estatística imprescindível nos estudos de validação de instrumentos, sendo utilizada para avaliar a validade de construto das medidas, a qual é reforçada se a estrutura fatorial for consistente com os construtos que o instrumento propõe medir (PASQUALI, 2013).

Análise fatorial produz, para cada variável, uma carga fatorial em cada fator. Essa carga indica, em porcentagem, quanta covariância existe entre o fator e o item. O valor da carga fatorial varia entre -1,00 e +1,00, sendo que um valor de 0 indica a total ausência de covariância entre a variável e o fator (PASQUALI, 2013).

Geralmente, as cargas fatoriais são consideradas significativas em análises quando elas excedem o valor absoluto 0,30. Este valor é considerado uma carga mínima necessária para a variável ser um representante útil do fator (PASQUALI, 1998).

Quanto à abordagem de grupos contrastados (também conhecido como abordagem de grupos conhecidos), o pesquisador identifica dois grupos de sujeitos que apresentarem resultados muito altos ou baixos nas características que estão sendo medidas pelo instrumento, verificando se a ferramenta será sensível às diferenças individuais. (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Assim, se o instrumento for sensível a diferenças individuais no traço que for medido, o desempenho médio desses dois grupos deve diferir significativamente, sustentando as provas de validade de construto. Um teste ou análise *t* de variação é usado para testar estatisticamente a diferença entre os dois grupos (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

3.2.2 Confiabilidade

Confiabilidade de um instrumento de pesquisa é a medida que o instrumento produz os mesmos resultados em momentos independentes de testagem. Uma medida confiável é aquela que pode produzir os mesmos resultados se o comportamento é medido novamente pelo mesmo instrumento (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

O coeficiente de confiabilidade varia de 0 a 1, sendo que o instrumento é considerado confiável quanto mais próximo o coeficiente for de 1 (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Um valor de 0,70 ou mais é considerado um nível aceitável de confiabilidade para que o instrumento seja considerado confiável (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Para Pasquali (2010), a confiabilidade de um teste diz respeito à característica que ele deve possuir: medir sem erros. Medir sem erros significa que o mesmo teste, medindo os mesmos sujeitos em ocasiões diferentes, ou testes equivalentes, medindo os mesmos sujeitos na mesma ocasião, produzem resultados idênticos, isto é, a correlação entre essas duas medidas deve ser 1 (PASQUALI, 2010).

Segundo LoBiondo-Wood e Haber (2001), as três principais características de um instrumento confiável são estabilidade, homogeneidade e equivalência. Para esse estudo, verificou-se a confiabilidade no quesito homogeneidade pelo Alfa de Cronbach.

3.2.2.1 Estabilidade

Um instrumento é considerável estável ou exibidor de estabilidade quando os mesmos resultados são obtidos em aplicação repetida do instrumento por meio do teste-reteste ou pela forma paralela ou alternada (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A confiabilidade de teste-reteste é a administração do mesmo instrumento aos mesmos sujeitos da pesquisa sob condições semelhantes em duas ou mais ocasiões. Os escores na testagem repetida são comparados e expressos por meio de coeficiente de correlação, mais comumente o r de Pearson (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Do mesmo modo, a confiabilidade de forma paralela ou alternada também inclui a testagem dos mesmos sujeitos da pesquisa em um intervalo específico sob

condições semelhantes em duas ou mais ocasiões, porém uma forma diferente do mesmo teste é aplicada no segundo teste (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

O desenvolvimento de formas paralelas é desejado se o instrumento é planejado para medir uma variável para a qual um pesquisador acredita que a “consciência sobre os testes” será um problema (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

O uso desses procedimentos requer que o fato a ser medido deva permanecer o mesmo em duas avaliações e que qualquer alteração no valor do escore é devido a um erro aleatório (BURNS; GROVE, 1997).

3.2.2.2 Homogeneidade

A homogeneidade ou coerência interna existe quando as questões de um instrumento refletem ou medem o mesmo conceito, ou seja, quando as questões do instrumento correlacionam-se ou são complementares umas com as outras (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001, PASQUALI, 2013).

A homogeneidade pode ser avaliada usando um de quatro métodos: questão de correlações totais, confiabilidade de metade dividida, coeficiente de Kuder-Richardson (KR-20) ou Alfa de Cronbach (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A questão de correlações totais é a medida entre a relação de cada uma das questões e o instrumento total. Quando as questões de correlações totais são calculadas, gera-se uma correlação para cada aspecto da escala. São apagadas do instrumento as questões que não alcançam uma alta correlação (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Já a confiabilidade de metade dividida consiste em dividir uma escala em duas metades e fazer uma comparação. Posteriormente, um coeficiente de confiabilidade é calculado e se os escores para as duas metades forem aproximadamente iguais, o teste pode ser considerado confiável (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

O coeficiente de Kuder-Richardson (KR-20), por sua vez, é a estimativa da homogeneidade usada para instrumentos que têm um formato dicotômico (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Por fim, o teste utilizado para avaliar a coerência interna é o alfa de Cronbach (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001), o qual mede o grau de covariância dos itens entre si, quantificando, numa escala de 0 a 1, a confiabilidade de um instrumento. O valor mínimo aceitável para se considerar um instrumento confiável é

0,7. Quanto mais próximo de um, mais alto o coeficiente de confiabilidade (PASQUALI, 1998). Nesse estudo foi utilizado somente o Alfa de Cronbach.

3.2.2.3 Equivalência

A equivalência consiste na concordância entre observadores ou classificadores que usam a mesma ferramenta de mensuração. O instrumento demonstra equivalência quando dois ou mais observadores/classificadores têm uma alta porcentagem de concordância de um comportamento observado ou quando formas alternadas de um teste produzem uma alta correlação (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Existem dois métodos para testar a equivalência: a confiabilidade de interavaliador e forma alternada ou paralela (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A confiabilidade de interavaliador ocorre quando dois ou mais indivíduos fazem uma observação ou um deles observa o comportamento em algumas ocasiões sendo expressa como uma porcentagem de concordância entre avaliadores ou como um coeficiente de correlação entre os escores atribuídos aos comportamentos observados. Ressalta-se que os observadores devem ser treinados ou orientados para a definição do comportamento a ser observado (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A forma alternada ou paralela consiste em um mesmo instrumento com diferentes apresentações produzir os mesmos resultados. Muitas medidas relacionadas com as áreas de educação e psicologia têm diferentes versões de instrumentos que avaliam o mesmo constructo. Nesse procedimento, os mesmos sujeitos devem completar os dois instrumentos no mesmo período de tempo (SALMOND, 2008).

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Estudo metodológico, o qual trata da construção e da validação do instrumento de prevenção de quedas na pediatria para promoção da segurança do paciente no hospital pediátrico para o qual foi utilizada a proposta metodológica de Lobiondo-Wood e Haber (2001).

Para tanto, o estudo foi operacionalizado nas seguintes etapas: Etapa 1 - construção do instrumento de medida; Etapa 2 – avaliação das propriedades psicométricas do instrumento; e Etapa 3 – identificação das ações realizadas pelos profissionais de saúde na prevenção de quedas.

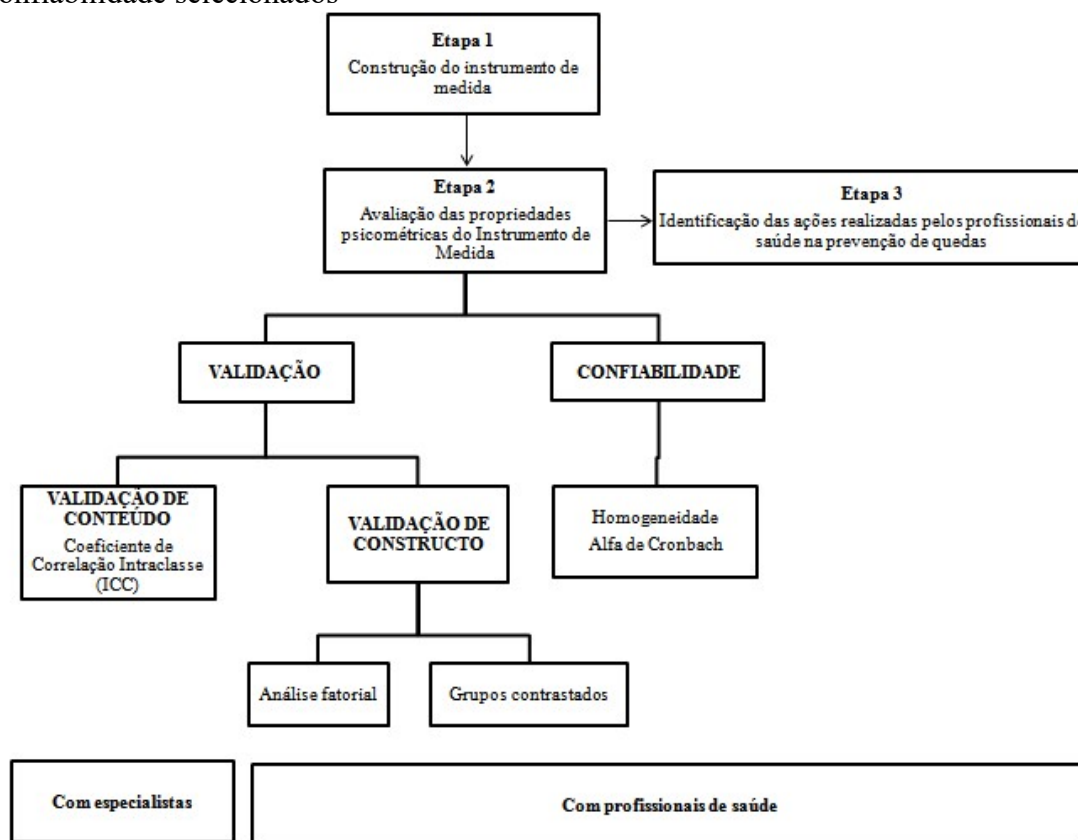
Na etapa 1 foi construído o instrumento de prevenção de quedas na pediatria (IPQP) baseado no protocolo de Prevenção de quedas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013e).

Na Etapa 2 foi realizada a validade de conteúdo com avaliação dos especialistas por meio do ICC, a validade de constructo a partir da análise fatorial e grupos contrastados e ainda foi feito a confiabilidade, no quesito homogeneidade, por meio do Alfa de Cronbach.

Na Etapa 3 identificou-se as ações de prevenção de quedas realizadas pelos profissionais e analisou-se pelo Índice de Positividade (IP) para Qualidade da Assistência (QA).

A figura 2 demonstra a operacionalização das etapas da pesquisa e os tipos de validade e confiabilidade selecionados.

Figura 2 – Fluxograma da operacionalização do estudo com os tipos de validade e confiabilidade selecionados



Fonte: autoria própria.

4.2 Aspectos ético-legais

O estudo foi submetido à Plataforma Brasil, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o parecer nº 2.439.019 e CAAE 79224417.0.0000.5054 (Anexo A) e parecer nº 2.510.863 e CAAE 79224417.0.3001.5042 (Anexo B), obedecendo às normas regulamentadoras da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, a qual rege o processo de desenvolvimento de pesquisas com seres humanos, que consiste em tratar os indivíduos com dignidade, respeitando sua autonomia e defendendo a sua vulnerabilidade; comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; garantindo que danos previsíveis sejam evitados; e certificando a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (BRASIL, 2012).

Ressalta-se que foi assegurado o anonimato bem como garantido o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, se assim desejassem os participantes. A coleta de dados somente ocorreu após a assinatura dos Ternos de Consentimento Livre e

Esclarecido pelos especialistas (Apêndice A) e pelos profissionais de saúde (Apêndice B).

O estudo pôde trazer riscos mínimos aos participantes, como o desconforto em decorrência do tempo exigido para a leitura. Acredita-se que a realização deste estudo tem como benefícios o conhecimento sobre as ações executadas pelos profissionais de saúde para prevenção de quedas em unidades abertas de internação pediátrica, o estabelecimento de ações para reduzir os eventos adversos evitáveis relacionados à assistência à criança e ao favorecimento da melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente.

4.3 Etapa 1: construção do instrumento de medida

Nessa etapa realizou-se o aprofundamento do constructo “Segurança do paciente na prevenção de quedas” à luz do Protocolo de Prevenção de Quedas (BRASIL, 2013e).

As ações selecionadas mediante essa análise foram adaptadas para o contexto do cuidado em pediatria e agrupados em um instrumento de medida do tipo questionário. Em geral, esses instrumentos são usados em pesquisas de enfermagem e planejados para reunir dados de indivíduos a respeito de conhecimento, atitudes, crenças e sentimentos, sendo úteis quando há um conjunto finito de questões (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A 1ª versão do IPQP (Apêndice C) continha 18 ações de prevenção de quedas, sendo ações relacionadas às medidas universais e individuais; aos fatores contribuintes para o incidente de queda; ao registro e; à notificação.

Essas ações do IPQP foram avaliadas mediante uma Escala de *Likert*, com formato de resposta fixa, com cinco categorias, variando de 1 a 5, na qual 1 (nunca) representa a pior nota, 2 - quase nunca, 3 - às vezes, 4 - quase sempre e 5 (sempre) a melhor nota, de modo a identificar a frequência com que as ações de prevenção de quedas foram realizadas pelos profissionais de saúde em sua rotina de cuidados, como mostra o Apêndice C.

A Escala de *Likert* é um tipo de escala de resposta psicométrica geralmente utilizada em pesquisas de opinião e contém listas de afirmações, cujas respostas indicam

sua concordância paulatinamente, podendo ter categorias neutras, o que gera escalas ímpares (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A 1ª versão do instrumento foi submetida à avaliação por especialistas com a finalidade de validar o conteúdo do instrumento.

4.4 Etapa 2: avaliação das propriedades psicométricas do instrumento

4.4.1 Validação

4.4.1.1 Validação de conteúdo

Adotou-se a validade de conteúdo junto a um grupo de especialistas na área de pediatria antes de sua aplicação no campo de pesquisa. O intuito da etapa de análise dos especialistas é realizar a validação de conteúdo do instrumento pretendido, ou seja, verificar a adequação da representação comportamental dos atributos (PASQUALI, 1998).

A validade de conteúdo representa o universo do conteúdo ou o domínio de um dado constructo, os quais fornecem a estrutura e a base para a formulação de questões que representam adequadamente o conceito (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001). Desse modo, esta etapa tem por finalidade estabelecer quais informações são importantes e determinantes para avaliação das ações de prevenção de quedas, verificando contra a opinião de outros para assegurar garantias de validade.

Durante o desenvolvimento do instrumento, um dos pontos discutidos foram o número e a qualificação dos especialistas. A literatura apresenta controvérsias sobre esse ponto. Lynn (1986) recomenda de três a dez pessoas participando desse processo. Outros autores sugerem de seis a vinte sujeitos, sendo composto por um mínimo de três indivíduos em cada grupo de profissionais selecionados para participar (HAYNES; RICHARD; KUBANY, 1995). Rubio *et al.* (2003) afirmam que deve ser de seis a vinte especialistas. Para Pasquali (1998), o número de especialistas recomendado é seis.

Diante de tais considerações, no presente estudo foram adotadas as propostas de Pasquali (1998) e Rubio *et al.* (2003), os quais recomendam números de seis a vinte especialistas. Um número ímpar de especialistas será optado com a finalidade de se evitar o empate de opiniões e, com isso, permitir a decisão majoritária.

Para tanto, utilizou-se sete especialistas, que correspondeu a 100% + 1 além da recomendação de Pasquali (1998).

A seleção dos especialistas ocorreu em dezembro de 2017, por meio da amostragem intencional, na qual o pesquisador selecionou intencionalmente os sujeitos conhecedores das características do instrumento de pesquisa (POLIT; BECK, 2011).

Para compor a amostra, os especialistas precisavam possuir título de doutor e alcançar uma pontuação igual ou superior a cinco, conforme sistema de classificação descrito por Araújo (2016) e Joventino (2010) adaptado (Quadro 1).

Quadro 1 - Critérios para a seleção de especialistas

ESPECIALISTAS DE CONTEÚDO	PONTUAÇÃO
Possuir Dissertação/Tese na área de interesse*	2 pts/ trabalho
Ter autoria em pelo menos um trabalho publicado em periódico indexado na área de interesse*	1 pt/ trabalho**
Participar de grupos/projetos de pesquisa que envolva as temáticas de interesse*	1 pt
Ter experiência docente em Disciplinas da área de interesse*	1 pt/ ano**
Ter atuação prática em Unidade Pediátrica	0,5 pt/ ano**
Ter orientado Tese, Dissertação ou Monografia nas temáticas da área de interesse*	0,5 pt/ trabalho**

Fonte: Araújo (2016) e Joventino (2010) adaptado.

*Área de interesse: Construção e validação de instrumentos na área de pediatria; Assistência à criança em unidades de internação; Saúde da Criança; Segurança do Paciente; Prevenção de quedas.

** Máximo de cinco pontos.

Os dados citados foram obtidos por meio de instrumento de caracterização relacionado à qualificação e trajetória profissional (Apêndice D), os quais foram entregues aos especialistas e preenchidos pelos mesmos, além de consulta aos seus currículos disponibilizados pela Plataforma Lattes do portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Os especialistas selecionados receberam Carta Convite (Apêndice E), Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), instrumento de caracterização do especialista relacionado à sua qualificação e trajetória profissional

(Apêndice D) juntamente com o instrumento de análise acerca da validação de conteúdo (Apêndice F).

Com a finalidade de garantir o anonimato dos especialistas, estes foram citados com a letra E de especialista seguido do número correspondente à entrega dos instrumentos de avaliação do instrumento proposto, sendo configurados em E1, E2,..., E7.

Um prazo de quinze dias foi instituído para o especialista avaliar o instrumento e devolvê-lo com sugestões e/ou correções. Todos devolveram os instrumentos preenchidos no prazo estabelecido.

A avaliação de conteúdo foi realizada com base nos critérios simplicidade, clareza da linguagem e relevância teórica e prática, referidos por Pasquali (2010).

Para tanto, utilizou-se uma ferramenta de medição, a escala do tipo *Likert*, com cinco níveis de suporte: 1- Péssima, 2- Ruim, 3- Regular, 4- Boa, 5- Excelente. Além disso, nesse instrumento constava um local para sugestões dos especialistas (Apêndice F). As respostas obtidas de cada item passaram por uma análise por meio do percentual de concordância e do Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC).

O percentual de concordância ($\% \text{ concordância} = \text{número de participantes que concordaram com a excelência do item} / \text{número total de participantes} \times 100$) considerado satisfatório para esse estudo foi valores acima de 70% (VERAS *et al.*, 2015), ou seja, o item foi considerado satisfatório quando cinco em cada sete especialistas indicaram que o item era excelente.

O ICC é a medida de concordância mais utilizada para variáveis contínuas e, em algumas situações, com variáveis em escala de *Likert* ou semelhantes (LAUREANO, 2011). Este mede a intensidade dentro de uma mesma classe (diferentes medidas de um mesmo construto). Assim, o ICC é aplicado em dados estruturados em grupos, sendo obtido dividindo o valor da variação entre os indivíduos pela variação total, sendo caracterizado pela medida de concordância corrigida pela concordância esperada ao acaso (BLAND; ALTMAN, 1990). O ICC varia entre 0 e 1 (FLEISS, 1981), podendo ser interpretado, conforme quadro 2:

Quadro 2 – Valores do Índice de Correlação Intraclasse e sua representatividade

Valores do ICC	Interpretação da representatividade do conteúdo do constructo
> 0,9	Muito bom
0,8 - 0,89	Bom
0,7 – 0,79	Razoável
0,6 – 0,69	Fraco
< 0,6	Inadmissível

Fonte: Pestana e Gageiro (2005).

Salienta-se que todas as sugestões dos especialistas foram consideradas para manutenção, alteração, divisão ou exclusão dos itens do instrumento. Dessa forma, essa etapa possibilitou a elaboração da 2ª versão do IPQP, o qual foi submetido à validação de constructo e confiabilidade, junto aos profissionais de saúde que atuam na prática clínica.

4.4.1.2 Validação de constructo

A validade de constructo tenta validar um corpo de teoria subjacente à medida e à testagem das relações hipotéticas, tratando-se de um processo complexo (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001). Assim, no presente estudo, esta foi realizada por meio da análise fatorial e por comparação de grupos contrastados.

A análise fatorial foi obtida por meio da matriz dos fatores ou matriz dos componentes (matriz de correlação), critério de Kaiser e diagrama de declividade (regra do *scree plot*) (FIELD, 2009; PALLANT, 2016).

A testagem de hipóteses por comparação de grupos contrastados foi realizada identificando-se os grupos de indivíduos que apresentaram resultados altos (adequados) e baixos (inadequados) de prevenção de quedas que foram medidos pelo IPQP, avaliando se esse foi sensível às diferenças individuais. Considerou-se adequado as respostas com o nível de medição 5-sempre; e inadequado, as respostas 1- nunca, 2- quase nunca, 3- às vezes e 4- quase sempre.

Assim, julgou-se que, se o instrumento for sensível às diferenças individuais no traço que foi medido, o desempenho médio desses grupos deve diferir significativamente, sustentando as provas de validade de constructo (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Por conseguinte, desenvolveram-se hipóteses relativas ao comportamento dos profissionais (prevenir quedas) com os diferentes níveis de medição categorizados como adequados e inadequados. As hipóteses formuladas e testadas por meio dos grupos contrastados foram:

- Os resultados mais elevados (adequados) de prevenção de quedas estão associados à equipe de enfermagem;
- Os resultados mais elevados (adequados) de prevenção de quedas estão associados à maior experiência profissional na pediatria;
- A elevada carga horária semanal de trabalho correlacionará negativamente com a adequada prevenção de quedas;
- Os resultados mais elevados (adequados) de prevenção de quedas estão associados aos profissionais que trabalham apenas um turno;
- Os resultados mais elevados (adequados) de prevenção de quedas correlacionarão positivamente com a participação em cursos de aperfeiçoamento;

Os testes utilizados para verificar a diferença entre os grupos relacionados foram a razão de verossimilhança, Qui-quadrado de Pearson e associação linear por linear. O coeficiente de correlação de Spearman foi empregado para a análise das variáveis idade, tempo de experiência profissional e carga horária semanal. O nível de significância foi estabelecido em 5% e o intervalo de confiança em 95%. Considerou-se significativo o teste que apresentou p valor <0,05.

4.4.2 Confiabilidade

A confiabilidade foi verificada quanto ao quesito homogeneidade, medida pelo Alfa de Cronbach. Esse coeficiente mede o grau de covariância dos itens entre si, auxiliando como indicador da consistência interna do próprio teste e varia de 0 a 1, em que zero indica a ausência total de consistência interna dos itens e 1 a consistência de 100%. Os valores de alfa aceitáveis estão entre 0,70 e 0,90 (PASQUALI, 1998).

Assim, segundo Pestanha e Gageiro (2005), os valores de alfa de Cronbach são os mesmos referentes ao Índice de Correlação Intraclasse (ICC), expostos no quadro 2.

4.4.3 Desenvolvimento da validação do constructo e confiabilidade do instrumento

4.4.3.1 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em dois hospitais pediátricos localizados na cidade de Fortaleza-Ceará, os quais foram escolhidos por serem hospitais especializados em pediatria, sendo um da esfera municipal e outro da estadual.

O Hospital A é uma instituição de referência na atenção secundária em pediatria, mantido pela Prefeitura de Fortaleza para atendimento de pacientes de zero a 18 anos, para o tratamento de alterações clínicas. Mantém um setor de urgência e emergência aberto 24 horas com pronto atendimento e pronto socorro especializado e 31 leitos de pediatria clínica para internações.

O Hospital B é um órgão da administração pública estadual, referência no nível de atenção terciária em pediatria no estado do Ceará, em que sua atuação contempla emergência clínica e cirúrgica, procedimentos de alta complexidade, além de Unidades de Terapia Intensiva e Unidades Neonatais de médio e alto risco com atuação de 26 especialidades médicas e 35 serviços de apoio assistencial, com disponibilidade de 317 leitos.

Para tanto, o estudo foi desenvolvido em todas as unidades abertas de internação dos referidos hospitais, sendo uma unidade de internação clínica pertencente ao Hospital A e seis unidades de internação clínica e cirúrgica pertencentes ao Hospital B.

4.4.3.2 População e amostra

Adotou-se a amostragem não probabilística por conveniência do tipo consecutiva. A população foi composta por 345 profissionais de saúde, sendo 88 médicos, 17 fisioterapeutas e 240 profissionais da equipe de enfermagem que trabalhavam na assistência ao paciente nas unidades abertas das referidas instituições.

Participaram do estudo todos os profissionais que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser profissional de enfermagem, medicina ou fisioterapia; e atuar nas unidades abertas de internamento nas referidas instituições há pelo menos seis meses. Os critérios de exclusão foram: estar de férias, licença ou afastado de suas

atividades no período de coleta de dados e não devolver o instrumento preenchido após o estabelecimento do prazo.

O cálculo da amostra foi realizado conforme a quantidade de itens do IPQP, segundo recomendações de Pestana e Gageiro (2005). Eles dizem que se o número de itens K for menor ou igual a cinco, a amostra deverá ser constituída de 50 sujeitos. Caso $5 < K \leq 15$, a amostra será constituída pela multiplicação do número de itens K por 10 ($n = 10 \times K$). Se o número de itens K for superior a 15, a amostra será constituída pela multiplicação do número de itens por 5 ($n = 5 \times K$).

Assim, a quantidade de profissionais que participaram do estudo foi definida após a elaboração da 2ª versão do IPQP, com a exclusão ou adição de itens ao instrumento, conforme as recomendações dos especialistas.

Considerando que o IPQP aplicado possuía 15 itens, o número da amostra deveria ser de 150 profissionais, contudo, optou-se por entregar os instrumentos a todos os profissionais que atenderam aos critérios de inclusão.

Diante do exposto, a amostra foi composta de 203 profissionais, sendo 184 profissionais de enfermagem, 10 médicos e 9 fisioterapeutas. Dessa forma, a amostra é considerada adequada, segundo Pestana e Gageiro (2005), seguindo uma proporção para cada categoria profissional, a saber: 76,7% para a equipe de enfermagem, 11,4% para médicos e 60% para fisioterapeutas.

4.4.3.3 Coleta de dados

A coleta de dados referente à validação de constructo e confiabilidade ocorreu nos meses de janeiro e fevereiro de 2018, por meio da aplicação da 2ª versão do instrumento de prevenção de quedas na pediatria para promoção da segurança do paciente aos profissionais de saúde.

Anteriormente à coleta de dados, uma reunião foi realizada com os coordenadores de cada categoria profissional do estudo, Educação Permanente, Núcleo de Segurança do Paciente e gerência de enfermagem, de medicina e de fisioterapia de cada unidade com a finalidade de esclarecer a importância e os objetivos do estudo, bem como os procedimentos técnicos para o desenvolvimento da pesquisa.

Para coleta de dados, uma equipe de pesquisa constituída pelos membros do Grupo de Estudo sobre os cuidados de Enfermagem Pediátrica (GECEP) da

Universidade Federal do Ceará (UFC) passou por um treinamento, seguindo um Procedimento Operacional Padrão (POP) contendo o passo a passo que deveria ser seguido para garantir o resultado esperado da tarefa, de forma sequencial, conforme recomendam Manzo *et al.* (2012). Para tanto, foi elaborado um POP (Apêndice G) de distribuição do IPQP aos profissionais das instituições participantes do estudo.

O treinamento da equipe de pesquisa ocorreu em um encontro na UFC para apresentação e discussão dos objetivos do estudo, a 2ª versão do IPQP e o POP de coleta dos dados. Foi estabelecida uma escala de coleta de dados a partir da disponibilidade de cada membro da equipe de pesquisa, contemplando todos os dias da semana e final de semana, nos horários diurnos e noturnos (19 às 21 horas).

O membro da equipe de pesquisa abordava o profissional individualmente em seu ambiente de trabalho, nos períodos em que estava de plantão, esclarecendo os objetivos do estudo, o procedimento para respondê-lo e o tempo aproximado para o preenchimento do instrumento (~ 15 minutos).

Cada profissional foi convidado pessoalmente a participar do estudo por meio de uma carta convite (Apêndice H). Àqueles que aceitaram participar, foi solicitado a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), em duas vias, sendo uma para os pesquisadores e outra para o próprio participante. Após, foi entregue um formulário de caracterização profissional (Apêndice I) e uma cópia da 2ª versão do IPQP (Apêndice J).

Destaca-se que o IPQP foi entregue ao profissional para ser respondido no início do plantão e devolvido ao final do plantão ou em dia posterior, com a data de devolução pré-estabelecida, condizente com o próximo plantão do funcionário na escala de serviço da unidade.

Os profissionais que não devolveram os instrumentos preenchidos no tempo preconizado foram novamente convidados a participar do estudo, sendo reforçada a importância de sua participação e estabelecido novo prazo de devolução, também condizente com o próximo plantão do profissional na escala de serviço da unidade. Os profissionais que não devolveram os instrumentos preenchidos após o estabelecimento do segundo prazo foram excluídos da amostra do estudo.

4.4.3.4 Análise e apresentação dos resultados

Os dados foram armazenados e processados no SPSS 20.0 licença nº10101131007. Procedeu-se análise de forma descritiva por meio dos cálculos para frequência absoluta e relativa, média e desvios padrão das variáveis numéricas (idade, tempo de formação, tempo de experiência profissional e carga horária semanal de serviço).

Os testes do qui-quadrado de Pearson, a razão de verossimilhança e o teste de associação linear por linear foram utilizados para analisar a associação do escore total do IPQP e as variáveis sociodemográficas. Para todas as análises inferenciais foi fixado o nível de significância de 5%.

Os resultados foram apresentados em forma de tabelas, figuras e quadros, os quais são os melhores meios para visualização dos dados encontrados. Lakatos e Marconi (2017) caracterizam as tabelas e os gráficos como bons auxiliares na organização e apresentação dos dados, uma vez que facilita, ao leitor, a compreensão e a interpretação rápida de dados, podendo apreender importantes detalhes.

4.5 Etapa 3: identificação das ações realizadas pelos profissionais de saúde na prevenção de quedas

Na Etapa 3 identificaram-se as ações de prevenção de quedas realizadas pelos profissionais de saúde com a mesma amostra utilizada para realizar a validação de constructo e confiabilidade.

Para a avaliação do desempenho dos profissionais na execução de cada ação de prevenção de quedas, determinou-se o Índice de Positividade (IP) para Qualidade da Assistência (QA). Segundo Haddad e Évora (2008), esse índice diz respeito ao percentual de respostas positivas, conforme quadro 3.

Quadro 3 – Índice de Positividade (IP) para Qualidade da Assistência

IP = 100%	$90\% \leq IP \leq 99\%$	$80\% \leq IP \leq 89\%$	$71\% \leq IP \leq 79\%$	IP $\leq 70\%$
Desejável	Adequado	Seguro	Limítrofe	Sofrível

Fonte: HADDAD; ÉVORA (2008).

No presente estudo, foram consideradas como positiva somente as ações que foram respondidas como “sempre”, isto é, o profissional executa sempre a ação em sua rotina assistencial.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram divididos em três tópicos referentes às etapas estabelecidas na metodologia, quais sejam: 1) Construção do instrumento de medida; 2) Avaliação das propriedades psicométricas do instrumento; 3) Identificação das ações realizadas pelos profissionais de saúde na prevenção de quedas.

5.1 Construção do instrumento de medida

A primeira versão do instrumento de prevenção de quedas na pediatria (IPQP) possuía 18 itens, baseados no protocolo de prevenção de quedas (BRASIL, 2013e), e foram agrupados em um questionário. Cada item correspondeu a uma ação de prevenção de quedas

A partir dos itens de prevenção de quedas propostos pelo Protocolo de Prevenção de Quedas foi estabelecida uma listagem de 18 itens relacionados à temática.

Para cada ação referente à prevenção de quedas, foram estabelecidas cinco possíveis respostas dispostas em escala de *Likert*, quais sejam: 1- nunca, 2- quase nunca, 3- às vezes, 4- quase sempre e 5- sempre, considerando que, quanto menor a pontuação, menor a prevenção e, quanto maior a pontuação, maior a prevenção de quedas, conforme exposto no quadro 4.

As ações visavam avaliar a frequência com que essas práticas eram realizadas na rotina de cuidados dos profissionais de saúde conforme julgamento realizado pela equipe de enfermagem, fisioterapeutas e médicos durante sua aplicação.

Quadro 4 - Primeira versão do instrumento de prevenção de quedas na pediatria (IPQP)

PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PEDIATRIA	1	2	3	4	5
1. Avalia o risco para quedas no momento da admissão da criança.					
2. Avalia o risco para quedas da criança diariamente.					
3. Orienta a criança e/ou acompanhante sobre a presença do risco de queda relacionado a fatores contribuintes, tais como idade, diagnóstico, fatores cognitivos, história pregressa, jejum prolongado, cirurgia/sedação/anestesia e/ou medicação, dano por queda e como prevenir sua ocorrência.					
4. Acomoda crianças com idade \leq 3 anos em berço e crianças $>$ 3 anos em cama, ambos com grades elevadas a altura máxima.					
5. Providencia que as crianças sejam transportadas de acordo com as especificações para idade (idade \leq 6 meses: no colo do acompanhante e este					

em cadeira de rodas; idade > 6 meses ou ≤ 36 meses: deitadas em maca junto com o acompanhante quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação; idade > 6 meses ≤ 36 meses: em cadeiras de rodas no colo do acompanhante; idade > 36 meses: maca, deitadas e acompanhadas ou não do responsável, ou em cadeira de rodas no colo do responsável).					
6. Mantém uma das grades elevadas do berço durante a troca de roupa/fralda da criança.					
7. Avalia se há condição de deambulação da criança diariamente.					
8. Registra e informa para o acompanhante se a criança está liberada ou não para deambular.					
9. Acompanha a criança na deambulação (no quarto, no banheiro, no corredor).					
10. Avalia o uso de grade.					
11. Avalia risco psicológico ou psiquiátrico quando necessário (conforme fator de risco identificado).					
12. Aloca a criança com história pregressa de queda próximo ao posto de enfermagem, quando possível.					
13. Orienta a criança e/ou acompanhante a levantar progressivamente de acordo com a presença de risco para quedas já identificado.					
14. Se a criança estiver em cama, mantém as 4 grades da cama elevadas (pré-cirúrgico e pós-operatório imediato).					
15. Observa o jejum por longo período como risco de queda, por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório.					
16. Verifica as classes medicamentosas que alterem a mobilidade e o equilíbrio;					
17. Registra no prontuário da criança o resultado para avaliação do risco de quedas e todos os procedimentos realizados para sua prevenção.					
18. Notifica a ocorrência de quedas, fatores relacionados e os danos gerados em prontuário.					

Fonte: dados da pesquisa.

Com esse formato, a primeira versão do instrumento sofreu avaliação dos especialistas os quais julgaram simplicidade, clareza da linguagem e relevância teórica e prática de cada item.

5.2 Avaliação das propriedades psicométricas do instrumento

5.2.1 Validação

5.2.1.1 Validação de conteúdo do instrumento de medida

5.2.1.1.1 Caracterização dos especialistas

A etapa de validação de conteúdo do IPQP foi representada por sete especialistas, todos enfermeiros, do sexo feminino, com idade entre 34 e 46 anos e com tempo de formação que variou de 9 a 22 anos. Na tabela 1 seguem os dados de caracterização dos especialistas participantes do estudo.

Tabela 1 – Distribuição dos especialistas participantes do estudo, segundo os critérios para a seleção dos especialistas

Crítérios de classificação dos especialistas (N=7)	N	%
Possuir Dissertação/Tese na área de interesse	4	57,1
Ter autoria em pelo menos um trabalho publicado em periódico indexado na área de interesse	7	100,0
Participar de grupos/projetos de pesquisa que envolva as temáticas de interesse	6	85,7
Ter experiência docente em disciplinas da área de interesse	7	100,0
Ter atuação prática em unidade pediátrica	5	71,4
Ter orientado tese, dissertação ou monografia nas temáticas da área de interesse	7	100,0

Fonte: dados da pesquisa.

Os especialistas participantes dessa validação possuíam titulação mínima de doutor, sendo quatro (57,1%) com tese na área de interesse e um deles apresentava pós-doutorado em enfermagem. Todos referiram experiência com pediatria e/ou segurança do paciente de 2 a 17 anos ou com construção e validação de instrumentos de pesquisa relacionados às áreas de interesse. Vale destacar que todos possuíam experiência docente em disciplinas das áreas de interesse, dentre os quais seis (85,7%) possuíam experiência em disciplinas de pediatria e dois (28,5%) em disciplinas que abordam segurança do paciente em seu conteúdo.

A seguir estão as características dos especialistas quanto à pontuação atingida no sistema de classificação de *experts* (Quadro 5).

Quadro 5 - Pontuação dos especialistas de conteúdo segundo os critérios de classificação

Critérios de classificação dos especialistas	Especialistas						
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7
Dissertação/Tese na área de interesse*	4	4	0	0	2	4	0
Autoria em pelo menos um trabalho publicado em periódico indexado na área de interesse*	5	5	5	5	5	4	5
Participação em grupos/projetos de pesquisa que envolva as temáticas de interesse*	1	1	1	1	1	0	1
Experiência docente em disciplinas da área de interesse*	5	5	5	5	5	2	5
Atuação prática em Unidade Pediátrica	0	1,5	1	1,5	1	1	0
Orientação de tese, dissertação ou monografia nas temáticas da área de interesse*	1	2,5	2,5	2,5	2	1,5	2,5
Pontuação total	16	19	14,5	15	16	12,5	13,5

Fonte: dados da pesquisa.

*Construção e validação de instrumentos na área de pediatria; Assistência à criança em unidades de internação; Saúde da Criança; Segurança do Paciente; Prevenção de quedas.

** Máximo de cinco pontos.

Após análise dos instrumentos de avaliação referente à caracterização dos especialistas, constatou-se que a pontuação variou de 12,5 a 19 pontos no sistema de classificação adotado. Os indicadores demonstram a elevada experiência dos especialistas na área, o que representou maior confiança a respeito de sua opinião sobre o instrumento de medida.

Sendo assim, os sete especialistas que atenderam aos critérios de seleção participaram da validade de conteúdo da primeira versão do instrumento de prevenção de quedas na pediatria.

5.2.1.2 Avaliação dos itens que compuseram a 1ª versão do IPQP

Em relação à validade de conteúdo, utilizaram-se os critérios simplicidade, clareza da linguagem e relevância teórica e prática. Cada item foi avaliado por meio da

escala *Likert* e, para cada critério, cinco níveis de medição: 1 – Péssima, 2 – Ruim, 3 – Regular, 4 – Boa, 5 – Excelente.

Foram considerados simples, claros ou relevantes os itens que obtiveram concordância de, no mínimo, 70% dos especialistas (VERAS *et al.*, 2015; JOVENTINO *et al.*, 2013), ou seja, o item foi considerado satisfatório quando cinco ou mais especialistas indicaram que o item era excelente, conforme se observa na tabela 2.

Tabela 2 – Concordância entre os especialistas em relação à excelência do instrumento quanto aos critérios simplicidade, clareza da linguagem e relevância teórica e prática

Item	Simplicidade		Clareza da linguagem		Relevância teórica e prática	
	N	%	N	%	N	%
1	6	85,7	6	85,7	6	85,7
2	5	71,4	7	100,0	6	85,7
3	4	57,1	5	71,4	6	85,7
4	5	71,4	5	71,4	6	85,7
5	4	57,1	3	42,9	6	85,7
6	6	85,7	6	85,7	6	85,7
7	4	57,1	4	57,1	5	71,4
8	5	71,4	5	71,4	5	71,4
9	3	42,9	3	42,9	4	57,1
10	4	57,1	4	57,1	4	57,1
11	3	42,9	3	42,9	4	57,1
12	4	57,1	4	57,1	5	71,4
13	4	57,1	4	57,1	4	57,1
14	5	71,4	5	71,4	6	85,7
15	3	42,9	3	42,9	3	42,9
16	4	57,1	4	57,1	4	57,1
17	6	85,7	6	85,7	6	85,7
18	5	71,4	5	71,4	6	85,7

Fonte: dados da pesquisa.

Constatou-se que dos 18 itens, oito foram considerados simples pelos especialistas. Os itens 3, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15 e 16 não foram considerados simples,

tendo os itens 9, 11 e 15 recebidos o pior julgamento entre os especialistas (42,9%), os quais sofreram ajustes conforme as sugestões emitidas.

Observa-se que nove itens apresentaram clareza conforme a avaliação dos especialistas. Os itens 9, 10, 11, 12, 13, 15 e 16 não foram considerados claros pelos especialistas já que apresentaram menos de 70% de concordância, sendo os itens 5, 9, 11 e 15 os que se mostraram menos claros (42,9%). Tais itens foram ajustados de acordo com as sugestões dos especialistas.

Constatou-se que 12 itens foram considerados como relevantes pelos especialistas. Portanto, seis itens (9, 10, 11, 13, 15 e 16) do instrumento (1ª versão) não foram julgados como relevantes. Logo, estes foram analisados e revisados conforme o preconizado pelo Protocolo de Prevenção de Quedas (BRASIL, 2013e).

As respostas dos especialistas também foram analisadas por meio do Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC), sendo calculado o coeficiente geral e o referente aos critérios simplicidade, clareza da linguagem e relevância teórica e prática, conforme exposto na tabela 3:

Tabela 3 - Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC) de acordo com a análise dos especialistas

	ICC	IC 95%	p value
Geral	0,935	0,840 - 0,987	<0,0001
Simplicidade	0,810	0,518 - 0,961	<0,0001
Clareza da linguagem	0,798	0,489 - 0,959	<0,0001
Relevância teórica e prática	0,841	0,596 - 0,968	<0,0001

Fonte: dados da pesquisa.

Obteve-se um ICC geral de 0,935, sendo considerado um indicador de consistência muito bom. Assim, o ICC de 0,810 para simplicidade, 0,798 para clareza da linguagem e 0,841 para relevância teórica indicaram que o instrumento é representativo do conteúdo quanto aos três critérios. No entanto, foram necessárias reformulações em alguns itens do instrumento.

A seguir, estão descritas as justificativas para manter, alterar, dividir e/ou excluir os itens conforme sugestão dos especialistas, as quais podem ser observados no quadro 6.

Quadro 6 – Modificações realizadas nos itens da 1ª versão do instrumento, conforme sugestão dos especialistas

Nº do item na 1ª versão do instrumento	Item da 1ª versão do instrumento	Ação realizada	Nº do item na 2ª versão do instrumento	Item da 2ª versão do instrumento
1	Avalia o risco para quedas no momento da admissão da criança.	MANTIDO	1	Avalia o risco para quedas no momento da admissão da criança.
2	Avalia o risco para quedas da criança diariamente.	MANTIDO	2	Avalia o risco para quedas da criança diariamente.
3	Orienta a criança e/ou acompanhante sobre a presença do risco de queda relacionado a fatores contribuintes, tais como idade, diagnóstico, fatores cognitivos, história pregressa, jejum prolongado, cirurgia/sedação/anestesia e/ou medicação, dano por queda e como prevenir sua ocorrência.	MANTIDO	3	Orienta a criança e/ou acompanhante sobre a presença do risco de queda relacionado a fatores contribuintes, tais como idade, diagnóstico, fatores cognitivos, história pregressa, jejum prolongado, cirurgia/sedação/anestesia e/ou medicação, dano por queda e como prevenir sua ocorrência.
4	Acomoda crianças com idade \leq 3 anos em berço e crianças $>$ 3 anos em cama, ambos com grades elevadas a altura máxima.	MANTIDO	4	Acomoda crianças com idade \leq 3 anos em berço e crianças $>$ 3 anos em cama, ambos com grades elevadas a altura máxima.
5	Providencia que as crianças sejam transportadas de acordo com as especificações para idade (idade \leq 6 meses: no colo do acompanhante e este em cadeira de rodas; idade $>$ 6 meses ou \leq 36 meses: deitadas em maca junto com o acompanhante quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação; idade $>$ 6 meses \leq 36 meses: em cadeiras de rodas no colo do acompanhante; idade $>$ 36 meses: maca, deitadas e acompanhas ou não do responsável,	DIVIDIDO, pois E2 e E4 recomendaram separar o item para dividir por faixa etária e E7 por ser um item extenso.	5, 6 e 7	Item 5: Providencia que as crianças com idade \leq 6 meses sejam transportadas no colo do acompanhante e este em cadeira de rodas. Item 6: Providencia que as crianças com idade $>$ 6 meses ou \leq 36 meses sejam transportadas deitadas em maca na companhia do responsável quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação; ou em cadeiras de rodas no colo do acompanhante. Item 7: Providencia que as crianças com

	ou em cadeira de rodas no colo do responsável).			idade > 36 meses sejam transportadas em maca, deitadas e acompanhadas ou não do responsável, ou em cadeira de rodas no colo do responsável.
6	Mantém uma das grades elevadas do berço durante a troca de roupa/fralda da criança.	MANTIDO	8	Mantém uma das grades elevadas do berço durante a troca de roupa/fralda da criança.
7	Avalia se há condição de deambulação da criança diariamente.	EXCLUÍDO, pois E7 afirmou que a ação já estava contemplada nos itens 1 e 2.		
8	Registra e informa para o acompanhante se a criança está liberada ou não para deambular.	ALTERADO, pois E3 sugeriu que todo registro sobre cuidados realizados para prevenção de quedas fossem contemplados no item 17.	9	Informa para o acompanhante se a criança está liberada ou não para deambular.
9	Acompanha a criança na deambulação (no quarto, no banheiro, no corredor).	EXCLUÍDO, pois E2, E5 e E7 consideraram a operacionalização dessa ação difícil de ser realizada pela equipe.		
10	Avalia o uso de grade.	EXCLUÍDO, pois E3 e E6 afirmaram que a ação já estava contemplada no item 4.		
11	Avalia risco psicológico ou psiquiátrico quando necessário (conforme fator de risco identificado).	EXCLUÍDO, pois E3 afirmou que a ação já estava contemplada nos itens 1 e 2.		
12	Aloca a criança com história pregressa de queda próximo ao posto de enfermagem, quando possível.	MANTIDO	10	Aloca a criança com história pregressa de queda próximo ao posto de enfermagem, quando possível.
13	Orienta a criança e/ou acompanhante a levantar progressivamente de acordo com a presença de risco para quedas já identificado.	ALTERADO, pois E3 sugeriu que fossem acrescentadas informações mais específicas sobre a ação.	11	Orienta a criança e/ou acompanhante a levantar progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair

				da cama) de acordo com a presença de risco para quedas já identificado.
14	Se a criança estiver em cama, mantêm as 4 grades da cama elevadas (pré-cirúrgico e pós-operatório imediato).	EXCLUÍDO, pois E1 considerou que o item foi contemplado no item 4.		
15	Observa o jejum por longo período como risco de queda, por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório.	EXCLUÍDO, pois E3, E6 e E7 afirmaram que a ideia já foi contemplada no item 3.		
16	Verifica as classes medicamentosas que alterem a mobilidade e o equilíbrio.	ALTERADO, pois E2 recomendou modificar a estrutura da informação.	12	Verifica na prescrição os medicamentos que alterem a mobilidade e o equilíbrio.
17	Registra no prontuário da criança o resultado para avaliação do risco de quedas e todos os procedimentos realizados para sua prevenção.	DIVIDIDO, pois E2 recomendou separar o item para que um item abrangesse registros de medidas preventivas e outro medidas quando o episódio de queda já ocorreu.	13 e 14	Item 13: Registra no prontuário da criança o resultado para avaliação do risco de quedas e todos os procedimentos realizados para sua prevenção. Item 14: Registra no prontuário a ocorrência de quedas, fatores relacionados e os danos gerados.
18	Notifica a ocorrência de quedas, fatores relacionados e os danos gerados em prontuário.	MANTIDO	15	Notifica a ocorrência de quedas, fatores relacionados e os danos gerados em prontuário.

Fonte: dados da pesquisa.

Conforme exposto no quadro 7, foram mantidos sem alterações os itens 1, 2, 3, 4, 6, 12 e 18. Os itens 8, 13, 14 e 16 foram alterados de acordo com as propostas sugeridas pelos especialistas.

O item 8 foi alterado, pois concordou-se com E3 em subtrair do item a ação “registra” tendo em vista que esta deve ser abordada no item 17 na qual se trata de assinalar por escrito no prontuário ações preventivas relacionadas às quedas.

O item 13 obteve concordância inferior a 70% para simplicidade, clareza da linguagem e relevância teórica e prática. Portanto, o mesmo foi alterado por recomendação de E3, que sugeriu acrescentar a informação “elevantar a cabeceira 30°

sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama”. Assim, após a alteração, o item permaneceu no instrumento por representar ação de destaque na prevenção de quedas.

O item 16 foi alterado, por recomendação de E2, uma vez que a expressão “as classes medicamentosas” foi substituída por “*medicamentos*”. Além disso, acatou-se a sugestão do mesmo especialista, ao sugerir que a expressão “*no prontuário*” fosse adicionada ao item para enfatizar o local de busca de informação. Assim, após a alteração, o item também permaneceu no instrumento por representar ação de destaque na prevenção de quedas.

Conforme exposto no quadro 6, os itens 7, 9, 10, 11, 14 e 15 foram excluídos. O item 7 foi excluído uma vez que a ação contemplada pelo item perpassa pela ideia já proposta nos itens 1 e 2, assentindo-se com E7. O item 9 também foi retirado uma vez que E2, E5 e E7 consideraram a operacionalização dessa ação difícil de ser realizada pela equipe. Houve exclusão do item 10, pois E3 e E6 afirmaram que a ação foi contemplada no item 4. Por motivo similar, conforme E3, o item 11 foi excluído, pois a ideia já foi abrangida nos itens 1 e 2. O item 14 foi excluído, embora tenha obtido concordância > 70%, pois E1 considerou que o item já estava contemplado no item 4. O item 15 foi excluído já que E3, E6 e E7 afirmaram que a ideia já foi atendida no item 3.

Os itens 5 e 17 foram divididos de acordo com as sugestões expressas no quadro 6. O item 5 sofreu modificações, desmembrando-se em três itens (5 – *Providencia que as crianças com idade \leq 6 meses sejam transportadas no colo do acompanhante e este em cadeira de rodas*; 6 - *Providencia que as crianças com idade > 6 meses ou \leq 36 meses sejam transportadas deitadas em maca na companhia do responsável quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação; ou em cadeiras de rodas no colo do acompanhante*; e 7 - *Providencia que as crianças com idade > 36 meses sejam transportadas em maca, deitadas e acompanhadas ou não do responsável, ou em cadeira de rodas no colo do responsável*), pois, conforme recomendaram E2 e E4 o item deve ser separado com o intuito de dividir por faixa etária e E7 sugeriu a separação por ser um item extenso.

Por decisão de E2, o item 17 foi dividido em dois itens para que um item abranja registros relacionados a medidas preventivas e outro a episódios de queda já ocorridos (13 - *Registra no prontuário da criança o resultado para avaliação do risco*

de quedas e todos os procedimentos realizados para sua prevenção; e 14 - Registra no prontuário a ocorrência de quedas, fatores relacionados e os danos gerados).

Diante da avaliação dos 18 itens pelos especialistas, considerando os quesitos analisados e suas sugestões, a 2ª versão do IPQP ficou composta por 15 itens (Quadro 7).

Quadro 7 - Segunda versão do IPQP

PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PEDIATRIA	1	2	3	4	5
01. Avalia o risco para quedas no momento da admissão da criança.					
02. Avalia o risco para quedas da criança diariamente.					
03. Orienta a criança e o acompanhante sobre a presença do risco de queda relacionado a fatores contribuintes, tais como idade, diagnóstico, fatores cognitivos, história pregressa, jejum prolongado, cirurgia/sedação/anestesia e/ou medicação, dano por queda e como prevenir sua ocorrência.					
04. Acomoda crianças com idade ≤ 3 anos em berço e crianças > 3 anos em cama, ambos com grades elevadas a altura máxima.					
05. Providencia que as crianças com idade ≤ 6 meses sejam transportadas no colo do responsável e este em cadeira de rodas.					
06. Providencia que as crianças com idade > 6 meses ou ≤ 36 meses sejam transportadas deitadas em maca na companhia do responsável quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação; ou em cadeira de rodas no colo do responsável.					
07. Providencia que as crianças com idade > 36 meses sejam transportadas em maca, deitadas e acompanhadas ou não do responsável, ou em cadeira de rodas no colo do responsável.					
08. Mantém uma das grades elevadas do berço durante a troca de roupa/fralda da criança.					
09. Informa para o acompanhante se a criança está liberada ou não para deambular.					
10. Aloca a criança com história pregressa de queda próximo ao posto de enfermagem, quando possível.					
11. Orienta a criança e/ou família/responsável a levantar progressivamente (elevar a cabeceira 30° , sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama) de acordo com a presença de risco para quedas já identificado.					
12. Verifica na prescrição os medicamentos que alterem a mobilidade e o equilíbrio;					
13. Registra no prontuário da criança o resultado para avaliação do risco de quedas e todos os procedimentos realizados para sua prevenção.					
14. Registra no prontuário a ocorrência de quedas, fatores relacionados e os danos gerados.					
15. Notifica os incidentes com quedas à Gerência de Riscos e/ou ao Núcleo de Segurança do Paciente (quando existentes).					

Fonte: dados da pesquisa.

A segunda versão da IPQP foi aplicada aos profissionais da saúde para realização da validação do constructo e da confiabilidade.

5.2.1.2 Desenvolvimento da validação do constructo e confiabilidade do instrumento

5.2.1.2.1 Caracterização da amostra

Nos dois hospitais, participaram 203 profissionais, dos quais 32 (15,8%) eram do hospital A e 171 (84,2%) do hospital B.

A tabela 4 apresenta as características sociodemográficas e experiência profissional da amostra. Salienta-se que por se tratar de instrumento cujo preenchimento foi realizado pelo próprio profissional, alguns itens não foram respondidos, o que explica a variação no quantitativo de respostas em algumas categorias.

Tabela 4 – Distribuição dos profissionais segundo suas características sociodemográficas e experiência profissional (Continua)

Dados dos profissionais	N	%
Sexo (n= 203)		
Feminino	198	97,5
Masculino	5	2,5
Idade (n= 177)		
20 – 29	32	18,1
30 – 39	67	37,9
40 – 49	48	27,1
50 – 70	30	16,9
Formação Profissional (n= 203)		
Auxiliar de enfermagem	29	14,3
Técnico de enfermagem	110	54,2
Enfermeiro	45	22,2
Fisioterapeuta	9	4,4
Médico	10	4,9
Tempo de Formação (n= 195)		
1 – 10	68	34,9
11 – 20	73	37,4

Tabela 4 – Distribuição dos profissionais segundo suas características sociodemográficas e experiência profissional (Conclusão)

21 – 30	39	20,0
31 – 42	15	7,7
Tempo de experiência profissional (n= 202)		
1 – 10	82	40,6
11 – 20	64	31,7
21 – 30	42	20,8
31 – 40	14	6,9

Fonte: dados da pesquisa.

É notório que os participantes pertenciam, em sua maioria (90,7%), à equipe de enfermagem. Este fato pode estar atrelado à maior expressividade do sexo feminino entre os profissionais (97,8%), destacando esse sexo como maior prestador de serviços assistenciais de enfermagem (ALVES; GUIRARDELLO, 2016).

Destaca-se que 54,2% dos profissionais enquadram-se na categoria “técnico de enfermagem”, refletindo o perfil nacional dos profissionais de enfermagem, o qual é marcado por essa predominância (COFEN, 2013).

Os médicos foram os que mais se recusaram a responder, alegando falta de tempo para preencher o instrumento. Essa baixa frequência nas repostas dos médicos foi observada também em outros estudos usando instrumentos com o propósito de informações acerca da segurança do paciente (CARVALHO *et al.*, 2017).

A faixa etária variou de 20 a 70 anos com média de $39,2 \pm 10,2$, sendo também encontrados dados semelhantes em um estudo realizado com a equipe de saúde de um hospital universitário público do interior do estado do Paraná, Brasil, no qual a média de idade concentrou-se entre 31 e 40 anos de idade (BOHRER *et al.*, 2016).

No que se refere ao tempo de formação, 65,1% dos profissionais tinham mais de dez anos de formado e 59,4% relataram o mesmo tempo de experiência profissional.

O estudo de Souza *et al.* (2014) apresentou o tempo de formação com média de $15,2 \pm 8,4$ anos, semelhante com a média de $14,2 \pm 9,2$ observada no presente estudo. Já no estudo de Tomazoni *et al.* (2017), 60,7% possuíam tempo de exercício profissional superior a 10 anos, corroborando com o presente estudo.

Outras informações foram solicitadas acerca da caracterização dos profissionais, como carga horária semanal, turno de trabalho e vínculo empregatício com outras instituições, como mostrado na tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição dos profissionais segundo carga horária semanal, turno de trabalho e atuação em outras instituições

Dados dos profissionais	N	%
Carga horária semanal (horas) (n= 185)		
12 – 24	26	14,1
25 – 40	97	52,4
41 – 60	62	33,5
Turnos de trabalho (n=202)		
Diurno	79	39,1
Noturno	79	39,1
Diurno e Noturno	44	21,8
Possui outro vínculo empregatício (n=197)		
Não	106	52,2
Sim	91	47,8

Fonte: dados da pesquisa.

Os participantes do estudo referiram carga horária semanal média de $36,9 \pm 15,1$ horas e 39,1 % apontaram trabalhar no período noturno e a mesma porcentagem no período diurno. Corroborando com o estudo, Sartor, Da Silva e Masiero (2016) quantificaram em seu estudo com 227 profissionais que 87,7% tinham uma carga horária de trabalho igual ou superior a 30 horas.

Em relação ao turno de trabalho, divergindo do presente estudo, pesquisa realizada em Sergipe em hospital especializado em urgência e emergência, o trabalho diurno foi identificado em maior proporção que os demais, em que 61% trabalhavam no período diurno e 39% no noturno (ARAÚJO *et al.*, 2016).

Pesquisa desenvolvida com 136 profissionais de enfermagem lotados em unidades de internação e terapia intensiva de hospital pediátrico da rede privada localizado no município de São Paulo observou que a maioria dos profissionais não possuía outro vínculo empregatício (69,1%, n=94) (ALVES; GUIRARDELLO, 2016), corroborando com os dados encontrados no presente estudo.

5.2.1.3 Validação de constructo

5.2.1.3.1 Análise fatorial

Para se verificar a adequação dos dados para realização da análise fatorial, alguns procedimentos devem ser realizados, dentre eles: 1) verificação do tamanho amostral; 2) preparação de matriz de correlação, que é obtida com o teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), o qual avalia se há correlações entre os itens; 3) extração de um conjunto de fatores da matriz de correlação, que é avaliado pelo teste de esfericidade de Bartlett, e este avalia se os dados produzem uma matriz de identidade; 4) análise do percentual da variância de cada item explicada por todos os fatores juntos, ou seja, a comunalidade, e esta varia entre 0–1; 5) determinação do número de fatores, geralmente com uso do teste gráfico *scree plot* e a rotação dos fatores para aumentar a sua interpretabilidade; 6) A interpretação dos resultados obtidos; e, 7) denominação dos fatores, ou seja, dar títulos ao agrupamento das ações (PALLANT, 2016).

Em relação ao tamanho da amostra, para que se determinasse o número final para realização da validade e confiabilidade do instrumento, segundo recomendação de Pestana e Gageiro (2005), o cálculo foi realizado conforme o número de itens do instrumento. Considerando que a 2ª versão do IPQP possuía 15 itens, o número da amostra deveria ser de 150 profissionais.

No presente estudo, a população foi composta por 88 médicos, 17 fisioterapeutas e 240 profissionais da equipe de enfermagem que trabalhavam na assistência ao paciente nas unidades de internamento pediátrica. A amostra foi composta de 203 profissionais que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão preestabelecidos. Dessa forma, a amostra é considerada adequada, segundo a literatura citada.

Destaca-se que, no que se refere à força de relação entre as variáveis, foi realizado ainda o cálculo da medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), alcançando um coeficiente de 0,866, atestando a adequação à análise fatorial. Além disso, a hipótese nula, na qual não há correlação entre as variáveis, foi verificada pelo teste de esfericidade de Bartlett, que obteve significância de $p < 0,001$, confirmando a existência de correlação entre os domínios.

A análise dos componentes principais gera uma matriz de comunalidades. Estas são correlações de cada variável explicada pelos fatores: quanto maior a comunalidade, maior o seu poder de explicação. Usualmente o valor mínimo aceitável de poder explicativo do fator é de 0,5 (MATIAS; FONSECA; MATOS, 2015). A Tabela 6 demonstra as comunalidades associadas a cada variável.

Tabela 6 – Comunalidades associadas a cada variável

Itens	Inicial	Extração
1	1,000	,660
2	1,000	,667
3	1,000	,531
4	1,000	,727
5	1,000	,664
6	1,000	,770
7	1,000	,711
8	1,000	,778
9	1,000	,618
10	1,000	,619
11	1,000	,494
12	1,000	,492
13	1,000	,714
14	1,000	,596
15	1,000	,631

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Fonte: dados da pesquisa.

De acordo com os dados visualizados na tabela 6, os itens 11 e 12 estiveram ligeiramente abaixo do valor crítico.

Na ação proposta no item 11, “*orienta a criança e/ou família/responsável a levantar progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama) de acordo com a presença de risco para quedas já identificado*” o ato de manter a cabeceira elevada acima de 30° e levantar-se gradualmente é considerada uma ação primordial para prevenção de quedas (BARBOSA *et al.*, 2014).

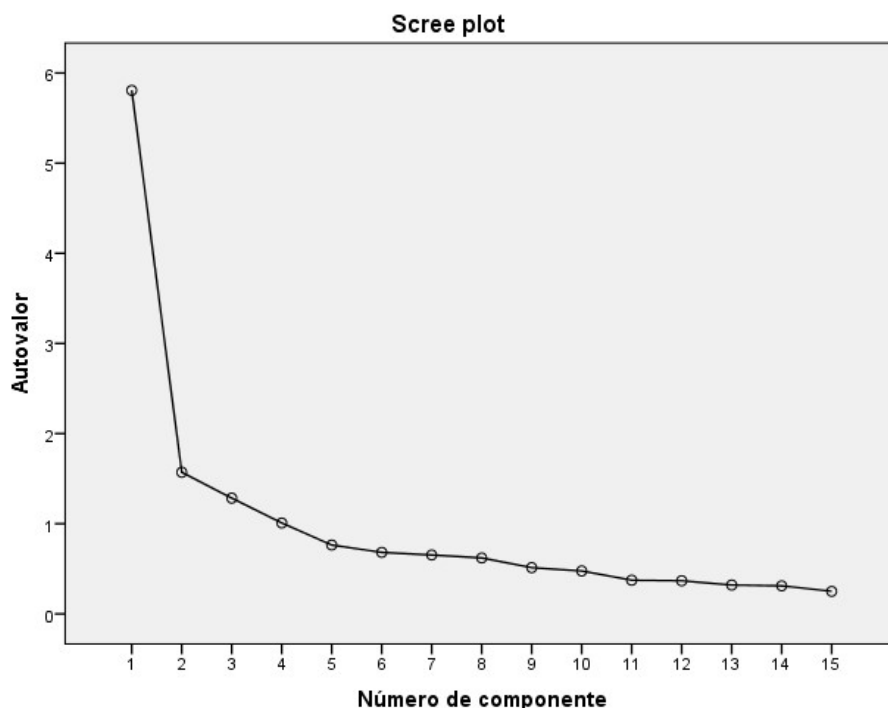
O item 12 “*verifica na prescrição os medicamentos que alterem a mobilidade e o equilíbrio*” é de suma importância uma vez que os medicamentos que a criança hospitalizada utiliza tem relação direta com um risco maior de quedas (MURRAY; VESS; EDLUND, 2016).

Vale acrescentar que, tendo em vista que o instrumento foi construído à luz de um protocolo nacional (BRASIL, 2013e), respeitando-se os itens formulados a partir das ações recomendadas pelo referido protocolo, entende-se que, no contexto do presente estudo, faz-se necessário analisar a magnitude das correlações e a adequação conceitual de cada item dentro de cada domínio do instrumento.

Assim, o resultado mostrado na tabela 6 expôs que as variáveis possuem boa relação com os fatores retidos. A escolha do número de fatores é uma função relevante de uma análise fatorial. De modo geral, deve-se identificar o número mínimo de fatores que maximiza a quantidade de variância total explicada (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JUNIOR, 2010). Não obstante, é comum, em situações práticas, comparar soluções com um número diferente de fatores e fazer a escolha com base no bom senso do pesquisador (MARQUES, 2010).

Realizou-se o diagrama de declividade (regra do *scree plot*) o qual mostra o ponto no qual o gráfico apresenta inclinação, indicando o número máximo de fatores a serem extraídos (RAÏCHE *et al.*, 2013). Logo, o *scree plot* aqui apresentado (figura 3), sugeriu inicialmente que quatro fatores fossem retidos.

Figura 3 - Triagem com autovalores e número de componentes



Para confirmar os fatores extraídos e para buscar o melhor ajuste, os resultados da análise dos componentes principais foram submetidos a uma rotação varimax. A tabela 7 mostra a rotação dos componentes associada a cada item.

Tabela 7 – Rotação dos componentes associada a cada item

Item	Componentes			
	1	2	3	4
1	,759	,082	,216	,176
2	,774	,062	-,046	,250
3	,669	,168	-,016	,234
4	,072	,829	,070	,172
5	,058	,086	,719	,369
6	,108	,146	,850	,124
7	,178	,207	,779	,172
8	,178	,807	,232	,201
9	,458	,597	,213	,078
10	,268	,222	,113	,697
11	,597	,231	,286	,047
12	,443	,085	,276	,461
13	,242	,052	,353	,727
14	,204	,175	,018	,724
15	,066	,102	,367	,694

Fonte: dados da pesquisa.

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.

Na Tabela 7 apresenta-se a matriz de componentes principais em que os itens aparecem dispersos em quatro componentes. Verifica-se que há quatro itens no domínio 1; três itens tanto no domínio 2 quanto no domínio 3; e cinco itens no domínio 4.

Para a distribuição dos itens nos quatro domínios remanescentes, foi avaliada a magnitude da carga fatorial, considerando o maior valor, e a adequação conceitual de cada item dentro de cada domínio.

Assim, de acordo com a análise, o IPQP teria quatro domínios, a saber: avaliação e monitoramento (domínio 1), orientações para paciente/família (domínio 2), práticas diretas (domínio 3) e registro e notificação (domínio 4) com, respectivamente, 4, 3, 3 e 5 ações (tabela 7).

Contudo, cinco itens (03, 04, 08, 10 e 11), de acordo com sua análise teórica e conceitual, não se adequaram aos domínios evidenciados pela análise fatorial, os quais se encontram destacados em negrito na tabela 8.

Tabela 8 – Matriz de correlação entre os itens e os domínios do Instrumento de Prevenção de Quedas na Pediatria, segundo análise fatorial pelos componentes principais e rotação (Continua)

Item		Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
	DOMÍNIO 1 – AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO				
1	Avalia o risco para quedas no momento da admissão da criança.	,759			
2	Avalia o risco para quedas da criança diariamente.	,774			
3	Orienta a criança e o acompanhante sobre a presença do risco de queda relacionado a fatores contribuintes, tais como idade, diagnóstico, fatores cognitivos, história pregressa, jejum prolongado, cirurgia/sedação/anestesia e/ou medicação, dano por queda e como prevenir sua ocorrência.	,669			
11	Orienta a criança e/ou família/responsável a levantar progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama) de acordo com a presença de risco para quedas já identificado.	,597			

Tabela 8 – Matriz de correlação entre os itens e os domínios do Instrumento de Prevenção de Quedas na Pediatria, segundo análise fatorial pelos componentes principais e rotação (Conclusão)

DOMÍNIO 2 – ORIENTAÇÕES PARA PACIENTE/FAMÍLIA		
4	Acomoda crianças com idade \leq 3 anos em berço e crianças > 3 anos em cama, ambos com grades elevadas a altura máxima.	,829
8	Mantém uma das grades elevadas do berço durante a troca de roupa/fralda da criança.	,807
9	Informa para o acompanhante se a criança está liberada ou não para deambular.	,597
DOMÍNIO 3 – PRÁTICAS DIRETAS		
5	Providencia que as crianças com idade \leq 6 meses sejam transportadas no colo do responsável e este em cadeira de rodas.	,719
6	Providencia que as crianças com idade > 6 meses ou \leq 36 meses sejam transportadas deitadas em maca na companhia do responsável quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação; ou em cadeira de rodas no colo do responsável.	,850
7	Providencia que as crianças com idade > 36 meses sejam transportadas em maca, deitadas e acompanhadas ou não do responsável, ou em cadeira de rodas no colo do responsável.	,779
DOMÍNIO 4 – REGISTRO E NOTIFICAÇÃO		
10	Aloca a criança com história pregressa de queda próximo ao posto de enfermagem, quando possível.	,697
12	Verifica na prescrição os medicamentos que alterem a mobilidade e o equilíbrio;	,461
13	Registra no prontuário da criança o resultado para avaliação do risco de quedas e todos os procedimentos realizados para sua prevenção.	,727
14	Registra no prontuário a ocorrência de quedas, fatores relacionados e os danos gerados.	,724
15	Notifica os incidentes com quedas à Gerência de Riscos e/ou ao Núcleo de Segurança do Paciente (quando existentes).	,694

Fonte: dados da pesquisa.

Os itens 3 e 11, pertencentes ao domínio 1, foram realocados pela pesquisadora no domínio 2, pois tratam-se de ações relacionadas à orientação à criança e à família. Os itens 4 e 8, relacionados ao domínio 2, e o item 10, pertencente ao domínio 4, passaram a ser alocados no domínio 3, uma vez que dizem respeito à execução de ações expressas diretamente à criança.

Tal conduta foi baseada nos estudos de outros autores que elaboraram tecnologias, os quais tiveram que fazer adequações em virtude da questão conceitual do construto de interesse (JOVENTINO *et al.*, 2013; GOMES *et al.*, 2016).

Assim, a versão final (Apêndice K) do instrumento de prevenção de quedas na pediatria (IPQP) possui 4 domínios: avaliação e monitoramento, orientações para paciente/família, práticas diretas, registro e notificação, com 2, 3, 6 e 4 itens, respectivamente, totalizando um instrumento composto por 15 itens, conforme exposto na tabela 9.

Tabela 9 – Itens do IPQP alocados nos seus domínios adequados (Continua)

Item	
	DOMÍNIO 1 – AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO
1	Avalia o risco para quedas no momento da admissão da criança.
2	Avalia o risco para quedas da criança diariamente.
	DOMÍNIO 2 – ORIENTAÇÕES PARA PACIENTE/FAMÍLIA
3	Orienta a criança e o acompanhante sobre a presença do risco de queda relacionado a fatores contribuintes, tais como idade, diagnóstico, fatores cognitivos, história pregressa, jejum prolongado, cirurgia/sedação/anestesia e/ou medicação, dano por queda e como prevenir sua ocorrência.
9	Informa para o acompanhante se a criança está liberada ou não para deambular.
11	Orienta a criança e/ou família/responsável a levantar progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama) de acordo com a presença de risco para quedas já identificado.
	DOMÍNIO 3 – PRÁTICAS DIRETAS
4	Acomoda crianças com idade ≤ 3 anos em berço e crianças > 3 anos em cama, ambos com grades elevadas a altura máxima.
5	Providencia que as crianças com idade ≤ 6 meses sejam transportadas no colo do responsável e este em cadeira de rodas.
6	Providencia que as crianças com idade > 6 meses ou ≤ 36 meses sejam transportadas deitadas em maca na companhia do responsável quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação; ou em cadeira de rodas no colo do responsável.

Tabela 9 – Itens do IPQP alocados nos seus domínios adequados (Conclusão)

7	Providencia que as crianças com idade > 36 meses sejam transportadas em maca, deitadas e acompanhadas ou não do responsável, ou em cadeira de rodas no colo do responsável.
8	Mantém uma das grades elevadas do berço durante a troca de roupa/fralda da criança.
10	Aloca a criança com história pregressa de queda próximo ao posto de enfermagem, quando possível.
DOMÍNIO 4 – REGISTRO E NOTIFICAÇÃO	
12	Verifica na prescrição os medicamentos que alterem a mobilidade e o equilíbrio.
13	Registra no prontuário da criança o resultado para avaliação do risco de quedas e todos os procedimentos realizados para sua prevenção.
14	Registra no prontuário a ocorrência de quedas, fatores relacionados e os danos gerados.
15	Notifica os incidentes com quedas à Gerência de Riscos e/ou ao Núcleo de Segurança do Paciente (quando existentes).

Fonte: dados da pesquisa.

O quadro 8 corresponde à terceira versão do instrumento de prevenção de quedas na pediatria obtida após a análise fatorial.

Quadro 8 – Terceira versão do IPQP após análise fatorial

PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PEDIATRIA		1	2	3	4	5
Domínio 1	Avaliação e monitoramento					
	01. Avalia o risco para quedas no momento da admissão da criança.					
	02. Avalia o risco para quedas da criança diariamente.					
Domínio 2	Orientações para paciente/família					
	03. Orienta a criança e o acompanhante sobre a presença do risco de queda relacionado a fatores contribuintes, tais como idade, diagnóstico, fatores cognitivos, história pregressa, jejum prolongado, cirurgia/sedação/anestesia e/ou medicação, dano por queda e como prevenir sua ocorrência.					
	04. Informa para o acompanhante se a criança está liberada ou não para deambular.					
	05. Orienta a criança e/ou família/responsável a levantar progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama) de acordo com a presença de risco para quedas já identificado.					

Domínio 3	Práticas diretas					
	06. Acomoda crianças com idade ≤ 3 anos em berço e crianças > 3 anos em cama, ambos com grades elevadas a altura máxima.					
	07. Providencia que as crianças com idade ≤ 6 meses sejam transportadas no colo do responsável e este em cadeira de rodas.					
	08. Providencia que as crianças com idade > 6 meses ou ≤ 36 meses sejam transportadas deitadas em maca na companhia do responsável quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação; ou em cadeira de rodas no colo do responsável.					
	09. Providencia que as crianças com idade > 36 meses sejam transportadas em maca, deitadas e acompanhadas ou não do responsável, ou em cadeira de rodas no colo do responsável.					
	10. Mantém uma das grades elevadas do berço durante a troca de roupa/fralda da criança.					
	11. Aloca a criança com história pregressa de queda próximo ao posto de enfermagem, quando possível.					
Domínio 4	Registro e notificação					
	12. Verifica na prescrição os medicamentos que alterem a mobilidade e o equilíbrio;					
	13. Registra no prontuário da criança o resultado para avaliação do risco de quedas e todos os procedimentos realizados para sua prevenção.					
	14. Registra no prontuário a ocorrência de quedas, fatores relacionados e os danos gerados.					
	15. Notifica os incidentes com quedas à Gerência de Riscos e/ou ao Núcleo de Segurança do Paciente (quando existentes).					

Fonte: dados da pesquisa.

5.2.1.3.2 Testagem de hipóteses por comparação de grupos contrastados

Para prevenir quedas é importante estar atento aos fatores contribuintes que desempenham um papel na origem, no desenvolvimento ou no aumento do risco da ocorrência de um incidente/evento adverso (WHO, 2009). Eles podem estar associados aos profissionais, ao ambiente, aos fatores externos fora do controle da organização, ao processo de trabalho e ao paciente.

Para tanto, fez-se relevante realizar o cruzamento entre as variáveis sociodemográficas dos profissionais envolvidos no presente estudo e o autorrelato para frequência de execução das ações para prevenção de quedas. Considerou-se adequado as respostas com o nível de medição sempre, representando uma maior prevenção de quedas, e inadequado as respostas nunca, quase nunca, às vezes e quase sempre.

A tabela 10 evidencia a associação entre os escores do IPQP e as variáveis sociodemográficas sexo, faixa etária, formação profissional, tempo de experiência na pediatria, carga horária, turno de trabalho e participação em curso de aperfeiçoamento.

Tabela 10 – Associação entre os escores do IPQP e as variáveis sociodemográficas (Continua)

Variável	Inadequado						Adequado		p		
	Nunca		Quase Nunca		Às vezes		Quase sempre			Sempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexo											0,159 ^a
Feminino	4	2,0	8	4,0	19	9,6	58	29,3	109	55,1	
Masculino	1	20,0	0	0,0	0	0,0	3	40,0	1	40,0	
Faixa etária	(r = -0,033)										0,666 ^b
21-29	1	3,1	2	6,3	2	6,3	14	43,8	13	40,6	
30-39	1	1,5	0	0,0	5	7,5	18	26,9	43	64,2	
40-49	2	4,2	3	6,3	6	12,5	12	25,0	25	52,1	
50-70	1	3,3	2	6,7	4	13,3	12	40,0	11	36,7	
Formação profissional											0,002 ^a
Auxiliar de enfermagem	1	3,4	1	3,4	2	6,9	10	34,5	15	51,7	
Técnico de enfermagem	0	0,0	2	1,8	10	9,1	29	26,4	66	62,7	
Enfermeiro	0	0,0	2	4,4	4	8,8	11	24,5	28	62,3	
Fisioterapeuta	4	44,4	2	22,2	0	0,0	3	33,3	0	0,0	
Médico	0	0,0	0	0,0	2	20	6	60	2	20	
Tempo de experiência em pediatria (anos)	(r = 0,026)										0,718 ^b
1-5	3	5,5	3	5,5	5	9,1	19	34,5	25	45,5	
6-10	0	0,0	2	2,9	5	7,4	18	26,5	43	63,2	
11-15	0	0,0	0	0,0	3	16,7	6	33,3	9	50,0	
16-25	2	5,0	2	5,0	4	10,0	12	30,0	20	50,0	
26-40	0	0,0	1	5,3	2	10,5	5	26,3	11	57,9	

Tabela 10 – Associação entre os escores do IPQP e as variáveis sociodemográficas (Conclusão)

Carga horária (r = -0,011)											0,881 ^b
Até 20	2	7,7	1	3,8	2	7,7	6	23,1	15	57,7	
21-40	2	2,1	4	4,1	8	8,2	33	34	50	51,5	
41 ou mais	1	1,6	3	4,8	8	12,9	19	30,6	31	50	
Turno de trabalho											0,037 ^a
Diurno	4	5,1	1	1,3	11	13,9	21	26,6	42	53,2	
Noturno	1	1,3	2	2,5	7	8,9	26	32,9	43	54,4	
Diurno e noturno	0	0,0	5	11,4	1	2,3	13	29,5	25	56,8	
Participação em curso sobre segurança do paciente											0,005 ^a
Sim	1	1,0	2	2,1	4	4,2	25	26,0	64	66,7	
Não	4	3,9	6	5,8	15	14,6	33	32,0	45	43,7	

Fonte: dados da pesquisa.

^a Razão de Verossimilhança

^b Coeficiente de Correlação de Spearman

Pode-se verificar que apenas três variáveis sociodemográficas possuem associação estatisticamente significativa com a prevenção de quedas: formação profissional (p=0,002), turno de trabalho (p= 0,037) e participação de cursos de aperfeiçoamento (p=0,005).

Neste estudo, fazer parte da equipe de enfermagem tem relação direta com maior prevenção de quedas do que os demais profissionais analisados.

O trabalho da equipe de enfermagem, determinado entre outros aspectos pelo maior tempo de permanência nos serviços de saúde em relação aos outros profissionais da equipe multiprofissional, permite a articulação necessária para a segurança do paciente, uma vez que este coordena o cuidado e, portanto, a eles compete proporcionar assistência de qualidade, promovendo a interação entre os diferentes profissionais. Para tanto, a equipe de enfermagem se vale do gerenciamento que, além de direcionar a assistência, deve permitir relações interdisciplinares e apoio a outros profissionais da equipe, contribuindo para a efetividade do cuidado prestado (SOUZA *et al.*, 2017).

Vale destacar que, segundo o presente estudo, o técnico de enfermagem é o profissional da equipe que mais presta um cuidado seguro no que diz respeito à queda.

Sabe-se que estes são responsáveis por grande parte das ações assistenciais e, portanto, encontra-se em posição privilegiada para reduzir a possibilidade de incidentes que atingem o paciente, além de detectar as complicações precocemente e realizar as condutas necessárias para minimizar os danos. De modo geral, esses profissionais utilizam tecnologias, como protocolos e *checklists*, para realizar intervenções que possibilitem a assistência livre de danos aos pacientes, mais segura e com qualidade, os quais tem direcionado o trabalho e registrado os cuidados executados na resolução ou prevenção de um problema (SILVA *et al.*, 2016).

Corroborando com esse pensamento, a equipe de enfermagem como um todo está cada vez mais empenhada na busca da progressão profissional, esforçando-se para uma melhor qualificação, com vistas à prestação de cuidados seguros, de qualidade e embasados em evidências científicas (GOMES *et al.*, 2017). Dessa forma, o aprimoramento das habilidades e do conhecimento por parte da equipe se constitui em fator essencial para a melhoria da qualidade assistencial e, conseqüentemente, na prestação de assistência segura aos usuários dos serviços de saúde que buscam atendimento (FRANCOLIN *et al.*, 2015).

Em virtude da função ocupada pela enfermagem em relação ao paciente, estes profissionais podem evitar erros ao tomar decisões assertivas de cuidados, além de assumir papel de liderança na promoção da utilização de evidências para promover a segurança e qualidade do cuidado da mesma forma que a incongruência de pensamento entre a equipe multiprofissional resulta em diferentes ações, atitudes e pensamentos, havendo a necessidade de se promover uma articulação entre os envolvidos em prol de práticas que gerem maior segurança ao paciente (SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017).

Com relação ao turno de trabalho constatou-se que profissionais que trabalham os dois turnos afirmaram realizar adequadamente as ações de prevenção de quedas, indo de encontro à hipótese levantada de que profissionais que trabalham apenas um turno realizariam adequadamente as ações de prevenção de quedas.

Levantou-se essa hipótese uma vez que as modificações no estilo de vida e saúde do profissional que trabalha em plantão noturno revelam determinantes que podem levar a agravos à saúde, tais como: dupla jornada de trabalho que, como consequência, acarreta problemas pessoais e de saúde; alimentação não saudável, quando esses trabalhadores substituem a refeição principal por um lanche rápido; vida social e familiar prejudicadas; folgas insuficientes para descanso; sono prejudicado,

dentre outros. Esses aspectos podem influenciar a qualidade do serviço prestado, uma vez que, com o agravante do sono, esses trabalhadores ficam mais sujeitos a possíveis erros (SILVA *et al.*, 2017).

Em estudo realizado com profissionais de enfermagem em unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal de cinco hospitais escola da região metropolitana de São Paulo, observou-se uma má qualidade de sono entre os profissionais que trabalhavam em três turnos distintos (matutino, vespertino e noturno). Independentemente do turno de trabalho, todos eles eram submetidos a estresse em suas rotinas de trabalho, uma vez que lidavam com crianças (GUERRA *et al.*, 2016).

Ademais, dentre as características do trabalho em saúde, há exigências de concentração, mantendo o profissional nos estados de alerta, agilidade, com cobrança de seus serviços prestados, além de gerenciamento do turno de trabalho e supervisão do trabalho da equipe, dentre outras atividades (VITALE; VARRONE-GANESH; VU, 2015).

Quanto à correlação positiva entre resultados mais elevados de prevenção de quedas (adequados) e a participação de cursos de aperfeiçoamento, a hipótese do estudo foi comprovada.

A educação permanente é a principal ferramenta para as mudanças nos processos de trabalho. Nesse sentido, intervenções educacionais contínuas, concentradas nos protocolos com ações respaldadas em evidências, ajudam a mudar padrões (SERRA; BARBIERI; CHEADE, 2016).

Esta têm importante papel nas ações de educação em saúde, orientações e estímulo à equipe, para buscar melhorias dos processos e minimizar os riscos (REINIACK *et al.*, 2017), contribuindo para realização de práticas seguras no que diz respeito à queda.

Entende-se que os profissionais que atuam em serviços de atenção ao cuidado à criança precisam de atualizações a fim de desenvolver suas habilidades conforme a assistência prestada, realizando, dessa forma, intervenções e encaminhamentos cabíveis de suas funções, sempre que houver necessidade (RANGEL *et al.*, 2017).

Em estudo realizado com profissionais da saúde e de áreas técnicas e administrativas que participaram de curso de segurança do paciente realizado em 2014, observou-se que o número de notificações de eventos adversos teve a seguinte evolução:

em 2014, houve 457 notificações para um total de 15.444 pacientes hospitalizados (2,96%). Após o curso, no primeiro semestre de 2016, este número chegou a 1.401 notificações para 10.180 pacientes (13,76%) (WANDERLEI; MONTAGNA, 2018), demonstrando a importância da educação como ferramenta para a prestação de um cuidado seguro.

Esse achado é corroborado por estudo que destaca a importância da adoção de estratégias de sensibilização e educação da equipe, buscando uma implantação de novas práticas de maneira colaborativa e construtiva (HEMESATH *et al.*, 2015), destacando-se que a participação da equipe em cursos de aperfeiçoamento auxilia na redução de falhas na prevenção de quedas e para consolidar um atendimento com qualidade e segurança.

Portanto, educação permanente acerca da segurança do paciente, por meio de capacitações e cursos, auxilia na atualização de novas diretrizes e de estratégias visando à melhoria tanto da prática para a saúde das crianças hospitalizadas quanto da qualidade à assistência prestada (CESTARI *et al.*, 2017).

A análise realizada por meio dos grupos contrastados buscou testar as hipóteses pretendidas nesse estudo. Assim, confirmou-se a hipótese de os resultados mais elevados (adequados) de prevenção de quedas estão associados à equipe de enfermagem, bem como a hipótese de que os resultados mais elevados de prevenção de quedas (adequados) correlacionarão positivamente com a participação de cursos de aperfeiçoamento.

A hipótese inicial de que os resultados mais elevados (adequados) de prevenção de quedas estão associados à maior experiência profissional na pediatria, a hipótese de que a elevada carga horária semanal de trabalho correlacionará negativamente com a adequada prevenção de quedas e a hipótese de que profissionais que trabalham apenas um turno realizarão adequadamente as ações de prevenção de quedas não foram confirmadas nesse estudo.

5.2.2 Confiabilidade

O Alfa de Cronbach do IPQP com seus 15 itens foi de 0,883 indicando uma alta consistência interna. Geralmente, considera-se que o intervalo ideal de valores alfa esteja entre 0,7 e 0,9 (FIELD, 2009).

A tabela 11 mostra os valores de alfa de Cronbach na ausência de qualquer um dos itens do instrumento.

Tabela 11 – Alfa de Cronbach para a avaliação das ações de prevenção de quedas na pediatria

Item	Alfa de Cronbach se o item for excluído
1	0,875
2	0,879
3	0,879
4	0,877
5	0,878
6	0,880
7	0,874
8	0,876
9	0,873
10	0,875
11	0,872
12	0,873
13	0,868
14	0,876
15	0,874

Fonte: dados da pesquisa.

A apreciação da tabela 11 infere que o item 4, referente à ação “*Acomoda crianças com idade ≤ 3 anos em berço e crianças > 3 anos em cama, ambos com grades elevadas a altura máxima*” e o item 13, referente à ação “*Registra no prontuário da criança o resultado para avaliação do risco de quedas e todos os procedimentos realizados para sua prevenção*” são os itens que mais contribuem com a elevação e redução, respectivamente, da confiabilidade do instrumento se excluídos.

Ressalta-se que todos os valores encontrados de alfa de Cronbach foram menores que 0,883, o que implica que, se retirado qualquer um dos itens, o questionário não sofreria grandes alterações em relação ao alfa, mantendo-se no parâmetro aceitável.

Considera-se que a confiabilidade e a validade são aspectos determinantes na avaliação e no rigor de um instrumento de medida (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Entretanto, estas não são atributos totalmente independentes uma vez que um instrumento que não seja confiável não é capaz de ser válido (POLIT; BECK, 2011). Desse modo, o instrumento de prevenção de quedas na pediatria (IPQP), após passar por essas avaliações, foi considerado um instrumento válido e confiável quanto ao seu conteúdo.

5.3 Identificação das ações realizadas pelos profissionais de saúde na prevenção de quedas na pediatria

Para avaliar as ações de prevenção de quedas realizadas pelos profissionais de saúde, utilizou-se a mesma amostra da validação de constructo e confiabilidade.

Analisou-se o desempenho dos profissionais em cada ação do processo, utilizando-se o mesmo método abordado no estudo de Haddad e Évora (2008), o Índice de Positividade (IP) para Qualidade da Assistência (QA). Para este estudo, considerou-se somente a resposta “sempre executa esta ação em sua rotina de trabalho” como positiva, uma vez que parte-se do princípio que a prevenção de quedas é maior quando os profissionais sempre executam as ações, contribuindo, assim, para a segurança do paciente.

Assim, a assistência foi classificada de acordo com o IP obtido, sendo: IP de 100% – assistência desejável; IP entre 90 e 99% – assistência adequada; IP entre 80 e 89% – assistência segura; IP entre 70 a 79% – assistência limítrofe e IP menor ou igual a 70% – assistência sofrível (HADDAD; ÉVORA, 2008).

Os resultados do IPQP foram analisados em seus domínios (avaliação e monitoramento, orientações para paciente/família, práticas diretas e registro e notificação). A tabela 12 evidencia a execução das ações de prevenção de quedas pelos profissionais de saúde nos níveis de frequência nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre e sempre, conforme domínios do IPQP.

Tabela 12 – Distribuição das respostas dos profissionais, segundo o IP e os domínios (Continua)

Itens	Inadequado								Adequado		
	Nunca		Quase nunca		Às vezes		Quase sempre		Sempre		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Domínio 1	1	17	8,4	5	2,5	10	4,9	26	12,8	145	71,4
	2	12	5,9	6	3,0	18	8,9	32	15,8	135	66,5
Domínio 2	3	8	3,9	3	1,5	16	7,9	29	14,3	147	72,4
	4	8	3,9	0	0,0	6	3,0	16	7,9	173	85,2
	5	17	8,4	6	3,0	20	9,9	31	15,3	129	63,5

Tabela 12 – Distribuição das respostas dos profissionais, segundo o IP e os domínios (Conclusão)

Domínio 3	6	17	8,4	2	1,0	10	4,9	32	15,8	142	70,0
	7	51	25,1	8	3,9	19	9,4	25	12,3	100	49,3
	8	40	19,7	3	1,5	7	3,4	14	6,9	139	68,5
	9	41	20,2	6	3,0	5	2,5	28	13,8	123	60,6
	10	14	6,9	2	1,0	9	4,4	16	7,9	162	79,8
Domínio 4	11	40	19,7	11	5,4	20	9,9	35	17,2	97	47,8
	12	29	14,3	11	5,4	25	12,3	21	10,3	117	57,6
	13	47	23,2	23	11,3	14	6,9	28	13,8	91	44,8
	14	21	10,3	7	3,4	15	7,4	23	11,3	137	67,5
	15	61	30,0	8	3,9	16	7,9	18	8,9	100	49,3

Fonte: dados da pesquisa.

Observa-se na tabela 12 que apenas o item 4 obteve IP entre 80 e 89, sendo a ação a mais realizada pelos profissionais de saúde, classificando a assistência como segura para essa ação. Os itens 1 (71,4%), 3 (72,4%) e 10 (79,8%) atingiram um IP entre 71 e 79%, considerada uma assistência limítrofe, e todos os demais itens obtiveram valores iguais ou inferiores a 70%, classificando a assistência como sofrível.

Para melhor visualização dos resultados, a tabela 13 expõe o índice de positividade para cada categoria profissional.

Tabela 13 – Análise da qualidade da prevenção de queda na pediatria conforme categoria profissional (Continua)

Item	Índice de Positividade (%)						QA em relação aos profissionais de saúde
	Auxiliar (n=29) N(%)	Técnico (n=110) N(%)	Enfermeiro (n=45) N(%)	Fisioterapeuta (n=9) N(%)	Médico (n=10) N(%)	Total (n=203) N(%)	
01. Avalia o risco para quedas no momento da admissão da criança.	20 (69%)	85 (77,3%)	36 (80%)	1 (11,1%)	3 (30,0%)	145 (71,4%)	Limítrofe
02. Avalia o risco para quedas da criança diariamente.	22 (75,9%)	82 (74,5%)	26 (57,8%)	3 (33,3%)	2 (20,0%)	135 (66,5%)	

Domínio 1

Tabela 13 – Análise da qualidade da prevenção de queda na pediatria conforme categoria profissional (Conclusão)

Domínio 2	03. Orienta a criança e o acompanhante sobre a presença do risco de queda relacionado a fatores contribuintes, tais como idade, diagnóstico, fatores cognitivos, história pregressa, jejum prolongado, cirurgia/sedação/anestesia e/ou medicação, dano por queda e como prevenir sua ocorrência							
	04. Informa para o acompanhante se a criança está liberada ou não para deambular.	24 (82,8%)	97 (88,2%)	41 (91,1%)	4 (44,4%)	7 (70,0%)	173 (85,2%)	Seguro
	05. Orienta a criança e/ou família/responsável a levantar progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama) de acordo com a presença de risco para quedas já identificado.	19 (65,5%)	79 (71,8)	23 (51,1%)	4 (44,4%)	4 (40,0%)	129 (63,5%)	Sofrível
Domínio 3	06. Acomoda crianças com idade ≤ 3 anos em berço e crianças > 3 anos em cama, ambos com grades elevadas a altura máxima.	24 (82,8%)	82 (74,5%)	27 (60,0%)	2 (22,2%)	7 (70,0%)	142 (70,0%)	Sofrível
	07. Providencia que as crianças com idade ≤ 6 meses sejam transportadas no colo do responsável e este em cadeira de rodas.	15 (51,7%)	65 (59,1%)	15 (33,3%)	1 (11,1%)	4 (40,0%)	100 (49,3%)	Sofrível
	08. Providencia que as crianças com idade > 6 meses ou ≤ 36 meses sejam transportadas deitadas em maca na companhia do responsável quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação; ou em cadeira de rodas no colo do responsável.	21 (72,4%)	84 (76,4%)	29 (64,4%)	1 (11,1%)	4 (40,0%)	139 (68,5%)	Sofrível
	09. Providencia que as crianças com idade > 36 meses sejam transportadas em maca, deitadas e acompanhadas ou não do responsável, ou em cadeira de rodas no colo do responsável.	18 (62,1%)	73 (66,4%)	26 (57,8%)	1 (11,1%)	5 (50,0%)	123 (60,6%)	Sofrível
	10. Mantém uma das grades elevadas do berço durante a troca de roupa/fralda da criança.	25 (86,2%)	95 (86,4%)	34 (75,6%)	0 (0,0%)	8 (80,0%)	162 (79,8%)	Limítrofe
Domínio 4	11. Aloca a criança com história pregressa de queda próximo ao posto de enfermagem, quando possível.	15 (51,7%)	59 (53,6%)	20 (44,4%)	2 (22,2%)	1 (10,0%)	97 (47,8%)	Sofrível
	12. Verifica na prescrição os medicamentos que alterem a mobilidade e o equilíbrio.	19 (65,5%)	69 (62,7%)	24 (53,3%)	2 (22,2%)	3 (30,0%)	117 (57,6%)	Sofrível
	13. Registra no prontuário da criança o resultado para avaliação do risco de quedas e todos os procedimentos realizados para sua prevenção.	14 (48,3%)	59 (53,6%)	17 (37,8%)	2 (22,2%)	3 (30,0%)	91 (44,8%)	Sofrível
Domínio 4	14. Registra no prontuário a ocorrência de quedas, fatores relacionados e os danos gerados.	19 (65,5%)	81 (73,6%)	32 (71,1%)	1 (11,1%)	4 (40,0%)	137 (67,5%)	Sofrível
	15. Notifica os incidentes com quedas à Gerência de Riscos e/ou ao Núcleo de Segurança do Paciente (quando existentes).	13 (44,8%)	65 (59,1%)	20 (44,4%)	0 (0,0%)	2 (20,0%)	100 (49,3%)	Sofrível

Fonte: dados da pesquisa.

De acordo com a tabela 13, observa-se que as ações 6 e 12 foram mais desempenhadas pelos auxiliares de enfermagem. As ações 1 e 4 foram melhor desempenhadas pelos enfermeiros e as demais ações do IPQP tiveram o técnico de enfermagem como o que melhor desempenhou a ação dentre os profissionais.

- Domínio 1 – Avaliação e monitoramento

Os resultados em relação ao domínio 1 mostraram que a ação 1 teve a assistência classificada como limítrofe, e a ação 2 como sofrível, sendo o enfermeiro e técnico de enfermagem os profissionais que melhor as desempenharam, respectivamente.

A ação 1 "*Avalia o risco para quedas no momento da admissão da criança*" (IP 71,4%; QA limítrofe) e ação 2 "*Avalia o risco para quedas da criança diariamente*" (IP 66,5%; QA sofrível) devem ser realizadas de maneira rotineira, pois a avaliação do risco de queda é um passo crucial na prevenção de danos e na melhoria da segurança para os pacientes pediátricos hospitalizados.

Em geral, a avaliação para o risco de quedas envolve o levantamento de fatores, como histórico de quedas, alteração mental e sensorial, mobilidade, idade, medicações em uso, alterações do equilíbrio, inatividade e alterações da visão e audição. A identificação e avaliação de tais fatores de forma individualizada permite que sejam implementadas estratégias de prevenção de quedas conforme as características apresentadas pelo paciente (HIGAONNA; ENOBI; NAKAMURA, 2017).

Para tanto, os profissionais de saúde devem usar diariamente ferramentas validadas, como escalas de avaliação de risco de queda, em sua avaliação clínica, pois evidências mostram que um programa abrangente de prevenção de quedas que usa uma ferramenta de triagem válida e clinicamente testada e inclui intervenções fornece o melhor resultado para auxiliar na identificação daqueles em risco de queda (KRAMLICH; DENDE, 2016).

Ainda assim, mesmo essas tendo como objetivo prever os pacientes que irão cair, sabe-se que pode acontecer de o paciente que foi classificado como de baixo risco cair e aquele que classificado de alto risco pode não cair (DIGEROLAMO; DAVIS, 2017). Dessa forma, considera-se que essas ferramentas não são a única fonte de

previsão, mas sim ações imediatas para mitigar os fatores específicos que colocam o paciente em risco.

- Domínio 2 – Orientações para paciente/família

A análise dos resultados referentes ao domínio 2 demonstrou que a ação 3 teve assistência limítrofe, a ação 4 teve assistência segura e a ação 5 teve assistência sofrível. Ressalta-se que as ações 3 e 5 foram melhor desempenhadas pelos técnicos de enfermagem, já a ação 4 foi pelos enfermeiros.

A ação 3 *“Orienta a criança e o acompanhante sobre a presença do risco de queda relacionado a fatores contribuintes, tais como idade, diagnóstico, fatores cognitivos, história pregressa, jejum prolongado, cirurgia/sedação/anestesia e/ou medicação, dano por queda e como prevenir sua ocorrência”* (IP 72,4%; QA limítrofe) deve ser realizada uma vez que a educação do acompanhante na prevenção de quedas é um método eficaz para reduzir quedas pediátricas. Sabe-se que a taxa de quedas é menor em hospitais que implementaram a educação dos pacientes e cuidadores mais de uma vez sobre prevenção de quedas em comparação com os que não os implementaram (FUJITA; FUJITA; FUJIWARA, 2013).

Dentre as possíveis tecnologias a serem utilizadas para a educação dos acompanhantes, o panfleto é considerado eficaz na prevenção de quedas, auxiliando na sua sensibilização (LEE *et al.*, 2013). Dessa forma, é necessário educar o acompanhante e supervisionar constantemente as crianças para garantir que estejam realizando atividades com segurança desde o estágio inicial da hospitalização.

Portanto, educar o acompanhante sobre os fatores relacionados à ocorrência de quedas é uma maneira de demonstrar a importância deste na prevenção de quedas, além de incentivar a compreensão de que o profissional de saúde que faz a avaliação do risco precisa estar atento a intervenções para prevenção, com vistas à segurança do paciente (ALVES *et al.*, 2017).

A ação 4 *“Informa para o acompanhante se a criança está liberada ou não para deambular”* (IP 85,2%; QA seguro) foi a única dentre as 15 que teve a qualidade da assistência classificada como segura. Ações como esta são fundamentais para evitar deambulação precoce e conseqüentemente quedas, principalmente em período pós-operatório (SEVERO *et al.*, 2014). A continuidade da assistência ao paciente no meio

hospitalar depende da adequada partilha de informações clínicas entre os profissionais de saúde e o acompanhante, de modo que a comunicação ineficaz, advinda de falhas no processo de compartilhamento destas informações, pode traduzir-se em ações inseguras às crianças (VALERA *et al.*, 2017).

Assim, a transparência e a disponibilização das informações podem contribuir na adoção de práticas mais seguras e custo efetivas nos serviços de saúde, com reflexos diretos na segurança do paciente (VIANA *et al.*, 2016).

Profissionais de saúde devem estar aptos para se comunicarem efetivamente entre si e entre os pacientes, a fim de que haja compreensão mútua e envolvimento nas decisões sobre o cuidado (PAIXÃO *et al.*, 2017), uma vez que a comunicação efetiva como estratégia entre profissionais de saúde e acompanhante favorece o envolvimento deste na segurança da criança (RODRIGUES *et al.*, 2018).

A ação 5 “*Orienta a criança e/ou família/responsável a levantar progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama) de acordo com a presença de risco para quedas já identificado*” (IP 63,5%; QA sofrível) é considerada uma ação que, se não realizada, compromete a assistência e a recuperação da clientela (DUARTE *et al.*, 2016).

Observa-se que, apesar de os profissionais de saúde possuírem algum conhecimento de práticas recomendadas relacionadas a essa ação, evidencia-se a necessidade de educação permanente com o intuito de incorporar novos conhecimentos, tecnologias e alternativas disponíveis para utilização em sua assistência, como mostra estudo realizado em centros de terapia intensiva e semi-intensiva de um hospital de ensino da cidade de Curitiba. Em campanha de prevenção realizada, quanto à elevação da cabeceira menos que 45°, o percentual pré-campanha foi de 79,4% e 100% pós-campanha ($p < 0,001$), demonstrando que pode ser uma estratégia efetiva para estimular a equipe a aderir a medidas recomendadas (OLKOSKI; ASSIS, 2016).

Estudo desenvolvido em três unidades de terapia intensiva (UTI) de São Paulo objetivou analisar as boas práticas em saúde. Ao serem comparadas, as unidades apresentaram diferenças importantes em ações relacionadas à prevenção de quedas, estando o ato de manter a cabeceira elevada acima de 30°, como medida eficaz em mais de 90% nas três instituições (BARBOSA *et al.*, 2014).

- Domínio 3 – Práticas diretas

Os resultados em relação ao domínio 3 mostraram que apenas a ação 10 teve a assistência classificada como limítrofe, sendo as demais classificadas como sofrível. Quanto ao desempenho dos profissionais, apenas a ação 6 foi melhor desempenhada pelos auxiliares de enfermagem. As demais tiveram o técnico de enfermagem como o profissional de saúde de melhor desempenho.

A ação 6 “*Acomoda crianças com idade ≤ 3 anos em berço e crianças > 3 anos em cama, ambos com grades elevadas a altura máxima*” (IP 70,0%; QA sofrível) chama atenção à acomodação adequada de acordo com a idade e enfatiza a elevação das grades elevadas.

Apesar de haver divergências quanto à faixa etária que cai com mais frequência em ambiente hospitalar, em que um aponta que crianças menores de três anos caem mais (GONZALEZ *et al.*, 2016) enquanto crianças de 5 a 12 anos de idade tem maior risco de cair (FRANK *et al.*, 2017), observa-se que o local mais comum de quedas é a cama (FRANK *et al.*, 2017), daí a importância de acomodar o paciente de acordo com a idade em local apropriado.

Além disso, estudo mostra que entre os pacientes acomodados em maca/leito, identificou-se que no setor internamento menos da metade dos pacientes (49,2%) foram orientados quanto ao risco de queda. Como agravante, observou-se que apenas 72,8% das macas/leitos tinham as grades elevadas, fato que se assoma ao alto risco pelo tipo de acomodação, independente dos fatores preditores contribuintes a ocorrência deste evento (PAIXÃO *et al.*, 2018), demonstrando a importância da realização da ação de acomodação adequada bem como elevação das grades na prática profissional.

Quanto às ações que dizem respeito ao transporte, tais como: ação 7 “*Providencia que as crianças com idade ≤ 6 meses sejam transportadas no colo do responsável e este em cadeira de rodas*” (IP 49,3%; QA sofrível); ação 8 “*Providencia que as crianças com idade > 6 meses ou ≤ 36 meses sejam transportadas deitadas em maca na companhia do responsável quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação; ou em cadeira de rodas no colo do responsável*” (IP 68,5%; QA sofrível); e ação 9 “*Providencia que as crianças com idade > 36 meses sejam transportadas em maca, deitadas e acompanhadas ou não do responsável, ou em*

cadeira de rodas no colo do responsável” (IP 60,6%; QA sofrível) mostram que os profissionais de saúde estudados não realizam as ações de forma segura.

O transporte intra-hospitalar é um período de instabilidade e riscos para o paciente, com possibilidade de intercorrências relacionadas à falhas técnicas, a alterações fisiológicas do paciente, ao tempo de transporte, bem como à equipe que o realiza (MENEGUIN; ALEGRE; LUPPI, 2014).

Os dados de identificação da criança, como a idade, são informações importantes que devem ser avaliadas pelos profissionais de saúde, com o intuito de assegurar a continuidade do cuidado e a segurança do paciente pediátrico relacionado ao transporte do paciente. Apesar de, em geral, ser o enfermeiro o profissional responsável por repassar as informações quanto à transferência do paciente, e, em sua ausência, esta responsabilidade ser transferida ao técnico de enfermagem ou ao auxiliar de enfermagem, é fundamental que seja sistematizado, realizado por profissionais capacitados e com recursos materiais adequados (SILVA *et al.*, 2017).

Vale destacar que se foi levantada a hipótese acerca da qualidade da assistência das ações relacionadas ao transporte terem sido classificadas como sofrível devido à falta de disponibilidade de cadeiras de rodas suficiente nos setores avaliados. Nesse sentido, a garantia de acesso a transporte adequado e oportuno, quando necessário, é fundamental para a segurança do paciente (DULFE *et al.*, 2015).

A ação 10 “*Mantém uma das grades elevadas do berço durante a troca de roupa/fralda da criança*” (IP 79,8%; QA sofrível) não teve desempenho considerado seguro. A manutenção das grades elevadas do leito é tida como ação básica e irrefutável, porém de baixa adesão dos profissionais (CRUZ, 2016). A não elevação das grades do leito é considerada como um erro na assistência, o que leva a possíveis incidentes ou eventos adversos (DUARTE *et al.*, 2016).

Sabe-se que os cuidados diários, como higiene e troca de fralda, podem ser ações geradoras de estresse à criança e, a depender da maneira que for realizada, pode proporcionar momento de agitação, levando à queda (STELMAK; FREIRE, 2017).

É importante salientar que, esse cuidado, que era específico da equipe de enfermagem, vem sendo compartilhado com a família, ou delegado à mesma, o que sugere um processo de desresponsabilização da equipe com cuidados, muitas vezes, desvalorizados pela enfermagem, por exemplo. Esse processo caracteriza uma clara divisão de tarefas, entre o saber científico, realizado pela enfermagem, e o saber

popular, a cargo da família. O cuidado à criança deveria ocorrer conjuntamente, construindo o conhecimento dos profissionais de saúde com o do acompanhante (CORREA *et al.*, 2015).

A ação 11 “*Aloca a criança com história pregressa de queda próximo ao posto de enfermagem, quando possível*” (IP 47,8%; QA sofrível) é condizente com a literatura quando afirma que uma vez que o paciente tenha uma queda, esse paciente deve, a partir de então, ser considerado como tendo um alto risco de queda durante o restante da internação hospitalar. Isso pode ser sinalizado como um alerta contínuo no prontuário, semelhante a um alerta de alergia para manter a conscientização constante de todos os membros da equipe clínica (FRANK *et al.*, 2017).

A presença de mais de uma queda pode estar relacionada com a ansiedade pela nova condição em que o paciente se encontra, bem como uso de medicações novas e a não adaptação com o ambiente hospitalar e pode gerar, ainda, depressão, insegurança e o medo de uma nova queda (LAUSS *et al.*, 2014).

- Domínio 4 – Registro e notificação

A análise dos resultados referentes ao domínio 4 demonstrou que todas as ações tiveram assistência sofrível. Ressalta-se que a ação 12 melhor desempenhada pelo auxiliar de enfermagem, sendo as demais ações melhor desempenhadas pelos técnicos de enfermagem.

A ação 12 “*Verifica na prescrição os medicamentos que alterem a mobilidade e o equilíbrio*” (IP 57,6%; QA sofrível) versa acerca da associação entre o uso de medicamentos e o aumento do risco de quedas, reforçando a ideia de que todos os profissionais de saúde devem adotar um papel ativo referente ao controle de medicamentos a fim de identificar os pacientes com elevado risco.

Um estudo, cujo objetivo foi avaliar se os pacientes que haviam sofrido queda em ambiente hospitalar faziam uso de algum medicamento, apontou que 95,4% destes utilizavam pelo menos um medicamento associado à ocorrência de quedas (JANSEN *et al.*, 2016).

Embora as quedas possam ocorrer tanto dentro quanto fora do hospital, os medicamentos que a criança hospitalizada utiliza podem colocá-los em um risco maior de quedas (MURRAY; VESS; EDLUND, 2016).

A ação 13 “*Registra no prontuário da criança o resultado para avaliação do risco de quedas e todos os procedimentos realizados para sua prevenção*” (IP 44,8%; QA sofrível) foi, dentre as 15 ações analisadas, a que teve o menor índice de desempenho.

Enfatiza-se a importância dos profissionais de saúde habilitados e qualificados registrarem em prontuário a avaliação do risco de queda do paciente pediátrico na admissão na unidade e durante toda a sua permanência para que haja uma comunicação efetiva entre os profissionais (STUBBS; SIKES, 2017).

A ação 14 “*Registra no prontuário a ocorrência de quedas, fatores relacionados e os danos gerados*” (IP 67,5%; QA sofrível) reforça a ideia de que a análise dos eventos adversos relacionados a quedas deve ser contextualizada pelo movimento de sensibilização e estímulo ao registro e notificação de ocorrência da mesma, de modo a permitir uma avaliação mais acurada e precisa (QUADROS *et al.*, 2016).

Muitas vezes os registros são deficientes, fato que pode estar relacionado ao número reduzido de trabalhadores e à falta de tempo para registrar a assistência prestada e ocorrência de queda, mas há outros aspectos que podem ser limitantes, como a cultura de segurança e fatores estruturais da instituição. É preciso enfrentar e superar posturas de resistência de alguns profissionais que, por desconhecimento ou pouca valorização da importância, não aderem ao registro das quedas (REINIACK *et al.*, 2017).

A ação 15 “*Notifica os incidentes com quedas à Gerência de Riscos e/ou ao Núcleo de Segurança do Paciente (quando existentes)*” (IP 49,3%; QA sofrível) diz respeito à importância de se notificar a queda uma vez que propicia auxílio à gestão da assistência (PAIVA *et al.*, 2014).

O processo de notificação da queda deve ser uma prática de todos os profissionais que atuam nas instituições. Cabe destacar que o sistema de notificação deve ser de conhecimento de todos os trabalhadores das equipes assistenciais (FEREZIN *et al.*, 2017).

A baixa frequência do relato de execução da notificação dos episódios de queda dos profissionais do presente estudo foi compatível com pesquisa realizada em hospital do Sul do Brasil com 71 profissionais de saúde (equipe de enfermagem, médicos, farmacêuticos e fisioterapeutas) em que demonstraram que a notificação de

erros e eventos adversos não é uma prática comum na realidade investigada (SOUZA *et al.*, 2015).

Enfatiza-se que apenas o Hospital B dispunha de Núcleo de Segurança do Paciente, o que levanta a hipótese da falta de sensibilização dos profissionais de saúde quanto à importância da notificação, contribuindo para o baixo índice de positividade encontrado.

Assim, há necessidade de se ampliar esforços para construção de sistemas de notificação robustos e eficientes, capacitação de profissionais qualificados, atentos e capazes de identificar possíveis erros e eventos, de forma a contribuir para um ambiente mais seguro e livre de danos.

Assim, em geral, os resultados apresentados constataam que a execução da assistência pelos profissionais de saúde voltadas à prevenção de quedas em hospitais pediátricos divergiu dos padrões de segurança e qualidade, fazendo-se necessário a capacitação e treinamento para prevenção e notificação de quedas.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou a construção e validação de instrumento de prevenção de quedas em hospitais pediátricos a partir das etapas de construção do instrumento de medida, avaliação das propriedades psicométricas do instrumento e identificação das ações realizadas pelos profissionais de saúde, possibilitando as considerações a seguir:

A apreciação dos itens de verificação contidos no Protocolo de Prevenção de Quedas permitiu a seleção de 18 itens para compor a primeira versão do instrumento.

Participaram da validação de conteúdo do instrumento sete especialistas considerados *experts* na área de segurança do paciente e/ou pediatria, com idade entre 34 e 46 anos, sendo todos do sexo feminino e com doutorado em Enfermagem. Os especialistas referiram experiência com pediatria e/ou segurança do paciente de 2 a 17 anos e com a construção e validação de instrumentos de pesquisa relacionados às áreas de interesse, cuja pontuação variou de 12,5 a 19 pontos, o que demonstrou o elevado nível de *expertise* nas áreas de interesse.

No que se refere à validade de conteúdo, os 18 itens iniciais foram submetidos à apreciação dos especialistas, sendo verificado que dez itens (3, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15 e 16) não foram considerados simples, sete itens (9, 10, 11, 12, 13, 15 e 16) não foram tidos como claros e seis itens (9, 10, 11, 13, 15 e 16) não foram julgados como relevantes.

Obteve-se um ICC de 0,935 para o instrumento como um todo, 0,810 para simplicidade, 0,798 para clareza da linguagem e 0,841 para relevância teórica, indicando que o instrumento é representativo quanto ao conteúdo. Não obstante, necessitou de reformulação dos itens que o compõem.

A primeira versão do instrumento foi reformulada a fim de manter, alterar, dividir e/ou excluir os itens conforme sugestão dos especialistas. Assim, os itens 1, 2, 3, 4, 6, 12 e 18 foram mantidos; os itens 8, 13 e 16 foram alterados; os itens 7, 9, 10, 11, 14 e 15 foram excluídos, e os itens 5 e 17 foram divididos em três e dois itens, respectivamente. Em face dessas mudanças, foi formulada a segunda versão do instrumento de prevenção de quedas na pediatria (IPQP) composta por 15 itens.

Aplicou-se a segunda versão do IPQP a uma amostra de 203 profissionais de saúde que atuam na assistência pediátrica para validação do constructo, por meio da análise fatorial e grupos contrastados, e verificação da confiabilidade.

A análise fatorial mostrou-se adequada e revelou a presença de quatro fatores. Assim, a terceira versão do instrumento passou a ter quatro domínios: avaliação e monitoramento, orientações para paciente/família, práticas diretas e registro e notificação.

Quanto à testagem de hipóteses por comparação de grupos contrastados, confirmaram-se a hipótese de que os resultados mais elevados (adequados) de prevenção de quedas estão associados à equipe de enfermagem, sendo o técnico de enfermagem o profissional que melhor desempenha as ações, bem como a hipótese de que os resultados mais elevados de prevenção de quedas (adequados) estão correlacionados positivamente com a participação de cursos de aperfeiçoamento. Já a hipótese inicial de que os resultados mais elevados (adequados) de prevenção de quedas estão associados à maior experiência profissional na pediatria, a hipótese de que a elevada carga horária semanal de trabalho está correlacionada negativamente com a adequada prevenção de quedas e a hipótese de que profissionais que trabalham apenas um turno realizarão adequadamente as ações de prevenção de quedas não foram confirmadas nesse estudo.

O Alfa da Cronbach do IPQP foi de 0,883 indicando uma alta consistência interna, não sendo necessária exclusão de nenhum item, uma vez que os valores de alfa mantiveram-se adequados.

Quanto à avaliação do desempenho dos profissionais de saúde na prevenção de quedas na pediatria, identificou-se que dentre as 15 ações, apenas uma “informa para o acompanhante se a criança está liberada ou não para deambular” foi desempenhada de forma segura (IP entre 80 e 89%), três ações limítrofes (IP entre 71 e 79%) e onze ações consideradas sofríveis (IP igual ou menor que 70%), quais sejam: Avalia o risco para quedas da criança diariamente (66,5%); Orienta a criança e/ou família/responsável a levantar progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama) de acordo com a presença de risco para quedas já identificado (63,5%); Acomoda crianças com idade ≤ 3 anos em berço e crianças > 3 anos em cama, ambos com grades elevadas a altura máxima (70,0%); Providencia que as crianças com idade ≤ 6 meses sejam transportadas no colo

do responsável e este em cadeira de rodas (49,3%); Providencia que as crianças com idade > 6 meses ou ≤ 36 meses sejam transportadas deitadas em maca na companhia do responsável quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação; ou em cadeira de rodas no colo do responsável (68,5%); Providencia que as crianças com idade > 36 meses sejam transportadas em maca, deitadas e acompanhadas ou não do responsável, ou em cadeira de rodas no colo do responsável (60,6%); Aloca a criança com história pregressa de queda próximo ao posto de enfermagem, quando possível (47,8%); Verifica na prescrição os medicamentos que alterem a mobilidade e o equilíbrio (57,6%); Registra no prontuário da criança o resultado para avaliação do risco de quedas e todos os procedimentos realizados para sua prevenção (44,8%); Registra no prontuário a ocorrência de quedas, fatores relacionados e os danos gerados (67,5%) e Notifica os incidentes com quedas à Gerência de Riscos e/ou ao Núcleo de Segurança do Paciente (49,3%).

Como conclusão das etapas realizadas na presente pesquisa identificou-se que o instrumento de prevenção de quedas na pediatria desenvolvido em Fortaleza-Ceará-Brasil é válido e confiável para avaliação do desempenho dos profissionais da saúde para prevenção de queda no ambiente hospitalar.

Vale destacar que o desenvolvimento do estudo apresentou limitações, como: a dificuldade de adesão dos médicos em valorizar e aderir à pesquisa, demonstrado pelo quantitativo de instrumentos que não foram devolvidos no decorrer da coleta de dados; a incompletude evidenciada no preenchimento dos instrumentos; e o condicionamento da abordagem dos profissionais à rotina e a imprevisibilidade da demanda de cada setor.

Ademais, este estudo foi capaz de identificar o diagnóstico situacional dos profissionais de saúde ao executar ações de prevenção de quedas em pacientes pediátricos, correspondendo a uma assistência insatisfatória, o que revela que medidas recomendadas pela literatura voltadas a essa temática são negligenciadas, representando um desafio à educação permanente. Sugere-se, portanto, que novos estudos sejam realizados, fazendo uso de estratégias que capacitem e incentivem o desempenho de práticas seguras na prevenção de quedas na pediatria, como treinamento em serviço.

A despeito das limitações, o estudo traz avanços para a enfermagem, à medida que disponibiliza o instrumento de prevenção de quedas como recurso tecnológico válido na identificação de condições geradoras de risco e contribui com a

literatura nacional sobre a prevenção de quedas na pediatria, tendo em vista a melhoria da qualidade da assistência prestada e, conseqüentemente, a promoção da segurança da criança hospitalizada.

REFERÊNCIAS

- ALVES, D. F. S.; GUIRARDELLO, E. B. Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, e58817, p. 1-7, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000200406&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 maio 2018.
- ALVES, V. C. *et al.* Ações do protocolo prevenção de quedas: mapeamento com a classificação de intervenções de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2986, p. 1-11, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692017000100410&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jul. 2018.
- ARAÚJO, J. S. *et al.* Conhecimento dos enfermeiros sobre evento adverso e os desafios para a sua notificação. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 4, p. 1-8, nov. 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45404>>. Acesso em: 27 jun. 2018.
- ARAÚJO, P. R. **Construção e validação do instrumento de avaliação das ações para promoção da segurança do paciente na administração de medicamentos em pediatria**. 2016. 137 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.
- BARBOSA, T. P. *et al.* Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 243-248, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000300243&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 jul. 2018.
- BLAND, J. M.; ALTMAN, D. G. A note on the use of the intraclass correlation coefficient in the evaluation of agreement between two methods of measurement. **Comput. Biol. Med.**, v. 20, n. 5, p. 337-340, 1990. Disponível em: <<https://www-sciencedirect.ez11.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/001048259090013F?via%3Dihub>>. Acesso em: 27 jun. 2018.
- BOHRER, C. D. *et al.* Comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar: visão da equipe multiprofissional. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 6, n. 1, p. 50 - 60, mar. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/19260>>. Acesso em: 06 maio 2018.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 15 fev. 2017.

BRASILa. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 jul. 2013. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html>.

Acesso em: 15 fev. 2017.

BRASILb. Ministério da Saúde. **Protocolo de identificação do paciente**. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

<<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/identificacao-do-paciente>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

BRASILc. Ministério da Saúde. **Protocolo para a de higiene das mãos em serviços de saúde**. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

<<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/higiene-das-maos>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

BRASILd. Ministério da Saúde. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

<<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

BRASILE. Ministério da Saúde. **Protocolo prevenção de quedas**. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

<<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/prevencao-de-quedas>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

BRASILf. Ministério da Saúde. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**.

Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

<<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por-pressao>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

BRASILg. Ministério da Saúde. **Protocolo para cirurgia segura**. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

<<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/protocolo-de-cirurgia-segura>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

BURNS, N.; GROVE, S. K. **The practice of nursing research: conduct, critique and utilization**. 3 ed. Philadelphia: Saunders Company, 1997.

CARVALHO, R. E. F. L. *et al.* Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2849, 2017.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100310&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 maio 2018.

CAUDURO, G. M. R. *et al.* Segurança do paciente na compreensão de estudantes da área da saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, e64818, 2017.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000200408&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jul. 2018.

CESTARI, V. R. F. *et al.* Aplicabilidade de inovações e tecnologias assistenciais para a segurança do paciente: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 22, n.3, e45480, 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45480>>. Acesso em: 28 jun. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Pesquisa perfil da Enfermagem no Brasil**. Brasília: COFEN, 2013.

CORREA, A. R. *et al.* As práticas do cuidado centrado na família na perspectiva do enfermeiro da unidade neonatal. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 629-634, dez. 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000400629&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 jul. 2018.

CRUZ, E. D. A. Desafios na pesquisa em segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 5, p. 1-2, ago. 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/48090/28948>>. Acesso em: 01 jul. 2018.

DIGEROLAMO, K.; DAVIS, K. F. An integrative review of pediatric fall risk assessment tools. **Journal of Pediatric Nursing**, v.34, p. 23-28, maio-jun. 2017.

Disponível em: <https://www-sciencedirect-com.ez11.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0882596316301646?via%3Dihub>. Acesso em: 30 jun. 2018.

DUARTE, S. C. M. *et al.* Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 144-54, fev. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100144&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 nov. 2017.

DUARTE, S. C. M. *et al.* Caracterização de erros na assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 5, p. 1-8, ago. 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45502/pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2018.

DULFE, P. A. M. *et al.* O cuidado de enfermagem na admissão e permanência do recém-nascido no alojamento conjunto na transferência intrahospitalar. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, v. 7, n. 2, p. 2287-97, abr-jun. 2015. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3552/pdf_1535>. Acesso em: 01 jul. 2018.

FEREZIN, T. P. M. *et al.* Análise da notificação de eventos adversos em hospitais acreditados. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 22, n. 2, maio 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49644>>. Acesso em: 03 jul. 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i2.49644>.

FIELD, A. **Descobrimo a estatística usando SPSS**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FIGUEIREDO FILHO, D. B.; SILVA JUNIOR, J. A. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. **Opin. Publica**, Campinas, v. 16, n. 1, p. 160-185, jun.2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-62762010000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 maio 2018.

FLEISS, J. **Statistical methods for rates and proportions**. 1 ed. New York: John Wiley & Sons, 1981.

FONSECA, A. S.; PETERLINI, F. B.; COSTA, D. A. **Segurança do paciente**. 1 ed. São Paulo: Martinari, 2014.

FRANCOLIN, L. *et al.* Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 277-283, abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000200277&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jul. 2018.

FRANK, L. S. *et al.* The Little Schmidy pediatric hospital fall risk assessment index: a diagnostic accuracy study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 68, p.51-59, mar. 2017. Disponível em: <<https://www-sciencedirect-com.ez11.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0020748916302486?via%3Dihub>>. Acesso em: 01 jul. 2018.

FUJITA, Y.; FUJITA M.; FUJIWARA C. Pediatric falls: effect of prevention measures and characteristics of pediatric wards. **Japan Journal of Nursing Science**, v.10, n. 2, p. 223–231. 2013. Disponível em: <<https://onlinelibrary-wiley.ez11.periodicos.capes.gov.br/doi/full/10.1111/jjns.12004>>. Acesso em: 30 jun.2018.

GOMES, A. L. A. *et al.* Tradução e adaptação cultural da escala self-efficacy and their child's level of asthma control: versão brasileira. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 3, e2950015, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000300319&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jul. 2018.

GOMES, A. T. L. *et al.* A segurança do paciente nos caminhos percorridos pela enfermagem brasileira. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 1, p. 146-154, fev. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000100146&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jul. 2018.

GONZALEZ, J. *et al.* The Nicklaus Children's Hospital Humpty Dumpty falls prevention program: preventing falls in children across the globe. **Nurse Leader**, v. 14,

n. 3, p. 212-218, jun. 2016. Disponível em: <<https://www-sciencedirect-com.ez11.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S1541461215300148>>. Acesso em: 01 jul. 2018.

GUERRA, P. C. *et al.* Sono, qualidade de vida e humor em profissionais de enfermagem em unidades de terapia intensiva infantil. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 279-285, abr. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000200279&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jul. 2018.

HADDAD, M. C. L.; ÉVORA, Y. D. M. Qualidade da assistência de enfermagem: a opinião do paciente internado em hospital universitário público. **Cienc Cuid Saude**, v.7, Suppl 1, p. 45-52. 2008. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6559/3875>>. Acesso em: 31 jul. 2018.

HARVEY, K. *et al.* Exploring and evaluating five paediatric falls assessment instruments and injury risk indicators: an ambispective study in a tertiary care setting. **J Nurs Manag.**, v. 18, n. 5, p. 531–541, jul. 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2834.2010.01095.x/abstract>>. Acesso em: 24 jul. 2017.

HAYNES, S. N.; RICHARD, D. C. S.; KUBANY, E. S. Content validity in psychological assessment: a functional approach to concepts and methods. **Psychol Assess.**, Marilândia, v. 7, n. 3, p. 238-247, set. 1995. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/402f/0f1eca459139d141eeac5298958fd7557483.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2016.

HEMESATH, M. P. *et al.* Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. 4, p. 43-48, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000400043&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jul. 2018.

HIGAONNA, M.; ENOBI, M.; NAKAMURA, S. Development of an evidence-based fall risk assessment tool and evaluation of interrater reliability and nurses' perceptions of the tool's clarity and usability. **Jpn J Nurs Sci.**, v. 14, n. 2, p. 146-160, abr. 2017. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27714985>>. Acesso em: 03 jul.2018.

HILL-RODRIGUEZ, D. *et al.* The humpty dumpty falls scale: a case-control study. **J Spec Pediatr Nurs.**, v. 14, n. 1, p. 22–32, jan. 2009. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6155.2008.00166.x/full>>. Acesso em: 24 jul. 2017.

JAMERSON, P. A. *et al.* Inpatient falls in freestanding children's hospitals. **Pediatric Nursing.**, v. 40, n. 3, p. 127–135, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25134226?dopt=Abstract>>. Acesso em: 24 jul. 2017.

JANSEN, S. *et al.* The association of cardiovascular disorders and falls: a systematic review. **J Am Med Dir Assoc.** v. 17, n. 3, p. 193-9, 2016. Disponível em: <[http://www.jamda.com/article/S1525-8610\(15\)00562-9/fulltext](http://www.jamda.com/article/S1525-8610(15)00562-9/fulltext)>. Acesso em: 03 jul. 2018.

JOVENTINO, E. S. **Construção de uma escala psicométrica para mensurar a auto-eficácia materna na prevenção de diarreia infantil.** 2010. 215f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

JOVENTINO, E. S. *et al.* The maternal self-efficacy scale for preventing early childhood diarrhea: validity and reliability. **Public Health Nursing**, v. 30, n. 2, p. 150-59., mar-abr. 2013. Disponível em: <<https://onlinelibrarywiley.ez11.periodicos.capes.gov.br/doi/full/10.1111/j.1525-1446.2012.01042.x>>. Acesso em: 22 jul. 2018.

JOVENTINO, E. S. *et al.* Validação aparente e de conteúdo da escala de autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p. 371-379, fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692013000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 maio 2018.

KRAMLICH, D. L.; DENDE, D. Development of a pediatric fall risk and injury reduction program. **Pediatr Nurs.**, v. 42, n. 3, mai-jun, p.108. 2016.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos da metodologia científica.** São Paulo: Atlas, 2017. 368 p.

LAUREANO, G. H. C. **Coefficiente de correlação intraclasse:** comparação entre métodos de estimação clássico e bayesiano. 2011. 69 f. Monografia. (Graduação em Estatística) - Instituto de Matemática, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

LAUS, A.M. Perfil das quedas em pacientes hospitalizados. **Cienc Cuid Saude [Internet]**., v.13, n. 4, p. 688-695, 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19234>>. Acesso em: 02 jul. 2018.

LEE, Y. L. G. Fall prevention among children in the presence of caregivers in a paediatric ward: a best practice implementation. **Int J Evid Based Healthc.**, v. 11, n. 1, p. 33-38. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23448328>>. Acesso em: 30 jun. 2018.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Confiabilidade e validade. In: _____. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização.** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001. p.186-189.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nurs Res.**, v. 35, n. 5, p. 382-385, nov./dez, 1986.

MANZO, B. F. *et al.* A enfermagem no processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 151-158, fev. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2017.

MARQUES, A. F. Aplicação da análise multivariada na infraestrutura e no desempenho das escolas públicas do ensino fundamental e médio pertencentes ao Núcleo Regional de Educação de Paranaíba. **Acta Scientiarum. Technology**, v. 32, n. 1, p. 75-81, 2010. Disponível em:

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciTechnol/article/view/1188/1188>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

MATIAS, A. G. C.; FONSECA, M. A.; MATOS, M. A. A. Análise fatorial de sintomas depressivos e ocorrência de quedas em idosos. **Sci Med**. v. 25, n. 1, p. 1-8, jun. 2015.

Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrio.br/teoojs/index.php/scientiamedica/article/view/19804/13143>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

MELLO, B. L. D. *et al.* Condutas pós-quedas de pacientes em instituições hospitalares. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 8, n. 7, supl. 1, p. 2434-2444, jul. 2014.

Disponível em:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5945/pdf_5716>. Acesso em: 19 abr. 2017.

MENEGUIN, S.; ALEGRE, P. H. C.; LUPPI, C. H. B. Caracterização do transporte de pacientes críticos na modalidade intra-hospitalar. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 115-119, abr. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 jul. 2018.

MINUZZI, A. P. *et al.* Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 121-129, mar. 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100121&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 ago. 2018.

MORA, R. D. D. M.; BAGNASCO A.; SASSO L. In-hospital paediatric accidents: an integrative review of the literature. **International Nursing Review**, Medford, v. 59, n. 4, p. 466-473, dez. 2012. Disponível em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2012.01015.x/abstract>>. Acesso em: 12 out. 2016.

MOURA, E. R. F. *et al.* Validação de jogo educativo destinado à orientação dietética de portadores de diabetes mellitus. **Rev. APS.**, Juiz de Fora, v. 11, n. 4, p. 435-443, out./dez. 2008. Disponível em:

<<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/156/141>>. Acesso em: 19 abr. 2017.

MURRAY, E.; VESS, J.; EDLUND, B.J. Implementing a pediatric fall prevention policy and program. **Pediatr Nurs.**, v. 42, n. 5, p. 256-9, set-out. 2016. Disponível em: <<http://go-galegroup.ez11.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?&id=GALE|A470999369&v=2.1&u=capes&it=r&p=AONE&sw=w>>. Acesso em: 04 jul. 2018.

NEIMAN, J., *et al.* Development, implementation, and evaluation of a comprehensive fall risk program. **J Spec Pediatr Nurs.** v.16, n.2, p. 130-139, abr. 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6155.2011.00277.x/abstract>>. Acesso em: 24 jul. 2017.

OLKOSKI, E.; ASSIS, G. M. Aplicação de medidas de prevenção para úlceras por pressão pela equipe de enfermagem antes e após uma campanha educativa. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 363-369, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200363&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jul. 2018.

PAIVA, M. C. M. S. *et al.* Motivos da equipe de enfermagem para a notificação de eventos adversos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 5, p. 747-754, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000500747&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 jul. 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3556.2476>

PAIXAO, D. P. S. S. *et al.* Adesão aos protocolos de segurança do paciente em unidades de pronto atendimento. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 1, p. 577-584, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700577&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 jul. 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0504>.

PAIXÃO, T. C. R. *et al.* Competências gerenciais relacionadas à segurança do paciente: uma revisão integrativa. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 245-253, dez. 2017. Disponível em: <<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/323>>. Acesso em: 01 jul. 2018.

PALLANT, J. **SPSS survival manual**. 6. ed. Berkshire, UK: Open University Press, 2016.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 559 p.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2013. 399 p.

- PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. **Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS**. 4 ed. Lisboa: Sílabo, 2005.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669 p.
- PONTES, E. P. *et al.* Comunicação não verbal na unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção da equipe multidisciplinar. **Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 152-163, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/915>>. Acesso em: 18 abr. 2017.
- QUADROS, D. V. *et al.* Análise de indicadores gerenciais e assistenciais após adequação de pessoal de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 4, p. 684-690, ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000400684&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 jul. 2018.
- RAÏCHE, G. *et al.* Non-graphical solutions for cattell's scree test. **Methodology**. v. 9, n. 1, p. 23-29, 2013. Disponível em: <<http://psycnet-apa-org.ez11.periodicos.capes.gov.br/fulltext/2013-05155-003.html>>. Acesso em: 04 jul. 2018.
- RANGEL, R. F. *et al.* Educação permanente em uma unidade obstétrica na perspectiva de profissionais de saúde. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 3, p. 1458-1463, fev. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13989>>. Acesso em: 25 jul. 2018.
- RAZMUS, I.; DAVIS, D. The epidemiology of falls in hospitalized children. **Pediatric Nursing**. v. 38, n. 1, p. 31-35, jan. 2012. Disponível em: <<http://go-galegroup.ez11.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?p=AONE&sw=w&u=capes&v=2.1&it=r&id=GALE%7CA281682608&asid=aad3c9bf562336f097ba88eb9798dec2>>. Acesso em: 24 jul. 2017.
- RIBEIRO, G. S. R.; SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Tecnologias na terapia intensiva: causas dos eventos adversos e implicações para a Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 5, p. 972-980, out. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500972&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jul. 2018.
- REINIACK, S. *et al.* Notificação de queda do paciente cirúrgico antes e após treinamento em serviço. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.22, n.1, mar. 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/47656>>. Acesso em: 04 jul. 2018.
- ROCHA, J. P. *et al.* Eventos adversos identificados nos relatórios de enfermagem em uma clínica pediátrica. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 20, n. 2, p. 53-63, ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000200006&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2016. .

RODRIGUES, F. A. *et al.* Segurança do paciente em unidade neonatal: preocupações e estratégias vivenciadas por pais. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 23, n. 1, abr. 2018. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/52166/pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2018.

RUBIO, D. M. *et al.* Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Soc. Work Res.**, Oxford, v. 27, n. 2, p. 94-105, jun. 2003. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Susan_Tebb/publication/265086559_Objectifyng_content_validity_Conducting_a_content_validity_study_in_social_work_research/link/s/558d3ab008ae591c19da8b51/Objectifyng-content-validity-Conducting-a-content-validity-study-in-social-work-research.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2017.

SALMOND, S. S. Evaluating the reliability and validity of measurement instruments. **Orthop Nurs.**, Chicago, v. 27, n. 1, p. 28-30, 2008. Disponível em: <http://journals.lww.com/orthopaedicnursing/Citation/2008/01000/Evaluating_the_Reliability_and_Validity_of.7.aspx>. Acesso em: 24 jul. 2017.

SARTOR, G. D.; DA SILVA, B. F.; MASIERO, A. V. Segurança do paciente em hospitais de grande porte: panorama e desafios. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 5, ago. 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45644>>. Acesso em: 27 jun. 2018.

SERRA, J. N.; BARBIERI, A. R.; CHEADE, M. F. M. Situação dos hospitais de referência para implantação/funcionamento do núcleo de segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 5, ago. 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45925>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

SEVERO, I.M. *et al.* Fatores de risco para quedas em pacientes adultos hospitalizados: revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 540-554, jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/0080-6234-reeusp-48-03-540.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2018.

SILVA, A. T. *et al.* Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 292-301, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400292&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jul. 2018.

SILVA, C. F. *et al.* Prevalência dos fatores de risco intrínsecos ao paciente e o desfecho queda na clínica cirúrgica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 5, p. 01-08, ago. 2016. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45342>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

SILVA, L. S. R. *et al.* Estilo de vida e saúde do enfermeiro que trabalha no período noturno. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 9, p. 3369-3375, ago. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110235/22164>>. Acesso em: 23 jul. 2018.

SILVA, M. F. *et al.* Transferência entre unidades hospitalares: implicações da comunicação na segurança do paciente pediátrico. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 10, p. 3813-3820, out. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25217/24300>. Acesso em: 01 jul. 2018.

SIMAN, A. G.; CUNHA, S. G. S.; BRITO, M. J. M. Ações de enfermagem para segurança do paciente em hospitais: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 2, p. 1016-1024, jan. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13472>. Acesso em: 23 jul. 2018.

SOUSA, B. V. N. S. *et al.* Repensando a segurança do paciente em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão sistemática. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 21 n.5, p. 01-10, ago, 2016. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45576/pdf>. Acesso em: 21 mar 2017..

SOUSA, S. M. *et al.* Cuidado integral: desafio na atuação do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 3, p. 504-510, jun. 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000300504&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 jul. 2018.

SOUZA, S. *et al.* Utilização de estratégias de segurança na identificação da criança para administração de medicamentos. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 6-11, fev. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 maio 2018.

SOUZA, V. S. *et al.* Erros e eventos adversos: a interface com a cultura de segurança dos profissionais de saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 3, set. 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40687>. Acesso em: 04 jul. 2018.

SPETZ, J.; BROWN, D. S.; AYDIN, C. The economics of preventing hospital falls demonstrating ROI through a simple model. **J Nurs Adm.**, v. 45, n. 1, p.50 -57, jan. 2015. Disponível em: http://ovidsp.txovid.ez11.periodicos.capes.gov.br/sp-3.31.1b/ovidweb.cgi?&S=PPOGFPPCOCDDHJBCNCEKKHJCEKPEAA00&Link+Set=S.sh.22.23.27.32.38.42.46.50.54.58.62.66.70.74.78.82.86.90.94.98.102.106.110.114.118.122.126.130.134.138.142.146.150.154.158.162.166.170.174.178.182.186.190.194.198.201%7c10%7csl_10. Acesso em: 06 ago. 2018.

STELMAK, A. P.; FREIRE, M. H. S. Aplicabilidade das ações preconizadas pelo método canguru. **Rev. pesqui. Cuid. Fundam. (Online)**. v. 9, n. 3, p. 795-802, jul-set. 2017. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4429/pdf_1. Acesso em: 01 jul. 2018.

STUBBS, K. E.; SIKES, L. Interdisciplinary approach to fall prevention in a high-risk inpatient pediatric population: quality improvement project. **Physical Therapy**, v. 97, n. 1, p. 97 - 104, jan. 2017. Disponível em: <<http://link-galegroup.ez11.periodicos.capes.gov.br/apps/doc/A487280819/AONE?u=capes&sid=AONE&xid=61159362>>. Acesso em: 30 jul. 2018.

TEIXEIRA, T. C. A.; CASSIANI, S. H. B. Root cause analysis of falling accidents and medication errors in hospital. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.27, n. 2, p. 100-107, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2016.

TOMAZONI, A. *et al.* Segurança do paciente na percepção da enfermagem e medicina em unidades de terapia intensiva neonatal. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, e64996, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100409&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 maio 2018.

VALERA, I. M. A. *et al.* Registros de enfermagem em unidades de terapia intensiva pediátrica: estudo descritivo. **Online braz j nurs [internet]**. v. 16, n. 2, p. 152-58, jun. 2017. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5602/html_2>. Acesso em: 01 jul. 2018.

VIANA I. *et al.* Direitos do paciente, comunicação e a obrigação de informar. **Rev. baiana saúde pública**. v. 40, supl. 1, p. 182-201 jan./mar. 2016. Disponível em: <<http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2675>>. Acesso em: 01 jul. 2018.

VITALE, S.A.; VARRONE-GANESH, J.; VU, M. Nurses working the night shift: impact on home, family and social life. **J Nurs Educ Pract**. v.5, n.10, p. 70-8. 2015. Disponível em: <<http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/viewFile/7294/4497>>. Acesso em: 23 jul. 2017.

VERAS, J. E. G. L. F. *et al.* Classificação de risco em pediatria: construção e validação de um guia para enfermeiros. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 5, p. 913-922, out. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000500913&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 maio 2018.

WANDERLEI, P. N.; MONTAGNA, E. Formulação, desenvolvimento e avaliação de um curso a distância para acreditação em segurança do paciente. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 16, n.2, eGS4316, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082018000200300&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jul. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **More than words:** conceptual framework for the international classification for patient safety, January 2009. Geneva (CH): A World

Alliance for Safer Health Care; 2009. Final Technical Report. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf>. Acesso em: 12 out. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Budapest Declaration of Health Promoting Hospitals**. Copenhagen, 1991. Disponível em: <http://www.hphnet.org/attachments/article/40/budapes_dec.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2017.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS ESPECIALISTAS

Prezado (a) Participante:

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) pela pesquisadora Sabrina de Souza Gurgel a ser participante da pesquisa intitulada “**Construção e validação de instrumento de prevenção de quedas na pediatria**” sob a orientação da professora Dr^a. Francisca Elisângela Teixeira Lima. O objetivo da pesquisa é construir e verificar a validade de conteúdo do instrumento para avaliação das ações para prevenção de quedas em hospital pediátrico.

Ressalto que essa pesquisa poderá trazer riscos mínimos ao senhor(a), como o desconforto em decorrência do tempo exigido para a leitura, análise e preenchimento dos itens do instrumento de coleta de dados pelo profissional.

O benefício do estudo consiste na construção de um instrumento válido que possa avaliar as ações executadas pelos profissionais de enfermagem, médicos e fisioterapeutas para promoção da segurança da criança em unidades abertas de internação pediátrica a fim de reduzir os episódios de quedas e de melhor a qualidade da assistência prestada ao paciente.

O(a) senhor(a) receberá individualmente em seu local de trabalho os seguintes instrumentos para autopreenchimento: carta convite, instrumento de caracterização do especialista relacionado à sua qualificação e trajetória profissional juntamente com o instrumento de análise acerca da validação de conteúdo, todos preenchidos pelo(a) senhor(a), cujo tempo para preenchimento total é de aproximadamente 30 minutos.

Inicialmente agradecemos a sua concordância em participar do nosso estudo. Garantimos que as informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para a execução dessa pesquisa, com garantia do sigilo das respostas. O(a) senhor(a) terá acesso as mesmas caso solicite. Asseguramos ainda que o(a) senhor(a) será informado quanto aos procedimentos e benefícios do estudo, sendo esclarecido possíveis dúvidas que possam ocorrer. Além disso, o(a) senhor(a) tem a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo sem qualquer prejuízo.

Solicitamos sua colaboração para que nos envie o material analisado de volta em um período máximo de 15 dias. Para contato que se façam necessários, informamos-lhe os meus contatos.

Contato da responsável pela pesquisa Sabrina de Souza Gurgel Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 394, Rodolfo Teófilo. Fone: 85 987346445 E-mail: sabrinagurgel@hotmail.com

ATENÇÃO: Se o senhor (a) tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ: Rua Coronel Nunes de Melo, 1.000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Caso o(a) Sr.(a) se sinta suficientemente informado a respeito das informações que leu ou que foram lidas sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes e que

sua participação é voluntária, que não há remuneração para participar do estudo e se o sr.(a) concordar em participar solicitamos que assine no espaço abaixo.

Este termo será realizado em duas vias, permanecendo uma com o (a) senhor (a) e outra com a pesquisadora.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____, declaro que, após ter sido esclarecido (a) e ter entendido tudo que me foi explicado, concordo em participar deste trabalho.

Fortaleza, _____ de _____ de _____

<hr/> <p style="text-align: center;">Assinatura do participante</p>	<hr/> <p style="text-align: center;">Assinatura do responsável pela coleta de dados</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Assinatura do Pesquisador</p>
---	--

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS

Prezado participante,

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) pela pesquisadora Sabrina de Souza Gurgel a ser participante de uma pesquisa intitulada **“Construção e validação de instrumento de prevenção de quedas na pediatria”**.

Essa pesquisa tem como objetivo construir e verificar a validade de conteúdo do instrumento para autoavaliação das ações para prevenção de quedas em hospital pediátrico.

O(a) senhor(a) não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos dessa pesquisa sejam esclarecidos.

Para tanto, peço autorização para que o(a) senhor(a) participe deste estudo, cuja coleta de dados será realizada no seu ambiente de trabalho por meio de abordagem individual.

O instrumento com dados relacionados à prevenção de quedas será preenchido pelo(a) senhor(a) e deverá ser devolvido ao final do plantão ou em dia posterior, com a data de devolução pré-estabelecida, condizente com o seu próximo plantão na escala de serviço da unidade, cujo tempo para preenchimento é de aproximadamente 15 minutos.

Ressalto que essa pesquisa poderá trazer riscos mínimos ao senhor(a), como o desconforto em decorrência do tempo exigido para a leitura, análise e preenchimento dos itens do instrumento de coleta de dados pelo profissional.

Acredita-se que a realização deste estudo terá como benefícios o conhecimento sobre as ações executadas pelos profissionais de saúde para prevenção de quedas em unidades abertas de internação pediátrica; o estabelecimento de ações para reduzir os eventos adversos evitáveis relacionados à assistência à criança e à melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente. Gostaria de informá-lo que:

- A sua participação é voluntária e não trará nenhum malefício para o(a) Sr.(a).
- O(a) Sr.(a) terá o direito e a liberdade de negar-se a participar da pesquisa ou dela retirar-se quando assim desejar, sem que isto traga prejuízo moral, físico ou social, bem como à continuidade da assistência.
- As informações obtidas serão analisadas em conjunto com os outros participantes, não sendo divulgado a sua identidade (seu nome), bem como qualquer informação que possa identificá-lo.
- O Sr(a) tem o direito ser mantido atualizado acerca das informações relacionadas à pesquisa.
- O Sr(a) não terá nenhuma despesa pessoal ao participar da pesquisa, também não haverá compensação financeira decorrente de sua participação.

- Comprometo-me em utilizar os dados coletados unicamente para fins acadêmicos, a fim de atender os objetivos da pesquisa.
- Caso precise entrar em contato comigo, você terá acesso em qualquer momento da pesquisa, para esclarecimento de eventuais dúvidas. Informo-lhe o meu endereço e telefone:

Endereço da responsável pela pesquisa

Sabrina de Souza Gurgel

Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 394, Rodolfo Teófilo.

Fone: 85 987346445 E-mail: sabrinagurgel@hotmail.com

ATENÇÃO: Se o senhor (a) tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ: Rua Coronel Nunes de Melo, 1.000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Caso o(a) Sr.(a) se sinta suficientemente informado a respeito das informações que leu ou que foram lidas sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes e que sua participação é voluntária, que não há remuneração para participar do estudo e se o sr.(a) concordar em participar solicitamos que assine no espaço abaixo.

Este termo será realizado em duas vias, permanecendo uma com o (a) senhor (a) e outra com a pesquisadora.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____, declaro que, após ter sido esclarecido (a) e ter entendido tudo que me foi explicado, concordo em participar deste trabalho.

Fortaleza, _____ de _____ de 2018

<p>_____ Assinatura do Participante</p>	<p>_____ Assinatura do responsável pela coleta de dados</p> <p>_____ Assinatura do pesquisador</p>
---	--

APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS

(1ª versão)

Para o correto preenchimento do instrumento, leia cuidadosamente cada item e, em seguida, marque com um **X** a opção que melhor represente a sua resposta de acordo com a valoração abaixo:

Código	Valoração	Significado
1	Nunca	O profissional NUNCA executa essa ação em sua rotina de trabalho.
2	Quase nunca	O profissional QUASE NUNCA executa essa ação em sua rotina de trabalho.
3	Às vezes	O profissional ÀS VEZES executa essa ação em sua rotina de trabalho.
4	Quase sempre	O profissional QUASE SEMPRE executa essa ação em sua rotina de trabalho.
5	Sempre	O profissional SEMPRE executa essa ação em sua rotina de trabalho.

PREVENÇÃO DE QUEDAS	1	2	3	4	5
Avalia o risco para quedas no momento da admissão da criança.					
Avalia o risco para quedas da criança diariamente.					
Orienta a criança e/ou acompanhante sobre a presença do risco de queda relacionado a fatores contribuintes, tais como idade, diagnóstico, fatores cognitivos, história pregressa, jejum prolongado, cirurgia/sedação/anestesia e/ou medicação, dano por queda e como prevenir sua ocorrência.					
Acomoda crianças com idade ≤ 3 anos em berço e crianças > 3 anos em cama, ambos com grades elevadas a altura máxima.					
Providencia que as crianças sejam transportadas de acordo com as especificações para idade (idade ≤ 6 meses: no colo do acompanhante e este em cadeira de rodas; idade > 6 meses ou ≤ 36 meses: deitadas em maca junto com o acompanhante quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação; idade > 6 meses ≤ 36 meses: em cadeiras de rodas no colo do acompanhante; idade > 36 meses: maca, deitadas e acompanhadas ou não do responsável, ou em cadeira de rodas no colo do responsável).					
Mantém uma das grades elevadas do berço durante a troca de roupa/fralda da criança.					
Avalia se há condição de deambulação da criança diariamente.					
Registra e informa para o acompanhante se a criança está liberada ou não para deambular.					
Acompanha a criança na deambulação (no quarto, no banheiro, no corredor).					
Avalia o uso de grade.					
Avalia risco psicológico ou psiquiátrico quando necessário (conforme fator de risco identificado).					
Aloca a criança com história pregressa de queda próximo ao posto de enfermagem, quando possível.					
Orienta a criança e/ou acompanhante a levantar progressivamente (elevar a cabeceira 30° , sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama) de acordo com a presença de risco para quedas já identificado.					
Se a criança estiver em cama, mantém as 4 grades da cama elevadas (pré-cirúrgico e pós-operatório imediato).					
Observa o jejum por longo período como risco de queda, por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório.					

Verifica as classes medicamentosas que alterem a mobilidade e o equilíbrio;					
Registra no prontuário da criança o resultado para avaliação do risco de quedas e todos os procedimentos realizados para sua prevenção.					
Notifica a ocorrência de quedas, fatores relacionados e os danos gerados em prontuário.					

APÊNDICE D - CARACTERIZAÇÃO DO ESPECIALISTA

Identificação

1. Sexo: 1 () Feminino 2 () Masculino 2. Idade: _____
2. Instituição na qual trabalha:

3. Área de atuação: _____
4. Experiência com pediatria e/ou segurança do paciente (anos): _____
5. Experiência anterior com construção de instrumentos de pesquisa: 1 () sim 2 () não
6. Participação em algum projeto/grupo de pesquisa: 1 () sim 2 () não. Se sim, qual?

Formação

7. Formação:

8. Escola na qual se graduou:

9. Ano de conclusão da graduação: _____
10. Maior titulação: 1 () Especialista 2 () Mestre 3 () Doutor 4 () Pós-Doutor

Por favor, responda às seguintes questões. (Você pode marcar mais de uma opção)

11. Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a) ou orientador (a), estudo na temática *pediatria e/ou segurança do paciente* na forma de:
1 () Monografia de graduação 2 () Monografia de especialização 3 () Dissertação
4 () Tese 5 () Artigos científico 6 () Outros
13. Participa ou participou de grupos/projetos de pesquisa que envolve/envolveu a temática *pediatria e/ou segurança do paciente*? 1 () Sim 2 () Não
14. Nos últimos 12 meses, onde exerceu suas atividades profissionais?
1 () Hospital 2 () Unidade Básica de Saúde 3 () Instituição de Ensino
4 () Outro: _____
15. Utiliza/utilizou algum tipo de instrumento/ escala em sua prática profissional (assistência)?
1 () Sim 16. Por quanto tempo? _____ 17. () qual?
_____ 2 () Não
18. Presta/prestou assistência na pediatria?
1 () Sim 19. Local: _____
20. Tempo: _____
2 () Não
21. No ensino, ministra/ministrou disciplinas que envolvem a temática *pediatria e/ou segurança do paciente*?
1 () Sim 2 () Não

APÊNDICE E - CARTA CONVITE DOS ESPECIALISTAS

Prezado(a) Dr(a)

Meu nome é Sabrina de Souza Gurgel, sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Estou desenvolvendo o projeto de pesquisa intitulado “Construção e validação de instrumento de prevenção de quedas na pediatria” sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Francisca Elisângela Teixeira Lima.

Solicitamos a sua colaboração como especialista em pediatria e/ou segurança do paciente. Sua colaboração envolverá a apreciação e o julgamento da adequação dos itens do instrumento para autoavaliação das ações para promoção da segurança do paciente em pediatria. Diante desse instrumento o (a) Sr.(a) julgará a representatividade de ações para prevenção de quedas executadas pela equipe de enfermagem, médicos e fisioterapeutas em unidades abertas de internação pediátrica.

Caso deseje participar, solicito que manifeste a sua concordância, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Aguardamos sua resposta e, desde já, agradecemos o seu valioso apoio, oportunidade em que me coloco à sua disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Sabrina de Souza Gurgel

sabrinagurgel@hotmail.com

APÊNDICE F - VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PEDIATRIA (IPQP)

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

O quadro proposto contém ações para prevenção de quedas na pediatria sugeridas no Protocolo de Prevenção de Quedas do Ministério da Saúde. Você irá analisar os critérios de simplicidade, clareza da linguagem e relevância teórica e prática para o conteúdo de cada item, considerando cinco graus: 1 – Péssimo; 2 – Ruim; 3 – Regular; 4 – Bom; 5 – Excelente. Caso algum item do quadro não lhe pareça simples, claro e relevante, acrescente sua sugestão no espaço correspondente. Antecipadamente agradecemos a sua contribuição.

AÇÕES DE PREVENÇÃO DE QUEDAS

Ação para prevenção de quedas em pacientes pediátricos	Critérios	Grau do critério				
		1 Péssimo	2 Ruim	3 Regular	4 Bom	5 Excelente
1. Avalia o risco para quedas no momento da admissão da criança.	Simplicidade					
	Clareza da linguagem					
	Relevância teórica e prática					
2. Avalia o risco para quedas da criança diariamente.	Simplicidade					
	Clareza da linguagem					
	Relevância teórica e prática					
3. Orienta a criança e/ou acompanhante sobre a presença do risco de queda relacionado a fatores contribuintes, tais como idade, diagnóstico, fatores cognitivos, história pregressa, jejum prolongado, cirurgia/sedação/anestesia e/ou medicação, dano por queda e como prevenir sua ocorrência.	Simplicidade					
	Clareza da linguagem					
	Relevância teórica e prática					
4. Acomoda crianças com idade \leq 3 anos em berço e crianças $>$ 3 anos em cama, ambos com grades elevadas a altura máxima.	Simplicidade					
	Clareza da linguagem					
	Relevância teórica e prática					
5. Providencia que as crianças sejam transportadas de acordo com as especificações para idade (idade \leq 6 meses: no colo do acompanhante e este em cadeira de rodas; idade $>$ 6 meses ou \leq 36 meses: deitadas em maca junto com o acompanhante quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação; idade $>$ 6 meses \leq 36 meses: em cadeiras	Simplicidade					
	Clareza da linguagem					
	Relevância teórica e prática					

de rodas no colo do acompanhante; idade > 36 meses: maca, deitadas e acompanhadas ou não do responsável, ou em cadeira de rodas no colo do responsável).						
6. Mantém uma das grades elevadas do berço durante a troca de roupa/fralda da criança.	Simplicidade					
	Clareza da linguagem					
	Relevância teórica e prática					
7. Avalia se há condição de deambulação da criança diariamente.	Simplicidade					
	Clareza da linguagem					
	Relevância teórica e prática					
8. Registra e informa para o acompanhante se a criança está liberada ou não para deambular.	Simplicidade					
	Clareza da linguagem					
	Relevância teórica e prática					
9. Acompanha a criança na deambulação (no quarto, no banheiro, no corredor).	Simplicidade					
	Clareza da linguagem					
	Relevância teórica e prática					
10. Avalia o uso de grade.	Simplicidade					
	Clareza da linguagem					
	Relevância teórica e prática					
11. Avalia risco psicológico ou psiquiátrico quando necessário (conforme fator de risco identificado).	Simplicidade					
	Clareza da linguagem					
	Relevância teórica e prática					
12. Aloca a criança com história pregressa de queda próximo ao posto de enfermagem, quando possível.	Simplicidade					
	Clareza da linguagem					
	Relevância teórica e prática					
13. Orienta a criança e/ou acompanhante a levantar progressivamente de acordo com a presença de risco para quedas já identificado.	Simplicidade					
	Clareza da linguagem					
	Relevância teórica e prática					
14. Se a criança estiver em cama, mantém as 4 grades da cama elevadas (pré-cirúrgico e pós-operatório imediato).	Simplicidade					
	Clareza da linguagem					
	Relevância teórica e prática					

	prática					
15. Observa o jejum por longo período como risco de queda, por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório.	Simplicidade					
	Clareza da linguagem					
	Relevância teórica e prática					
16. Verifica as classes medicamentosas que alterem a mobilidade e o equilíbrio;	Simplicidade					
	Clareza da linguagem					
	Relevância teórica e prática					
17. Registra no prontuário da criança o resultado para avaliação do risco de quedas e todos os procedimentos realizados para sua prevenção.	Simplicidade					
	Clareza da linguagem					
	Relevância teórica e prática					
18. Notifica a ocorrência de quedas, fatores relacionados e os danos gerados em prontuário.	Simplicidade					
	Clareza da linguagem					
	Relevância teórica e prática					

Sugestões:

APÊNDICE G - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA COLETA DE DADOS DE PESQUISA ENVOLVENDO PROFISSIONAIS DE SAÚDE

ETAPAS PARA COLETA DE DADOS
1) Apresentar-se como membro da equipe de pesquisa intitulada “CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PEDIATRIA”, promovida pela UFC.
2) Apresentar o objetivo geral da pesquisa (Construir e validar um instrumento de prevenção de quedas na pediatria para promoção da segurança do paciente em unidades de internação pediátrica, segundo o Protocolo de Prevenção de quedas do Ministério da Saúde)
3) Convidar para participar da pesquisa, entregando a carta convite;
4) Explicar como será realizada a coleta;
5) Oferecer o TCLE para assinatura (duas vias);
6) Destacar uma das vias do TCLE e entregá-la ao profissional, mantendo a outra via anexada ao instrumento de coleta;
7) Entregar os instrumentos ao profissional: instrumento de caracterização e 2ª versão do IPQP.
8) Apresentar o instrumento ao profissional explicando como deverá ser realizado o seu correto preenchimento*;
9) Combinar com o profissional o horário para o recebimento do instrumento já preenchido. O instrumento poderá ser entregue ao profissional para ser respondido e devolvido ao final do plantão ou em dia posterior, com a data de devolução pré-estabelecida, condizente com o próximo plantão do funcionário na escala de serviço da unidade;
10) Receber do profissional o instrumento já preenchido;
11) Agradecer ao profissional por sua participação.

***Instruções para o correto preenchimento do instrumento de medida:**

- ✓ Quanto à caracterização dos participantes:
 - Sexo, contendo duas categorias, em que apenas uma poderá ser selecionada;
 - Idade: expressa em anos;
 - Formação acadêmica;

- Tempo de formação profissional expressa em anos;
- Tempo de experiência profissional em pediatria expressa em anos;
- Turno(s) trabalhado(s) na referida unidade, com oferta de opção em diurno, noturno, e diurno e noturno;
- Participação de curso de aperfeiçoamento sobre segurança do paciente contendo a resposta sim e não, mutuamente excludentes;
- ✓ Quanto às ações preconizadas pelo Ministério da Saúde,
- Estas serão distribuídas em itens referentes ao Protocolo de Prevenção de Quedas do Ministério da Saúde, sendo respondidas numa escala Likert, em que se responderá a frequência em que a ação é realizada, podendo ser: 1 (O profissional NUNCA executa essa ação em sua rotina de trabalho.); 2 (O profissional QUASE NUNCA executa essa ação em sua rotina de trabalho.); 3 (O profissional ÀS VEZES executa essa ação em sua rotina de trabalho.); 4 (O profissional QUASE SEMPRE executa essa ação em sua rotina de trabalho.); ou 5 (O profissional SEMPRE executa essa ação em sua rotina de trabalho), mutuamente excludentes.

APÊNDICE H - CARTA CONVITE DOS PROFISSIONAIS

Prezado (a),

Meu nome é Sabrina de Souza Gurgel, sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, e estou desenvolvendo o projeto de pesquisa intitulado “Construção e validação de instrumento de prevenção de quedas na pediatria”, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Francisca Elisângela Teixeira Lima.

Solicitamos por meio desta, a sua colaboração como participante desta pesquisa a qual envolverá o preenchimento de um instrumento autoavaliativa sobre as ações de prevenção de quedas para promoção da segurança da criança que você executa em seu ambiente de trabalho.

Portanto, precisamos de sua cooperação para responder honestamente as questões de acordo com a realidade de suas práticas assistenciais. Destaca-se que seu nome e o de sua instituição não serão identificados no instrumento e que o conteúdo de suas respostas não lhe trará qualquer prejuízo.

Caso manifeste a sua concordância, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá ser assinado em duas cópias, uma que ficará com você e outra com a pesquisadora.

Desde já, agradecemos o seu valioso apoio, oportunidade em que me coloco à sua disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Sabrina de Souza Gurgel.

APÊNDICE I - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

No âmbito da realização da dissertação do mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, estamos realizando um estudo intitulado “Construção e validação de instrumento de prevenção de quedas na pediatria”. Este instrumento dirige-se aos profissionais que prestam assistência em unidades abertas de internação pediátrica, e tem como objetivo identificar as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde para prevenção de quedas no ambiente hospitalar. Portanto, precisamos de sua colaboração para responder honestamente as questões de acordo com a realidade de suas práticas assistenciais. Destaca-se que seu nome e o de sua instituição não serão identificados no instrumento e que o conteúdo de suas respostas não lhe trará qualquer prejuízo.

Dados para contato:

Sabrina de Souza Gurgel

Fone: 85 987346445 E-mail: sabrinagurgel@hotmail.com.

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	
1. Sexo: () Feminino () Masculino	2. Idade: _____ anos
4. Formação profissional: () Auxiliar de enfermagem () Técnico de enfermagem () Graduação em enfermagem () Graduação em fisioterapia () Graduação em medicina	
5. Tempo de formação: _____ anos	
6. Tempo de experiência profissional: _____ anos	
7. Tempo de experiência profissional em pediatria: _____ anos	
8. Tempo de experiência profissional nesta unidade: _____ anos	
9. Qual sua carga horária de trabalho semanal? _____ horas	
10. Qual o tipo de vínculo empregatício nesta instituição? () Municipal () Estadual () Federal () CLT () Cooperado () Temporário/Serviço Prestado	
11. Quantos vínculos empregatícios você possui além deste? () nenhum () 1 () 2 () 3 () mais Tipo de vínculo no outro emprego: () Público () Privado () Outro	
12. Participou de curso de aperfeiçoamento sobre segurança do paciente? () Sim () Não	
13. Caso sim, especifique: () Curso teórico () Curso teórico-prático () Curso à distância	
14. Caso sim, o curso foi oferecido por este hospital? () Sim () Não	
15. Qual seu turno de trabalho nesta unidade (Pode assinalar mais de uma opção). () Manhã () Tarde () Noite	
16. Quanto ao trabalho em Unidade de Internação Pediátrica você considera: () Sem desgaste () Pouco desgastante () Muito desgastante	

APÊNDICE J - INSTRUMENTO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS

(2ª versão)

Para o correto preenchimento do instrumento, leia cuidadosamente cada item e, em seguida, marque com um **X** a opção que melhor represente a sua resposta de acordo com a valoração abaixo:

Código	Valoração	Significado
1	Nunca	O profissional NUNCA executa essa ação em sua rotina de trabalho.
2	Quase nunca	O profissional QUASE NUNCA executa essa ação em sua rotina de trabalho.
3	Às vezes	O profissional ÀS VEZES executa essa ação em sua rotina de trabalho.
4	Quase sempre	O profissional QUASE SEMPRE executa essa ação em sua rotina de trabalho.
5	Sempre	O profissional SEMPRE executa essa ação em sua rotina de trabalho.

PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PEDIATRIA	1	2	3	4	5
01. Avalia o risco para quedas no momento da admissão da criança.					
02. Avalia o risco para quedas da criança diariamente.					
03. Orienta a criança e o acompanhante sobre a presença do risco de queda relacionado a fatores contribuintes, tais como idade, diagnóstico, fatores cognitivos, história pregressa, jejum prolongado, cirurgia/sedação/anestesia e/ou medicação, dano por queda e como prevenir sua ocorrência.					
04. Acomoda crianças com idade ≤ 3 anos em berço e crianças > 3 anos em cama, ambos com grades elevadas a altura máxima.					
05. Providencia que as crianças com idade ≤ 6 meses sejam transportadas no colo do responsável e este em cadeira de rodas.					
06. Providencia que as crianças com idade > 6 meses ou ≤ 36 meses sejam transportadas deitadas em maca na companhia do responsável quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação; ou em cadeira de rodas no colo do responsável.					
07. Providencia que as crianças com idade > 36 meses sejam transportadas em maca, deitadas e acompanhadas ou não do responsável, ou em cadeira de rodas no colo do responsável.					
08. Mantém uma das grades elevadas do berço durante a troca de roupa/fralda da criança.					
09. Informa para o acompanhante se a criança está liberada ou não para deambular.					
10. Aloca a criança com história pregressa de queda próximo ao posto de enfermagem, quando possível.					
11. Orienta a criança e/ou família/responsável a levantar progressivamente (elevar a cabeceira 30° , sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama) de acordo com a presença de risco para quedas já identificado.					
12. Verifica na prescrição os medicamentos que alterem a mobilidade e o equilíbrio;					
13. Registra no prontuário da criança o resultado para avaliação do risco de quedas e todos os procedimentos realizados para sua prevenção.					
14. Registra no prontuário a ocorrência de quedas, fatores relacionados e os danos gerados.					
15. Notifica os incidentes com quedas à Gerência de Riscos e/ou ao Núcleo de Segurança do Paciente (quando existentes).					

APÊNDICE K - INSTRUMENTO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS

(3ª versão)

Para o correto preenchimento do instrumento, leia cuidadosamente cada item e, em seguida, marque com um **X** a opção que melhor represente a sua resposta de acordo com a valoração abaixo:

Código	Valoração	Significado
1	Nunca	O profissional NUNCA executa essa ação em sua rotina de trabalho.
2	Quase nunca	O profissional QUASE NUNCA executa essa ação em sua rotina de trabalho.
3	Às vezes	O profissional ÀS VEZES executa essa ação em sua rotina de trabalho.
4	Quase sempre	O profissional QUASE SEMPRE executa essa ação em sua rotina de trabalho.
5	Sempre	O profissional SEMPRE executa essa ação em sua rotina de trabalho.

		PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PEDIATRIA	1	2	3	4	5
Domínio 1	Avaliação e monitoramento						
	01. Avalia o risco para quedas no momento da admissão da criança.						
	02. Avalia o risco para quedas da criança diariamente.						
Domínio 2	Orientações para paciente/família						
	03. Orienta a criança e o acompanhante sobre a presença do risco de queda relacionado a fatores contribuintes, tais como idade, diagnóstico, fatores cognitivos, história pregressa, jejum prolongado, cirurgia/sedação/anestesia e/ou medicação, dano por queda e como prevenir sua ocorrência.						
	04. Informa para o acompanhante se a criança está liberada ou não para deambular.						
Domínio 3	05. Orienta a criança e/ou família/responsável a levantar progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama) de acordo com a presença de risco para quedas já identificado.						
	Práticas diretas						
	06. Acomoda crianças com idade \leq 3 anos em berço e crianças $>$ 3 anos em cama, ambos com grades elevadas a altura máxima.						
	07. Providencia que as crianças com idade \leq 6 meses sejam transportadas no colo do responsável e este em cadeira de rodas.						
	08. Providencia que as crianças com idade $>$ 6 meses ou \leq 36 meses sejam transportadas deitadas em maca na companhia do responsável quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação; ou em cadeira de rodas no colo do responsável.						
	09. Providencia que as crianças com idade $>$ 36 meses sejam transportadas em maca, deitadas e acompanhadas ou não do responsável, ou em cadeira de rodas no colo do responsável.						
10. Mantém uma das grades elevadas do berço durante a troca de roupa/fralda da criança.							

	11. Aloca a criança com história pregressa de queda próximo ao posto de enfermagem, quando possível.					
Domínio 4	Registro e notificação					
	12. Verifica na prescrição os medicamentos que alterem a mobilidade e o equilíbrio;					
	13. Registra no prontuário da criança o resultado para avaliação do risco de quedas e todos os procedimentos realizados para sua prevenção.					
	14. Registra no prontuário a ocorrência de quedas, fatores relacionados e os danos gerados.					
	15. Notifica os incidentes com quedas à Gerência de Riscos e/ou ao Núcleo de Segurança do Paciente (quando existentes).					

ANEXO A

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Construção e validação de instrumento de prevenção de quedas na pediatria

Pesquisador: SABRINA DE SOUZA GURGEL

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 79224417.0.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.439.019

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação vinculado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e caracterizado como um estudo metodológico de construção e validação de um instrumento de prevenção de quedas na pediatria (IPQP). Este será desenvolvido nas unidades abertas de internação de dois hospitais públicos pediátricos na cidade de Fortaleza-Ceará-Brasil. Haverá quatro etapas: 1) Construção do instrumento, desenvolvida a partir dos itens contidos no Protocolo de Prevenção de Quedas propostos pelo Ministério da Saúde; 2) Análise da validade de conteúdo do instrumento de medida, realizada por juízes experts na área; 3) Avaliação da confiabilidade do instrumento de medida; e 4) Validação externa do instrumento de medida. Na etapa de validade de conteúdo, serão selecionados sete juízes, por meio da amostragem intencional em que estes precisarão possuir título de doutor e alcançar uma pontuação igual ou superior a cinco. Após a seleção dos juízes, os mesmos receberão Carta Convite, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, instrumento de caracterização do juiz relacionado à sua qualificação e trajetória profissional juntamente com o questionário de análise do instrumento. A avaliação de conteúdo será realizada com base nos critérios simplicidade, clareza e relevância referidos por Pasquali(1998). Será utilizada uma escala do tipo Likert com cinco níveis de suporte: 1- Péssimo, 2- Ruim, 3- Regular, 4- Boa, 5- Excelente. Participará da etapa de validade externa, a equipe multiprofissional atuante nas referidas instituições, cujos participantes serão os profissionais que atenderem aos seguintes critérios de inclusão: ser profissional de enfermagem, medicina ou fisioterapia; atuar nas unidades

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 2.439.019

abertas de internamento nas referidas instituições há pelo menos seis meses. Os critérios de exclusão serão: estar de férias, licença ou afastado de suas atividades no período de coleta de dados e não devolver o instrumento preenchido após o estabelecimento do segundo prazo. O cálculo da amostra será realizado conforme a quantidade de itens do instrumento (IPQP). Se o número de itens K for menor ou igual a cinco, a amostra deverá ser constituída de 50 sujeitos, caso $5 < K \leq 15$, a amostra será constituída pela multiplicação do número de itens K por 10 ($n = 10 \times k$). Se o número de itens K for superior a 15, a amostra será constituída pela multiplicação do número de itens por 5 ($n = 5 \times K$). Assim, a quantidade de profissionais que participarão do estudo será definida após a elaboração da 2ª versão do IPQP, com a exclusão ou adição de itens ao instrumento, conforme as recomendações dos juizes, seguindo uma proporção para cada categoria profissional. Para cada profissional serão entregues uma cópia da carta convite. Para aqueles que aceitaram participar, será entregue duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, um formulário de caracterização profissional e uma cópia da 2ª versão do IPQP. Os dados serão analisados no SPSS 2.0, por meio do Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC), Alfa de Cronbach, Correlação Linear e a Razão de Chance (RC). Para todas as análises inferenciais será fixado intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5%.

Objetivo da Pesquisa:

Primário: Construir um instrumento de prevenção de quedas na pediatria para promoção da segurança do paciente em unidades de internação pediátrica, segundo o Protocolo de Prevenção de quedas do Ministério da Saúde.

Específicos: Elaborar um instrumento de prevenção de quedas na pediatria para promoção da segurança do paciente em unidades de internação pediátrica; Validar o conteúdo do instrumento de prevenção de quedas na pediatria para promoção da segurança do paciente em unidades de internação pediátrica junto aos especialistas; Calcular a confiabilidade do instrumento de prevenção de quedas na pediatria para promoção da segurança do paciente em unidades de internação pediátrica; Validar na prática clínica o instrumento de prevenção de quedas na pediatria para promoção da segurança do paciente em unidades de internação pediátrica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Desconforto em decorrência do tempo exigido para a leitura, análise e preenchimento dos itens do instrumento de coleta de dados pelo profissional.

Benefícios: construção de um instrumento válido que possa avaliar as ações executadas pelos

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-275
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **E-mail:** comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 2.439.019

profissionais de enfermagem, médicos e fisioterapeutas para promoção da segurança da criança em unidades abertas de internação pediátrica a fim de reduzir os episódios de quedas e de melhor a qualidade da assistência prestada ao paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para área de enfermagem. Objeto de pesquisa está bem descrito e os objetivos são claros e pertinentes. Metodologia com adequado detalhamento dos participantes, instrumentos e procedimento de coleta. Aspectos éticos informados e de acordo com a Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados e estão de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta pendências éticas ou documentais.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_990803.pdf	01/12/2017 09:00:19		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoSabrinaGurgelVersao2.pdf	01/12/2017 08:59:25	SABRINA DE SOUZA GURGEL	Aceito
Cronograma	Cronogramaversao2.pdf	01/12/2017 08:59:04	SABRINA DE SOUZA GURGEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoDeConsentimentoLivreeEsclarecidoDosProfissionaisVERSAO2.pdf	01/12/2017 08:58:42	SABRINA DE SOUZA GURGEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoDeConsentimentoLivreeEsclarecidoDosJuizesVERSAO2.pdf	01/12/2017 08:58:15	SABRINA DE SOUZA GURGEL	Aceito
Outros	Termoderesponsabilidadeorientador.pdf	05/10/2017 08:48:56	SABRINA DE SOUZA GURGEL	Aceito
Outros	CurriculoLattesSabrinaGurgel.pdf	05/10/2017 08:47:24	SABRINA DE SOUZA GURGEL	Aceito
Outros	CartaHIASSabrinaGurgel.jpg	05/10/2017	SABRINA DE	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 2.439.019

Outros	CartaHIASSabrinaGurgel.jpg	08:43:22	GURGEL	Aceito
Outros	CartaAnuenciaCOGETS.pdf	05/10/2017 08:41:38	SABRINA DE SOUZA GURGEL	Aceito
Outros	ApreciacaoCEP.pdf	05/10/2017 08:40:30	SABRINA DE SOUZA GURGEL	Aceito
Outros	TermoCompromissoUtilizacaoDados.pdf	05/10/2017 08:36:52	SABRINA DE SOUZA GURGEL	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	05/10/2017 08:33:48	SABRINA DE SOUZA GURGEL	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoConcordanciaPesquisadores.pdf	05/10/2017 08:33:15	SABRINA DE SOUZA GURGEL	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostodigitalizadaSabrinaGurgel.pdf	05/10/2017 08:32:12	SABRINA DE SOUZA GURGEL	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 14 de Dezembro de 2017

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

ANEXO B

HOSPITAL INFANTIL ALBERT
SABIN - CE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Construção e validação de instrumento de prevenção de quedas na pediatria

Pesquisador: SABRINA DE SOUZA GURGEL

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79224417.0.3001.5042

Instituição Proponente: Hospital Infantil Albert Sabin - CE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.510.863

Apresentação do Projeto:

o presente estudo justifica-se a partir da necessidade de construir e validar um instrumento de prevenção de quedas na pediatria (IPQP) para segurança do paciente em unidades de internação pediátrica à luz do Protocolo de Prevenção de Quedas (BRASIL, 2013e), como tecnologia para a equipe de saúde identificar as condições geradoras de risco para ocorrência de quedas, visando à promoção da segurança da criança no ambiente hospitalar com a finalidade de reduzir a ocorrência de queda de pacientes nas unidades de saúde e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais (BRASIL, 2013e).

Objetivo da Pesquisa:

Construir um instrumento de prevenção de quedas na pediatria para promoção da segurança do paciente em unidades de internação pediátrica, segundo o Protocolo de Prevenção de quedas do Ministério da Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sobre os riscos e benefícios a pesquisadora descreve:

Riscos: Desconforto em decorrência do tempo exigido para a leitura, análise e preenchimento dos

Endereço: Rua Tertuliano Sales, 544
Bairro: Vila União **CEP:** 60.410-790
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-4212 **Fax:** (85)3101-4212 **E-mail:** cep@hias.ce.gov.br

HOSPITAL INFANTIL ALBERT
SABIN - CE



Continuação do Parecer: 2.510.863

itens do instrumento de coleta de dados pelo profissional.

Benefícios:

O benefício do estudo consiste na construção de um instrumento válido que possa avaliar as ações executadas pelos profissionais de enfermagem, médicos e fisioterapeutas para promoção da segurança da criança em unidades abertas de internação pediátrica a fim de reduzir os episódios de quedas e de melhor a qualidade da assistência prestada ao paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Importante para a prevenção de acidentes e garantia da segurança do paciente pediátrico

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou: TCLE, CARTA DE ANUÊNCIA, TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR, TERMO DE COMPROMISSO, AUTORIZAÇÃO DO CHEFE DE SERVIÇO

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica

Considerações Finais a critério do CEP:

projeto aprovado após terem sido acatadas as considerações do relator em reunião do ultimo dia 06/02/18 do CEP_HIAS

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoSabrinaGurgelVersao2.pdf	01/12/2017 08:59:25	SABRINA DE SOUZA GURGEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoDeConsentimentoLivreEEsclarecidoDosProfissionaisVERSAO2.pdf	01/12/2017 08:58:42	SABRINA DE SOUZA GURGEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TermoDeConsentimentoLivreEEsclarecidoDosJuizesVERSAO2.pdf	01/12/2017 08:58:15	SABRINA DE SOUZA GURGEL	Aceito

Endereço: Rua Tertuliano Sales, 544
 Bairro: Vila União CEP: 60.410-790
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-4212 Fax: (85)3101-4212 E-mail: cep@hias.ce.gov.br

HOSPITAL INFANTIL ALBERT
SABIN - CE



Continuação do Parecer: 2.510.863

Justificativa de Ausência	TermoDeConsentimentoLivreEEsclarecidoDosJuizesVERSAO2.pdf	01/12/2017 08:58:15	SABRINA DE SOUZA GURGEL	Aceito
Outros	Termoderesponsabilidadeorientador.pdf	05/10/2017 08:48:56	SABRINA DE SOUZA GURGEL	Aceito
Outros	CurriculoLattesSabrinaGurgel.pdf	05/10/2017 08:47:24	SABRINA DE SOUZA GURGEL	Aceito
Outros	CartaHIASSabrinaGurgel.jpg	05/10/2017 08:43:22	SABRINA DE SOUZA GURGEL	Aceito
Outros	CartaAnuenciaCOGETS.pdf	05/10/2017 08:41:38	SABRINA DE SOUZA GURGEL	Aceito
Outros	ApreciacaoCEP.pdf	05/10/2017 08:40:30	SABRINA DE SOUZA GURGEL	Aceito
Outros	TermoCompromissoUtilizacaoDados.pdf	05/10/2017 08:36:52	SABRINA DE SOUZA GURGEL	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 23 de Fevereiro de 2018

Aldaíza Marcos Ribeiro

Assinado por:

ALDAÍZA MARCOS RIBEIRO
(Coordenador)

Endereço: Rua Tertuliano Sales, 544
Bairro: Vila União CEP: 60.410-790
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-4212 Fax: (85)3101-4212 E-mail: cep@hias.ce.gov.br