



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

MAYARA KELLY MOURA FERREIRA

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO PREVENÇÃO DE LESÃO
POR PRESSÃO NA PEDIATRIA

FORTALEZA

2018

MAYARA KELLY MOURA FERREIRA

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO PREVENÇÃO DE LESÃO POR
PRESSÃO NA PEDIATRIA

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.

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

Co-orientadora: Prof. Dra. Sherida Karanini Paz de Oliveira.

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)

F442c Ferreira, Mayara Kelly Moura.
Construção e validação do instrumento prevenção de lesão por pressão na pediatria / Mayara Kelly Moura
Ferreira. – 2018.
132 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. Sherida Karanini Paz de Oliveira.

1. Lesão por Pressão. 2. Enfermagem. 3. Pediatria. 4. Estudos de Validação . I. Título.

CDD 610.73

MAYARA KELLY MOURA FERREIRA

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO PREVENÇÃO DE LESÃO POR
PRESSÃO NA PEDIATRIA

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 (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

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

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

Prof.^a Dra. Fernanda Jorge Magalhães
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Ao meu Deus, Jesus Cristo

À minha família

AGRADECIMENTOS

A Jesus Cristo, por ser essencial em minha vida, autor da minha fé, minha força, meu guia e socorro bem presente na hora da aflição.

Ao meu marido, Dmitri Raulino, pessoa com quem amo partilhar cada momento da minha vida, que de uma forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades. Obrigada pela paciência e por sua capacidade de me trazer paz na correria do dia-a-dia.

Aos meus pais, Francisco José e Jeane, pelo amor incondicional, pelo apoio e por todos os ensinamentos, que, com muito carinho, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

À minha família, em especial meu irmão e avós, pelo apoio e carinho incondicional em todos os momentos da minha vida.

Aos meus irmãos na fé, pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas.

À minha orientadora, Profa. Dra. Francisca Elisângela Teixeira Lima, por ser uma benção de Deus na minha vida, pela amizade, compreensão, disponibilidade, dedicação, paciência, e principalmente, por todos os ensinamentos que me propocionou ao longo desses anos, foi um prazer tê-la junto comigo nessa trajetória.

À minha coorientadora, Profa. Dra Shériida Karanini Paz de Oliveira, por seus ensinamentos, disponibilidade e paciência, suas orientações foram fundamentais na conclusão desse trabalho.

Aos Professores Doutores, Paulo César de Almeida e Gilvan Ferreira Felipe, que comporão a banca avaliadora desse trabalho pela disponibilidade e pela contribuição dada ao estudo. Em especial ao Prof. Dr. Paulo César de Almeida pelo auxílio na construção desse trabalho.

Aos meus amigos pelo apoio, em especial à Sabrina de Souza Gurgel, companheira em toda essa trajetória, sua amizade e companherismo foi fundamental para essa conquista.

Aos membros do Grupo de Estudo sobre Cuidados de Enfermagem em Pediatria (GECEP), pela experiência compartilhada, sobretudo, à Sabrina Gurgel, Ires Lopes, Érica D'Alencar, Thais Lima, Cristina Oliveira, Patrícia Araújo, Edilma Serafim e Eva pela ajuda essencial na coleta de dados.

Aos profissionais de Enfermagem do Hospital Infantil de Fortaleza, do Hospital Infantil Albert Sabin e do Hospital de Messejana pela disponibilidade em participar desta pesquisa.

RESUMO

A hospitalização envolve riscos que podem comprometer a segurança da criança durante a sua internação, pois, devido à complexidade do cuidado em saúde, podem ocorrer eventos adversos. Entre os eventos adversos do cuidado em saúde, destaca-se a ocorrência de lesão por pressão (LP). Objetivou-se construir e validar um instrumento de prevenção de lesão por pressão na pediatria. Estudo metodológico desenvolvido em três etapas: 1ª - Construção do instrumento de medida, desenvolvido a partir dos itens de verificação propostos pelo Protocolo para prevenção de úlcera por pressão do Ministério da Saúde; 2ª - Avaliação das propriedades psicométricas, na qual foi realizada: 1) Validade de conteúdo com avaliação de sete especialistas por meio do ICC; 2) Validade de constructo a partir da análise fatorial e grupo contrastado, realizada com 235 profissionais de enfermagem atuantes no cuidado direto à criança em três hospitais na cidade de Fortaleza-Ceará; e 3) Confiabilidade (alfa de Cronbach), também realizado com os mesmos 235 profissionais; 3ª - Identificação das ações realizadas pelos profissionais de enfermagem na prevenção de LP na pediatria. Como resultados, na primeira etapa obteve-se a 1ª versão do instrumento, intitulado Prevenção de úlcera por pressão na pediatria (PUPP), composto por 24 itens distribuídos em sete domínios. Na 2ª etapa, validação de conteúdo, o instrumento alcançou um ICC geral de 0,983, e 0,954, 0,945 e 0,955 para simplicidade, clareza e relevância, respectivamente, obtendo uma 2ª versão do instrumento, intitulado Prevenção de lesão por pressão na pediatria (PLPP), com 23 itens. A análise fatorial revelou a presença de três domínios. Verificou-se associação positiva estatisticamente significativa entre prevenção de lesão por pressão e faixa etária adulta (31 a 40 anos), participação de cursos de aperfeiçoamento e ausência de desgaste no trabalho. O alfa de Cronbach (0,938) mostrou que o instrumento é confiável. Na 3ª etapa, o desempenho dos profissionais foi analisado pelo índice de positividade (IP) e identificou-se que em nenhuma ação a assistência foi considerada desejável, três ações obtiveram IP condizentes com uma assistência segura, somente numa ação a assistência foi considerada limítrofe, e para todos os outros itens a assistência foi sofrível. Conclui-se que o instrumento PLPP é válido e confiável, capaz de identificar na prática clínica as ações realizadas para prevenção de lesão por pressão na pediatria, visando a promoção da segurança do paciente no ambiente hospitalar.

Palavras-chave: Lesão por Pressão. Enfermagem. Pediatria. Estudos de Validação.

ABSTRACT

Hospitalization involves risks that may compromise the child's safety during hospitalization, because of the complexity of health care adverse events may occur. Among the adverse events of health care, we highlight the occurrence of pressure injury. The aim of this study was to construct and validate an instrument for the prevention of pressure injury in pediatrics. Methodological study developed in three stages : 1st stage - Construction of the measurement instrument, developed from the verification items proposed by the Protocol for the prevention of pressure ulcer of the Ministry of Health; 2nd stage - Evaluation of psychometric properties, in which it was performed: 1) Validity of content with evaluation of seven specialists through ICC; 2) Construct validity from the factorial analysis and contrasted group, performed with 235 nursing professionals involved in direct child care in three hospitals in the city of Fortaleza, Ceará; and 3) Reliability (Cronbach's alpha), also performed with the same 235 professionals; Step 3 - Identification of actions performed by nursing professionals in pressure injury prevention. As a result, in the first stage, the first version of the instrument was obtained, entitled Pressure ulcer prevention in pediatrics (PUPP), composed of 24 items distributed in seven domains. In the second stage, in the validation of content, the instrument achieved a general ICC of 0.983, an ICC of 0.954 for simplicity, 0.945 for clarity and 0.955 for relevance, obtaining the 2nd version of the instrument, entitled Prevention of pressure injury in pediatrics (PLPP), formed by 23 items. Factor analysis revealed the presence of three domains. There was a statistically significant positive association between prevention of pressure injury and the adult age range (31 to 40 years), participation of improvement courses and absence of attrition at work. Cronbach's alpha (0.938) showed that the instrument is reliable. In the third stage, the performance of the professionals was analyzed by the positivity index (PI) and it was identified that in no action the assistance was considered desirable, three actions obtained IP consistent with a safe assistance, only in one action the assistance was considered bordering, and for all other items the tour was suffering. It is concluded that the PLPP instrument is valid and reliable, able to identify in clinical practice the actions performed to prevent pressure injury in pediatrics, aiming to promote patient safety in the hospital environment.

Keywords: Pressure Injury. Nursing. Pediatrics. Validation Studies.

RESUMEN

La hospitalización implica riesgos que pueden comprometer la seguridad del niño durante su internación, debido a la complejidad del cuidado en salud pueden ocurrir acontecimientos adversos. Entre los eventos adversos del cuidado en salud, se destaca la ocurrencia de lesión por presión (LP). Se objetivó construir y validar un instrumento de prevención de lesión por presión en la pediatría. Estudio metodológico desarrollado en tres etapas: 1ª - Construcción del instrumento de medida, desarrollado a partir de los ítems de verificación propuestos por el Protocolo para prevención de úlcera por presión del Ministerio de Salud; 2ª - Evaluación de las propiedades psicométricas, en la cual fue realizada: 1) Validez de contenido con evaluación de siete especialistas por medio del ICC; 2) Validez de constructo a partir del análisis factorial y grupo contrastado, realizada con 235 profesionales de enfermería actuantes en el cuidado directo al niño en tres hospitales en la ciudad de Fortaleza-Ceará; y 3) Confiabilidad, en el aspecto homogeneidad, por medio del alfa de Cronbach, también realizado con los mismos 235 profesionales; 3ª - Identificación de las acciones realizadas por los profesionales de enfermería en la prevención de LP. Como resultados, en la 1ª etapa se obtuvo la 1ª versión del instrumento, titulado Prevención de la úlcera por presión en la pediatría (PUPP), compuesto por 24 ítems distribuidos en siete dominios. En la segunda etapa, en la validación de contenido, el instrumento alcanzó un ICC general de 0,983, un ICC de 0,954 para simplicidad, 0,945 para claridad y 0,955 para relevancia, obteniéndose la 2ª versión del instrumento, titulado Prevención de la lesión por presión en la pediatría (PLPP), formado por 23 ítems. El análisis factorial reveló la presencia de tres dominios. Se verificó una asociación positiva estadísticamente significativa entre prevención de lesión por presión y grupo de edad adulta (31 a 40 años), participación de cursos de perfeccionamiento y ausencia de desgaste en el trabajo. El alfa de Cronbach (0,938) mostró que el instrumento es confiable. En la tercera etapa, el desempeño de los profesionales fue analizado por el índice de positividad (IP) y se identificó que en ninguna acción la asistencia fue considerada deseable, tres acciones obtuvieron IP condizentes con una asistencia segura, sólo en una acción la asistencia fue considerada limítrofe, y para todos los demás elementos la asistencia fue sufriente. Se concluye que el instrumento PLPP es válido y confiable, capaz de identificar en la práctica clínica las acciones realizadas para prevención de lesión por presión en la pediatría, visando la promoción de la seguridad del paciente en el ambiente hospitalario.

Palabras clave: Lesión por Presión. Enfermería. Pediatría. Estudios de Validación.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Caminho da tomada de decisão para determinar o tipo de validade e confiabilidade selecionado para um estudo.....	23
Figura 2 - Fluxograma da operacionalização do estudo com os tipo de validade e confiabilidade selecionados.....	31
Figura 3 - Primeira versão do instrumento prevenção de úlcera por pressão na pediatria.....	45
Figura 4 – Triagem com autovalores e número de componentes.....	61
Figura 5- Terceira versão do instrumento PLPP após a análise fatorial.....	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios para a seleção de especialistas em enfermagem.....	35
Quadro 2 – Distribuição dos itens nos domínios da primeira versão do instrumento prevenção de lesão por pressão na pediatria.....	42
Quadro 3 – Disposição dos itens e domínios que compuseram a primeira versão do instrumento prevenção de úlcera por pressão na pediatria.....	43
Quadro 4 – Características dos especialistas de conteúdo quanto à pontuação atingida no sistema de classificação de especialistas.....	47
Quadro 5 – Disposição das modificações realizada nos itens conforme sugestão dos especialistas.....	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos especialistas participantes do estudo, conforme os critérios para a seleção de especialistas.....	46
Tabela 2 – Concordância entre os especialistas quanto a excelência dos itens do instrumento concernente a simplicidade, clareza e relevância.....	48
Tabela 3 - Coeficiente 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 mensal, 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.....	62
Tabela 8 – Matriz de correlação entre os itens e os domínios do instrumento prevenção de lesão por pressão na pediatria (PLPP), segundo a análise fatorial pelos componentes principais e rotação.....	63
Tabela 9 –Itens do instrumento PLPP alocados nos seus domínios adequados.....	65
Tabela 10 – Associação entre os escore do PLPP e as variáveis sociodemográficas.....	68
Tabela 11- Alfa de Cronbach na ausência de qualquer um dos itens do instrumento.....	71
Tabela 12 - Distribuição das respostas dos profissionais, segundo o domínio Detecção precoce e medidas preventivas de LP.....	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência de Vigilância Sanitária
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
ICC	Coefficiente de Correlação Intraclasse
IP	Índice de Positividade
QA	Qualidade da Assistência
KMO	Kaiser Meyer Olkin
LP	Lesão por Pressão
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
PLPP	Prevenção de Lesão por Pressão na Pediatria
POP	Procedimento Operacional Padrão
PUPP	Prevenção de Úlcera por Pressão na Pediatria
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPP	Úlcera Por Pressão
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTIP	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica
UTU	Unidade de Terapia de Urgência

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	20
2.1	Geral	20
2.2	Específicos	20
3	REFERENCIAL TEÓRICO- METODOLÓGICO	21
3.1	Construção de instrumentos de medida	21
3.2	Avaliação das propriedades psicométricas: mensuração da validade e da confiabilidade de instrumentos	23
<i>3.2.1</i>	<i>Validação</i>	24
<i>3.2.1.1</i>	<i>Validação de conteúdo</i>	23
<i>3.2.1.2</i>	<i>Validação relacionada ao critério</i>	25
<i>3.2.1.3</i>	<i>Validação do construto</i>	25
3.2.2	Confiabilidade	27
<i>3.2.2.1</i>	<i>Estabilidade</i>	28
<i>3.2.2.2</i>	<i>Homogeneidade</i>	29
<i>3.2.2.3</i>	<i>Equivalência</i>	30
4	MATERIAL E MÉTODO	31
4.1	Tipo de estudo	31
4.2	Aspectos ético e legais	32
4.3	Primeira etapa: construção do instrumento de medida	32
4.4	Segunda etapa: avaliação das propriedades psicométricas do instrumento	33
<i>4.4.1</i>	<i>Validação</i>	33
<i>4.4.1.1</i>	<i>Validação de conteúdo</i>	33
<i>4.4.1.2</i>	<i>Validação do constructo</i>	37
4.4.2	Confiabilidade	38
4.4.3	Desenvolvimento da validação do constructo e confiabilidade do instrumento	38
<i>4.4.3.1</i>	<i>Local do estudo</i>	38
<i>4.4.3.2</i>	<i>População e Amostra</i>	39
<i>4.4.3.3</i>	<i>Coleta de Dados</i>	40

4.4.3.4	<i>Análise dos dados</i>	40
4.5	Terceira Etapa: identificação das ações realizadas pelos profissionais de enfermagem na prevenção de lesão por pressão	41
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
5.1	Construção do instrumento de medida	42
5.2	Avaliação das propriedades psicométricas do instrumento	46
5.2.1	Validação	46
5.2.1.1	<i>Validação de Conteúdo</i>	46
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>	54
5.2.1.2.1	Caracterização da amostra.....	54
5.2.1.3	<i>Validação de constructo</i>	58
5.2.1.3.1	Análise fatorial.....	58
5.2.1.3.2	Testagem de hipóteses por comparação de grupos contrastados.....	67
5.2.2	Confiabilidade	70
5.3	Identificação das ações realizadas pelos profissionais de enfermagem na prevenção de lesão por pressão	72
6	CONCLUSÃO	85
	REFERÊNCIAS	87
	APÊNDICES	101
	ANEXOS	120

1 INTRODUÇÃO

A hospitalização na vida da criança causa um grande impacto, pois exige uma quebra da sua rotina e um distanciamento do ambiente familiar. Além dessa fragilidade, a hospitalização envolve riscos que podem comprometer a segurança da criança durante sua internação, como as lesões por pressão (LP).

Assim, esse estudo tem como proposta a construção e validação de um instrumento de medida para mensurar ações realizadas pela equipe de saúde relacionadas à prevenção de LP com vistas a um cuidado de saúde com mais qualidade e segurança.

Na atualidade, existem preocupação e discussão sobre a segurança do paciente. Essa temática é uma das principais metas desejadas pelas instituições de saúde que buscam assegurar a qualidade assistencial, livre de erros e eventos adversos (CAVALCANTE *et al.*, 2015).

A segurança do paciente é considerada uma disciplina essencial para formação de profissionais de saúde. No entanto, ainda é uma área de conhecimento em construção, no qual estudos vêm sendo realizados, despertando o interesse de pesquisadores, devido sua relevância para a sociedade (COSTA JUNIOR; YAMAUCHI, 2014).

Essa discussão ganhou proporções a partir da publicação do livro “*To err is human*” pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América em 1999. A publicação mostrou que entre 44.000 e 98.000 pacientes morriam a cada ano nos hospitais dos Estados Unidos em decorrência dos danos causados durante o internamento hospitalar (BOHOMOL, 2008). A partir de então, surgiu o Movimento Internacional para Segurança do Paciente que vem ocupando espaço nos debates sobre qualidade e segurança da assistência ao redor do mundo (BRANCO FILHO, 2014).

No ano de 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) instituiu a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. O programa conta com estratégias, diretrizes e metas internacionais, que visam disseminar e garantir, em diferentes países, práticas que viabilizem a segurança dos pacientes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Em 2006, foram definidas as seis metas internacionais de segurança do paciente oriundas da experiência norte americana, as quais são: identificar os pacientes corretamente, melhorar a comunicação efetiva, melhorar a segurança para medicamentos de alta vigilância, assegurar cirurgias com local de intervenção, procedimento e paciente correto, reduzir os riscos de infecções associadas aos cuidados de saúde e reduzir o risco de lesão do paciente resultante de quedas (COSTA JUNIOR; YAMAUCHI, 2014). No Brasil, com a instituição do

Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), em 2013, essas metas foram adaptadas, quais sejam: identificar corretamente o paciente; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; melhorar a segurança na prescrição, no uso e administração de medicamentos; assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; higienizar as mãos para evitar infecções; reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão (BRASIL, 2014).

Como parte do PNSP, cujo objetivo é prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos relacionados à assistência nos serviços de saúde (BRASIL, 2013a), seis protocolos básicos de segurança do paciente foram propostos pelo Ministério da Saúde em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (BRASIL, 2013b), quais sejam: Protocolo de identificação do paciente (BRASIL, 2013c); Protocolo de prática de higiene das mãos (BRASIL, 2013d); Protocolo de segurança na prescrição e de uso e administração de medicamentos (BRASIL, 2013e); Protocolo de prevenção de quedas (BRASIL, 2013f); Protocolo para prevenção de úlcera por pressão (BRASIL, 2013g) e Protocolo de cirurgia segura (BRASIL, 2013h)

O cotidiano do cuidado em saúde é muito amplo e complexo e, mesmo com os elevados padrões de qualidade exigidos na atualidade, ainda ocorrem eventos adversos e danos à saúde todos os dias (LORENZINI; SANTI; BÁO, 2014).

Em 58 hospitais dos países da América Latina, 10 em cada 100 pacientes sofrem algum tipo de dano durante a hospitalização, e na medida em que o tempo de internação aumenta, o risco é duplicado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Diante desse contexto, é imprescindível entender os conceitos de segurança do paciente, erro, dano, incidente e evento adverso. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da ANVISA nº. 36 de 22 de julho de 2013, define segurança do paciente como a redução do risco de danos desnecessários, inerente à assistência à saúde, a um mínimo aceitável (BRASIL, 2013i).

Por se tratar de uma temática relativamente nova, com número de publicações crescendo a cada ano, existe ainda uma utilização inconsistente dos termos que envolvem a segurança do paciente. Com a finalidade de padronizar os conceitos e termos, a OMS criou uma classificação de segurança do paciente, a *International Classification for Patient Safety* (BRASIL, 2013a).

Segundo esta classificação, erro é definido como uma falha em executar um plano de ação como pretendido ou como a aplicação de um plano incorreto. O dano corresponde ao comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo,

incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo ser físico, social ou psicológico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Incidente é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Os incidentes classificam-se como: *near miss* (incidente que não atingiu o paciente), incidente sem dano (evento que atingiu o paciente, mas não causou dano discernível) e incidente com dano (evento adverso). Logo um evento adverso é um incidente que resulta em dano ao paciente (BRASIL, 2013a).

A lesão por pressão (LP) é classificada como um evento adverso, embora sua ocorrência nem sempre esteja relacionada às falhas no cuidado, mas às questões intrínsecas dos pacientes. No entanto, a maioria das LPs é evitável, mediante adoção de medidas de prevenção (BRASIL, 2013a). Assim, neste estudo a LP será considerada como evento adverso.

A LP é um problema de alta incidência em pacientes hospitalizados, sendo considerada alvo de grande preocupação para as organizações de saúde, gerando impacto tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para o próprio sistema de saúde, com o prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis (BRASIL, 2013g).

Uma pesquisa no Rio de Janeiro-Brasil revelou que numa população de 1.103 pacientes internados foram identificados 65 eventos adversos evitáveis, dos quais 18,4% foram LPs (MENDES *et al.*, 2013).

A LP já foi descrita na literatura por vários termos, dentre os quais tem-se: escaras de decúbito, escara, úlcera de decúbito, ferida de pressão, úlcera de pressão e úlcera por pressão (CROZETA *et al.*, 2010; SOUZA *et al.*, 2013). No Brasil, o Ministério da Saúde, usou, em 2013, o termo úlcera por pressão, no protocolo intitulado Protocolo para prevenção de úlcera por pressão (BRASIL, 2013g).

Contudo, em 2016, o *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)*, uma organização norte-americana, sem fins lucrativos, dedicada à prevenção e ao tratamento de lesões por pressão, anunciou a mudança na terminologia úlcera por pressão para lesão por pressão (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2016). Assim, o termo lesão por pressão foi adotado na presente pesquisa.

O NPUAP define lesão por pressão como um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato, resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. Podem estar presentes em pele íntegra ou na forma de

úlceras abertas, podendo ser dolorosa ou não (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2016).

Os fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão podem ser extrínsecos ou intrínsecos. Os fatores extrínsecos estão relacionados ao mecanismo de lesão que influencia na tolerância da pele, impedindo a circulação sanguínea, são eles: pressão, cisalhamento e fricção. Já os fatores intrínsecos estão relacionados às condições físicas do paciente, destacando-se as condições nutricionais, o nível de consciência, a idade, a incontinência urinária e/ou fecal, a mobilidade reduzida ou ausente (MAIA; MONTEIRO, 2011).

A literatura ressalta a idade avançada como um fator de risco para o desenvolvimento de LPs. No entanto, as crianças também estão em risco de desenvolvê-las, e neste público a temática não é amplamente estudada, em parte pela presuntiva raridade em relação à população adulta e idosa (CROZETA *et al.*, 2010).

Quanto mais a criança for imatura e mais crítico for seu estado de saúde, menos tolerantes serão a pele e as estruturas de suporte e maior o risco de desenvolver LP (CURLEY *et al.*, 2003; SCHINDLER *et al.*, 2007).

Pesquisas apontam que as lesões por pressão também são comuns na pediatria, com taxas de incidência de aproximadamente 7% na população pediátrica geral e 26% na unidade de terapia intensiva (UTI), além disso, as estimativas de prevalência variam entre 2 a 28% (KOTTNER; WILBORN; DASSEN, 2010) ou 35% (SCHLÜER; SCHOLS; HALFENS, 2014). Na Alemanha, a prevalência de LP na população pediátrica geral foi de 2,3% (KOTTNER; WILBORN; DASSEN, 2010).

No Brasil, apesar de poucos estudos, a prevalência das lesões por pressão na pediatria em um hospital do Paraná foi de 8%, com destaque nas áreas de UTI neonatal e pediátrica (6,4%) e clínica cirúrgica pediátrica (1,6%) (CROZETA *et al.*, 2010). Em São Paulo, um estudo de epidemiologia, realizado em três hospitais com crianças e adolescentes, revelou uma média de prevalência de LP de 7,1% e uma incidência cumulativa de 21,8% (PELLEGRINO, 2013). Em hospital de referência pediátrica em Fortaleza, 42,5% das crianças internadas na UTI desenvolveram lesões por pressão (CARVALHO *et al.*, 2011).

Dentre os fatores de risco mais frequentes relacionados ao desenvolvimento de LP em crianças, estão a imobilidade, a presença da força de fricção, o cisalhamento, a desnutrição, a perfusão tecidual e a oxigenação alteradas (QUIGLEY; CURLEY, 1996; CURLEY *et al.*, 2003).

Quanto à localidade das LPs em pacientes pediátricos as regiões anatômicas mais frequentes são: região occipital, nariz, pescoço, períneo, dedos, região sacrococcígea, tuberosidade isquiática, calcâneos e pavilhões auriculares (LOMBA; BESSA; SANTOS, 2015). Nos recém-nascidos e lactentes, a cabeça foi a região mais frequentemente afetada. Já os adolescentes (entre 13 e 16 anos) apresentaram uma elevada taxa de incidência de LP na região sacrococcígea e na tuberosidade isquiática (KOTTNER; WILBORN; DASSEN, 2010).

A ocorrência de LP em pacientes pediátricos demonstra a importância da adoção de medidas preventivas. Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na percepção das situações de risco, pois é permeada pela vivência e proximidade diária, constante e ininterrupta na assistência ao paciente. Desse modo, identificam os riscos, oferecem cuidados direcionados, além de proporem melhorias que subsidiem o gerenciamento do cuidado em relação à segurança do paciente (MELLO; BARBOSA, 2013).

Enfatiza-se que os profissionais de enfermagem são essenciais na assistência à criança para prevenção de LP, por serem profissionais que unem os princípios técnico-científicos, julgamento crítico e a premissa da avaliação diária do cuidado prestado, observando atentamente as necessidades e os riscos de cada paciente (ASCARI *et al.*, 2014).

Para tanto, é imperiosa a existência de tecnologias que atendam às demandas clínicas pediátricas no contexto da prevenção de LP e contribuam com a assistência de enfermagem. Entende-se por tecnologia um conjunto de saberes e fazeres relacionados aos produtos e materiais que definem as terapêuticas e os processos de trabalho e se constituem em instrumentos para realizar ações na produção da saúde (NIETSCHE, 2000).

Como exemplo de tecnologia tem-se os instrumentos de medidas, considerados como ferramentas da assistência de enfermagem que qualificam o cuidado prestado e refletem a qualidade assistencial (MENEGON *et al.*, 2007). Além disso, facilitam a avaliação e o registro, podendo ser representado como roteiro de consulta, escala, organograma funcional, protocolo, *check list*, questionário, dentre outros (MOURÃO NETTO; DIAS; GIOYANNA, 2015).

Como exemplo de instrumentos, no Brasil, tem-se o protocolo para prevenção de LP do PNSP, já citado anteriormente, que visa prevenir a ocorrência de LPs, visto que é uma das consequências mais comuns em paciente de longa permanência em hospitais (BRASIL, 2013g).

Para fundamentar este estudo, fez-se uma revisão integrativa com o objetivo de encontrar os instrumentos utilizados nos domínios do cuidado avaliativo, preventivo e curativo de LP na pediatria. Como resultado, encontraram-se 25 instrumentos, dentre os quais

havia nove protocolos, cinco instrumentos diversos (questionários, *check-list*, formulário e sistema) e 11 escalas.

Dentre as escalas, destacaram-se as escalas preditivas para avaliação do risco de desenvolver LP e escalas para avaliação das características das lesões já instaladas, listadas a seguir: *Braden Scale* (BRADEN; BERGSTROM, 1987), *Braden Q Scale* (QUIGLEY; CURLEY, 1996), *Braden Q+P Scale* (GALVIN; CURLEY, 2012), *Glamorgan Scale* (WILLOCK; BAHARESTANI; ANTHONY, 2009), *Modified Glamorgan Scale* (LEONARD *et al.*, 2013), *Garvin Scale* (GARVIN, 1997), *Neonatal Skin Risk Assessment Scale* (HUFFINES; LOGDONS, 1997), *Bates-Jensen Wound Assessment Tool* (BATES-JENSEN; SUSSMAN, 2012), *Starkid Skin Scale* (SUDDABY; BARNETT; FACTEAU, 2005), *Pediatric Pressure Ulcer Prediction and Evaluation Tool* (STERKEN *et al.*, 2015).

No entanto, nenhum destes instrumentos encontrados possui a finalidade de avaliar as ações executadas pelos profissionais de enfermagem para prevenção de lesão por pressão com foco na segurança do paciente pediátrico.

Diante desse contexto, o presente estudo justifica-se a partir da necessidade de construir e validar um instrumento de avaliação da prevenção de lesão por pressão na pediatria (PLPP) à luz do Protocolo para prevenção de úlcera por pressão (BRASIL, 2013g), como estratégia tecnológica para a enfermagem, visando a identificação de condições geradoras de risco e das ações de prevenção de lesão por pressão para promoção da segurança da criança no ambiente hospitalar.

Assim, questiona-se: o instrumento prevenção de lesão por pressão na pediatria é válido e confiável como tecnologia para identificação das ações realizadas por profissionais de enfermagem para prevenção de LP, visando a promoção da segurança do paciente no ambiente hospitalar? Quais ações são realizadas para prevenção de LP em crianças hospitalizadas, segundo o instrumento de prevenção de lesão por pressão na pediatria?

A expectativa é que a resolução desses questionamentos possa favorecer a utilização do instrumento prevenção de lesão por pressão na pediatria como recurso tecnológico válido na identificação de condições geradoras de risco para a segurança da criança hospitalizada e na avaliação das ações de prevenção de LP. Assim, será possível estabelecer um plano de ação para a incorporação e/ou otimização de ações de prevenção de LP pacientes pediátricos, de modo a garantir uma assistência mais segura e de qualidade.

2 OBJETIVOS

Geral

Construir e validar o instrumento de prevenção de lesão por pressão na pediatria (PLPP) para promoção da segurança do paciente, segundo o Protocolo para prevenção de úlcera por pressão do Ministério da Saúde.

Específicos

- ✓ Elaborar o instrumento de prevenção de lesão por pressão na pediatria para promoção da segurança do paciente durante a hospitalização;
- ✓ Validar o conteúdo do instrumento PLPP, junto aos especialistas;
- ✓ Validar o constructo do instrumento PLPP, junto à equipe de enfermagem.
- ✓ Verificar a confiabilidade, no quesito homogeneidade, do instrumento PLPP, junto à equipe de enfermagem;
- ✓ Identificar as ações realizadas, pelos profissionais de enfermagem, para prevenção de lesão por pressão em crianças hospitalizadas, segundo o instrumento de prevenção de lesão por pressão na pediatria (PLPP).

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Estudo metodológico, que trata do desenvolvimento, da validação e da avaliação de instrumentos e métodos de pesquisa, envolvendo métodos complexos e sofisticados (POLIT; BECK, 2011).

Como referencial metodológico para construção e validação do instrumento PLPP adotou-se as etapas propostas por Lobiondo-Wood e Haber (2001), as quais são: definição do constructo a ser medido, formulação dos itens do instrumento, avaliação dos itens do instrumento para verificar a validade de conteúdo, desenvolvimento de instruções para os usuários e respondentes, aplicação do teste piloto aos itens e estimativa da confiabilidade e da validade do instrumento.

Uma das vantagens da medição é o fato de extinguir suposições e ambiguidades durante o processo de reunião e comunicação das informações. Medir significa tornar possível a obtenção de informações razoavelmente precisas (POLIT; BECK, 2011).

3.1 Construção de instrumentos de medida

Para definir o constructo a ser medido é necessária a aquisição de segurança nesse constructo por parte do pesquisador. Para tanto, é necessária uma extensa revisão da literatura e de todos os testes e medições que lidam com constructos afins. As informações obtidas nesse processo serão sintetizadas para definir o constructo (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

As revisões de literatura podem inspirar novas ideias de pesquisa e auxiliar na fundamentação dos estudos, sendo uma etapa essencial. Além de desempenhar papel fundamental na tentativa dos enfermeiros desenvolverem uma prática baseada em evidências (POLIT; BECK, 2011).

Após a definição do constructo, os questionamentos que o medem podem ser formulados. Nessa etapa, levando em conta cada aspecto do constructo, muitos questionamentos serão realizados, sendo necessária a avaliação de um grupo de especialistas para garantir ao pesquisador que os questionamentos meçam realmente o que se deseja 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, mas dependendo do tipo de constructo a ser medido alguns dos critérios se aplicam e outros não, os quais são:

- Critério comportamental: o item deve expressar um comportamento, não uma abstração ou constructo, devendo permitir ao sujeito uma ação clara e precisa.
- Critério de objetividade ou desejabilidade: para escalas de aptidão, os itens devem cobrir comportamentos de fato, permitindo uma resposta certa ou errada
- 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, deve-se utilizar frases curtas com expressões simples.
- Critério da relevância: o item deve ser consistente com o atributo definido e com as outras frases que cobrem o mesmo atributo, ou seja, o item não deve insinuar atributo diferente do definido. Esse critério diz respeito a saturação que o item tem com o constructo.
- Critério da precisão: o item deve possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais itens do mesmo atributo.
- Critério da variedade: dois aspectos são abordados neste critério. A linguagem deve ser variada para evitar o confundimento, a monotonia e o cansaço, e metade dos itens devem ser formulados em termos favoráveis e a outra metade em termos desfavoráveis para evitar erro da resposta estereotipada.
- Critério da modalidade: os itens devem ser formulados com frases moderadas, ou seja, sem utilizar expressões extremadas, como “excelente”, “miserável”, entre outros, pois a intensidade da reação dos sujeitos é dada na escala de resposta.
- Critério da tipicidade: os itens devem ser formulados com frases e expressões inerentes com o atributo.
- Critério da credibilidade: o item deve ser formulado de modo a não parecer ridículo, impróprio ou infantil, para não favorecer uma atitude desfavorável e aumentar os erros (vieses) de resposta.
- Critério da amplitude: o conjunto de itens do mesmo atributo deve cobrir toda a extensão de magnitude do contínuo desse atributo.

- Critério do equilíbrio: os itens devem ser iguais ou proporcionalmente distribuídos em todos os setores, tendo diversidade quanto ao grau de dificuldade. O conjunto de itens deve permitir uma distribuição semelhante à da curva normal, predominando a dificuldade mediana.

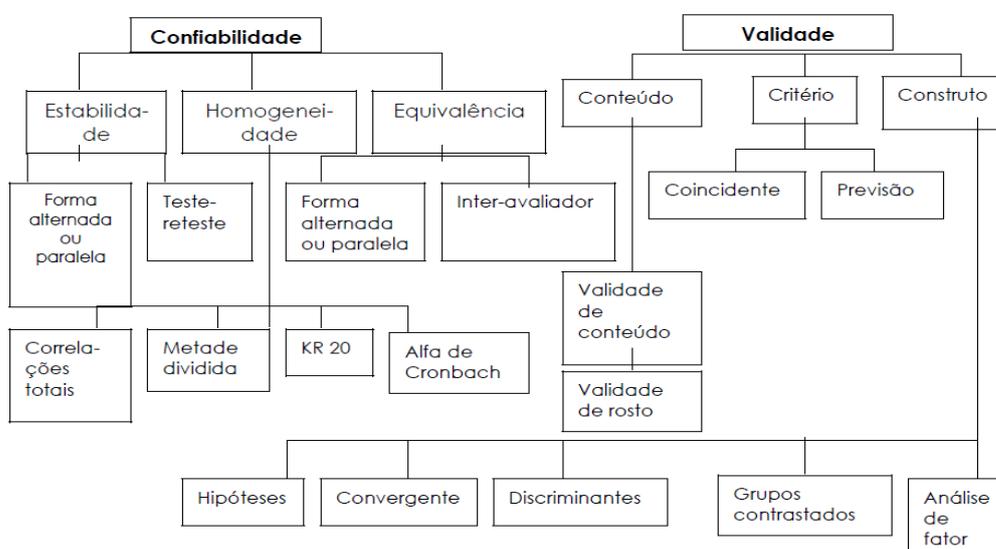
Neste estudo, para construção do instrumento de medida utilizou-se os critérios simplicidade, clareza e relevância.

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

A confiabilidade e a validade são dois aspectos cruciais na avaliação crítica de um instrumento de medição (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Elas não são qualidades totalmente independentes. Um instrumento de medição não confiável não pode ser válido, contudo um instrumento confiável, às vezes, não é válido (POLIT; BECK, 2011).

A confiabilidade e a validade das pesquisas são apresentadas em um esquema proposto por Lobiondo-Wood e Haber (2001) (FIGURA 1). Muito embora, nem todos os aspectos da avaliação da validade e da confiabilidade são utilizados nas pesquisas. A escolha está respaldada pela coerência entre o objetivo do estudo, as intenções do pesquisador, as características do instrumento utilizado e o tipo de informação concedida (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

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



Fonte: LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001.

3.2.1 Validação

A validação constitui uma preocupação quanto à precisão, a dita calibração do instrumento de medida. Diz respeito ao aspecto da medida demonstrar congruência entre o traço latente e sua representação (comportamento), refere-se, também, à demonstração de adequação (legitimidade) da representação do instrumento (PASQUALI, 2010).

A validade é o grau que a medida representa o fenômeno de interesse (HULLEY *et al.*, 2008). Avaliar a validade de um instrumento refere-se ao fato de averiguar se este mede exatamente o que se propôs a medir, ou seja, se este reflete verdadeiramente o conceito que deve medir (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

De acordo com Lobiondo-Wood e Haber (2001), existem três principais tipos de validade: conteúdo, constructo e critério. No entanto, para esse estudo, utilizou-se somente a validade de conteúdo e constructo.

3.2.1.1 Validação de conteúdo

A validade de conteúdo avalia a capacidade do instrumento representar todos os aspectos do fenômeno sob estudo (HULLEY *et al.*, 2008). Para Lobiondo-Wood e Haber (2001), a validade de conteúdo permite ao pesquisador avaliar se o instrumento e as questões que o constituem são representativas do domínio do conteúdo que o pesquisador pretende medir.

Essa análise baseia-se no julgamento de especialistas experientes na área do constructo, a qual caberá analisar se o conteúdo está correto e adequado ao que se propõe (MOURA *et al.*, 2008).

Um subtipo de validade de conteúdo é a validade de rosto ou aparência. É um tipo intuitivo de validade que consiste numa avaliação superficial feita pelos especialistas para verificar se os itens são compreensíveis para a população à qual o instrumento se destina. Os especialistas fazem uma avaliação quanto à apresentação do instrumento, à clareza, à compreensão e à legibilidade do conteúdo. Esse procedimento pode ser útil no processo de desenvolvimento do instrumento em relação à determinação da legibilidade e clareza do conteúdo (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Diversos estudos metodológicos que objetivaram construir instrumentos ou outros tipos de tecnologias apontam a validade de conteúdo e aparência como importante método de

avaliação de tecnologias (VERAS *et al.*, 2015; JOVENTINO *et al.*, 2013; RODRIGUES *et al.*, 2013; BELLUCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

Após a análise dos especialistas e as adequações realizadas, o pesquisador administra o instrumento novo ou aplica-lhe testes piloto a um grupo de pessoas semelhantes àquelas que serão estudadas na investigação maior para testagem das propriedades psicométricas do instrumento de medida (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Esse teste é um ensaio para determinar se o instrumento foi formulado com clareza, imparcialmente e se é realmente útil para gerar as informações desejadas (POLIT; BECK, 2011).

A intenção dessa análise é determinar a qualidade do instrumento como um todo (confiabilidade e validade) e a capacidade de cada item para discriminar as pessoas que o respondem (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

3.2.1.2 Validação relacionada ao critério

A validade de critério de um teste consiste no grau de eficácia que ele tem em prever um desempenho específico de um sujeito. O desempenho do sujeito torna-se o critério contra o qual a medida obtida pelo teste é avaliada (PASQUALI, 2003). Em outras palavras, indica em que grau o desempenho do sujeito da pesquisa sobre o instrumento de medição e o comportamento real do sujeito da pesquisa estão relacionados (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Para Lobiondo-Wood e Haber (2001), duas formas de validade relacionada ao critério costumam-se ser distinguidas: validade coincidente e preditiva. Segundo Pasquali (2003), a diferença fundamental entre os dois tipos é basicamente uma questão do tempo que ocorre entre a coleta de informação com o instrumento a ser validado e a coleta de informação sobre o critério.

A validade coincidente ou concorrente trata-se da correlação entre os resultados de um teste e um critério, ou seja, um teste já validado. A validade preditiva está relacionada à eficiência de um teste em prever algum resultado futuro (ERTHAL, 2003).

3.2.1.3 Validação de constructo

A validade de constructo é considerada a forma mais fundamental de validade dos instrumentos, pois ela constitui a maneira mais direta de verificar a hipótese da legitimidade da representação comportamental dos traços latentes (PASQUALI, 2009).

Baseia-se na medida em que um teste mede um traço ou um constructo teórico. O estabelecimento dessa validade de constructo é um processo complexo que envolve algumas abordagens, quais sejam: testagem de hipótese, convergente e divergente, fator analítico e abordagens de grupos contrastados (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Na validade de testagem de hipótese, o pesquisador usa a teoria ou o conceito que está subjacente ao projeto do instrumento para desenvolver hipóteses relativas ao comportamento de indivíduos com escores variados sobre a medida (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A abordagem da validação convergente-divergente parte do pressuposto de que para demonstrar a validade de constructo de um teste é necessário determinar duas coisas: o teste deve ter uma correlação significativa com outras variáveis com as quais o constructo medido pelo teste deveria, teoricamente, estar relacionado (validade convergente) e, não se correlacionar com as variáveis com as quais ele teoricamente deveria diferir (validade divergente ou discriminante) (PASQUALI, 2003).

Outra abordagem é a análise fatorial que avalia o grau em que as questões individuais sobre um instrumento agrupam-se realmente em torno de uma ou mais dimensões (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). A premissa que rege a técnica estatística de análise fatorial é a de que variáveis que tenham um significado comum entre si apresentem alto nível de correlação (BITTENCOURT *et al.*, 2011).

Para Pasquali (2003), essa técnica estatística é imprescindível nos estudos de validação de instrumentos, e tem como lógica verificar de maneira precisa, quantos fatores comuns são necessários para explicar as intercorrelações dos itens. Integra a validade de constructo de uma medida e, tem, por finalidade, descobrir se o instrumento constitui uma representação legítima e adequada do constructo.

A relação de cada item com o fator se expressa pela correlação a qual é chamada de carga fatorial e mostra o grau de covariância existente entre o item e seu respectivo fator. Quanto maior for a covariância, maior é a validade do item, porque maior será a sua representatividade no fator. Assim, a validade de constructo de um instrumento é determinada pela grandeza das cargas fatoriais que varia de -1 a +1. Uma carga de zero significa que não há nenhuma relação entre o item e o fator, nesse caso, o item seria uma representação equivocada do fator (PASQUALI, 2003).

Usualmente o valor de 0,50 é apontado como sendo uma carga mínima necessária para o item ser representante útil do fator, isto é, para que o item seja mantido no instrumento que está sendo avaliado (SCHAWB, 2007).

Quando a abordagem de grupos contrastados ou conhecidos é utilizada, o pesquisador identifica dois grupos de pessoas que apresentam resultados muito altos ou baixos nas características que estão sendo medidas pelo instrumento, avaliando se o instrumento é sensível a diferenças individuais. Desse modo, se o instrumento for sensível às diferenças individuais no traço que está sendo medido, o desempenho médio desses grupos deve diferir, sustentando as provas de validade de constructo. Um teste ou análise *t* de variação é usado para testar estatisticamente a diferença entre os dois grupos (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Num estudo realizado por Rospendowski, Alexandre e Cornélio (2014) de adaptação cultural para a população brasileira e avaliação das propriedades de medida do instrumento *Evidence-based Practice Questionnaire (EBPQ)* foi verificada a validade de constructo, utilizando a abordagem de grupos contrastados para determinar o grau em que o instrumento demonstrou pontuações diferentes para cada grupo. Os resultados mostraram que os sujeitos do grupo 1 (enfermeiros com mestrado ou doutorado) apresentaram médias significativamente maiores quando comparados com os sujeitos do grupo 2 (enfermeiros graduados) e, considerando a pontuação total do instrumento, o grupo 1 também apresentou valores maiores ao se comparar com os do grupo 2. Assim, percebe-se que o instrumento foi capaz de demonstrar diferenças nos escores entre os grupos conhecidos.

Na validação de constructo do instrumento de medida desenvolvido nesse estudo, utilizaram-se as abordagens de grupos contrastados e fator analítico.

3.2.2 Confiabilidade

A confiabilidade de um instrumento de medição quantitativo é um dos principais critérios de avaliação de sua qualidade. É a consistência com que o instrumento mede o atributo. Também está relacionada com a precisão da medida, isto é, um instrumento é confiável ao passo que suas medidas revelem valores fidedignos (POLIT; BECK, 2011). Diz respeito à coerência, precisão, estabilidade, equivalência e homogeneidade. Uma medida confiável é aquela que produz os mesmos resultados se o comportamento é medido novamente utilizando a mesma escala (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Para Pasquali (2003), a confiabilidade de um teste diz respeito à particularidade que ele deve possuir: a de medir sem erros, significando que o mesmo teste, medindo os mesmos sujeitos em momentos diferentes, ou testes equivalentes, geram resultados idênticos, ou seja, a correlação entre essas duas medidas deve ser 1.

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

De acordo com Lobiondo-Wood e Haber (2001) os três principais atributos de uma escala 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

A estabilidade é o grau em que os resultados similares são obtidos em duas ocasiões diferentes, ou seja, é feita por procedimentos repetidos. Os pesquisadores aplicam a mesma medição a uma determinada amostra duas vezes, e em seguida comparam os escores (POLIT; BECK, 2011). Conforme Lobiondo-Wood e Haber (2001), os testes utilizados para mensurar a estabilidade são o teste-reteste e a forma paralela ou alternada.

A confiabilidade de teste-reteste é a aplicação do mesmo teste duas vezes. A correlação entre os escores obtidos nas duas aplicações do teste fornecerá um coeficiente de correlação, normalmente o r de Pearson (ERTHAL, 2003).

Um estudo objetivou estimar a confiabilidade teste-reteste do instrumento de rede social, como uma das etapas do processo de avaliação da mensuração desse constructo no Estudo Pró-Saúde. A mesma foi estimada por meio de questionário multidimensional aplicado a 192 trabalhadores de uma universidade, o questionário foi preenchido duas vezes com duas semanas de intervalo entre as aplicações. Como resultados, eles obtiveram um coeficiente de concordância acima de 0,70 para a maioria dos itens (GRIEP, 2003).

A forma paralela ou alternada é aplicável e pode ser testada apenas se existirem duas formas comparáveis do mesmo instrumento. Difere do teste-reteste porque uma forma diferente do mesmo teste é aplicada aos sujeitos na segunda testagem. O desenvolvimento dessa forma é desejado se o instrumento é planejado para medir uma variável, na qual o pesquisador acredita que a consistência sobre um teste será um problema (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

3.2.2.2 Homogeneidade

As escalas, instrumentos ou testes que se propõem a somar os escores dos itens quase sempre são avaliados em termos da homogeneidade, ou em outros termos, consistência interna, ou ainda coerência interna. Esse tipo de confiabilidade é mais amplamente utilizado pelos pesquisadores enfermeiros (POLIT; BECK, 2011).

A homogeneidade é a capacidade das questões do instrumento se correlacionarem ou se complementarem umas com as outras, isto é, as questões dentro do instrumento refletem e medem o mesmo conceito. Essa abordagem permite ao pesquisador somar os escores e obter um total para o conceito, o escore total é utilizado na análise dos dados. A homogeneidade pode ser avaliada utilizando quatro métodos: questão de correlações totais, confiabilidade de metade dividida, coeficiente de Kuder-Richardson (KR-20) e o alfa de Cronbach (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A questão de correlações totais mede a relação entre cada um dos itens e a escala total. Quando as questões de correlações totais são calculadas, uma correlação para cada aspecto da escala é gerada. Assim, questões que não alcançarem uma alta correlação podem ser eliminadas do instrumento (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A confiabilidade de metade dividida envolve a divisão de um único teste em duas metades razoavelmente equivalentes. Aplica-se o teste e obtêm-se dois grupos de escores, que ao serem correlacionados darão o índice de confiabilidade (ERTHAL, 2003). 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) foi desenvolvido para ser usado em instrumentos que envolvem itens dicotômicos (HAMMOND, 2010).

O quarto e o mais comumente teste utilizado para avaliar a coerência interna é o alfa de Cronbach. Muitos instrumentos que medem atitudes e fenômenos psicossociais possuem uma resposta em escala *Likert*, uma escala de graus variados de intensidade. O alfa de Cronbach compara cada questão na escala uma com a outra, simultaneamente (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Um estudo realizado no Chile, que objetivou validar o constructo e a validade da versão espanhola da escala de inteligência emocional aplicada em estudantes de enfermagem, avaliou a confiabilidade por meio da análise da consistência interna com o alfa de Cronbach e obteve valores maiores do que 85% para cada uma de suas dimensões, comprovando que os

itens da escala eram homogêneos e que media consistentemente a característica para a qual foi criada (ESPINOZA-VENEGA, 2015).

Conforme Pasquali (1997), esse coeficiente mede o grau de covariância dos itens entre si, servindo como indicador da consistência interna do próprio teste e varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, mais alto o coeficiente de confiabilidade. Os valores de alfa aceitáveis estão entre 0,70 e 0,90.

3.2.2.3 Equivalência

Equivalência, no contexto de confiabilidade, refere-se à concordância ou coerência entre observadores que usam o mesmo instrumento de medição, ou a concordância entre formas alternadas de um instrumento. Existem dois métodos para testar a equivalência: a confiabilidade de interavaliadores e a forma alternada ou paralela (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A confiabilidade de interavaliador é a atuação de pelo menos dois avaliadores de escores do teste. Essa é expressa por um percentual de concordância entre avaliadores, embora a melhor estimativa é obtida calculando um índice de correlação (HAMMOND, 2010).

Estudo realizado no Paraná objetivou testar a concordância e a confiabilidade interavaliadores de quinze indicadores de qualidade da assistência de enfermagem, mediante a aplicação do mesmo instrumento por observadores diferentes. A confiabilidade interavaliadores, testada pela estatística Kappa, encontrou valores que caracterizam concordância excelente entre os especialistas, no que se refere ao constructo, aos descritores e aos critérios de avaliação dos indicadores testados (VITURI; ÉVORA, 2014).

Quando os escores dados por dois observadores a um mesmo fenômeno mostraram-se congruentes, possivelmente esses escores são precisos e confiáveis (POLIT; BECK, 2011).

A forma paralela ou alternada foi anteriormente descrita no item estabilidade. O uso dessa forma tanto é uma medida de estabilidade quanto de equivalência (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

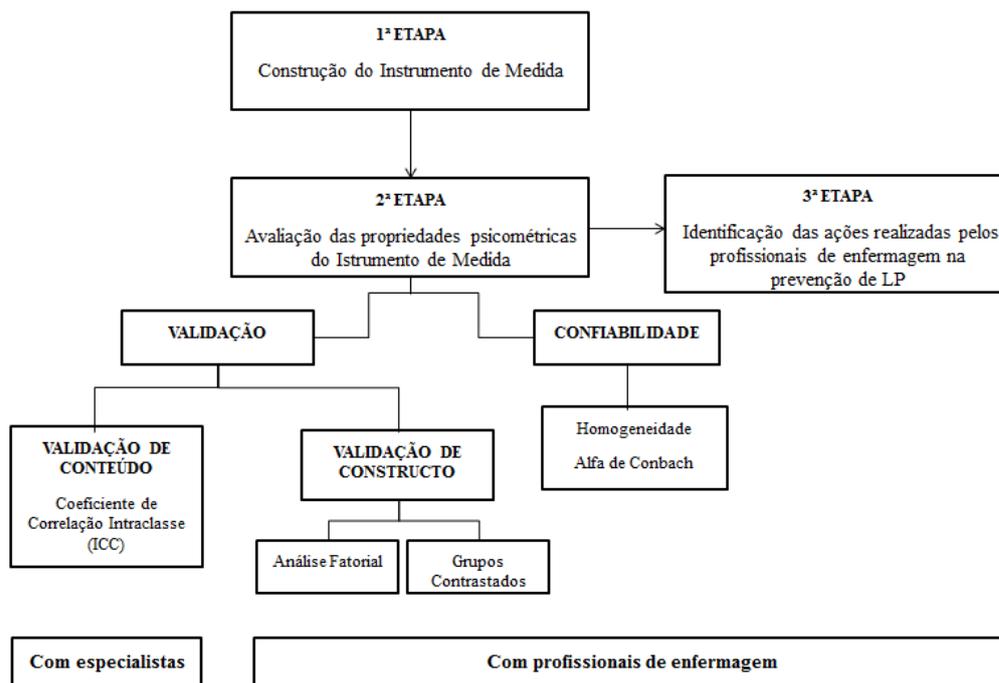
4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Estudo metodológico de construção e validação do instrumento Prevenção de Lesão por Pressão na Pediatria, com utilização da proposta metodológica de Lobiondo-Wood e Haber (2001).

Assim, o estudo foi operacionalizado em três etapas, quais sejam: 1ª etapa - Construção do instrumento de medida, 2ª etapa – Avaliação das propriedades psicométricas do instrumento e 3ª etapa – Identificação das ações realizadas pelos profissionais de enfermagem na prevenção de LP. Na 2ª etapa foi realizada a validade de conteúdo com avaliação dos especialistas por meio do ICC, a validade de constructo a partir da análise fatorial e grupo contrastado, e ainda foi feita a confiabilidade, no quesito homogeneidade, por meio do alfa de Cronbach. Na 3ª etapa identificou-se as ações de prevenção de LP 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 tipo de validade e confiabilidade selecionados



Fonte: Autoria própria.

4.2 Aspectos ético e legais

Para o desenvolvimento do estudo, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil vinculado ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará respeitando-se as normas da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que rege o processo de desenvolvimento de pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012).

Este conselho determina o respeito à autonomia dos sujeitos, a beneficência, a não maleficência, a justiça e equidade. A autonomia diz respeito ao tratamento digno aos indivíduos, defendendo-os em sua vulnerabilidade; a beneficência se refere ao comprometimento com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; a não maleficência tem a finalidade de garantir que danos previsíveis sejam evitados; a justiça e equidade para certificar a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (justiça e equidade) (BRASIL, 2012).

Foi garantido o anonimato, a confidencialidade e o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, se assim os participantes desejassem. A coleta de dados somente ocorreu após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D e G) pelos participantes.

O presente estudo ofereceu riscos de constrangimento e desconforto em decorrência do tempo exigido para leitura. Acredita-se que o estudo tem como benefícios o conhecimento sobre as ações executadas pelos profissionais de enfermagem para prevenção de LP na pediatria, o estabelecimento de ações para reduzir os eventos adversos evitáveis relacionados ao cuidado de enfermagem e o favorecimento da melhoria da qualidade assistencial.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa por meio da Plataforma Brasil, sendo aprovado sob parecer de nº 2.440.646 (Anexo A) e nº 1.376.514 (Anexo C). Após a aprovação iniciou-se de avaliação psicométrica do instrumento.

4.3 Primeira etapa: construção do instrumento de medida

Nessa etapa realizou-se aprofundamento do constructo “Prevenção de lesão por pressão” à luz do Protocolo para prevenção de úlcera por pressão (BRASIL, 2013g). Foram selecionados os itens e contextualizados para pediatria. Este protocolo é constituído por seis etapas essenciais, contendo um procedimento operacional padrão (POP) para cada etapa,

quais sejam: 1) avaliação de úlcera por pressão (UPP) na admissão de todos os pacientes; 2) reavaliação diária do risco de desenvolvimento de UPP de todos os pacientes internados; 3) inspeção diária da pele; 4) manejo da umidade; 5) otimização da nutrição e da hidratação; e 6) minimização da pressão (BRASIL, 2013g).

Os itens foram formulados baseado nas seis etapas do protocolo e, posteriormente, agrupados em um instrumento de medida do tipo questionário. Os questionários são instrumentos escritos comumente usados em pesquisas de enfermagem e planejados para reunir dados de indivíduos a respeito de conhecimento, atitudes, crenças e sentimentos, sendo muito úteis quando existe um conjunto finito de questões (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A primeira versão do instrumento (Apêndice A) possui um total de 24 itens, distribuídos em sete domínios, os quais correspondem às seis etapas existentes no protocolo e acrescido o sétimo domínio referente ao registro e notificação de UPP, cujos itens estão contemplados no protocolo distribuído de forma aleatória nas demais etapas.

A resposta para cada item possui um formato de Escala *Likert*, com cinco possibilidades de respostas para execução das ações de prevenção de LP, possuindo níveis de medição variando de 1 a 5, significando: 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 LP.

A Escala de *Likert* é comumente usada para quantificar atitudes, comportamentos e domínios de qualidade de vida relacionada à saúde (HULLEY *et al.*, 2008). Consiste em vários itens que expressam uma opinião sobre algum tópico, nessa abordagem os sujeitos podem indicar gradativamente sua concordância ou discordância da declaração (POLIT; BECK, 2011).

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

4.4 Segunda Etapa: Avaliação das propriedades psicométricas do instrumento

4.4.1 Validação

4.4.1.1 Validação de conteúdo

O instrumento de medida construído, antes de sua aplicação no campo de pesquisa, teve seu conteúdo validado junto a um grupo de especialistas na área. A premissa da etapa de análise dos especialistas é verificar a adequação da representação comportamental

dos atributos, ou seja, realizar a validação de conteúdo do instrumento pretendido (PASQUALI, 2010).

A validade de conteúdo representa o universo do conteúdo ou o domínio de um dado constructo que fornece a estrutura e a base para a formulação de questões que representam adequadamente o conceito. Nesta etapa, o pesquisador submete os itens a um grupo de especialistas considerados especialistas no conceito em estudo (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001). Assim, nesta etapa foram estabelecidas quais informações são importantes e determinantes para avaliar as ações para prevenção de LP.

Quanto ao número ideal de especialistas para o processo de validação de conteúdo, embora a literatura seja divergente, foram seguidas as propostas de Pasquali (1997) e Rubio *et al.*, (2003), os quais sugerem números de seis a vinte sujeitos. Para evitar o empate de opiniões, um número ímpar de especialistas foi escolhido, possibilitando a decisão majoritária. Para este estudo, adotou-se um número de no mínimo sete especialistas, que corresponde a 100% + 1 além da recomendação de Pasquali (1997).

A seleção dos especialistas ocorreu por meio da amostragem intencional, no qual o pesquisador seleciona intencionalmente os sujeitos conhecedores dos atributos do instrumento de pesquisa (POLIT; BECK; 2011).

Os especialistas que participaram da amostra deveriam atender aos seguintes critérios de inclusão: possuir título de doutor em Enfermagem; ser docente do curso de Enfermagem de universidades de Fortaleza-CE; ministrar disciplina de saúde da criança ou disciplina que contemple em seu conteúdo segurança do paciente ou LP; e alcançar uma pontuação igual ou superior a cinco, conforme sistema de classificação

Quadro 1 - Critérios para a seleção de especialistas em enfermagem, Fortaleza-CE, 2018.

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**

*Área de interesse: Construção e validação de instrumentos na área de Enfermagem; Assistência à criança em unidades de internação; Saúde da Criança; Lesão por pressão.

** Máximo de cinco pontos.

Fonte: Joventino (2010) adaptado.

Os referidos dados foram obtidos por meio de um questionário de caracterização referente à qualificação e trajetória profissional (Apêndice B) entregue aos especialistas e preenchidos pelos mesmos, e ainda, por meio de consulta aos seus currículos disponibilizados pela Plataforma Lattes do portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Os especialistas selecionados receberam pessoalmente, em seu ambiente de trabalho, uma Carta Convite (Apêndice C), Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D), questionário de caracterização do especialista relacionado a sua qualificação e trajetória profissional (Apêndice B), juntamente com o instrumento de análise da 1ª versão do instrumento (Apêndice A).

Respeitou-se os aspectos éticos, garantindo o anonimato dos especialistas, sendo os mesmos citados com a letra E de especialista, seguido do número correspondente à ordem de entrega dos formulários de avaliação da escala (E1, E2,..., E7). Um prazo de 15 dias foi estabelecido para o especialista avaliar o instrumento e devolver o formulário com sugestões e/ou correções. O prazo foi ampliado, conforme disponibilidade do especialista, por até mais 15 dias para os casos de não devolução no tempo estabelecido. Todos os especialistas retornam os instrumentos dentro do prazo estabelecido.

Para validação de conteúdo, utilizaram-se os critérios estabelecidos por Pasquali (2010), considerando os critérios de simplicidade, clareza da linguagem e relevância teórica e prática.

Para obtenção das respostas da avaliação dos especialistas, adotou-se a escala do tipo *Likert*, para cada critério, com cinco níveis de medição: 1- Péssima, 2- Ruim, 3- Regular, 4- Boa, 5- Excelente. Ainda constava neste instrumento um espaço destinado às sugestões (Apêndice E). As respostas obtidas de cada item passaram por uma análise concordância por meio do percentual de concordância e do Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC).

O percentual de concordância (% concordância = número de participantes que concordaram com a excelência do item / número total de participantes x 100) considerado satisfatório, para esse estudo, foi valores acima de 70%, ou seja, o item foi considerado satisfatório quando cinco em cada sete especialistas indicaram que o item era excelente.

O ICC é uma medida de concordância corrigida pela concordância esperada ao acaso. Ele mede a intensidade dentro de uma mesma classe (diferentes medidas de um mesmo constructo), que podem ser medidas repetidas de um mesmo participante ou medidas de várias pessoas dentro de um mesmo grupo. O ICC é obtido dividindo o valor da variação entre os indivíduos pela variação total (BLAND; ALTMAN, 1990). O ICC varia entre 0 e 1, quando o ICC é igual a 0 o estudo não é representativo do conteúdo do constructo reproduzível e quando o ICC é igual a 1, o estudo é representativo ao máximo (FLEISS, 1981). Pestanha e Gageiro (2005) consideram um bom indicador de consistência um ICC com valor superior a 0,8, tendo as seguintes variações:

- > 0,9 muito bom
- 0,8- 0,89 bom
- 0,7-0,79 razoável
- 0,6-0,69 fraco
- < 0,6 inadmissível

A versão inicial de um instrumento inclui mais questões sobre o tópico em estudo do que o instrumento final (HULLEY *et. al.*, 2008). Portanto, as sugestões dos especialistas para manutenção, modificação, agrupamento, divisão e exclusão dos itens do instrumento foram consideradas, contribuindo para a elaboração da segunda versão do instrumento.

Após esses ajustes, obteve-se a 2ª versão do instrumento, intitulado Prevenção de Lesão por pressão na Pediatria (PLPP), o qual foi submetido à validação de constructo e confiabilidade, junto aos profissionais de enfermagem 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 a mesma foi realizada por meio da análise fatorial e por grupo contrastado.

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, 2005).

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 LP que foram medidos pelo instrumento, avaliando se esse foi sensível a diferenças individuais. Considerou-se adequado as respostas com o nível de medição sempre e inadequado as respostas nunca, quase nunca, as vezes e quase sempre.

Assim, considerou-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; HARBER, 2001).

Logo, desenvolveu-se hipóteses relativas ao comportamento dos profissionais (prevenir lesão por pressão) com os diferentes níveis de medição categorizados como adequados ou inadequados. As hipóteses formuladas e testadas por meio dos grupos contrastados foram:

- Os resultados mais elevados (adequados) de prevenção de LP estão associados ao maior tempo de experiência na pediatria.
- A elevada carga horária semanal de trabalho correlacionará negativamente com a adequada prevenção de LP
- Os resultados mais elevados de prevenção de LP correlacionarão positivamente com a participação de cursos de aperfeiçoamento.
- Profissionais que não consideram desgastante seu trabalho realizarão adequadamente as ações de prevenção de LP.

Os testes utilizados para verificar a diferença entre os grupos relacionados foram: associação linear por linear, quiquadrado de *Pearson* e razão de verossimilhança. 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, por meio do Alfa de Cronbach. Esse coeficiente reflete o grau de covariância dos itens entre si, servindo como indicador da consistência interna do próprio teste e varia de 0 a 1, zero indicando a ausência total de consistência interna dos itens, e o 1 a consistência de 100%. Os valores de alfa aceitáveis estão entre 0,70 e 0,90 (Pasquali, 2003).

Assim, segundo Pestanha e Gageiro (2005) interpreta-se os valores de Alfa de Cronbach como:

- Superior a 0,9 – consistência muito boa
- Entre 0,8 e 0,9 – boa
- Entre 0,7 e 0,8 – razoável
- Entre 0,6 e 0,7 – fraca
- Inferior a 0,6 – inadmissível

4.4.3 Desenvolvimento da validação do constructo e confiabilidade do instrumento

4.4.3.1 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em três hospitais públicos, referência no município de Fortaleza e em todo o Estado do Ceará no atendimento ao público pediátrico.

A primeira instituição é um hospital de referência na atenção secundária em pediatria, mantido pela Prefeitura de Fortaleza para atendimento de pacientes de zero a 18 anos. Possui um setor de urgência e emergência aberto 24 horas com pronto atendimento e pronto socorro especializado e 30 leitos de pediatria clínica para internações. O hospital não possui unidade de terapia intensiva (UTI), porém tem uma estrutura mínima para estabilização de casos graves: dois leitos de unidade de terapia de urgência (UTU) e equipamentos para manutenção da vida.

A segunda instituição é um hospital público estadual especializado no diagnóstico e tratamento de doenças cardíacas e pulmonares, dispondo de todos os procedimentos de alta complexidade nestas áreas e destacando-se no transplante cardíaco pediátrico e adulto. Este hospital foi escolhido por possuir unidades pediátricas, como: unidade de internação pediátrica (enfermaria), unidade de terapia intensiva pediátrica (UTIP) pré-operatória e UTIP pós-operatória.

A terceira instituição é um hospital público estadual que presta serviços de atenção à saúde na pediatria. É referência no nível terciário de atenção em pediatria no estado do Ceará, sua atuação contempla emergência clínica e cirúrgica, procedimentos de alta complexidade em oncologia, neurocirurgia, cirurgia cardíaca e cirurgia crânio-facial, além de Unidades de Terapia Intensiva e Unidades Neonatais de médio e alto risco. Os locais de internação são denominados, normalmente, de blocos, nomeados por letras do alfabeto ou especialidades.

Assim, o estudo foi desenvolvido nas unidades de internação pediátrica dos referidos hospitais, dentre as quais tem-se: uma unidade de internação clínica pertencente ao primeiro hospital; uma unidade de internação pediátrica, uma UTIP pré-operatória e UTIP pós-operatória pertencentes ao segundo hospital; e sete unidade de internação clínica e cirúrgicas do terceiro hospital.

4.4.3.2 População e amostra

A população foi constituída pelos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, responsáveis pelo cuidado à criança durante a hospitalização nas instituições em estudo. Assim, 355 profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) constituíram a população desse estudo, dos quais 39 pertencem ao primeiro hospital, 115 ao segundo e 201 ao terceiro.

Adotaram-se as recomendações de Pestanha e Gageiro (2005) que estabelecem que se o número de itens $K \leq 5$ 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 $K > 15$ a amostra será constituída pela multiplicação do número de itens por 5 ($n = 5 \times K$). Portanto, como a 2ª versão do PLPP possui 23 itens, a quantidade necessária de profissionais era, no mínimo, 115. Contudo, optou-se por entregar os instrumentos a todos os profissionais de Enfermagem que atenderam aos critérios de inclusão.

Como critérios de inclusão do estudo estabeleceram-se os seguintes quesitos: ser enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem; e atuar no processo de cuidado às crianças hospitalizadas há pelo menos seis meses. Como critérios de exclusão têm-se: estar de férias, licença ou afastado de suas atividades no período de coleta de dados, a não devolução do instrumento preenchido no prazo acordado e a devolução do instrumento preenchido incompleto.

A validação de constructo e confiabilidade do instrumento contaram com uma amostra de 235 profissionais de enfermagem, destacando que 22 profissionais estavam de férias ou licença, 16 recusaram participar da pesquisa, 65 receberam o instrumento, mas não devolveram no prazo estabelecido. Além desses, 17 não responderam por completo o instrumento, optando-se pela exclusão destes.

4.4.3.3 Coleta de dados

A coleta de dados referente à validação de constructo e confiabilidade ocorreu mediante a participação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Os profissionais foram convidados com a entrega da carta convite (Apêndice F), em caso de aceite, foram entregues os seguintes documentos: Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice G), instrumento de caracterização dos profissionais (Apêndice H) e o instrumento prevenção de lesão por pressão na pediatria (PLPP) na 2ª versão (Apêndice I). Antes do preenchimento do instrumento, foi explicado para cada profissional os objetivos do estudo, como proceder para respondê-lo e o tempo aproximado para o preenchimento do instrumento (aproximadamente 15 minutos).

Uma equipe de pesquisa, constituída pela pesquisadora e mais 10 membros, foi formada para auxiliar na coleta de dados, dentre os membros, cinco eram acadêmicas de enfermagem e as demais enfermeiras. A melhor maneira de padronizar a abordagem aos profissionais é por meio da compreensão de como ocorre o processo. Assim, foi elaborada um Procedimento Operacional Padrão (POP) (Apêndice J), adaptado de Araújo (2016) para descrever cada passo que deveria ser seguido na coleta de dados.

Os membros da equipe passaram por um treinamento com a finalidade de padronizar a abordagem e a coleta de dados. O treinamento ocorreu em uma única reunião com toda equipe para apresentar os objetivos do estudo, o instrumento PLPP e o POP de coleta dos dados que deveriam ser seguido por todos os membros durante a coleta. Foi estabelecida uma programação de coleta de dados de acordo com a disponibilidade de cada membro da equipe.

4.4.3.4 Análise e apresentação dos resultados

Os dados foram armazenados e processados no SPSS 20.0 licença nº 1010113007. A análise procedeu de forma descritiva por meio dos cálculos para frequência absoluta e

relativa, médias e desvios padrão das variáveis numéricas (idade, tempo de formação, tempo de experiência profissional e carga horária semanal de serviço).

O teste do X^2 de Pearson, a razão de verossimilhança e ao teste de associação linear por linear foram utilizados para analisar a associação do escore total do instrumento PLPP e as variáveis sociodemográficas. Para todas as análises inferenciais foi fixado um nível de significância de 5%.

Os resultados foram apresentados em forma de tabelas, figuras e quadros que são os melhores meios para visualização dos dados encontrados. As tabelas e os gráficos são bons auxiliares na organização, pois facilitam a compreensão e a interpretação rápida dos dados pelo leitor (LAKATOS; MARCONI, 2010).

4.4 Terceira Etapa: Identificação das ações realizadas pelos profissionais de enfermagem na prevenção de LP

Na 3ª etapa identificou-se as ações de prevenção de LP realizadas pelos profissionais de enfermagem, com a mesma amostra utilizada para realizar a validação de constructo e confiabilidade.

Após identificar as ações exetudas, analisou-se o desempenho dos profissionais pelo Índice de Positividade (IP) da Qualidade da Asssistência (QA), na qual a qualidade da assistência de enfermagem é categorizada de acordo com o índice de positividade (HADDAD, 2004; MURASSAKI *et al.*, 2013). Segundo Haddad (2004) esse índice se refere ao percentual de respostas positivas, que no presente estudo considerou-se a resposta “sempre executa essa ação em sua rotina de trabalho” como positiva, e é classificado em:

- a) IP de 100% - Assistência Desejável
- b) IP entre 90 e 99% - Assistência adequada
- c) IP entre 80 e 89% - Assistência Segura
- d) IP entre 71 a 79% - Assistência limítrofe
- e) IP menor ou igual a 70% - Assistência sofrível

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

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

5.1 Construção do instrumento de medida

A primeira versão do instrumento intitulado prevenção de úlcera por pressão na pediatria (PUPP) possui um total de 24 itens, distribuídos em sete domínios, baseados no protocolo para prevenção de úlcera por pressão (BRASIL, 2013g). Este protocolo é constituído por seis etapas essenciais, contendo um procedimento operacional padrão (POP) para cada etapa, quais sejam: avaliação de UPP na admissão de todos os pacientes, reavaliação diária do risco de desenvolvimento de UPP de todos os pacientes internados, inspeção diária da pele, manejo da umidade, otimização da nutrição e da hidratação, e minimização da pressão (BRASIL, 2013g).

Os itens foram formulados baseados nos itens de verificação do protocolo para prevenção de úlcera por pressão (BRASIL, 2013g) e, posteriormente, agrupados em um questionário, possuindo sete domínios, descritos no quadro 2. Cada item corresponde a uma ação de prevenção de LP. O quadro 2 expõe a distribuição dos itens nos sete domínios.

Quadro 2 – Distribuição dos itens nos domínios da primeira versão do instrumento prevenção de lesão por pressão na pediatria

Domínios	Denominação	Nº de itens
1	Avaliação de UPP na admissão da criança	2
2	Reavaliação do risco de desenvolvimento de UPP de toda criança internada	1
3	Inspeção da pele	1
4	Manejo da umidade	3
5	Otimização da nutrição e da hidratação	2
6	Minimização da pressão	13
7	Registro e Notificação	2

Observando o quadro 2, nota-se que o maior número de itens do instrumento pertence ao domínio seis. Uma revisão da literatura sobre LP em pacientes internados em unidades de terapia intensiva mostrou que a principal ação de responsabilidade da equipe de

enfermagem para prevenção de LP é a mudança de posicionamento (ARAÚJO; SANTOS, 2016). No entanto, esta não é a única. Existem outras medidas que apesar de simples não são menos importantes, tais como: hidratação da pele, controle da umidade, proteção das proeminências ósseas, realização da higiene do leito, dentre outras, constituindo um desafio diário para a equipe de enfermagem (ASCARI *et al.*, 2014).

O quadro 3 apresenta a disposição dos itens e domínios que compuseram a primeira versão do instrumento prevenção de úlcera por pressão na pediatria (PUPP).

Quadro 3 – Disposição dos itens e domínios que compuseram a primeira versão do instrumento prevenção de úlcera por pressão na pediatria

Ações para prevenção de UPP		Domínios
1	Avalia a pele para detectar a existência de UPP ou lesões já instaladas na admissão da criança.	Domínio 1
2	Avalia o risco de UPP na admissão da criança, utilizando a Escala de Braden Q (crianças de 1 a 5 anos) ou Escala de Braden (crianças maiores de 5 anos).	Domínio 1
3	Reavalia diariamente o risco de UPP de todas as crianças internadas, utilizando a Escala de Braden Q (crianças de 1 a 5 anos) ou Escala de Braden (crianças maiores de 5 anos).	Domínio 2
4	Realiza inspeção diária de toda a superfície cutânea para identificar a existência de UPP.	Domínio 3
5	Limpa a pele da criança quando a mesma apresenta-se suja ou quando necessário.	Domínio 4
6	Usa hidratante na pele seca e em áreas ressecadas, pelo menos 1 vez ao dia, evitando massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas.	Domínio 4
7	Protege a pele da exposição à umidade excessiva com o uso de produtos de barreira (fraldas ou absorventes).	Domínio 4
8	Avalia a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional.	Domínio 5
9	Notifica ao nutricionista todos as crianças em risco nutricional ou risco para UPP.	Domínio 5
10	Realiza a mudança de decúbito da criança a cada 2 horas.	Domínio 6
11	Evita posicionar a criança diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa.	Domínio 6
12	Realiza o reposicionamento da criança usando 30° na posição de semi-Fowler e uma inclinação de 30° para posições laterais, quando a criança tolerar estas posições e a sua condição clínica permitir.	Domínio 6
13	Mantém a cabeceira da cama de crianças traqueostomizadas com ventilação não invasiva acima de 30°.	Domínio 6
14	Evita elevar a cabeceira em ângulo superior a 30° quando a criança se encontra sentada na cama.	Domínio 6
15	Oferece apoio para os pés da criança, quando ela estiver sentada e se os não chegam ao chão.	Domínio 6
16	Restringe o tempo que a criança passa sentada na cadeira sem alívio de pressão das tuberosidades isquiáticas.	Domínio 6
17	Providencia superfície de redistribuição de pressão (camas e colchões) para todas as crianças classificadas com “em risco”.	Domínio 6
18	Usa forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover crianças acamadas durante transferência e mudança de decúbito.	Domínio 6

19	Utiliza quadro de avisos próximo ao leito para estimular à criança a movimentar-se na cama, quando necessário.	Domínio 6
20	Utiliza materiais de curativos para proteger proeminências ósseas de acordo com as necessidades da criança.	Domínio 6
21	Utiliza superfícies de apoio (almofada etravesseiro) para elevar os calcâneos e mantê-los afastados da superfície da cama.	Domínio 6
22	Usa assento de redistribuição de pressão (almofadas de ar e espuma) para as crianças com mobilidade reduzida, quando estas estiverem sentadas em uma cadeira.	Domínio 6
23	Registra no prontuário as alterações encontradas na pele e intervenções realizadas.	Domínio 7
24	Notifica quanto ao desenvolvimento de úlcera por pressão no prontuário.	Domínio 7

Como o protocolo para prevenção de úlcera por pressão traz a terminologia úlcera por pressão, a primeira versão do instrumento foi construída utilizando essa nomenclatura.

Estabeleceu-se cinco possíveis respostas para cada item dispostas em escala de *Likert* as quais foram utilizadas para avaliar a frequência com que essas ações de prevenção de UPP são executadas na rotina de cuidados da equipe de enfermagem. 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 lesão por pressão. Ainda havia a possibilidade de resposta 9 (não se aplica) para os itens.

A primeira versão do instrumento de prevenção de úlcera por pressão na pediatria foi submetida a um grupo de especialistas para ser avaliado quanto a sua aparência e conteúdo, julgando a simplicidade, clareza da linguagem e relevância teórica e prática de cada item.

A Figura 3 apresenta a primeira versão do instrumento de prevenção de úlcera por pressão na pediatria (PUPP) submetida aos especialistas.

Figura 3- Primeira versão do instrumento prevenção de úlcera por pressão na pediatria

PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO (UPP)		1	2	3	4	5	9
Domínio 1	Avaliação de UPP na admissão da criança						
	1. Avalia a pele para detectar a existência de UPP ou lesões já instaladas na admissão da criança.						
Domínio 2	2. Avalia o risco de UPP na admissão da criança utilizando a Escala de Braden Q (crianças de 1 a 5 anos) ou Escala de Braden (crianças maiores de 5 anos).						
	Reavaliação do risco de desenvolvimento de UPP de toda criança internada						
Domínio 3	3. Reavalia diariamente o risco de desenvolvimento de UPP de todas as crianças internadas utilizando a Escala de Braden Q (crianças de 1 a 5 anos) ou Escala de Braden (crianças maiores de 5 anos).						
	Inspeção da pele						
Domínio 4	4. Realiza a inspeção diária de toda a superfície cutânea para identificar a existência de UPP.						
	Manejo da umidade						
	5. Limpa a pele da criança quando a mesma apresenta-se suja ou quando necessário.						
	6. Usa hidratante na pele seca e em áreas ressecadas pelo menos 1 vez ao dia, evitando massagear áreas de proeminência óssea ou áreas hiperemiadas.						
Domínio 5	7. Protege a pele da exposição à umidade excessiva com o uso de produtos de barreira (fraldas ou absorventes).						
	Otimização da nutrição e da hidratação						
	8. Avalia a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional.						
Domínio 6	9. Notifica ao nutricionista todas as crianças em risco nutricional ou risco para UPP.						
	Minização da pressão						
	10. Realiza a mudança de decúbito da criança a cada 2 horas.						
	11. Evita posicionar a criança diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa.						
	12. Realiza o reposicionamento da criança usando 30° na posição de semi-Fowler e uma inclinação de 30° para posições laterais, quando a criança tolerar estas posições e a sua condição clínica permitir.						
	13. Mantém a cabeceira da cama de crianças traqueostomizadas com ventilação mecânica não invasiva acima de 30°						
	14. Evita elevar a cabeceira em ângulo > 30°, quando a criança se encontra sentada.						
	15. Oferece apoio para os pés da criança quando ela estiver sentada e se os pés não chegam ao chão.						
	16. Restringe o tempo que a criança passa sentada na cadeira sem alívio de pressão das tuberosidades isquiáticas.						
	17. Providencia superfície de redistribuição de pressão (camas e colchões) para todas as crianças classificadas co “em risco”.						
	18. Usa forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover a criança acamada durante transferência e mudança de decúbito.						
	19. Utiliza quadro de avisos próximo ao leito para estimular à criança a movimentar-se na cama, quando necessário.						
	20. Utiliza materiais de curativos para proteger proeminências ósseas de acordo com as necessidades da criança.						
	21. Utiliza superfícies de apoio (almofada etravesseiro) para elevar os calcâneos e mantê-los afastados da superfície da cama.						
	22. Usa assento de redistribuição de pressão (almofadas de ar e espuma) para as crianças com mobilidade reduzida, quando estas estiverem sentadas em uma cadeira.						
Domínio 7	23. Registra no prontuário as alterações encontradas na pele e intervenções realizadas.						
	24. Notifica quanto ao desenvolvimento de UPP no prontuário.						
Outras ações realizadas para promoção da segurança da criança quanto à prevenção de lesão por pressão:							

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 validação de conteúdo do instrumento PUPP ocorreu mediante a participação de sete especialistas, enfermeiros, sexo feminino, com idade entre 34 e 46 anos e com tempo de formação que variou de 9 a 22 anos. A Tabela 1 traz os dados de caracterização dos especialistas participantes do estudo.

Tabela 1 - Caracterização dos especialistas participantes do estudo, conforme os critérios para a seleção de especialistas

Crterios de classificao dos especialistas (N=7)	N	%
Possuir Dissertao/Tese na rea de interesse	3	42,8
Ter autoria em pelo menos um trabalho publicado em peridico indexado na rea de interesse	7	100,0
Participar de grupos/projetos de pesquisa que envolva as tematicas de interesse	6	85,7
Ter experiencia docente em disciplinas da rea de interesse	7	100,0
Ter atuao pratica em unidade pediatria	5	71,4
Ter orientado tese, dissertao ou monografia nas tematicas da rea de interesse	7	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

Os especialistas que participaram dessa etapa possuíam titulao de doutor, sendo quatro (57,1%) com tese na rea de interesse, e um deles apresentava ps-doutorado em Enfermagem. Todos declararam experiencia de 2 a 17 anos na pediatria e/ou segurana do paciente ou na construo e validao de instrumentos de pesquisa relacionados as reas de interesse. Ainda ressalta-se que todos possuíam experiencia na docncia de disciplinas das reas de interesse: seis (71,4%) em disciplinas de pediatria e dois (28,5%) em disciplinas em que a segurana do paciente fazia parte de seu contedo.

No quadro 4 esto relacionadas as caractersticas dos especialistas quanto a pontuao atingida no sistema de classificao de *experts*.

Quadro 4 – Características dos especialistas de conteúdo quanto à pontuação atingida no sistema de classificação de especialistas

Critérios de classificação dos especialistas	Especialistas						
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7
Possuir Dissertação/Tese na área de interesse*	4	4	0	0	0	2	0
Ter autoria em pelo menos um trabalho publicado em periódico indexado na área de interesse*	5	5	5	5	5	5	5
Participar de grupos/projetos de pesquisa que envolva as temáticas de interesse*	1	1	1	1	1	0	1
Ter experiência docente em disciplinas da área de interesse*	5	5	5	5	5	2	5
Ter atuação prática em unidade pediátrica	0	1,5	1	1,5	2,5	1	0
Ter orientado tese, dissertação ou monografia nas temáticas da área de interesse*	1	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Pontuação Total	16	19	14,5	15	16	12,5	13,5

*Área de interesse: construção e validação de instrumentos na área de Enfermagem; Assistência à criança em unidades de internação; Saúde da Criança; Lesão por Pressão. Fonte: Joventino (2010).

Conforme o sistema de classificação adotado, constatou-se que na caracterização dos especialistas a pontuação variou de 12,5 a 19 pontos, demonstrando a experiência dos especialistas na área, o que implica diretamente no seu julgamento sobre o instrumento de medida.

Portanto, para a validade de conteúdo da primeira versão do instrumento prevenção de úlcera por pressão na pediatria, participaram sete especialistas que atenderam aos critérios de seleção.

5.2.1.1.2 Avaliação dos itens que compuseram a 1ª versão do instrumento PUPP

Para validação 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.

Para analisar o percentual de concordância entre os especialistas, considerou-se, para esse estudo, valores acima de 70%, ou seja, o item foi considerado satisfatório quando cinco ou mais dos sete especialistas indicaram que o item era excelente (FREITAS, *et. al.*,

2012). A Tabela 2 apresenta o percentual de concordância dos especialistas para cada item quanto aos três critérios.

Tabela 2 – Concordância entre os especialistas quanto a excelência dos itens do instrumento concernente a simplicidade, clareza e relevância

Itens	Simplicidade		Clareza		Relevância	
	N	%	N	%	N	%
1	6	85,7	6	85,7	6	85,7
2	6	85,7	6	85,7	6	85,7
3	5	71,4	6	85,7	5	71,4
4	6	85,7	6	85,7	6	85,7
5	6	85,7	6	85,7	6	85,7
6	5	71,4	6	85,7	5	71,4
7	5	71,4	5	71,4	5	71,4
8	6	85,7	6	85,7	5	71,4
9	5	71,4	6	85,7	5	71,4
10	6	85,7	6	85,7	6	85,7
11	5	71,4	5	71,4	6	85,7
12	4	57,1	4	57,1	5	71,4
13	4	57,1	4	57,1	4	57,1
14	3	42,9	3	42,9	3	42,9
15	4	57,1	4	57,1	4	57,1
16	3	42,9	3	42,9	5	71,4
17	5	71,4	5	71,4	5	71,4
18	3	42,9	3	42,9	4	57,1
19	4	57,1	4	57,1	4	57,1
20	4	57,1	5	71,4	5	71,4
21	4	57,1	4	57,1	4	57,1
22	5	71,4	5	71,4	5	71,4
23	6	85,7	6	85,7	6	85,7
24	6	85,7	6	85,7	6	85,7

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Observa-se na Tabela 2 que 15 itens obtiveram concordância dos especialistas quanto aos três critérios avaliados, com valores $\geq 70\%$. No entanto, nenhum item teve 100% de concordância em quaisquer critérios.

Ressalta-se que os itens 13, 14, 15, 18 e 19 obtiveram valores inferiores a 70% nos três critérios analisados, sendo o item 14 aquele com menor percentual de concordância (42,9%) em todos os critérios.

Também pode-se observar que os itens 12 (57,1%) e 16 (42,9%) obtiveram valores inferiores nos critérios simplicidade e clareza da linguagem, mas no critério relevância obtiveram valores superiores a 70%.

Quanto à simplicidade, 15 itens obtiveram concordância dos especialistas com valores $\geq 70\%$. Os itens 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20 e 21 obtiveram valores $< 70\%$, sendo os itens 14, 16 e 18 os que se mostraram menos simples (42,9%). Tais itens foram ajustados de acordo com as sugestões dos especialistas (QUADRO 5).

Na clareza da linguagem, constata-se na Tabela 2 que 16 itens obtiveram valores $\geq 70\%$. Os itens 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19 e 21 não foram considerados claros pelos especialistas já que apresentaram menos de 70% de concordância, cujos itens 14, 16 e 18 mostraram menores valores (42,9%), sendo ajustados de acordo com as sugestões dos especialistas (QUADRO 5).

Foram considerados relevantes, pelos especialistas, 18 itens com valores $\geq 70\%$. Os itens 13, 14, 15, 18, 19 e 21 não foram julgados relevantes, sendo o item 14 o que se revelou menos relevante (42,9%).

As respostas dos especialistas também foram analisadas por meio do Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC), sendo calculado o coeficiente de cada critério e o coeficiente geral, conforme demonstrado na Tabela 3.

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

	ICC	IC 95%	p value
Geral	0,983	0,958 – 0,996	<0,001
Simplicidade	0,954	0,885 – 0,991	<0,001
Clareza	0,945	0,861 – 0,989	<0,001
Relevância	0,955	0,887 – 0,991	<0,001

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Embora alguns itens não tenham obtido uma concordância mínima de 70% nos critérios analisados, o ICC geral do instrumento obteve valor superior a 0,9 sendo considerado um indicador de consistência muito bom. Assim, o ICC de simplicidade (0,954), o ICC de

clareza da linguagem (0,945) e o ICC de relevância (0,955) indicam que o instrumento é representativo do conteúdo quanto aos três critérios. No entanto, foram necessárias reformulações em alguns itens do instrumento.

O Quadro 5 descreve as justificativas para manter, modificar, dividir ou excluir os itens conforme sugestão dos especialistas.

Quadro 5 – Disposição das modificações realizada nos itens conforme sugestão dos especialistas

Nº do item na 1ª versão	Item da 1ª versão do questionário	Ação realizada	Nº do item na 2ª versão	Item da 2ª versão do questionário
1	Avalia a pele para detectar a existência de UPP ou lesões já instaladas na admissão da criança.	MODIFICADO	1	Inspeciona a pele da criança na admissão para detectar LP ou lesões já existentes.
2	Avalia o risco de UPP na admissão da criança, utilizando a Escala de Braden Q (crianças de 1 a 5 anos) ou Escala de Braden (crianças maiores de 5 anos).	MODIFICADO	2	Avalia o risco de LP na admissão da criança, utilizando a Escala de Braden Q (crianças de 1 a 5 anos) ou Escala de Braden (crianças maiores de 5 anos).
3	Reavalia diariamente o risco de UPP de todas as crianças internadas, utilizando a Escala de Braden Q (crianças de 1 a 5 anos) ou Escala de Braden (crianças maiores de 5 anos).	MODIFICADO	3	Reavalia diariamente o risco de LP de todas as crianças internadas, utilizando a Escala de Braden Q (crianças de 1 a 5 anos) ou Escala de Braden (crianças maiores de 5 anos).
4	Realiza inspeção diária de toda a superfície cutânea para identificar a existência de UPP.	MODIFICADO	4	Inspeciona diariamente toda a pele da criança para identificar a existência de LP.
5	Limpa a pele da criança quando a mesma apresenta-se suja ou quando necessário.	DIVIDIDO	5 e 6	Item 5: Limpa a pele da criança quando a mesma apresenta-se suja ou quando necessário. Item 6: Orienta ao acompanhante acerca da limpeza da pele da criança quando a mesma apresenta-se suja ou quando necessário.
6	Usa hidratante na pele seca e em áreas ressecadas, pelo menos 1 vez ao dia, evitando massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas.	DIVIDIDO	7 e 8	Item7: Usa hidratante na pele seca e em áreas ressecadas, pelo menos 1 vez ao dia. Item8: Evita massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas
7	Protege a pele da exposição à umidade excessiva com o uso de produtos de barreira (fraldas ou absorventes).	MANTIDO	9	Protege a pele da exposição à umidade excessiva com o uso de produtos de barreira (fraldas ou absorventes).
8	Avalia a presença de sinais	MANTIDO	10	Avalia a presença de sinais

	clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional.			clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional.
9	Notifica ao nutricionista todas as crianças em risco nutricional ou risco para UPP.	MODIFICADO	11	Notifica ao nutricionista todas as crianças em risco nutricional ou risco para LP.
10	Realiza a mudança de decúbito da criança a cada 2 horas.	MANTIDO	12	Realiza a mudança de decúbito da criança a cada 2 horas.
11	Evita posicionar a criança diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa.	MANTIDO	13	Evita posicionar a criança diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa.
12	Realiza o reposicionamento da criança usando 30° na posição de semi- Fowler e uma inclinação de 30° para posições laterais, quando a criança tolerar estas posições e a sua condição clínica permitir.	AGRUPADO	14	Realiza o reposicionamento da criança usando a posição semi-Fowler (30°) ou laterais (30°); e em crianças traqueostomizadas com ventilação não invasiva mantém a cabeceira da cama > 30°.
13	Mantém a cabeceira da cama de crianças traqueostomizadas com ventilação não invasiva acima de 30°.	AGRUPADO		
14	Evita elevar a cabeceira em ângulo superior a 30° quando a criança se encontra sentada na cama.	EXCLUÍDO		
15	Oferece apoio para os pés da criança, quando ela estiver sentada e se os não chegam ao chão.	MODIFICADO	15	Oferece apoio sob os pés da criança quando ela estiver sentada e se os pés não tocam o chão.
16	Restringe o tempo que a criança passa sentada na cadeira sem alívio de pressão das tuberosidades isquiáticas.	EXCLUÍDO		
17	Providencia superfície de redistribuição de pressão (camas e colchões) para todas as crianças classificadas como “em risco”.	MANTIDO	16	Providencia superfície de redistribuição de pressão (camas e colchões) para todas as crianças classificadas como “em risco”.
18	Usa forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover crianças acamadas durante transferência e mudança de decúbito.	MANTIDO	20	Usa forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover crianças acamadas durante transferência e mudança de decúbito.
19	Utiliza quadro de avisos próximo ao leito para estimular a criança a movimentar-se na cama, quando necessário.	MANTIDO	21	Utiliza quadro de avisos próximo ao leito para estimular a criança a movimentar-se na cama, quando necessário.
20	Utiliza materiais de curativos para proteger	MANTIDO	19	Utiliza materiais de curativos para proteger proeminências

	proeminências ósseas de acordo com as necessidades da criança.			ósseas de acordo com as necessidades da criança.
21	Utiliza superfícies de apoio (almofada e travesseiro) para elevar os calcâneos e mantê-los afastados da superfície da cama.	MODIFICADO	17	Providencia superfícies de apoio (almofada ou travesseiro) para elevar e proteger os calcâneos.
22	Usa assento de redistribuição de pressão (almofadas de ar e espuma) para as crianças com mobilidade reduzida, quando estas estiverem sentadas em uma cadeira.	MODIFICADO	18	Providencia assento de redistribuição de pressão (almofadas de ar e espuma) para as crianças sentadas em cadeiras com mobilidade reduzida.
23	Registra no prontuário as alterações encontradas na pele e intervenções realizadas.	MODIFICADO	22	Registra no prontuário as alterações detectadas na pele e intervenções realizadas
24	Notifica quanto ao desenvolvimento de úlcera por pressão no prontuário.	MODIFICADO	23	Notifica quanto ao desenvolvimento de LP à Gerência de Riscos e/ou ao Núcleo de Segurança do Paciente (quando existentes).

Fonte: dados da pesquisa (2018).

O quadro 5 demonstra que os itens 7, 8, 10, 11, 17, 18, 19 e 20 foram mantidos sem quaisquer modificações. No entanto, os itens 1, 2, 3, 4, 8, 9, 19, 22, 23, 24 e 26 foram alterados de acordo com as sugestões propostas pelos especialistas.

Os itens 1, 2, 3, 4, e 9 foram modificados, pois concordou-se com os especialistas acerca da mudança de nomenclatura “úlcera por pressão” para “lesão por pressão” ocorrida recentemente (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2016).

O item 1 foi modificado, conforme proposto por E7. A palavra “avalia” foi substituída por “inspeciona”, considerando que a ideia de avaliar submete a utilização de escalas para auxiliar nesse processo. Para essa avaliação sistematizada o uso de um instrumento ou escala de avaliação de risco de LP facilita a identificação de fatores predisponentes ou de risco e beneficia o planejamento de medidas preventivas para evitar o desenvolvimento dessas lesões (ROGENSKI; KURCGANT, 2012).

Alguns itens sofreram apenas modificações de palavras a fim de melhorar a compreensão como o item 4, no qual E7 recomendou a substituição do termo “realiza inspeção” para “inspeciona”. O mesmo especialista sugeriu substituir, nos itens 21 e 22, os termos “utiliza” ou “usa” para “providencia”. No item 15 também foi realizada a modificação de palavras, utilizando “tocam” ao invés de “chegam”, conforme sugestão de E4.

Os itens 23 e 24 foram modificados, por recomendações de E5 e E7, pois apresentavam ideias semelhantes. No item 23, houve a substituição do termo “encontradas” por “detectadas”, mantendo o sentido da frase. O item 24 foi reescrito, esclarecendo a quem seria destinada a notificação do desenvolvimento de LP: gerência de risco e/ou núcleo de segurança do paciente (NSP). Ambos possuem responsabilidades substanciais para a segurança do paciente no ambiente hospitalar.

O gerenciamento de riscos é primordial à segurança do paciente, resultando em um trabalho complexo, que incorpora diversos aspectos da prática profissional relevantes para proporcionar a qualidade na assistência à saúde (CEDRAZ *et al.*, 2018). A gerência de risco tem a incumbência de criar um banco de dados de notificação de eventos adversos, investigar os eventos adversos, comunicar-se com a equipe e liderá-la para realizar mudanças de acordo com os dados encontrados (BOOTHMAN; BLACKWEL, 2010).

Quanto ao NSP, este tem função fundamental na integração das diferentes instâncias que trabalham com riscos na instituição, promovendo a articulação dos processos de trabalho e das informações que impactem nos riscos ao paciente (BRASIL, 2016). A Agência Nacional de Vigilância Sanitária ao publicar a Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, destacou a obrigatoriedade da constituição de NSP nos serviços de saúde (BRASIL, 2013i).

Uma nota técnica liberada pela ANVISA, em 2017, sobre práticas seguras para prevenção de LP em serviços de saúde expôs as funções do NSP em relação às lesões por pressão, destacando-se a manutenção e reforço do sistema de vigilância, monitoramento, prevenção e mitigação de incidentes relacionados à assistência à saúde, especialmente das lesões por pressão; a notificação dos incidentes relacionados à assistência à saúde, incluindo as lesões por pressão ocorridas na instituição, ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS), por meio do sistema Notivisa 2.0; a promoção, estabelecimento e sustentação de uma cultura de segurança, com ênfase no aprendizado e engajamento dos profissionais na prevenção de incidentes, evitando-se os processos de responsabilização individual (BRASIL, 2017).

Os itens 12 e 13 foram agrupados em um só item conforme as sugestões de E7 por expressarem ideias semelhantes sobre o reposicionamento da criança usando a posição semi-Fowler (30°) e superior a 30° em crianças traqueostomizadas com ventilação não invasiva.

Os itens 18 e 19, apesar de obterem concordância < 70% nos três critérios, foram mantidos no instrumento pelas pesquisadoras, pois não causaram prejuízo ao ICC e por representarem as ações de prevenção de lesão por pressão no domínio de minimização da

pressão, conforme preconizado pelo Protocolo de prevenção de úlcera por pressão. Todos os esforços devem ser feitos para redistribuir a pressão sobre a pele, seja pela mudança de decúbito ou pela utilização de superfícies de redistribuição de pressão (BRASIL, 2013g).

Conforme exposto no quadro 6, os itens 14 e 16 foram excluídos. O item 14 por estar contemplado no item 12 da 1ª versão, segundo E2, E3 e E7. O item 16 foi suprimido por sugestão de E3, E4, E5 e E7, já que estava contemplado no item 22 da 1ª versão.

Por fim, os itens 5 e 6 foram divididos. O item 5 foi dividido, desmembrando-se em dois itens (Limpa a pele da criança quando a mesma apresenta-se suja ou quando necessário e Orienta ao acompanhante acerca da limpeza da pele da criança quando a mesma apresenta-se suja ou quando necessário), pois E5 sugeriu inserir um novo item sobre orientação ao acompanhante sobre a limpeza, tendo em vista que a maioria das crianças internadas em unidades abertas tem esse cuidado realizado por seus acompanhantes.

Semelhantemente, o item 6 foi dividido por ser extenso e por representar ações diferentes, conforme recomendações de E5 e E7, sendo desmembrado em dois itens (Usa hidratante na pele seca e em áreas ressecadas, pelo menos 1 vez ao dia e Evita massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas).

Assim, posterior a avaliação dos 24 itens pelos especialistas, considerando os critérios analisados e suas sugestões, a segunda versão do instrumento foi composta por 23 itens. Além disso, o nome do instrumento foi modificado de Prevenção de úlcera por pressão na pediatria (PUPP) para Prevenção de lesão por pressão na pediatria (PLPP).

5.2.1.2 Desenvolvimento da validação do constructo e confiabilidade do instrumento

5.2.1.2.1 Caracterização da amostra

Participaram do estudo 235 profissionais de enfermagem, sendo 72 enfermeiros, 135 técnicos e 28 auxiliares de enfermagem. Os dados de caracterização dos profissionais foram obtidos por meio de um questionário e os resultados estão expostos nas Tabelas 4 e 5.

Tabela 4 – Distribuição dos profissionais segundo suas características sociodemográficas e experiência profissional.

Dados dos profissionais	N	%
Sexo (n= 235)		
Feminino	232	98,7
Masculino	3	1,3
Idade (anos) (n= 235)		
21 – 30	50	21,3
31 – 40	78	33,2
41 – 50	55	23,4
51 – 70	32	22,1
Formação Profissional (n= 235)		
Enfermeiro	72	30,6
Técnico de Enfermagem	135	57,4
Auxiliar de Enfermagem	28	11,9
Tempo de Formação (anos) (n= 235)		
1 – 5	44	18,7
6 – 10	70	29,8
11 – 15	40	17,0
16 – 20	43	18,3
21 – 40	38	16,2
Tempo de experiência profissional na pediatria (anos) (n= 235)		
1 – 5	54	23,0
6 – 10	69	29,4
11 – 15	34	14,5
16 – 20	39	16,6
21 – 40	39	16,6

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

De acordo com a Tabela 4, predominou o sexo feminino (98,7%). Tal achado corroboram com outros estudos realizados no contexto da pediatria que identificaram o sexo feminino como maioria prestadora da assistência de enfermagem (ARAÚJO, 2016; GALIZA *et al.*, 2014; MATIAS, 2015; SILVA, 2013). Fato que pode ser explicado pela tradição e cultura da enfermagem que sempre contribuiu para a feminilização da saúde (PERSEGONA; OLIVEIRA; PANTOJA, 2016).

Confirmando com os achados, uma pesquisa realizada pela Fiocruz em parceria com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) intitulada “Perfil da enfermagem no Brasil”, mostrou que 85,1% dos profissionais de enfermagem eram do sexo feminino (FIOCRUZ; COFEN, 2013). No entanto, nota-se uma tendência à masculinização da categoria, o que poderá ser confirmada observando a contínua ascendência no passar dos

anos: em 2013 com 14,4%, em 2011 com 12,84% e em 2010, 12,76% (FIOCRUZ; COFEN, 2013; COFEN 2011).

A idade dos participantes variou de 21 a 70 anos com média de $38,83 \pm 9,94$, predominando a faixa etária de 31-40 anos (33,2%), corroborando os dados encontrados em um estudo realizado em Manaus-AM, no qual a idade predominante foi de 36 a 40 anos (34,8%) (GALVÃO *et al.*, 2016). A média de idade de 38,9 anos também foi verificada em estudo desenvolvido em Unidade de Internação Pediátrica de um Hospital Universitário do Sul do Brasil (SOUZA *et al.*, 2014).

Na formação profissional, a maioria (57,4%) enquadra-se na categoria técnico de enfermagem, que junto à categoria auxiliar formam 69,3% da amostra. Tais dados são reforçados pela pesquisa “Perfil da enfermagem no Brasil” que aponta um percentual de 77% de profissionais pertencentes as categorias técnico e auxiliar contra 23% de enfermeiros (FIOCRUZ; COFEN, 2013).

No tempo de formação profissional, houve uma variância de um a 36 anos, com média de $12,98 \pm 7,96$, predominando os profissionais com formação de seis a 10 anos (29,8%). Igualmente, o tempo de experiência profissional variou de seis meses a 36 anos, obtendo uma média de $12,43 \pm 8,31$ com 29,4% dos profissionais com seis a 10 anos de experiência. Os dados corroboram com o estudo de Galvão *et al.* (2016) que mostrou o tempo de profissão de 6 a 10 anos (37,2%) e atuação profissional também de 6 a 10 anos (46,5%).

A média de tempo de trabalho na unidade pediátrica em estudo foi de $7,90 \pm 6,26$ anos, dados semelhantes identificados por Souza *et al.* (2014), que mostrou 94,4% dos profissionais atuando na referida unidade em média $8 \pm 6,7$ anos.

Outros dados explorados no estudo foram a carga horária, o turno de trabalho e a quantidade de vínculos empregatícios.

A carga de trabalho da Enfermagem tem sido evidenciada como fator de risco para a segurança do paciente. Um estudo realizado em duas UTI de hospitais públicos brasileiros detectou que aproximadamente 78% dos incidentes sem dano e de eventos adversos em pacientes foram relacionados à Enfermagem e atribuídas à sobrecarga de trabalho (NOVARETTI, *et al.*, 2014).

A Tabela 5 apresenta a distribuição dos profissionais segundo sua carga horária semanal, turno de trabalho e atuação em outras instituições.

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

Dados dos profissionais	N=235	%
Carga horária semanal (horas)		
Até 20h	25	10,6
21 – 40	148	63,0
41 – 60	62	26,6
Turnos de trabalho		
Diurno	90	38,3
Noturno	86	36,6
Diurno e Noturno	59	25,1
Possui outro vínculo empregatício		
0	119	50,6
1	94	40,0
2-3	22	9,4

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Os profissionais de enfermagem referiram carga horária semanal média de 35,67 \pm 11,15, com 63,0% dos participantes apontando uma carga horária de 21 a 40 horas semanais. Os turnos de trabalho estão distribuídos de forma homogênea, mas destaca-se que 38,3% referiram trabalhar no período diurno. A maioria dos profissionais (50,6%) referiu não ter outro vínculo empregatício. Gasparino *et al.* (2017) ao avaliar a percepção de 235 profissionais de enfermagem frente à segurança do paciente de dois hospitais do interior de São Paulo, também encontrou que 74,7% dos profissionais não possuíam outro vínculo empregatício e 54,9% trabalhavam no período diurno.

Um estudo desenvolvido com 136 profissionais de enfermagem em unidades de internação e terapia intensiva de hospital pediátrico privado quantificou proporções diferentes para carga horária, com média de 47,1 horas (\pm 15,5) e semelhantes quanto ao vínculo empregatício, a maioria (69,1%, n=94) dos profissionais não possuía outro vínculo (ALVES; GUIRARDELLO, 2016).

Já Dalri *et al.* (2014) quantificaram uma carga horária de trabalho semanal, variando de 21 a 78 horas com mediana de 42 horas, sendo que 51,6% dos participantes possuíam carga horária de 37 a 57 horas e 76 (80%) sujeitos tinham somente um vínculo empregatício.

Diferentemente, Novaretti *et al.* (2014) encontraram em dois hospitais públicos de São Paulo-SP, Brasil, uma carga de trabalho da Enfermagem relativamente alta, sendo a do primeiro hospital (69,55 \pm 1,40) mais alta quando comparado ao segundo (61,97 \pm 2,25).

Ainda na caracterização dos profissionais foi questionada acerca de sua participação em curso de aperfeiçoamento sobre segurança do paciente, porquanto sabe-se da

importância do conhecimento para a segurança do paciente e redução dos eventos adversos inerentes à assistência em saúde.

Na assistência hospitalar, a enfermagem é a profissão de saúde que está 24 horas com o paciente, desempenhando atividades que requerem cuidados especiais para manutenção da qualidade dos cuidados e prevenção de erros durante o cuidado (FORTE *et al.*, 2017), prestando uma assistência segura.

Destaca-se que por se tratar de instrumento cujo preenchimento foi realizado pelo próprio profissional, dois sujeitos não responderam se participaram de curso de aperfeiçoamento, o que justifica a variação no quantitativo da amostra. Assim, dos 233 profissionais que responderam o item, 128 (54,9%) realizaram curso de aperfeiçoamento sobre segurança do paciente e 105 (45,1%) não participaram de cursos.

Na saúde, existe uma necessidade de investimento na formação dos profissionais devido às constantes transformações. A educação permanente tem sido considerada como ferramenta capaz de gerar mudanças e transformações em uma sociedade, mostrando alternativas nos modos de produzir saúde de qualidade e maior satisfação de usuários e profissionais (SALUM; PRADO, 2014).

5.2.1.3 Validação de Constructo

5.2.1.3.1 Análise Fatorial

O primeiro passo durante a implementação de análise fatorial é observar se a matriz de dados é passível de fatoração, isto é, analisar se os dados podem ser submetidos ao processo de análise fatorial (PASQUALI, 1999). Assim, é necessário verificar a adequação dos dados, o tamanho da amostra e a força de relação entre as variáveis (PALLANT, 2005).

No presente estudo, para calcular o tamanho da amostra, com a finalidade de realizar a validade e confiabilidade do instrumento, multiplicou-se o número de itens do instrumento por 5 conforme as recomendações de Pestanha e Gageiro (2005), resultando numa amostra mínima de 115 participantes. No entanto, optou-se por entregar os instrumentos a todos os profissionais de Enfermagem que atenderam aos critérios de inclusão, obtendo uma amostra composta por 235 profissionais.

Quanto à força de relação entre as variáveis, foi realizado o cálculo da medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett (1954). O KMO obtido foi de 0,911, esse valor é considerado excelente (HUTCHESON; SOFRONIOU, 1999),

superando o valor mínimo de 0,6 recomendado (KAISER, 1970; KAISER, 1974). O teste de esfericidade de Bartlett alcançou significância estatística ($p < 0,0001$), indicando a rejeição da hipótese nula da matriz de correlação de identidade, o que confirma a existência de correlação entre os domínios. Tal resultado confirma que a análise fatorial foi adequada para esse estudo.

Na Tabela 6, apresentam-se as comunalidades associadas a cada item. As comunalidades representam a proporção da variância para cada variável incluída na análise que é explicada pelos componentes extraídos. Usualmente o valor mínimo aceitável é de 0,50. Assim, caso o pesquisador encontre alguma comunalidade abaixo desse valor, a variável deve ser excluída e a análise fatorial deve ser realizada novamente (SCHAWB, 2007).

Tabela 6 – Comunalidades associadas a cada variável.

Item	Inicial	Extração
1	1,000	0,508
2	1,000	0,617
3	1,000	0,578
4	1,000	0,553
5	1,000	0,755
6	1,000	0,607
7	1,000	0,521
8	1,000	0,405
9	1,000	0,572
10	1,000	0,723
11	1,000	0,705
12	1,000	0,712
13	1,000	0,681
14	1,000	0,578
15	1,000	0,601
16	1,000	0,655
17	1,000	0,603
18	1,000	0,629
19	1,000	0,513
20	1,000	0,445
21	1,000	0,538
22	1,000	0,546
23	1,000	0,668

Método de Extração: Análise de Componente Principal

Percebe-se que todas as comunalidades foram altas, exceto as variáveis (item) 8 (0,426) e 20 (0,445) que apresentaram comunalidades ligeiramente abaixo do valor crítico. No entanto, para os propósitos desse estudo, optou-se por conservá-las, pois representam ações relevantes no contexto da prevenção de LP e recomendadas pelo protocolo para prevenção de úlcera por pressão (BRASIL, 2013g).

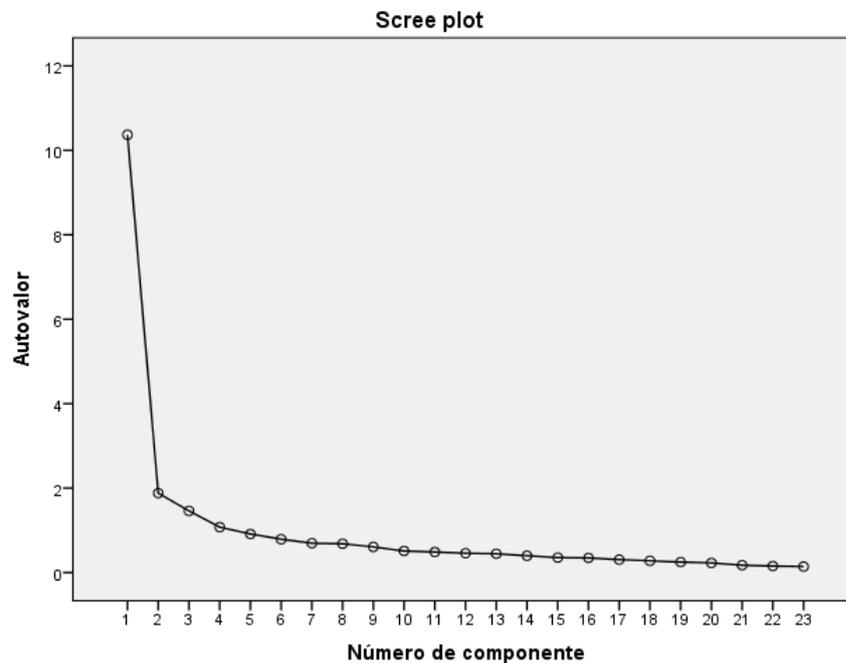
Na ação proposta no item 8, “*evita massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas*”, a hidratação da pele deve ser realizada, porém a massagem em regiões de proeminência óssea ou hiperemiada não é indicada para prevenir LP. Segundo o NPUAP (2014), a massagem nessas regiões é dolorosa e a ação de esfregar a pele pode também provocar uma ligeira destruição tecidual ou uma reação inflamatória o que pode favorecer o aparecimento de lesões.

O item 20, “*usa forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover crianças acamadas durante transferência e mudança de decúbito*” não foi excluído por se tratar de uma recomendação do protocolo para prevenção de úlcera por pressão (BRASIL, 2013g), afirmando a necessidade do forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover pacientes acamados durante transferência e mudança de decúbito para evitar o risco de fricção ou forças de cisalhamento.

Assim, o resultado exposto na Tabela 6 mostrou que as variáveis possuem uma boa relação com os fatores retidos. A escolha do número de fatores a serem retidos é uma das decisões mais importantes durante a execução da análise fatorial (ARTES, 1998; GLORFELD, 1995). Uma extração inadequada impossibilita a interpretação dos resultados de maneira apropriada (HAYTON; ALLEN; SCARPELLO, 2004).

Realizou-se o diagrama de declividade *scree plot* (FIGURA 4), para determinar a presença dos fatores do instrumento. Este diagrama tem como finalidade auxiliar na decisão sobre o número de fatores a serem retidos com autovalores presentes na linha decrescente que estejam acima (ou antes) da primeira curva, pois esses fatores justificam a maior parte da variância dos dados (CARVALHO *et al.*, 2016; MERTLER; VANNATTA, 2005; PALLANT, 2005).

Figura 4 – Triagem com autovalores e número de componentes



O *screeplot* sugere que três fatores sejam retidos. Anteriormente, foram definidos sete domínios (avaliação de LP na admissão da criança, reavaliação do risco de desenvolvimento de LP de toda criança internada, inspeção da pele, manejo da umidade, otimização da nutrição e da hidratação, minimização da pressão e registro e notificação), no entanto, verificou-se, por meio da análise fatorial, que devem ser retidos apenas três domínios (fatores).

Para confirmar os fatores extraídos e para buscar o melhor ajuste, os resultados da análise dos componentes principais foram submetidos a uma rotação varimax. O método de rotação de fatores empregado é tão importante quanto o método de retenção fatorial. As rotações fatoriais buscam facilitar a interpretação dos fatores, já que muitas vezes as variáveis analisadas apresentam cargas fatoriais elevadas em mais de um fator (DAMÁSIO, 2012). A Tabela 7 expõe a rotação dos componentes associada a cada item.

Tabela 7 – Rotação dos componentes associada a cada item

Itens	Componentes		
	1	2	3
1	,581	,307	,277
2	,220	,275	,702
3	,208	,378	,626
4	,513	,435	,317
5	,832	,224	,110
6	,708	-,101	,309
7	,615	,224	,304
8	,502	,331	,208
9	,606	,420	,167
10	,383	-,061	,757
11	,185	,217	,790
12	,547	,638	,083
13	,656	,500	,017
14	,396	,646	,058
15	,350	,649	,238
16	,364	,642	,333
17	,307	,688	,189
18	,120	,709	,335
19	,460	,284	,470
20	,107	,569	,330
21	-,036	,497	,539
22	,654	,279	,199
23	,206	,244	,752

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.

a. Rotação convergida em 10 iterações.

Verifica-se na Tabela 7 que a maioria dos itens (N=9, 39,0%) encontra-se concentrado no fator 1, enquanto que os fatores 2 e 3 possuem sete itens (30,5%) cada.

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

Uma carga fatorial entre os itens e os domínios de no mínimo 0,5 foi exigida para que um item permanecesse no instrumento (SCHAWB, 2007). Com base nesse critério, a análise fatorial mostrou que todos os itens devem permanecer no instrumento.

Assim, de acordo com a análise, o instrumento PLPP teria três domínios, medidas preventivas e detecção precoce de LP (domínio 1), medidas de alívio da pressão (domínio 2), avaliação e notificação (domínio 3) com, respectivamente, 9, 7 e 7 itens (Tabela 5).

Contudo, três itens (19, 21 e 22), de acordo com sua análise teórica e conceitual não se adequaram aos fatores (domínios) evidenciados pela análise fatorial, os quais se encontram em negrito na Tabela 8.

Tabela 8 – Matriz de correlação entre os itens e os domínios do instrumento prevenção de lesão por pressão na pediatria (PLPP), segundo a análise fatorial pelos componentes principais e rotação

Item		Fator 1	Fator 2	Fator 3
DOMÍNIO 1 – MEDIDAS PREVENTIVAS E DETECÇÃO PRECOCE DE LP				
1	Inspeciona a pele da criança na admissão para detectar LP ou lesões já existentes.	,581		
4	Inspeciona diariamente toda a pele da criança para identificar a existência de LP.	,513		
5	Limpa a pele da criança quando a mesma apresenta-se suja ou quando necessário.	,832		
6	Orienta ao acompanhante acerca da limpeza da pele da criança quando a mesma apresenta-se suja ou quando necessário.	,708		
7	Usa hidratante na pele seca e em áreas ressecadas pelo menos uma vez ao dia.	,615		
8	Evita massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas.	,502		
9	Protege a pele da exposição à umidade excessiva com o uso de produtos de barreira (fraldas ou absorventes).	,606		
13	Evita posicionar a criança diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa.	,656		
22	Registra no prontuário as alterações detectadas na pele e intervenções realizadas.	,654		
DOMÍNIO 2 - MEDIDAS DE ALÍVIO DA PRESSÃO				
12	Realiza a mudança de decúbito da criança a cada 2 horas.		,638	
14	Realiza o reposicionamento da criança usando a posição semi-Fowler (30°) ou laterais (30°); e em crianças traqueostomizadas com ventilação não invasiva mantém a cabeceira da cama > 30°.		,646	
15	Oferece apoio sob os pés da criança quando ela estiver sentada e se os pés não tocam o chão.		,649	

Tabela 8 – Matriz de correlação entre os itens e os domínios do instrumento prevenção de lesão por pressão na pediatria (PLPP), segundo a análise fatorial pelos componentes principais e rotação “continua”

Item	DOMÍNIO 2 - MEDIDAS DE ALÍVIO DA PRESSÃO	
16	Providencia superfície de redistribuição de pressão (camas e colchões) para todas as crianças classificadas como “em risco”.	,642
17	Providencia superfícies de apoio (almofada ou travesseiro) para elevar e proteger os calcâneos.	,688
18	Providencia assento de redistribuição de pressão (almofadas de ar e espuma) para as crianças sentadas em cadeiras com mobilidade reduzida.	,709
20	Usa forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover crianças acamadas durante transferência e mudança de decúbito.	,569
	DOMÍNIO 3 - AVALIAÇÃO E NOTIFICAÇÃO	
2	Avalia o risco de desenvolvimento de LP na admissão da criança, utilizando a Escala de Braden Q (crianças de 1 a 5 anos) ou a Escala de Braden (crianças maiores de 5 anos).	,702
3	Reavalia diariamente o risco de desenvolvimento de LP de todas as crianças internadas utilizando a Escala de Braden Q ou a Escala de Braden.	,626
10	Avalia a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional.	,757
11	Notifica ao nutricionista todas as crianças em risco nutricional ou em risco para LP.	,790
19	Utiliza coberturas para proteger proeminências ósseas de acordo com as necessidades da criança.	,470
21	Utiliza quadro de avisos próximo ao leito para estimular à criança a movimentar-se na cama, quando necessário.	,539
23	Notifica quanto ao desenvolvimento de LP à Gerência de Riscos e/ou ao Núcleo de Segurança do Paciente (quando existentes).	,752

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

O item 22 pertencente ao domínio (fator) 1 foi realocado no domínio 3, relacionado a avaliação e notificação, pois trata-se de uma ação que deve ocorrer após a execução das ações expressas em todos os domínios. O item 19 relacionado ao fator 3 passou a ser alocado no fator 1 por se adequar teórica e conceitualmente mais com o domínio de medidas preventivas de LP do que com o de registro e notificação. O item 21 passou a ser alocado no fator 2, por se tratar de uma ação de estímulo para movimentação da criança no leito tendo como objetivo aliviar a pressão.

Houve uma modificação, sem alterar o sentido da frase, no item 23 para propiciar uma melhor compreensão, antes era escrito: “*notifica quanto ao desenvolvimento de LP à Gerência de Riscos e/ou ao Núcleo de Segurança do Paciente (quando existentes)*”, passando

a ser escrito da seguinte forma: “*notifica à Gerência de Riscos e/ou ao Núcleo de Segurança do Paciente (quando existentes) o desenvolvimento de LP*”. Também foi modificada a escrita do item 19 “*utiliza materiais de curativos para proteger proeminências ósseas de acordo com as necessidades da criança*” para “*utiliza coberturas para proteger proeminências ósseas de acordo com as necessidades da criança*”, buscando se adequar às terminologias utilizadas no contexto da LP.

Assim, a versão final (Apêndice K) do instrumento prevenção de lesão por pressão na pediatria (PLPP) possui 3 fatores/domínios: medidas preventivas e detecção precoce de LP, medidas de alívio da pressão e, avaliação e notificação, com 9, 8 e 6 itens respectivamente, totalizando um instrumento composto por 23 itens conforme evidencia a Tabela 9

Tabela 9 – Itens do instrumento PLPP alocados nos seus domínios adequados

Item	
DOMÍNIO 1 - MEDIDAS PREVENTIVAS E DETECÇÃO PRECOCE DE LP	
1	Inspeciona a pele da criança na admissão para detectar LP ou lesões já existentes.
4	Inspeciona diariamente toda a pele da criança para identificar a existência de LP.
5	Limpa a pele da criança quando a mesma apresenta-se suja ou quando necessário.
6	Orienta ao acompanhante acerca da limpeza da pele da criança quando a mesma apresenta-se suja ou quando necessário.
7	Usa hidratante na pele seca e em áreas ressecadas pelo menos uma vez ao dia.
8	Evita massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas.
9	Protege a pele da exposição à umidade excessiva com o uso de produtos de barreira (fraldas ou absorventes).
13	Evita posicionar a criança diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa.
19	Utiliza coberturas para proteger proeminências ósseas de acordo com as necessidades da criança.
DOMÍNIO 2 – MEDIDAS DE ALÍVIO DA PRESSÃO	
12	Realiza a mudança de decúbito da criança a cada 2 horas.
14	Realiza o reposicionamento da criança usando a posição semi-Fowler (30°) ou laterais (30°); e em crianças traqueostomizadas com ventilação não invasiva mantém a cabeceira da cama > 30°.
15	Oferece apoio sob os pés da criança quando ela estiver sentada e se os pés não tocam o chão.
16	Providencia superfície de redistribuição de pressão (camas e colchões) para todas as crianças classificadas como “em risco”.
17	Providencia superfícies de apoio (almofada ou travesseiro) para elevar e proteger os calcâneos.
18	Providencia assento de redistribuição de pressão (almofadas de ar e espuma) para as crianças sentadas em cadeiras com mobilidade reduzida.
20	Usa forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover crianças acamadas durante transferência e mudança de decúbito.
21	Utiliza quadro de avisos próximo ao leito para estimular à criança a movimentar-se na cama, quando necessário.

Tabela 9 – Itens do instrumento PLPP alocados nos seus domínios adequados “continua”

Item	DOMÍNIO 3 – AVALIAÇÃO E NOTIFICAÇÃO
2	Avalia o risco de desenvolvimento de LP na admissão da criança, utilizando a Escala de Braden Q (crianças de 1 a 5 anos) ou a Escala de Braden (crianças maiores de 5 anos).
3	Reavalia diariamente o risco de desenvolvimento de LP de todas as crianças internadas utilizando a Escala de Braden Q ou a Escala de Braden.
10	Avalia a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional.
11	Notifica ao nutricionista todas as crianças em risco nutricional ou em risco para LP.
22	Registra no prontuário as alterações detectadas na pele e intervenções realizadas.
23	Notifica à Gerência de Riscos e/ou ao Núcleo de Segurança do Paciente (quando existentes) o desenvolvimento de LP.

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

A Figura 5 corresponde a terceira versão do instrumento prevenção de lesão por pressão na pediatria obtida após a análise fatorial.

Figura 5- Terceira versão do instrumento PLPP após a análise fatorial.

PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO (LP)		1	2	3	4	5	9
Domínio 1	Medidas preventivas e detecção precoce de LP						
	1. Inspecciona a pele da criança na admissão para detectar LP ou lesões já existentes.						
	2. Inspecciona diariamente toda a pele da criança para identificar a existência de LP.						
	3. Limpa a pele da criança quando a mesma apresenta-se suja ou quando necessário.						
	4. Orienta ao acompanhante acerca da limpeza da pele da criança quando a mesma apresenta-se suja ou quando necessário.						
	5. Usa hidratante na pele seca e em áreas ressecadas pelo menos uma vez ao dia.						
	6. Evita massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas.						
	7. Protege a pele da exposição à umidade excessiva com o uso de produtos de barreira (fraldas ou absorventes).						
	8. Evita posicionar a criança diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa.						
9. Utiliza coberturas para proteger proeminências ósseas de acordo com as necessidades da criança.							
Domínio 2	Medidas de alívio da pressão						
	10. Realiza a mudança de decúbito da criança a cada 2 horas.						
	11. Realiza o reposicionamento da criança usando a posição semi-Fowler (30°) ou laterais (30°); e em crianças traqueostomizadas com ventilação não invasiva mantém a cabeceira da cama > 30°.						
	12. Oferece apoio sob os pés da criança quando ela estiver sentada e se os pés não tocam o chão.						
	13. Providencia superfície de redistribuição de pressão (camas e colchões) para todas as crianças classificadas como “em risco”.						
	14. Providencia superfícies de apoio (almofada ou travesseiro) para elevar e proteger os calcâneos.						
	15. Providencia assento de redistribuição de pressão (almofadas de ar						

	e espuma) para as crianças sentadas em cadeiras com mobilidade reduzida.						
	16. Usa forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover crianças acamadas durante transferência e mudança de decúbito.						
	17. Utiliza quadro de avisos próximo ao leito para estimular à criança a movimentar-se na cama, quando necessário.						
Domínio 3	Avaliação e Notificação						
	18. Avalia o risco de desenvolvimento de LP na admissão da criança, utilizando a Escala de Braden Q (crianças de 1 a 5 anos) ou a Escala de Braden (crianças maiores de 5 anos).						
	19. Reavalia diariamente o risco de desenvolvimento de LP de todas as crianças internadas utilizando a Escala de Braden Q ou a Escala de Braden.						
	20. Avalia a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional.						
	21. Notifica ao nutricionista todas as crianças em risco nutricional ou em risco para LP.						
	22. Registra no prontuário as alterações detectadas na pele e intervenções realizadas.						
	23. Notifica à Gerência de Riscos e/ou ao Núcleo de Segurança do Paciente (quando existentes) o desenvolvimento de LP.						

5.2.1.3.2 Testagem de hipóteses por comparação de grupos contrastados

Para esta análise, foi realizado o cruzamento entre as variáveis sociodemográficas e o escore total do instrumento PLPP nos seus respectivos níveis de execução das ações pelos profissionais: nunca, quase nunca, as vezes, quase sempre e sempre. Considerou-se adequado as respostas com o nível de medição sempre e inadequado as respostas nunca, quase nunca, as vezes e quase sempre. Assim, as respostas adequadas representaram uma maior prevenção de lesão por pressão.

A Tabela 10 evidencia a associação entre os escores do PLPP e as variáveis sociodemográficas idade, formação profissional, tempo de experiência na pediatria, carga horária semanal, participação em curso de aperfeiçoamento e desgaste no trabalho.

Tabela 10- Associação entre o instrumento PLPP e as variáveis sociodemográficas

Variável	Inadequada						Adequada				P
	Nunca		Quase Nunca		As vezes		Quase sempre		Sempre		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexo											0,104 ^a
Feminino	14	6,0	20	8,6	43	18,5	64	27,6	91	39,3	
Masculino	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	1	33,3	
Faixa etária											0,017 ^c
21-30	3	6,0	2	4,0	10	20,0	15	30,0	20	40,0	
31-40	5	6,4	7	9,0	6	7,7	20	25,6	40	51,3	
41-50	3	5,5	4	7,3	14	25,5	14	25,5	20	36,2	
51-70	3	5,8	9	17,3	13	25,0	15	28,8	12	23,1	
Formação profissional											0,195 ^a
Enfermeiro	4	5,6	7	9,7	8	11,1	27	37,5	26	36,1	
Técnico	9	6,7	13	9,6	27	20,0	28	20,7	58	43,0	
Auxiliar	1	3,6	2	7,1	8	28,6	9	32,1	8	28,6	
Tempo de experiência pediatria											0,190 ^a
10 anos	8	5,0	14	8,9	23	14,6	48	30,3	65	41,2	
11 – 20 anos	4	8,0	4	8,0	11	22,0	12	24,0	19	38,0	
21 ou mais	2	7,4	4	14,8	9	33,4	4	14,8	8	29,6	
Carga horária semanal											0,571 ^c
Até 20h	1	4,0	1	4,0	3	12,0	9	36,0	11	44,0	
21- 40h	9	6,1	16	10,8	28	18,9	39	26,4	55	37,8	
41h ou mais	4	6,5	5	8,1	12	19,4	16	25,8	25	40,2	
Participação de curso											0,009 ^b
Sim	8	6,3	5	3,9	21	16,4	35	27,3	59	46,1	
Não	6	5,7	17	16,2	22	21,0	28	26,7	32	30,5	
Desgaste do Trabalho											0,047 ^a
Sem desgaste	1	4,0	2	8,0	2	8,0	2	8,0	18	72,0	
Pouco desgastante	6	6,3	12	12,5	17	17,7	28	29,2	33	34,4	
Muito desgastante	7	6,1	8	7,0	24	21,1	34	29,8	41	36,1	

Fonte: dados da pesquisa (2018).

a- Razão de verossimilhança

b- Qui-quadrado de Pearson

c- Associação linear por linear

Pode-se verificar que apenas três variáveis sociodemográficas possuem associação estatisticamente significativa com a prevenção de LP: faixa etária de 31 a 40 anos (0,017), participação de cursos de aperfeiçoamento em segurança do paciente (0,009) e a ausência de desgaste no trabalho (0,047).

Diante desses achados, infere-se que os profissionais de enfermagem com faixa etária de 31 a 40 anos executam adequadamente as ações, portanto, nesse estudo, maior foi a prevenção de LP realizada pelos profissionais nessa faixa etária.

Rocha *et. al.* (2015), ao verificarem o conhecimento de profissionais de enfermagem sobre as características e as medidas de prevenção de LP, identificaram uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre a maior idade (30-60 anos) e o conhecimento sobre a prevenção de LPP, revelando que os profissionais com idade abaixo de 30 anos possuíam um conhecimento inferior em relação aos profissionais com idade superior a 30 anos.

Identificou-se associação estatística entre a prevenção de LP e a participação de cursos. Dessa forma, infere-se que os profissionais que participaram de cursos de aperfeiçoamento realizaram adequadamente as ações, logo maior foi a prevenção de LP.

A falta de conhecimento dos profissionais quanto às medidas de prevenção de LP está associada à falta de capacitação e educação permanente da equipe de enfermagem acerca da temática, ratificando que as medidas de prevenção de LP deve ser de conhecimento de todos os profissionais da área de enfermagem, já que são agravos evitáveis (ROCHA *et. al.*, 2015).

Uma revisão integrativa sobre os erros da enfermagem apontou que a necessidade de educação de forma contínua aliada a melhoria das condições de trabalho se sobressaíram como fatores capazes de impedir que os erros se concretizassem, sendo a educação permanente no trabalho um método eficaz na prevenção de eventos adversos (FORTE *et al.*, 2017).

Segundo Caliri e Bernardes (2017), para a implementação de práticas seguras nos serviços de saúde é necessário o suporte institucional e fornecimento de recursos materiais e humanos, que devem ser capacitados quanto às práticas seguras para prevenção de incidentes, incluindo a lesão por pressão, e ter atualização técnica e científica frequente, por meio da educação permanente.

A educação permanente contribui para o desenvolvimento de competências técnica, relacional/comunicacional e ética/ política, permitindo ao profissional conviver com a diversidade e a velocidade com que o conhecimento vem sendo produzido no mundo moderno (SALUM; PRADO, 2014).

Ressalta-se que a educação permanente não é a única estratégia para envolver a equipe de enfermagem na prevenção de LP e na segurança do paciente. É fundamental reforçar as orientações já trabalhadas por meio de uma abordagem contínua e sistemática e

um monitoramento periódico, além de promover atualizações e a motivação no trabalho (OLKOSKI; ASSIS, 2016).

Verificou-se, também, uma relação estatisticamente significativa entre o desgaste no trabalho e a execução das ações de prevenção de LP. Assim, os profissionais que consideraram que seu trabalho não é desgastante realizaram maior prevenção de LP.

O desgaste no trabalho se relaciona diretamente ao stress provocado pela ocupação, condição conhecida como síndrome do desgaste profissional (KHAMISA; PELTZER; OLDENBURG, 2013).

Essa síndrome é caracterizada por elevados níveis de exaustão emocional, desenvolvimento de atitudes negativas perante os pacientes e pela falta de realização pessoal, que provoca tendências de avaliar negativamente o próprio trabalho (VARGAS *et. al.*, 2014), como consequência existe a cansaço mental e a falta de motivação (WANG; LUI; WANG, 2015).

O cansaço físico e mental interfere diretamente na qualidade da assistência prestada pelos profissionais de enfermagem e sobre a segurança das crianças que estão sob o seu cuidado, tornando o ambiente de trabalho mais propício aos erros (ARAÚJO, 2016).

A análise realizada por meio dos grupos contrastados buscou testar as hipóteses pretendidas nesse estudo. Assim, confirmou-se a hipótese de que os resultados adequados de prevenção de LP correlacionaram positivamente com a participação de cursos de aperfeiçoamento ($p=0,009$), bem como a hipótese de que os profissionais que não consideram desgastante seu trabalho realizaram adequadamente as ações de prevenção de LP ($p=0,047$).

A hipótese inicial de que os resultados mais elevados (adequados) de prevenção de LP estão associados ao maior tempo de experiência na pediatria ($p=0,190$) e a hipótese de que a elevada carga horária semanal se correlacionaria negativamente com a adequada prevenção de LP ($p=0,571$) não foram confirmadas nesse estudo.

No entanto, verificou-se que que profissionais na faixa etária entre 31 a 40 anos, realizaram uma maior prevenção de lesão por pressão, ou seja adequada.

5.2.2 Confiabilidade

A confiabilidade do instrumento PLPP foi obtida pelo Alfa de Cronbach, sendo o seu valor 0,938, indicando uma consistência interna muito boa. A Tabela 11 mostra os valores do Alfa de Cronbach na ausência de qualquer um dos itens do instrumento.

Tabela 11 - Alfa de Cronbach na ausência de qualquer um dos itens do instrumento PLPP

Itens	Alfa de Cronbach se o item for excluído
1	0,935
2	0,935
3	0,935
4	0,935
5	0,936
6	0,937
7	0,936
8	0,937
9	0,935
10	0,936
11	0,935
12	0,935
13	0,936
14	0,936
15	0,935
16	0,934
17	0,935
18	0,935
19	0,935
20	0,937
21	0,937
22	0,936
23	0,935

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Analisando a Tabela 11, percebe-se que nenhum item ao ser excluído contribui para elevação da confiabilidade do instrumento PLPP. No entanto, o item 16 (Providencia superfície de redistribuição de pressão (camas e colchões) para todas as crianças classificadas como “em risco”) é o que mais contribui com redução da confiabilidade do instrumento se excluído.

Observa-se que o instrumento não sofreria grandes alterações em relação ao alfa de Cronbach caso retire qualquer um dos itens, o qual variou de 0,934 a 0,937, mantendo-se no parâmetro aceitável.

A validade e a confiabilidade são aspectos cruciais na avaliação e no rigor de um instrumento de medida. Contudo, a validade e a confiabilidade de um instrumento não constituem qualidades totalmente independentes (LOBIONDO-WODD; HABER, 2001). Um

instrumento de mensuração que não seja confiável não é capaz de ser válido (HUNGLER, 2004). O instrumento Prevenção de Lesão por Pressão na Pediatria (PLPP), após passar por essas análises, foi considerado um instrumento válido e confiável.

5.3 Identificação das ações realizadas pelos profissionais de enfermagem na prevenção de LP

Utilizou-se a mesma amostra da validação de constructo e confiabilidade para avaliar as ações de prevenção de LP realizadas pelos profissionais de enfermagem.

Analisou-se o desempenho dos profissionais por meio do Índice de Positividade (IP) para Qualidade da Assistência (QA). Para esta análise considerou-se somente a resposta “sempre executa esta ação em sua rotina de trabalho” como positiva, partindo do princípio que maior é a prevenção de LP quando os profissionais sempre executam as ações, contribuindo assim para a segurança da criança.

Assim, se o IP for 100% a assistência é desejável; se o IP estiver entre 90 e 99% tem-se uma assistência adequada; caso IP esteja entre 80 e 89% a assistência é segura; se o IP estiver entre 71 a 79% tem-se uma assistência limítrofe, mas se o IP for $\leq 70\%$ a assistência é sofrível (HADDAD, 2004).

Os resultados do PLPP foram analisados em seus domínios (medidas preventivas e detecção precoce de LP, medidas de alívio da pressão e avaliação e notificação). A Tabela 12 evidencia a execução das ações de prevenção de LP pelos profissionais de enfermagem nos níveis de frequência nunca, quase nunca, as vezes, quase sempre e sempre conforme os domínios do PLPP.

Destaca-se que no instrumento PLPP alguns itens, pertencentes ao domínio 3, possibilitaram a resposta de preenchimento “não se aplica” para os técnicos e auxiliares de enfermagem, por se tratarem de ações atribuídas ao enfermeiro, quais sejam: itens 18, 19, 20, 21 e 23. Para as quais se obteve as seguintes frequências absoluta e relativa, respectivamente: 57 (24,3%), 55 (23,4%), 36 (15,3%), 60 (25,5%) e 56 (23,8%).

Tabela 12 - Distribuição das respostas dos profissionais, segundo o instrumento PLPP

Itens	Nunca		Quase Nunca		As vezes		Quase sempre		Sempre		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Domínio 1	1	25	10,6	6	2,6	17	7,2	31	13,2	156	66,4
	2	29	12,3	12	5,1	25	10,6	39	16,6	130	55,3
	3	13	5,5	1	0,4	8	3,4	19	8,1	194	82,6
	4	25	10,6	2	0,9	10	4,3	24	10,2	174	74,0
	5	37	15,7	15	6,4	34	14,5	36	15,3	113	48,1
	6	47	20,0	9	3,8	16	6,8	34	14,5	129	54,9
	7	29	12,3	4	1,7	13	5,5	26	11,1	163	69,4
	8	23	9,8	1	0,4	6	2,6	12	5,1	193	82,1
	9	43	18,3	6	2,6	16	6,8	26	11,1	144	61,3
Domínio 2	10	24	10,2	8	3,4	22	9,4	32	13,6	149	63,4
	11	30	12,8	6	2,6	9	3,8	27	11,5	163	69,4
	12	32	13,6	16	6,8	30	12,8	36	15,3	121	51,5
	13	40	17,0	11	4,7	11	4,7	29	12,3	144	61,3
	14	35	14,9	10	4,3	24	10,2	38	16,2	128	54,5
	15	73	31,1	12	5,1	27	11,5	32	13,6	91	38,7
	16	68	28,9	8	3,4	19	8,1	34	14,5	106	45,1
	17	111	47,2	12	5,1	30	12,8	15	6,4	67	28,5
Domínio 3	18	50	21,3	11	4,7	16	6,8	36	15,3	65	27,7
	19	40	17,0	12	5,1	19	8,1	37	15,7	72	30,6
	20	14	6,0	5	2,1	12	5,1	36	15,3	132	56,2
	21	26	11,1	12	5,1	18	7,7	27	11,5	92	39,1
	22	13	5,5	4	1,7	8	3,4	20	8,5	190	80,9
	23	19	8,1	11	4,7	18	7,7	19	8,1	112	47,7

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Observa-se na Tabela 12 que três itens (5, 13 e 22) obtiveram um IP entre 80 e 89, sendo as ações expressas nesses itens as mais realizadas pelos profissionais de enfermagem, classificando a assistência como segura para essas ações: 5 (82,6%), 13 (82,1%) e 22 (80,9%).

O item 6 (74,0%) atingiu um IP entre 71 e 79%, considerado limítrofe, e todos os demais itens obtiveram valores inferiores a 70%, classificando a assistência como sofrível.

✓ Domínio 1 – Medidas preventivas e detecção precoce de LP

Os resultados em relação ao domínio 1 evidenciaram que a maioria dos itens obtiveram $IP \leq 70\%$, demonstrando uma assistência de enfermagem sofrível. Somente os itens 3 e 8 obtiveram um $IP > 80\%$, sendo portanto a assistência considerada segura para as ações expressas nesses dois itens, e o item 4 obteve um IP de 74%, logo a assistência foi considerada limítrofe.

O item 1 “Inspecciona a pele da criança na admissão para detectar LP ou lesões já existentes.”, e o 2, “*inspeciona diariamente toda a pele da criança para identificar a existência de LP*”, obtiveram IP de 66,4% e 55,3%, respectivamente, confirmando uma assistência sofrível quanto às ações de inspeção da pele da criança.

O protocolo de prevenção de úlcera (lesão) por pressão preconiza a avaliação da pele na admissão dos pacientes em dois componentes: a avaliação do risco de desenvolvimento de LP e a avaliação da pele para detectar a existência de LP ou outras lesões de pele já instaladas (BRASIL, 2013g).

A avaliação da pele para detectar a existência de LP ou outras lesões corresponde à inspeção da pele, ação abordada no item 1. Já a avaliação do risco de desenvolvimento de LP, ação contemplada no item 18 (domínio 3), deve ser realizada por meio de uma ferramenta validada.

O protocolo também preconiza que todos os pacientes que apresentam risco de desenvolvimento de LP necessitam de inspeção diária de toda a superfície cutânea, da cabeça aos pés, pois podem apresentar deterioração da integridade da pele em questão de horas (BRASIL, 2013g).

As diretrizes do NPUAP (2014) recomendam que na inspeção da pele deve-se incluir os seguintes fatores: temperatura da pele, edema e alteração na consistência do tecido em relação ao tecido circundante. E reforça que a inspeção da pele sob e ao redor dos dispositivos, deve ocorrer pelo menos duas vezes por dia, para identificar sinais de LP no tecido circundante.

A inspeção da pele envolve examinar a pele para evidência de novos danos, na qual pode ser realizado o teste de tolerância cutânea, que é um método para identificar a diferença entre eritema ou hiperemia reativa (vermelhidão) e uma LP no estágio 1. Esse teste

deve ser realizado em todas as áreas vermelhas visíveis da pele. Isso pode ser feito pressionando um dedo levemente sobre a área avermelhada por 15 segundos, em seguida, levantando o dedo. Se a área empalidecer, não é uma LP. Se permanecer vermelho e não for branqueável é uma LP de estágio 1 (PARNHAM, 2012).

A pele dos pacientes pediátricos possuem especificidades diferenciadas quando comparada a adultos. Por isso, há necessidade de inspeção diária frequente, devendo ocorrer em intervalos pré-definidos, cuja periodicidade é proporcional ao risco identificado, podendo ser necessário o aumento da frequência (BRASIL, 2013g).

A ação expressa no item 3, *“limpa a pele da criança quando a mesma apresenta-se suja ou quando necessário”*, obteve um IP 82,6%, evidenciando nessa ação uma segurança na prevenção de LP.

Ressalta-se que muitas alterações de pele podem ser detectadas pelo enfermeiro durante a realização de procedimentos, e o momento da higiene pessoal apresenta-se como uma ocasião propícia para o exame sistemático da sua pele e para a implementação de cuidados essenciais à prevenção da LP (VASCONCELOS; CALIRI, 2017).

A pele úmida é mais vulnerável, e portanto, propícia ao desenvolvimento de lesões cutâneas, e tende a se romper mais facilmente. A limpeza da pele deve ocorrer sempre que apresentar sujidade e em intervalos regulares, utilizando agente de limpeza suave que irrite ou resseque a pele o mínimo possível (BRASIL, 2013g).

Nas enfermarias esse cuidado com a limpeza da pele é executada na maioria das vezes pelos acompanhantes das crianças, por isso existe no PLPP um item de orientação ao acompanhante quanto esta ação, o item 4, *“orienta ao acompanhante acerca da limpeza da pele da criança quando a mesma apresenta-se suja ou quando necessário”*. Esse item obteve um IP de 74,0%, sendo a assistência dos profissionais de enfermagem nessa ação classificada como limítrofe. Assim, precisa haver um incentivo para realização desta ação pelos profissionais.

Uma pesquisa qualitativa com mães de crianças hospitalizadas concluiu sobre a importância da divisão das tarefas entre a equipe de enfermagem e as mães para o estabelecimento de vínculos e consolidação de uma relação de confiança entre a enfermagem e a acompanhante. Segundo as mães entrevistadas, as orientações fornecidas pelos profissionais de enfermagem e a possibilidade de cuidar do filho permitiram que elas se reconhecessem como sujeitos de uma experiência particularmente positiva (TORQUATO *et. al.*, 2013).

A assistência de enfermagem no item 5, “*usa hidratante na pele seca e em áreas ressecadas pelo menos uma vez ao dia*”, e no item 6, “*evita massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas*”, foi considerada sofrível (IP de 48,1% e 54,9%, respectivamente).

A pele seca é um fator de risco importante e independente no desenvolvimento de LP, logo o uso do hidratante na pele seca e em áreas ressecadas deve ocorrer pelo menos 1 vez ao dia, principalmente após banho. A aplicação do hidratante deve ser realizada com movimentos suaves e circulares. No entanto, deve-se evitar massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas (BRASIL, 2013g).

A hidratação da pele deve ser bem supervisionada, pois pode tornar-se um agravante caso não se obtenha um nível adequado de hidratação, provocando uma umidade excessiva (GUEDES; SANTOS; OLIVEIRA, 2017).

No item 7, “*protege a pele da exposição à umidade excessiva com o uso de produtos de barreira (fraldas ou absorventes)*”, os profissionais alcançaram um IP de 69,4%, sendo categorizado como assistência sofrível.

O protocolo recomenda um cuidado para minimizar a exposição da pele à umidade proveniente da incontinência, transpiração, exsudato de feridas extravasamento de drenos, ou outras fontes. Caso não seja possível o controle dessas fontes, deve-se utilizar fraldas e absorventes, para minimizar o contato da pele com a umidade, e agentes tópicos que atuam como barreiras contra a umidade e hidratam a pele (BRASIL, 2013g).

Schindler *et al.* (2011), ao analisar medidas preventivas de LP executadas em UTIP de nove instituições hospitalares, encontraram que as três instituições com as menores taxas de LP usaram estratégias protetoras de enfermagem, como fraldas, *underpads* descartáveis e aplicação de hidratante.

Outro estudo, realizado em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um hospital pediátrico nos Estados Unidos, que verificou as taxas de LP antes e após a implementação de medidas preventivas, identificou uma redução nas UTIP da taxa de LP de 14,3 / 1000 doentes-dia para 3,7. Entre essas medidas encontra-se o uso de produtos para manejo da umidade cuja utilização foi realizada por 92% dos profissionais (VISSCHER, *et. al.*, 2013).

Na ação expressa no item 8, “*evita posicionar a criança diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa*”, os profissionais obtiveram um IP de 82,1%, considerado um resultado condizente com a segurança do paciente, sendo a assistência de enfermagem para essa ação considerada segura.

Schindler *et al.* (2011) identificaram, em seu estudo, que algumas das LPs estavam relacionadas a dispositivos médicos. Esse achado diferiu da noção tradicional de que a maioria das LP é devida à pressão sobre uma proeminência óssea, como o occipital, cóccix ou quadril, relacionada ao contato prolongado com uma superfície firme, como um colchão padrão.

Visscher *et al.* (2013) identificaram que mais de 50% das LPs dos pacientes pediátricos estavam associados a dispositivos médicos, incluindo máscaras faciais para ventilação não invasiva com pressão positiva, tubos e laços de traqueostomia, moldes e tubos endotraqueais, já exercem pressão contra o tecido. Tais dados reforçam a importância do cuidado no posicionamento desses pacientes em relação aos dispositivos médicos.

Para o item 9, “*utiliza coberturas para proteger proeminências ósseas de acordo com as necessidades da criança*”, a assistência de enfermagem foi categorizada como sofrível, pois os profissionais obtiveram um IP de 61,3%.

A *World Union of Wound Healing Societies* (2016) recomenda que as coberturas para prevenção de LP devem ser usadas somente depois da identificação do risco de desenvolvê-la por meio da avaliação da pele e avaliação do risco.

A utilização das coberturas de forma apropriada para prevenir LP tem como finalidade aumentar as medidas de prevenção padrão já existentes, ou seja, mesmo quando uma cobertura estiver sendo usada, as medidas de prevenção padrão devem ser implementadas e continuadas, e muitas vezes, assim que a cobertura for descontinuada. A utilização das coberturas para evitar lesões não deve substituir os protocolos de prevenção padrão (BLACK, *et al.*, 2015).

✓ Domínio 2 – Medidas de alívio da pressão

A análise dos resultados referentes ao domínio 2 demonstrou que em todos os itens a assistência de enfermagem foi considerada sofrível (IP \leq 70%).

Na ação expressa no item 10, “*realiza a mudança de decúbito da criança a cada 2 horas*”, o IP alcançado pelos profissionais foi de 63,4%, sendo a assistência considerada sofrível, tais valores não são considerados adequados para a prevenção de LP e conseqüente segurança do paciente.

A redistribuição da pressão é a preocupação principal na prevenção de LP. A mudança de decúbito tem como objetivo reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo e contribuir para o conforto, a higiene, a dignidade e a

capacidade funcional do indivíduo (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2014).

Não existe na literatura um consenso sobre a frequência com que se deve reposicionar o paciente, mas duas horas em uma única posição é o máximo de tempo recomendado para pacientes com capacidade circulatória normal (BRASIL, 2013g).

Um estudo quase experimental envolvendo 399 recém-nascidos em UTI, comparou as médias da frequência de mudança de decúbito entre os grupos, para qual as crianças do grupo controle deveriam ser reposicionadas a cada 4 horas, enquanto as crianças do grupo experimental a cada 2 horas. Os resultados mostraram que não houve diferença na média de reposicionamento, pois para ambos os grupos a média foi de 5,8 horas ($M_1=5,8h$, $DP=3,12$ vs $M_2=5,8h$, $DP=2,00$, $t(243)=-0,03$, $p=0,97$) (SCHINDLER et al., 2013).

Mais estudos precisam ser realizados para verificar qual a frequência de mudança de decúbito é mais eficaz para prevenir LP em pacientes pediátricos. Ressalta-se que o NPUAP (2014) recomenda que para determinar a frequência do reposicionamento é necessário considerar alguns aspectos: tolerância tecidual, nível de atividade e mobilidade, condição clínica geral, objetivos gerais do tratamento, condição da pele e conforto.

No item 11, “*realiza o reposicionamento da criança usando a posição semi-Fowler (30°) ou laterais (30°); e em crianças traqueostomizadas com ventilação não invasiva mantém a cabeceira da cama > 30°*”, os resultados evidenciaram que a assistência de enfermagem nessas ações também foi considerada sofrível (IP de 69,4%).

O reposicionamento deve ser realizado regularmente em pacientes imóveis e deve-se ter atenção especial às localizações anatômicas relevantes em crianças, que são occipital, sacral e calcâneo (PARNHAM, 2012; BUTLER, 2007).

O protocolo recomenda que, se o paciente tolerar e sua clínica permitir, o reposicionamento deve ocorrer utilizando a posição de semi-Fowler em 30° e uma inclinação de 30° para posições laterais, alternando lado direito, decúbito dorsal e lado esquerdo. No entanto, para os pacientes em ventilação mecânica e traqueostomizados com ventilação não invasiva é recomendado decúbito acima de 30° para prevenir a Pneumonia Associada à Ventilação (BRASIL, 2013g).

Em pacientes que não conseguem tolerar mudanças significativas e frequentes na posição, deve-se considerar a realização de mudanças de posição pequenas, mas de forma frequente (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2014).

Ao lado do reposicionamento manual, as superfícies de apoio e alívio de pressão também são necessárias, porém para pediatria a variedade de superfícies de suporte disponíveis são limitadas (PARNHAM, 2012).

No item 12, “*oferece apoio sob os pés da criança quando ela estiver sentada e se os pés não tocam o chão*”, a assistência foi categorizada como sofrível, pois os profissionais de enfermagem obtiveram um IP de 51,5%.

A recomendação do protocolo é que estando sentado e os pés não tocam o chão, é necessário utilizar um apoio para impedir que o paciente deslize para fora da cadeira, podendo ser um banquinho ou outro apoio para os pés (BRASIL, 2013g).

Os resultados do item 13, “*providencia superfície de redistribuição de pressão (camas e colchões) para todas as crianças classificadas como em risco*”, mostram um IP de 61,3%, sendo a assistência de enfermagem nessa ação sofrível.

Superfícies de apoio, como colchões, camas e almofadas, redistribuem a pressão que o corpo exerce sobre a pele e os tecidos subcutâneos. Se a mobilidade do paciente está comprometida e a pressão nesta interface não é redistribuída, a pressão pode comprometer a circulação, levando ao surgimento de LP (BRASIL, 2013g).

Segundo o NPUAP para selecionar adequadamente a cama, é necessário observar as especificações adequadas em termos de capacidade de tamanho e peso, utilizando camas que suportem o peso do indivíduo, e ainda é importante que a superfície da cama seja suficientemente ampla para permitir a mudança de decúbito do paciente sem tocar nas barras laterais da cama (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2014).

A assistência de enfermagem para ação expressa no item 14, “*providencia superfícies de apoio (almofada ou travesseiro) para elevar e proteger os calcâneos*”, foi considerada sofrível (IP de 47,7%).

O protocolo afirma que travesseiros, almofadas e coxins são materiais facilmente disponíveis e que podem ser utilizados para auxiliar no alívio da pressão. Quando utilizados apropriadamente, podem expandir a superfície que suporta o peso (BRASIL, 2013g).

Para o item 15, “*providencia assento de redistribuição de pressão (almofadas de ar e espuma) para as crianças sentadas em cadeiras com mobilidade reduzida*”, a assistência de enfermagem foi categorizada como sofrível, pois os profissionais obtiveram um IP de 38,7%. Esse baixo percentual pode ser explicado pela ausência desse tipo de tecnologia nas instituições em estudo.

Schindler et al. (2011) ao analisarem 29 medidas preventivas de LP diferentes em UTIP de nove instituições hospitalares, identificaram que 16 delas foram estatisticamente

significativas, porém apenas 10 foram consideradas muito relevantes para a prevenção de LP, tendo-se destacado: o uso das camas articuladas, a elevação da cabeceira da cama a 30° ou 45°, mudança de decúbitos a cada 2h ou 4h, o uso de rolos de cobertores (conxins), e uso de almofadas, todas as medidas com $p < 0,001$. Nesse estudo, ainda foi considerada como medidas de prevenção a mudança de decúbitos a cada 8h ($p = 0,02$) e lençóis esticados ($p = 0,02$).

No item 16, “*usa forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover crianças acamadas durante transferência e mudança de decúbito*”, a assistência de enfermagem foi considerada sofrível, com um IP muito baixo (45,1%). Em nenhuma das instituições existe o dispositivo de elevação, porém o forro móvel é um material disponível em todas, o que não justifica o baixo percentual na execução dessa ação.

A equipe de enfermagem deve usar forro móvel ou dispositivo mecânico de forma adequada para evitar o risco de fricção ou forças de cisalhamento (BRASIL, 2013g). Ressalta-se que a pele de crianças com risco para LP pode se romper facilmente durante o reposicionamento, portanto, deve existir um cuidado com a fricção.

Para o item 17, “*utiliza quadro de avisos próximo ao leito para estimular à criança a movimentar-se na cama, quando necessário*”, a assistência de enfermagem foi considerada sofrível, com um IP muito baixo (28,5%). Esse percentual pode ser explicado pela ausência dessa tecnologia ou quando existentes não dispõem de espaço suficiente, sendo utilizado com informações de identificação da criança e alertas para alergias medicamentosas.

✓ Domínio 3 – Avaliação e Notificação

No item 18, “*avalia o risco de desenvolvimento de LP na admissão da criança, utilizando a Escala de Braden Q (crianças de 1 a 5 anos) ou a Escala de Braden (crianças maiores de 5 anos)*” e no item 19, “*reavalia diariamente o risco de desenvolvimento de LP de todas as crianças internadas utilizando a Escala de Braden Q ou a Escala de Braden*”, a assistência de enfermagem foi considerada sofrível, com um IP muito baixo (27,7% e 30,6%, respectivamente). Tal dado pode ser justificado pelo fato de nenhuma instituição em estudo, até o momento da coleta de dados, ter implantado escalas para avaliação do risco de LP.

O uso de escalas na prática assistencial serve para uniformizar a avaliação clínica e padronizar as intervenções de enfermagem, por meio de protocolos assistenciais (SCHARDOSIN *et. al.*, 2014).

A identificação precoce de crianças em risco para LP por meio de escalas preditivas, com elevado grau de confiabilidade e especificidade, permite a adoção imediata de medidas preventivas individualizadas. A avaliação de risco deve contemplar os seguintes fatores: mobilidade, incontinência, déficit sensitivo e estado nutricional, incluindo desidratação (BRASIL, 2013g).

A escala de Braden e Braden Q são as mais utilizadas, embora existam outras escalas como *Glamorgan Scale*, *Garvin Scale*, *Neonatal Skin Risk Assessment Scale (NSRAS)*, *Starkid Skin Scale* (FERREIRA *et. al.*, 2018).

Um estudo, realizado em 271 hospitais pediátricos nos Estados Unidos com 39.984 pacientes entre 1 a 18 anos, trouxe o método pelo qual o risco de LP foi avaliado em pacientes pediátricos. Dos pacientes avaliados, 49,3% foram avaliados por meio de escala de avaliação de risco de LP, e 50,1% foi avaliada por julgamento clínico ou “outra escala”. A Escala de Braden Q foi mais frequentemente utilizada nas unidades pediátricas gerais e em UTIP. A Escala de Braden foi usada para avaliar o risco nas unidades pediátricas gerais e reabilitação pediátrica em crianças mais velhas. A NSRAS foi utilizada principalmente em UTIN, apenas 25% dos pacientes neonatais foram avaliados para risco usando o NSRAS, a maioria dos pacientes neonatais foram avaliados usando outras escalas ou escalas múltiplas (RAZMUS, 2015).

As diretrizes do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recomendam que neonatos, bebês, crianças e jovens sejam avaliados por julgamento clínico e /ou uma ferramenta de avaliação de risco LP validada (NICE, 2014). Assim, as escalas preditivas são um parâmetro que deve ser utilizado em associação ao julgamento clínico do enfermeiro. Portanto, qualquer que seja o escore alcançado na escala, o julgamento clínico deverá ser soberano diante da existência de fatores de risco para LP e comorbidades inerentes ao desenvolvimento desta lesão (BRASIL, 2013g).

Quanto ao momento em que deve ser realizado a avaliação do risco na admissão, Razmus (2015) afirma que nenhum estudo conhecido avaliou o momento de avaliação da pele entre pacientes pediátricos. Em seu estudo, os achados referiram uma avaliação da pele realizada dentro de 24 horas da admissão de pacientes pediátricos em todos os tipos de unidades.

As diretrizes do NPUAP (2014) preconizam que essa avaliação precisa ocorrer com a maior brevidade possível, sendo realizada no período máximo de oito horas após a admissão. No Brasil, a Anvisa e próprio protocolo não determinam um período de tempo em

que essa ação deve ocorrer, mas preconiza que deve acontecer antes e durante a internação (BRASIL, 2017).

A reavaliação diária da criança é uma ação fundamental para prevenção de LP, tendo em vista que as condições clínicas dos pacientes pediátricos sofrem modificações constantes ao longo do período de permanência hospitalar.

Um estudo realizado com 5346 pacientes internados em UTIP que utilizou análise multivariada indicou que o tempo de permanência é um fator de risco para desenvolvimento de LP para bebês e crianças como é em adultos. As lesões por pressão foram mais prováveis em crianças que permaneceram na UTIP por período ≥ 4 dias (OR 6.72) do que em crianças que permaneceram na UTIP por período menor a 4 dias (SCHINDLER *et al.*, 2011).

Na criança, a imaturidade associada à instabilidade do seu estado clínico diminuem a tolerância da pele e das estruturas de suporte aos fatores de risco, promovendo o desenvolvimento de LP (FUJII *et al.*, 2010), sobretudo em recém-nascidos, nesse público as fragilidades e especificidades da pele funcionam como fatores de pré-disposição ao risco do desenvolvimento de LP (MARTINS; CURADO, 2017).

A recomendação da Anvisa para reavaliação diária da pele é que deve ser criteriosa e realizada pelo menos uma vez por dia, especialmente nas áreas de proeminências ósseas (joelhos, cotovelos e calcanhares) e pelo menos duas vezes por dia nas regiões submetidas à pressão por dispositivos, como cateteres, tubos e drenos (BRASIL, 2017).

Para os itens 20, “*avalia a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional*” e 21, “*notifica ao nutricionista todas as crianças em risco nutricional ou em risco para LP*”, os resultados evidenciaram que a assistência de enfermagem nessas ações foi considerada sofrível, com IP de 56,2% e 39,1%, respectivamente.

O protocolo para prevenção de LP recomenda que a avaliação de pacientes com risco de desenvolvimento de LP deve incluir a avaliação de fatores nutricionais e de hidratação, pois o déficit nutricional ou desidratação comprometem a massa muscular e o peso, aumentando o risco de desenvolvimento de lesões (BRASIL, 2013g).

Schindler *et al.* (2011) ao analisar medidas preventivas de LP executadas em UTIP de nove instituições hospitalares, detectaram que nas três instituições com as menores taxas de LP a enfermagem usou medidas preventivas como a avaliação nutricional.

Na avaliação nutricional é importante atentar-se para sinais clínicos tais como: edema, perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação, entre outros. O edema e a diminuição do fluxo sanguíneo na pele, que geralmente acompanham os déficits nutricionais e

hídricos, podem resultar em lesões isquêmicas que contribuem para o surgimento de LP, pacientes mal nutridos apresentam probabilidade duas vezes maior de lesões cutâneas (BRASIL, 2013g).

Os resultados do item 22, “*registra no prontuário as alterações detectadas na pele e intervenções realizadas*”, evidenciaram que os profissionais referem boas práticas de registro, obtendo um IP de 80,9%, portanto a assistência de enfermagem para esta ação foi considerada segura.

O protocolo para prevenção de UPP (LP) aponta a necessidade do registro apropriado e pontual das alterações encontradas e intervenções realizadas (BRASIL, 2013g). Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (2016), os registros de enfermagem são essenciais para o processo do cuidar, pois possibilitam uma comunicação segura entre os profissionais de enfermagem e a equipe de saúde e servem para a avaliação da qualidade da assistência prestada. Além de servirem para inúmeras finalidades relacionadas ao ensino, pesquisa e esclarecimento de processos éticos e judiciais.

A assistência de enfermagem para ação expressa no item 23, “*notifica à Gerência de Riscos e/ou ao Núcleo de Segurança do Paciente (quando existentes) o desenvolvimento de LP*” foi considerada sofrível (IP de 47,7%).

A Resolução Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de julho de 2013, estabelece a obrigatoriedade de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços de saúde, cabendo ao NSP o desenvolvimento das ações e das estratégias previstas no Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013i).

Nas duas instituições, pertencentes a esfera estadual, já existem implantados o NSP. Enquanto que na instituição de esfera municipal, o NSP está em processo de estruturação e implantação.

Os resultados para esse item evidenciam que a adesão a notificação do desenvolvimento de LP, considerado nesse estudo um evento adverso, é muito baixa, demonstrando a necessidade do estabelecimento de uma cultura de segurança em que os profissionais se sintam seguros e confortáveis para notificar a ocorrência de erros, danos e eventos adversos.

A cultura de segurança é um conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que estabelecem o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (BRASIL, 2013i).

Essa cultura de segurança precisa ser promovida, melhorada continuamente e sustentada pelo NSP. A Anvisa publicou em 2016 um material da série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde voltado para implantação do NSP em Serviços de Saúde, com o objetivo de proporcionar aos gestores, educadores, profissionais de saúde e profissionais do SNVS, uma síntese dos passos necessários para o processo de implantação do NSP. Nesse documento existe recomendações para instituição e melhoria da cultura de segurança, tais como: promover uma cultura franca e justa na qual os profissionais possam compartilhar a informação livremente, com o apoio da diretoria; desenvolver sistemas de liderança e promover o trabalho em equipe (BRASIL,2016b)

Os resultados apresentados demonstram que a assistência de enfermagem na prevenção de LP na pediatria executada pelos profissionais das instituições, em geral, não foi considerada condizente com os padrões de segurança e qualidade, refletindo a necessidade de capacitação e treinamento para prevenção e notificação de LP.

No entanto, as estratégias para promover a segurança da criança no contexto da prevenção de lesão por pressão vão além da educação permanente. Existe necessidade de padronizar os cuidados para prevenção de LP por meio da implantação de protocolos e fornecer subsídios para implementação desse cuidado.

6 CONCLUSÃO

A apreciação das ações de prevenção de LP contidas no Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão permitiu a construção da primeira versão do instrumento, denominado, primariamente, prevenção de úlcera por pressão na pediatria (PUPP), contendo 24 itens distribuídos em sete domínios, quais sejam: avaliação de LP na admissão da criança, reavaliação o risco de desenvolvimento de LP de toda criança internada, inspeção da pele, manejo da umidade, otimização da nutrição e da hidratação, minização da pressão e registro e notificação.

Participaram da validação de conteúdo do instrumento sete especialistas considerados *experts* na área de interesse, 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 12,2 a 19 pontos, o que demonstrou o elevado nível de *expertise*.

Na validade de conteúdo, os 24 itens iniciais foram submetidos ao julgamento dos especialistas, sendo verificados nove itens (12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20 e 21) que não foram considerados simples, oito itens (12, 13, 14, 15, 16, 18, 19 e 21) foram julgados como não claros e seis itens (13, 14, 15, 18, 19 e 21) foram considerados irrelevantes.

Ao calcular o ICC, obteve-se um coeficiente de 0,983 para o instrumento no todo, 0,954 para simplicidade, 0,945 para clareza e 0,955 para relevância, indicando que o instrumento é representativo para os três critérios. No entanto, necessitou de reformulação de alguns os itens que o compõem.

A primeira versão do instrumento foi reformulada conforme as sugestões dos especialistas para manter, modificar, agrupar, dividir ou excluir os itens. Após estas modificações, a segunda versão do instrumento, contendo 23 itens, foi elaborada, passando a ser intitulado de Prevenção de Lesão por Pressão na Pediatria (PLPP).

Para validação do constructo, por meio da análise fatorial e grupos contrastados, e verificação da confiabilidade, aplicou-se a segunda versão do instrumento a uma amostra de 235 profissionais de enfermagem que atuam na assistência pediátrica.

A análise fatorial mostrou-se adequada e revelou a presença de três fatores, logo a terceira versão do instrumento PLPP passou a ter três domínios: detecção precoce e medidas preventivas de LP, medidas de alívio da pressão e avaliação e notificação.

A validação por grupos contrastados identificou associação estatisticamente significativa entre a prevenção de lesão por pressão e a faixa etária adulta (31 a 40 anos), a participação de cursos de aperfeiçoamento e a ausência de desgaste no trabalho, demonstrando que esses profissionais executaram de forma adequada as ações, portanto uma melhor prevenção de LP.

A verificação da confiabilidade demonstrou uma consistência interna muito boa. Verificou-se que não foi necessário a exclusão de nenhum item, pois os valores de alfa mantiveram-se no parâmetro aceitável.

A análise do desempenho dos profissionais pelo índice de positividade para qualidade da assistência, evidenciou que em nenhuma ação a assistência foi considerada desejável, sendo que três itens (3, 8 e 22 da terceira versão) obtiveram índice de positividade condizentes com uma assistência de enfermagem segura. Somente uma ação (item 4 da terceira versão) a assistência foi considerada limítrofe, e para todos os outros itens a assistência foi sofrível. Evidenciando a necessidade de capacitação e treinamento para prevenção de LP e implantação de protocolos que padronizem os cuidados.

Conclui-se que o instrumento prevenção de lesão por pressão na pediatria (PLPP) é válido e confiável como tecnologia para identificação as ações realizadas por profissionais de enfermagem para prevenção de lesão por pressão, visando a promoção da segurança do paciente no ambiente hospitalar, além de auxiliar na avaliação da assistência quanto as ações de prevenção de LP.

O estudo apresentou como limitação a dificuldade na abordagem aos profissionais por causa da rotina e da demanda de cada setor.

O estudo traz avanços para a enfermagem à medida que disponibiliza um recurso tecnológico válido e confiável, além de contribuir com a literatura nacional sobre a temática da prevenção de lesão por pressão em pacientes pediátricos. Espera-se que o estudo proporcione incentivo para o planejamento de estratégias para prevenção de lesão por pressão e promoção da segurança dos pacientes pediátricos e atenda à necessidade de ampliação das pesquisas na área da enfermagem relacionadas à segurança do paciente no contexto da pediatria.

Por se tratar de um instrumento do tipo questionário autoavaliativo, sugere-se que novos estudos sejam realizados para verificar a confiabilidade do instrumento a partir de uma metodologia observacional.

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.**, v. 37, n. 2, e58817, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v37n2/en_0102-6933-rngen-1983-144720160258817.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2018.
- ARAÚJO, A. A.; SANTOS, A. G. Úlceras por pressão em pacientes internados em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa da literatura. **Ciência&Saúde**, v.9, n.1, p.38-48, 2016. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewFile/20804/14397>>. Acesso em 17 mai. 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. 137f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza; 2016.
- ARTES, R. Aspectos estatísticos da análise fatorial de escalas de avaliação. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5, p. 223-228, 1998. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n5/conc255d.htm>>. Acesso em 17 jun. 2018.
- ASCARI, R. A. Úlcera por pressão: um desafio para a enfermagem. **Braz. J. Surg. Clin. Res.**, v.6, n.1, p.11-16, mar. /mai. 2014. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140301_132755.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2017.
- BARTLETT, M. S. A norte of the multiplying factors for various chi square approximations. **Journal of the Royal Statistical Society: Series B, Statistical Methodology**, Oxford, v. 16, n. 1, p. 296-298, 1954. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000117&pid=S0104-7760201300020000100003&lng=en>. Acesso em: 02 jun. 2018.
- BATES-JENSEN, B.; SUSSMAN, C. Tools to measure wound healing. *In*: SUSSMAN, C.; BATES-JENSEN, B. **Wound Care, a Collaborative Practice Manual for Health Professionals**. 4 ed. Baltimore (US): Lippincott Williams and Wilkins, 2012. p. 131-72.
- BELLUCCI JUNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 5, p.751-757, oct. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/06.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2017.
- BITTENCOURT, H. R. *et al.* Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação de disciplinas na educação superior. **Est. Aval. Educ.**, São Paulo, v. 22, n. 48, p. 91-114, jan/abr. 2011. Disponível em: <<http://www.fcc.org.br/pesquisa/publicacoes/eae/arquivos/1630/1630.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2017.
- 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://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0010-4825\(90\)90013-F](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0010-4825(90)90013-F)>. Acesso em: 19 jul. 2017.

BLACK, J. *et al.* Dressings as an adjunct to pressure ulcer prevention: consensus panel recommendations. **Int Wound J.**; v.12, p.484-488, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24588955> >. Acesso em: 19 jul. 2017.

BOHOMOL, E. Envolvimento do paciente no gerenciamento de risco hospitalar. In: Feldman LB. **Gestão de risco e segurança hospitalar: prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento**. 1.ed. São Paulo: Martinari, 2008. p.327-38.

BOOTHMAN, R. C.; BLACKWEL, A. C. Integrating risk management and patient safety. **Clin Obstet Gynecol.**, v. 53, n. 3, p. 576–585, set. 2010. Disponível em:<<https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=20661041> >. Acesso em: 01 mai. 2018.

BRADEN, B; BERGSTRON, N. A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sore. **Rehabil Nurs.** v.12, n.1, p.8-12. 1987. Disponível em: <http://link-periodicos-capes.gov.br.ez11.periodicos.capes.gov.br/sfx1cl41?url_ver=Z39.88-2004&url_ctx_fmt=fi/fmt:kev:mtx:ctx&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&ctx_ver=Z39.88-2004&rfr_id=info:sid/sfxit.com:azlist&sfx.ignore_date_threshold=1&rft.object_id=954927639549&svc.fulltext=yes>. Acesso em: 01 abr. 2017.

BRANCO FILHO, J. R. C. Segurança do Paciente no Cenário Mundial e no Brasil: uma breve revisão histórica. In: FONSECA, A. S; PETERLINI, F. L.; COSTA, D. A. **Segurança do Paciente**. 1 ed. São Paulo: Martinari, 2014. p. 1-9.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota técnica GVIMS/GGTES nº 03/2017 - Práticas seguras para prevenção de Lesão por Pressão em serviços de saúde** – Brasília: Anvisa, 2017. . Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-gvims-ggtes-03-2017>>. Acesso em: 10 mai. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde** – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2016. Disponível em:<<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-6-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente>>. Acesso em: 10 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_segura_seg.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS). Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES). **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Anvisa, 1ª edição – 2013a. Disponível em: <

http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf>. Acesso em: 06 jan 2017.

BRASIL. 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**, 10 jul 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html>. Acesso em: 06 jan 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). **Protocolo de identificação do paciente**. 2013c. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/Protocolo---Identifica----o-do-Paciente.pdf>>. Acesso em: 07 jul 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). **Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde**. 2013d. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/PROTOCOLO-HIGIENE-DAS-M--OS.pdf>>. Acesso em: 07 jul 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. 2013e. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/Protocolo-Medicamentos.pdf>>. Acesso em: 07 jul 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). **Protocolo de prevenção de quedas**. 2013f. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/prevencao-de-quedas>>. Acesso em: 07 jul 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**. 2013g. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/PROTOCOLO-ULCERA-POR-PRESS--O.pdf>>. Acesso em: 06 jan 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). **Protocolo para cirurgia cegura**. 2013h. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/PROTOCOLO-CIRURGIA-SEGURA.pdf>>. Acesso em: 07 jul 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº. 36 de 25 de julho de 2013 que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jul. 2013i. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e>. Acesso em: 06 jan 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução no 466/12 de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 06 jan 2017.

BUTLER, C. T. Pediatric Skin Care: Guidelines for Assessment, Prevention and Treatment. **Dermatology Nursing.**, v.19, p. 471-486, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18286861>>. Acesso em: 06 jul 2018.

CALIRI, M. H. L.; BERNARDES, R. M. Medidas adicionais para prevenção de lesão por pressão em serviços de saúde. *In*: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota técnica GVIMS/GGTES nº 03/2017 - Práticas seguras para prevenção de Lesão por Pressão em serviços de saúde** – Brasília: Anvisa, 2017. . Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-gvims-ggtes-03-2017>>. Acesso em: 10 mai. 2018.

CARVALHO, C. A. *et al.* Methods of a posteriori identification of food patterns in Brazilian children: a systematic review. **Ciênc. saúde colet.**, v. 21, n. 1, jan. 2016. Disponível em:<<https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n1/143-154/>>. Acesso em 18 jun. 2018.

CARVALHO, G. B. *et al.* . Epidemiologia e riscos associados à úlcera por pressão na criança. **Cogitare Enferm.** v. 16, n. 4, p. 640-646. 2011. Disponível em:<<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/25432>>. Acesso em: 06 jan 2017.

CAVALCANTE, A. K. C. B. *et al.* Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 31, s. 1, n. 4, dez. 2015. Disponível em: <<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/907/141>>. Acesso em 08 jun. 2017.

CEDRAZ, R. O. *et al.* . Gerenciamento de riscos em ambiente hospitalar: incidência e fatores de riscos associados à queda e lesão por pressão em unidade clínica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 1, e20170252, 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000100220&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 mai. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Guia de recomendação para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem**. 2016. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf>>. Acesso em 03 jul. 2018

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN); FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Perfil da enfermagem no Brasil. Bloco identificação sócio-econômica equipe de Enfermagem**. 2013. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/blocobr/Blocos/Bloco1/bl_ident-socio-economica-equipe.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Comissão de Business Intelligence: análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos

Regionais. Brasília, DF: Cofen, 2011. Disponível em:< <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/pesquisaprofissionais.pdf> > . Acesso em: 11 out. 2016.

COSTA JUNIOR, H.; YAMAUCHI, N. I. Segurança do Paciente e a The Joint Commission. *In*: FONSECA, A. S.; PETERLINI, F. L.; COSTA, D. A. **Segurança do Paciente**. 1 ed. São Paulo: Martinari, 2014. p. 57-69.

CUMMINGS, S. R.; HULLEY, S. B. Elaboração Questionários e Entrevistas. *In*: HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. P. 259-274.

CURLEY, M. A. *et al.* Predicting pressure ulcer risk in pediatric patients: the Braden Q Scale. **Nurs. Res.**, v. 52, p.22-33, 2003. Disponível em:
<<https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=12831408>>. Acesso em: 08 jun. 2017.

CROZETA, K. *et al.* Úlceras por pressão em neonatos e crianças: perfil epidemiológico e clínico. **Rev. Min. Enferm.**, v.14, n. 2, p. 233-238, abr/jun. 2010. Disponível em:< <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/111>>. Acesso em: 05 jan. 2017.

DALRI R. C. M. B. *et al.* Carga horária de trabalho dos enfermeiros e sua relação com as reações fisiológicas do estresse. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n.6, p.959-965, nov./dez. 2014. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169-rlae-22-06-00959.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2018.

DAMÁSIO, B. F. Uses of exploratory factorial analysis in psychology. **Avaliação Psicológica**, v.11, n.2, p. 213-228, 2012. Disponível em:< <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v11n2/v11n2a07.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

ERTHAL, T. C. **Manual de psicometria**. 7ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

ESPINOZA-VENEGAS, M. *et al.* Validação do construto e da confiabilidade de uma escala de inteligência emocional aplicada a estudantes de enfermagem. **Rev. Latino-Am.**, v.23, n. 1, p:139-147, jan/fev. 2015. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00139.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2017.

FERREIRA, M. K. M. (no prelo) *et. al.*, Instruments for the care of pressure injury in pediatrics and hebiatrics: an integrative review of the literature. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 26, 2018.

FIELD, A. **Descobrendo a estatística usando SPSS**. 2e. Porto Alegre: Artmed, 2009.

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

FORTE, E. C. N. *et al.* Erros de enfermagem: o que está em estudo. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 2, e01400016, 2017. Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200502&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 jun. 2018.

FREITAS, L. V. *et al.* Exame físico no pré-natal: construção e validação de hipermídia educativa para a enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n.4, p.581-588, 2012. Disponível em:< [http:// dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000400016](http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000400016)>. Acesso em: 19 jul. 2018.

FUJII, K. *et al.* . Incidence and risk factors of pressure ulcers in seven neonatal intensive care units in Japan: A multisite prospective cohort study. **International Wound Journal**, v. 7, n.5, p. 323-328, 2010. Disponível em < <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1742-481X.2010.00688.x> >. Acesso em: 07 jun. 2018.

GALIZA, D. D. F. *et. al.* Preparo e administração de medicamentos: erros cometidos pela equipe de enfermagem. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde**, São Paulo, v.5, n.2, p. 45-50 abr./jun. 2014. Disponível em:< <http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/2014050205000528BR.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2018.

GALVÃO, N. S. *et. al.* Knowledge of the nursing team on pressure ulcer prevention. **Rev Bras Enferm.**, v. 70, n.2, p.294-300, 2017. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/pt_0034-7167-reben-70-02-0294.pdf >. Acesso em: 05 jun. 2018.

GALVIN, P. A.; CURLEY, M. A. The Braden Q+P: a pediatric perioperative pressure ulcer risk assessment and intervention tool. **AORN Journal**., V. 96, n. 3, p.261-70, 2012.

Disponível em:

<http://link-periodicos-capes-gov-br.ez11.periodicos.capes.gov.br/sfxlcl41?url_ver=Z39.88-2004&url_ctx_fmt=fi/fmt:kev:mtx:ctx&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&ctx_ver=Z39.88-2004&rfr_id=info:sid/sfxit.com:azlist&sfx.ignore_date_threshold=1&rft.object_id=954927510400&svc.fulltext=yes>. Acesso em: 05 jan. 2017.

GARVIN G. Wound and skin care for the PICU. **Critical Care Nursing Quarterly**, v. 20, n.1, p.62-71, 1997. Disponível em:

http://link-periodicos-capes-gov-br.ez11.periodicos.capes.gov.br/sfxlcl41?url_ver=Z39.88-2004&url_ctx_fmt=fi/fmt:kev:mtx:ctx&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&ctx_ver=Z39.88-2004&rfr_id=info:sid/sfxit.com:azlist&sfx.ignore_date_threshold=1&rft.object_id=954927696952&svc.fulltext=yes. Acesso em: 05 jan. 2017.

GASPARINO, R. C. *et al.* Percepção da enfermagem frente ao clima de segurança do paciente em instituições pública e privada. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 38, n.3, e68240, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v38n3/0102-6933-rngenf-38-3-e68240.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

GLORFELD, L. W. An improvement on Horn's parallel analysis methodology for selecting the correct number of factors to retain. **Educational and Psychological Measurement**, v.55, n.3, p. 377-393. 1995. Disponível em: < <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0013164495055003002> >. Acesso em: 07 jun. 2018.

GRIEP, R. H. *et al.* . Confiabilidade teste-reteste de aspectos da rede social no Estudo Pró-Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 379-385, jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102003000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2017.

GUEDES, D. M. B.; SANTOS, L. C.; OLIVEIRA, E. A. Nursing interventions in a pediatric intensive care unit. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.11, n.1, p.102-111, jan., 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11883>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

HADDAD, M. C. F. L. **Qualidade da assistência de enfermagem: o processo de avaliação em hospital público** [tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2004. h. Disponível em:<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-25112004-100935/pt-br.php>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

HAMMOND, S. Utilizando testes psicométricos. In: BREAKWELL, G. M. *et al.* **Métodos de pesquisa em psicologia**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 190-215.

HAYTON, J. C.; ALLEN, D. G.; SCARPELLO, V. Factor retention decisions in exploratory factor analysis: A tutorial on parallel analysis. **Organizational Research Methods**, v.7, n.2, p. 191-207, 2004. Disponível em:<<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1094428104263675>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

HUFFINES, B.; LOGSDON, M. C. The Neonatal Skin Risk Assessment Scale for predicting skin breakdown in neonates. **Issues Compr Pediatr Nurs.**, v. 20, n.2, p:103-114. apr/jun.1997. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9423386>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

HUTCHESON, G. D.; SOFRONIOU, N. The multivariate social scientist: Introductory statistics using generalized linear models. London: Sage Publications, 1999.

JOVENTINO, E. S. *et al* . Apparent and content validation of maternal self-efficiency scale for prevention of childhood diarrhea. **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=S0104-11692013000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jun. 2017.

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) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010. Disponível em:<<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/1796>>. Acesso em: 08 jun. 2017.

KAISER, H. F. A second generation Littler Jiffy. *Psychometrika*, v. 35, n.4, p. 401-415, 1970. Disponível em:< <https://link.springer.com/article/10.1007%2FBF02291817>>. Acesso em: 09 jun. 2018.

KAISER, H. F. An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, v. 39, n.41 p. 31-36, 1974. Disponível em:< <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02291575>>. Acesso em: 09 jun. 2018.

KHAMISA, N.; PELTZER, K.; OLDENBURG, B. Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: A systematic review. **Int J Environ Res Public Health.**, v.10, n.6,p.2214-2240, 2013. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3717733/>>. Acesso em: 09 jul. 2018.

KOTTNER, J.; WILBORN, D.; DASSEN, T. Frequency of pressure ulcers in the paediatric population: A literature review and new empirical data. **International Journal of Nursing Studies.**, v. 47, p. 1330–1340. 2010. Disponível em:< http://ac-els-cdn-com.ez11.periodicos.capes.gov.br/S0020748910002178/1-s2.0-S0020748910002178-main.pdf?_tid=4249567c-6337-11e7-960b-00000aab0f02&acdnat=1499447644_f7eab2312e1c3f63000d7956c9374267>. Acesso em: 05 jan. 2017.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LEONARD, P. *et al.* Pediatric pressure injuries: does modifying a tool alter the risk assessment outcome? *Issues Compr Pediatr Nurs.*, v. 36, n. 4, p. 279-90, 2013. Disponível em:< http://link-periodicos-capes-gov-br.ez11.periodicos.capes.gov.br/sfxlcl41?url_ver=Z39.88-2004&url_ctx_fmt=fi/fmt:kev:mtx:ctx&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&ctx_ver=Z39.88-2004&rft_id=info:sid/sfxit.com:azlist&sfx.ignore_date_threshold=1&rft.object_id=954925266253&svc.fulltext=yes>. Acesso em: 05 jan. 2017.

LOMBA, L.; BESSA, R.; SANTOS, S. Localização e medidas preventivas de úlceras de pressão em idade pediátrica: revisão integrativa da literatura. **Revista Cuidarte**, v. 6, n. 2, p. 1085-1093, jul. 2015. ISSN 2216-0973. Disponível em:< <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/169/451>>. Acesso em: 07 fev. 2017.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOPES, Camila Medonça de Morais. 2013. 128f. **Escala de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico: construção e validação**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013. Disponível em:< <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-21052014-184456/pt-br.php>>. Acesso em: 07 fev. 2017.

LORENZINI, Elisiane; SANTI, Juliana Annita Ribeiro; BAO, Ana Cristina Pretto. Segurança do paciente: análise dos incidentes notificados em um hospital do sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 121-127, jun. 2014. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472014000200121&lng=en&nrm=iso>. Acesso 07 Fev. 2017.

MAIA, L. C. M.; MONTEIRO, M. L. G. Úlceras por Compressão: prevenção e tratamento. *In: Silva, R. C. L. et al. Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem*. 3 ed. Rev. e ampl. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2011. p. 387-402.

MARTINS, C. O. A; CURADO, M. A. S. Observation Neonatal Skin Risk Assessment Scale: statistical validation with newborns. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*, n. 13, p. abr./mai./jun. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn13/serIVn13a05.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2018.

MATIAS, E. O. **Avaliação da prática de enfermagem no processo de administração de medicamento intravenoso na pediatria**. 2015. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza; 2015. Disponível em:< <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/10530>>. Acesso em: 26 mai. 2018.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1124-1133, dez. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072013000400031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Fev. 2017.

MENDES, Walter *et al* . Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 59, n.5, p.421- 428, oct. 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302013000500006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 fev. 2017.

MENEGON, D. B. *et al*. Implantação do protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera de pressão no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Rev HCPA.**, v.27, n.2, p. 61-64, 2007. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/2031/1174>>. Acesso em: 07 fev. 2017.

MOURA, E. R. F. *et al*. Validação de jogo educativo destinado à orientação dietética de portadores de diabetes mellitus. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 11, n.4, p. 435-443. 2008. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewArticle/156>>. Acesso em: 07 fev. 2017.

MOURÃO NETTO, J. J.; DIAS, D. M. A.; GIOYANNA, N. F. Promoção da saúde e a produção de instrumentos para o adolescente: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v.9, n.7, p. 9104-9110, ago. 2015. Disponível em:< <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7582>>. Acesso em: 16 Fev. 2017.

MURASSAKI A.C.Y. *et al*. Avaliação de cuidados na terapia intravenosa: desafio para a qualidade na enfermagem. **Esc Anna Nery (Impr.)**, v.17, n.1, p.11-6, jan-mar. 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/02.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2019.

NIETSCHE E. **Tecnologia emancipatória: possibilidades ou impossibilidade para a práxis de enfermagem?** Ijuí: Unijuí, 2000.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). **National Pressure Ulcer Advisory Panel announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury**. 2016. Disponível em: <<http://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/>>. Acesso em: 07 fev. 2017.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL; EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL; PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE. **Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide**. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; 2014. Disponível em:< <https://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Updated-10-16-14-Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-16Oct2014.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

NOVARETTI, M. C. Z. et. al. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Rev Bras Enferm**. V. 67, n.5, p. 692-699, set./out. 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0692.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

OLKOSKI, E.; ASSIS, G. M. Application of measures for preventing pressure ulcers by the nursing team before and after an education campaign. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 363-369, 2016. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0363.pdf>>. Acesso em 9 jul. 2018

PALLANT, J. **SPSS survival manual**. 2. ed. Berkshire, UK: Open University Press, 2005.

PARNHAM A. Pressure ulcer risk assessment and prevention in children. **Nursing Children and Young People**, v. 24, p. 24-29. 2012. Disponível em:< https://www.researchgate.net/publication/305238526_Pressure_ulcer_risk_assessment_and_prevention_in_children_Alison_Parnham_discusses_the_need_for_continuous_improvement_and_better_outcomes_for_children_and_young_people_at_risk_of_avoidable_tissue_damage>. Acesso em 21 jun. 2018.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto alegre: Artmed, 2010.

PASQUALI, L. Psychometrics. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. spe, p.992-999, dez. 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a02v43ns.pdf>>. Acesso em 01 abr. 2017.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília: Editora Universidade de Brasília (UnB), 1997.

PASQUALI, L. **Análise fatorial: um manual teórico-prático**. Brasília: Editora UnB. 1999.

PELLEGRINO, D. M. S. **Úlcera por pressão em crianças e adolescentes hospitalizados: prevalência, incidência e perfil epidemiológico**. 2013. 149f. Dissertação(Mestrado) - Programa de PósGraduação em Cirurgia Translacional, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dcir/cirtrans/discente/egressos/Biblioteca/mestrado/2013-10-mestrado-donata-maria-de-souza-pellegrino.pdf>>. Acesso em 12 mar. 2017.

PERSEGONA, M. F. M.; OLIVEIRA, E. S.; PANTOJA, V. J. C. The geopolitical characteristics of Brazilian nursing. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 56, p. 19-35, dez. 2016. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2016/12/Divulga%C3%A7%C3%A3o_56_Cofen.pdf>. Acesso em 12 mai. 2018.

PESTANHA, 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 da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004.

QUINGLEY S. M.; CURLEY M. A. Q. Skin Integrity in the Pediatric Population: Preventing and Managing Pressure Ulcers. **J Soc Pediatr Nurs**, v. 1, n. 1, abril-jun, 1996. Disponível em:<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6155.1996.tb00050.x/pdf>>>. Acesso em: 08 jun. 2017.

RAZMUS, I. **Pressure ulcers and prevention among pediatric patients and factors associated with their occurrence in acute care hospitals**. 2015. . 185f. Tese (Doctor of Philosophy) – Program in Nursing and the Graduate Faculty of the University of Kansas, Kansas; 2015. Disponível em: <https://kuscholarworks.ku.edu/bitstream/handle/1808/23979/Razmus_ku_0099D_14241_DATA_1.pdf?sequence=1>. Acesso em: 08 mai. 2018.

ROCHA, E. L. S. *et al.* Prevenção de úlceras por pressão: avaliação do conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v. 20, n. 3, p. 596-604, jul-set. 2015. Disponível em:< <http://www.redalyc.org/pdf/4836/483647680020.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

RODRIGUES, A. P. *et al.* Validation of a flipchart for promotion of self-efficacy in breastfeeding. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 6, p.586-593, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000600013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jun. 2017.

ROGENSKI, N. M. B.; KURCGANT, P. Measuring interrater reliability in application of the Braden Scale. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 24-28, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 mai. 2018.

ROSPENDOWISKI, K.; ALEXANDRE, N. M. C.; CORNELIO, M. E. Adaptação cultural para o Brasil e desempenho psicométrico do “Evidence-Based Practice Questionnaire”. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 405-411, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jun. 2017.

RUBIO, D. M. *et al.* Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research**, v. 27, n.2, p. 94-105. 2003. Disponível em: <<http://swr.oxfordjournals.org/content/27/2/94.short>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

SALUM, N. C.; PRADO, M. L. A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.23, n.2, p. 301-308, abr./jun. 2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00301.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2018.

SCHAWB, A. J. **Data analysis and computers II**. 2007. Disponível em: <http://www.utexas.edu/courses/schwab/sw388r7_spring_2007/SW388R7_Syllabus_Spring_2007.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2018.

SCHARDOSIN, J. M. *et al.* Adaptação transcultural e validação clínica da Neonatal Skin Condition Score para o português do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 5, p.834-841, set./out. 2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/pt_0104-1169-rlae-22-05-00834.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2018.

SCHINDLER C. A. *et al.* Skin integrity in critically ill and injured children. **Am J Crit Care.**, v.16, p. 568-574. 2007. Disponível em:< <http://ajcc-aacnjournals-org.ez11.periodicos.capes.gov.br/content/16/6/568.full.pdf+html>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

SCHINDLER, C. A. *et al.*, 2013. Under pressure: preventing pressure ulcers in critically ill infants. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**, v.18, n. 4, p.329-341, oct. 2013. Disponível em:< <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jspn.12043>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

SCHINDLER C. A. *et al.* Protecting fragile skin: nursing interventions to decrease development of pressure ulcers in pediatric intensive care. **AJCC**, v. 20, n. 1, p. 26-35, jan. 2011. Disponível em:< <http://ajcc.aacnjournals.org/content/20/1/26.long> >. Acesso em: 10 mai. 2018.

SCHLÜER, A. B.; SCHOLS, J. M.G.A; HALFENS, R. J.G. Risk and associated factors of pressure ulcers in hospitalized children over 1 year of age. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**, v. 19, n.1, p. 80–89, 2014. Disponível em: <http://link-periodicos-capes-gov-br.ez11.periodicos.capes.gov.br/sfxlcl41?url_ver=Z39.88-2004&url_ctx_fmt=fi/fmt:kev:mtx:ctx&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&ctx_ver=Z39.88-2004&rfr_id=info:sid/sfxit.com:azlist&sfx.ignore_date_threshold=1&rft.object_id=111022104693058&svc.fulltext=yes> Acesso em: 12 jun. 2017.

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, Feb. 2014 . Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n1/0103-2100-ape-27-01-00006.pdf> >. Acesso em: 05 jun. 2018.

SOUZA, T. S. *et al.* Prevenção de úlceras por pressão no calcanhar com filme transparente de poliuretano. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 345-352, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2017.

STERKEN, D. J. *et al.* Become the PPUPET master: mastering pressure ulcer risk assessment with the pediatric pressure ulcer prediction and evaluation tool (PPUPET). **Journal of Pediatric Nursing**, v. 30, n. 4, p.598–610, 2015. Disponível em:< http://ac-els-cdn-com.ez11.periodicos.capes.gov.br/S0882596314002711/1-s2.0-S0882596314002711-main.pdf?_tid=adc592ea-5175-11e7-bfb0-00000aacb35d&acdnat=1497495332_2586510e7a91baafa66e479492d1e97d>. Acesso em: 08 jun. 2017.

SUDDABY, E. C.; BARNETT, S.; FACTEAU, L. Skin Breakdowns in Acute Care Pediatrics **Pediatr Nurs.**, v. 31, n.2, p.132-138. 2005. Disponível em: <<http://www.infermieristicapediatrica.it/pdf/StarkidSkinBreakdown.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

TORQUATO, I. M. *et al.* Humanized care for admitted children: perception of caregivers. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.7, n.9, p.5541-5549, set. 2013. Disponível em: < <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13672/16561>>. Acesso em: 09 jul. 2018.

VARGAS, C. *et al.* Which occupational risk factors are associated with burnout in nursing? A meta-analytic study. **Int J Clin Health Psychology.**, v.14, n.1, p.28-38, 2014. Disponível em: < <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1697260014700341> >. Acesso em: 09 jul. 2018.

VASCONCELOS, J. M. B.; CALIRI, M. H. L. Nursing actions before and after a protocol for preventing pressure injury in intensive care. **Esc Anna Nery**, v.21, n.1: e20170001, p.1-9, jan. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170001.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 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=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jun. 2017.

VISSCHER, M. *et al.* A Quality-Improvement Collaborative Project to Reduce Pressure Ulcers in PICUs. **Pediatrics**, v. 131, n. 6, p. 1950-1960. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4535052/>>. Acesso em: 06 jul. 2018.

VITURI, D. W.; ÉVORA, Y. D. M. Fidedignidade de indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem: testando a concordância e confiabilidade interavaliadores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n.2, p. 234-240, mar/abr. 2014. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt_0104-1169-rlae-22-02-00234.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2017.

WANG, S.; LIU, Y.; WANG, L. Nurse burnout: Personal and environmental factors as predictors. **Int J Nurs Pract.**, v.21, n.1, p.78-86, 2015. Disponível em: < <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/ijn.12216> >. Acesso em: 09 jul. 2018.

WILLOCK, J.; BAHARESTANI, M. M.; ANTHONY, D. The development of the Glamorgan paediatric pressure ulcer risk assessment scale. **J Wound Care**. v. 18, n.1,p.17-21, 2009. Disponível em: <<http://magonlinelibrary.ez11.periodicos.capes.gov.br/doi/pdf/10.12968/jowc.2009.18.1.32135>>. Acesso em: 07 jul. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Hacia una atención hospitalaria más segura** [internet]. Genebra, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf>. Acesso em 07 fev. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Alliance for Patient Safety. **Forward Programme 2008-2009**. Geneva (SZ): World Health Organization.2008. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf>. Acesso em 17 nov. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Alliance for Patient Safety. **Taxonomy: the Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. Final Technical Report. Geneva, Jan. 2009, version 1.1. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf>. Acesso em 17 nov. 2016.

WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES (WUWHS). **O papel das coberturas na prevenção da lesão por pressão**. Wounds International, 2016. Disponível em: <www.woundsinternational.com>. Acesso em: 05 jul.2018.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO NA PEDIATRIA

INSTRUMENTO PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO NA PEDIATRIA (PUPP) (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.
9	Não se aplica	Essa ação NÃO SE APLICA às atribuições legais do profissional

PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO (UPP)		1	2	3	4	5	9
Domínio 1	Avaliação de UPP na admissão da criança						
	1. Avalia a pele para detectar a existência de UPP ou lesões já instaladas na admissão da criança.						
Domínio 2	Reavaliação do risco de desenvolvimento de UPP de toda criança internada						
	2. Avalia o risco de UPP na admissão da criança utilizando a Escala de Braden Q (crianças de 1 a 5 anos) ou Escala de Braden (crianças maiores de 5 anos).						
Domínio 3	Inspeção da pele						
	3. Reavalia diariamente o risco de desenvolvimento de UPP de todas as crianças internadas utilizando a Escala de Braden Q (crianças de 1 a 5 anos) ou Escala de Braden (crianças maiores de 5 anos).						
Domínio 4	Manejo da umidade						
	4. Realiza a inspeção diária de toda a superfície cutânea para identificar a existência de UPP.						
	5. Limpa a pele da criança quando a mesma apresenta-se suja ou quando necessário.						
Domínio 5	Otimização da nutrição e da hidratação						
	6. Usa hidratante na pele seca e em áreas ressecadas pelo menos 1 vez ao dia, evitando massagear áreas de proeminência óssea ou áreas hiperemiadas.						
	7. Protege a pele da exposição à umidade excessiva com o uso de produtos de barreira (fraldas ou absorventes).						
Domínio 6	Minização da pressão						
	8. Avalia a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional.						
	9. Notifica ao nutricionista todos as crianças em risco nutricional ou risco para UPP.						
Domínio 6	Minização da pressão						
	10. Realiza a mudança de decúbito da criança a cada 2 horas.						
	11. Evita posicionar a criança diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa.						
	12. Realiza o reposicionamento da criança usando 30° na posição de semi- Fowler e uma inclinação de 30° para posições laterais, quando a criança tolerar estas posições e a sua condição clínica permitir.						
Domínio 6	Minização da pressão						
	13. Mantém a cabeceira da cama de crianças traqueostomizadas com ventilação mecânica não invasiva acima de 30°						
Domínio 6	Minização da pressão						
	14. Evita elevar a cabeceira em ângulo > 30°, quando a criança se encontra sentada.						

	15. Oferece apoio para os pés da criança quando ela estiver sentada e se os pés não chegam ao chão.						
	16. Restringe o tempo que a criança passa sentada na cadeira sem alívio de pressão das tuberosidades isquiáticas.						
	17. Providencia superfície de redistribuição de pressão (camas e colchões) para todas as crianças classificadas co “em risco”.						
	18. Usa forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover a criança acamada durante transferência e mudança de decúbito.						
	19. Utiliza quadro de avisos próximo ao leito para estimular à criança a movimentar-se na cama, quando necessário.						
	20. Utiliza materiais de curativos para proteger proeminências ósseas de acordo com as necessidades da criança.						
	21. Utiliza superfícies de apoio (almofada etravesseiro) para elevar os calcâneos e mantê-los afastados da superfície da cama.						
	22. Usa assento de redistribuição de pressão (almofadas de ar e espuma) para as crianças com mobilidade reduzida, quando estas estiverem sentadas em uma cadeira.						
Domínio 7	23. Registra no prontuário as alterações encontradas na pele e intervenções realizadas.						
	24. Notifica quanto ao desenvolvimento de úlcera por pressão no prontuário.						
Outras ações realizadas para promoção da segurança da criança quanto à prevenção de lesão por pressão:							

APÊNDICE B- CARACTERIZAÇÃO DO ESPECIALISTA
QUESTIONÁRIO DE 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 com lesão por pressão (anos): _____
6. Experiência anterior com construção de instrumentos de pesquisa: 1 () sim 2 () não
7. Participação em algum projeto/grupo de pesquisa: 1 () sim 2 () não. Se sim, qual?

Formação

8. Formação: _____
9. Escola na qual se graduou: _____
10. Ano de conclusão da graduação: _____
11. Maior titulação: 1 () Especialista 2 () Mestre 3 () Doutor 4 () Pós-Doutor

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

12. Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a) ou orientador (a), estudo na temática *pediatria, segurança do paciente e/ou lesão por pressão* 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 e/ou lesão por pressão*? 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
16. Presta/prestou assistência de enfermagem em pediatria?
 1 () Sim 19. Local: _____ 20. Tempo: _____
 2 () Não
17. No ensino, ministra/ministrou disciplinas que envolvem a temática *pediatria, segurança do paciente e/ou lesão por pressão*?
 1 () Sim 2 () Não

APÊNDICE C - CARTA CONVITE AOS ESPECIALISTAS

Prezado(a) Dr(a)

Meu nome é Mayara Kelly Moura Ferreira, sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Estou desenvolvendo o projeto de pesquisa intitulado “Construção e validação do instrumento prevenção de úlcera por pressão na pediatria”, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Francisca Elisângela Teixeira Lima, professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Solicitamos a sua colaboração como especialista em pediatria e/ou segurança do paciente e/ou úlcera por pressão. Sua colaboração envolverá a apreciação e o julgamento da adequação dos itens do instrumento prevenção de úlcera por pressão na pediatria. Diante desse instrumento, o Sr.(a) julgará a representatividade de ações executadas pela equipe de enfermagem em unidades de internação pediátricas.

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

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

Atenciosamente,

Mayara Kelly Moura Ferreira

mayarakmf@gmail.com

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS ESPECIALISTAS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Participante:

O senhor (a) está sendo convidado(a) pela pesquisadora Mayara Kelly Moura Ferreira a ser participante de uma pesquisa intitulada “**Construção e validação do instrumento prevenção de úlcera por pressão na pediatria**”, sob a orientação da Profa. Dra. Francisca Elisângela Teixeira Lima, professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. O objetivo da pesquisa é construir e verificar a validade de conteúdo do instrumento para avaliação da prevenção de úlcera por pressão na pediatria.

O instrumento possui 33 itens com dados relacionados à prevenção de úlcera por pressão, cujo tempo aproximado para o preenchimento é de aproximadamente 20 minutos. Informamos que o presente estudo poderá trazer riscos mínimos ao senhor (a), em sua dimensão psíquica, ou seja, esse estudo pode lhe causar desconforto em decorrência do tempo exigido para a leitura.

O benefício do estudo consiste na construção de um instrumento válido que possa avaliar as ações executadas pelos profissionais de enfermagem para prevenção de úlcera por pressão em unidades de internação pediátrica a fim de reduzir os eventos adversos evitáveis relacionados ao cuidado de enfermagem e a melhoria da qualidade da assistência prestada à criança.

Inicialmente agradecemos a sua concordância em participar desse 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 as 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 e os de minha orientadora.

<p>Contato da responsável pela pesquisa Mayara Kelly Moura Ferreira Endereço: Natal, 1185, Henrique Jorge. Fone: 85 988597667 E-mail: mayarakmf@gmail.com</p>
--

<p>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.</p>
--

Caso o 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 _____

_____ Assinatura do participante	_____ Assinatura do responsável pela coleta de dados
	_____ Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE E - VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO NA PEDIATRIA (PUPP)

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO PUPP

O quadro proposto contém ações para promoção da segurança da criança sugeridas pelo Protocolo de prevenção de úlcera por pressão e adaptadas para pediatria. Você irá analisar os critérios de simplicidade, clareza e relevância para o conteúdo de cada item, considerando cinco graus: 1 – péssimo; 2 – Ruim; 3 – Regular; 4 – Boa; 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 ÚLCERA POR PRESSÃO

Ação para prevenção de lesão por pressão (UPP) em pacientes pediátricos	Critérios	Grau do critério					
		1 Péssima	2 Ruim	3 Regular	4 Boa	5 Excelente	
Domínio 1	Avaliação de UPP na admissão da criança						
1. Avalia a pele para detectar a existência de UPP ou lesões já instaladas na admissão da criança.	Simplicidade						
	Clareza						
	Relevância						
	2. Avalia o risco de UPP na admissão da criança utilizando a Escala de Braden Q (crianças de 1 a 5 anos) ou Escala de Braden (crianças maiores de 5 anos).	Simplicidade					
		Clareza					
		Relevância					
Domínio 2	Reavaliação do risco de desenvolvimento de LPP de toda criança internada						
3. Reavalia diariamente o risco de desenvolvimento de UPP de todas as crianças internadas utilizando a Escala de Braden Q (crianças de 1 a 5 anos) ou Escala de Braden (crianças maiores de 5 anos).	Simplicidade						
	Clareza						
	Relevância						
Domínio 3	Inspeção da pele						
4. Realiza a inspeção diária de toda a superfície cutânea para identificar a existência de UPP.	Simplicidade						
	Clareza						
	Relevância						
Domínio 4	Manejo da umidade						
5. Limpa a pele da criança quando a mesma apresenta-se suja ou quando necessário.	Simplicidade						
	Clareza						
	Relevância						
6. Usa hidratante na pele seca e em áreas ressecadas pelo menos 1 vez ao dia, evitando massagear áreas de proeminência óssea ou áreas hiperemiadas.	Simplicidade						
	Clareza						
	Relevância						
7. Protege a pele da exposição à umidade excessiva com o uso de produtos de barreira (fraldas ou absorventes).	Simplicidade						
	Clareza						
	Relevância						
Domínio	Otimização da nutrição e da hidratação						

5	8. Avalia a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional.	Simplicidade					
		Clareza					
		Relevância					
	9. Notifica ao nutricionista todos as crianças em risco nutricional ou risco para UPP.	Simplicidade					
		Clareza					
		Relevância					
Domínio	Minização da pressão						
6	10. Realiza a mudança de decúbito da criança a cada 2 horas.	Simplicidade					
		Clareza					
		Relevância					
	11. Evita posicionar a criança diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa.	Simplicidade					
		Clareza					
		Relevância					
	12. Realiza o reposicionamento da criança usando 30° na posição de semi- Fowler e uma inclinação de 30° para posições laterais, quando a criança tolerar estas posições e a sua condição clínica permitir.	Simplicidade					
		Clareza					
		Relevância					
	13. Mantém a cabeceira da cama de crianças traqueostomizadas com ventilação mecânica não invasiva acima de 30°.	Simplicidade					
		Clareza					
		Relevância					
	14. Evita elevar a cabeceira em ângulo > 30°, quando a criança se encontra sentada.	Simplicidade					
		Clareza					
		Relevância					
	15. Oferece apoio para os pés da criança quando ela estiver sentada e se os pés não chegam ao chão.	Simplicidade					
		Clareza					
		Relevância					
	16. Restringe o tempo que a criança passa sentada na cadeira sem alívio de pressão das tuberosidades isquiáticas.	Simplicidade					
		Clareza					
		Relevância					
17. Providencia superfície de redistribuição de pressão (camas e colchões) para todas as crianças classificadas co “em risco”.	Simplicidade						
	Clareza						
	Relevância						
18. Usa forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover a criança acamada durante transferência e mudança de decúbito.	Simplicidade						
	Clareza						
	Relevância						
19. Utiliza quadro de avisos próximo ao leito para estimular à criança a movimentar-se na cama, quando necessário.	Simplicidade						
	Clareza						
	Relevância						
20. Utiliza materiais de curativos para proteger proeminências ósseas de acordo com as necessidades da criança.	Simplicidade						
	Clareza						
	Relevância						
21. Utiliza superfícies de apoio (almofada etravesseiro) para elevar os calcâneos e mantê-los afastados da superfície da cama.	Simplicidade						
	Clareza						
	Relevância						

	22. Usa assento de redistribuição de pressão (almofadas de ar e espuma) para as crianças com mobilidade reduzida, quando estas estiverem sentadas em uma cadeira.	Simplicidade					
		Clareza					
		Relevância					
Domínio 7	23. Registra no prontuário as alterações encontradas na pele e intervenções realizadas.	Simplicidade					
		Clareza					
		Relevância					
	24. Notifica quanto ao desenvolvimento de úlcera por pressão no prontuário.	Simplicidade					
		Clareza					
		Relevância					

5- Sugestões:

APÊNDICE F - CARTA CONVITE AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Prezado (a),

Meu nome é Mayara Kelly Moura Ferreira, sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Estou desenvolvendo o projeto de pesquisa intitulado “Construção e validação do instrumento prevenção de lesão por pressão na pediatria”, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Francisca Elisângela Teixeira Lima, professora do Departamento de Enfermagem da UFC.

Solicitamos por meio desta, a sua colaboração como participante desta pesquisa a qual envolverá o preenchimento do instrumento autoavaliativo Prevenção de Lesão por Pressão na Pediatria (PLPP) 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 estudo 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,

Mayara Kelly Moura Ferreira.

APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Prezado participante,

O (a) senhor (a) está sendo convidado(a) pela pesquisadora Mayara Kelly Moura Ferreira para participar da pesquisa “**Construção e validação do instrumento prevenção de lesão por pressão na pediatria**”. A pesquisa tem como objetivo construir e verificar a validade de conteúdo do instrumento de avaliação das ações de prevenção de lesão por pressão na pediatria.

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

Ressalto que esta pesquisa pode trazer riscos mínimos ao senhor (a), em sua dimensão psíquica, ou seja, esse estudo pode lhe causar desconforto em decorrência do tempo exigido para a leitura, análise e preenchimento dos itens do instrumento de coleta de dados.

Acredita-se que a realização deste estudo terá como benefícios o conhecimento sobre as ações executadas pelos profissionais de enfermagem para prevenção de lesão por pressão na pediatria; o estabelecimento de ações para reduzir os eventos adversos evitáveis relacionados ao cuidado de enfermagem e a melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente.

Para tanto, peço autorização para que o(a) senhor(a) participe deste estudo, cuja coleta de dados será feita por meio de um questionário que possui 30 questões com dados relacionados à prevenção de lesão por pressão, cujo tempo aproximado para o preenchimento do instrumento é de aproximadamente 15 minutos.

Sua participação é voluntária e não trará nenhum malefício para o (a) senhor (a). O (a) Sr. (a) terá a liberdade de negar-se a participar ou dela retirar-se quando assim desejar, sem que isso lhe cause prejuízo moral, físico ou social, bem como a continuidade da assistência. As informações 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 (a) Sr. (a) poderá ter acesso às informações relacionadas a pesquisa e poderá esclarecer dúvidas sobre este trabalho em qualquer momento. O (a) Sr. (a) não terá nenhuma despesa pessoal e não receberá pagamento ou gratificação pela participação no estudo.

Os dados coletados serão utilizados unicamente para fins acadêmicos, a fim de atender os objetivos da pesquisa.

Estarei à disposição para dar informações sobre a pesquisa. Caso o senhor (a) precise entrar em contato comigo, você terá acesso em qualquer momento, para esclarecimento de eventuais dúvidas. Informo-lhe o meu endereço e telefone:, nosso endereço e telefone estão abaixo:

Endereço da responsável pela pesquisa Mayara Kelly Moura Ferreira Endereço: Natal, 1185, Henrique Jorge. Fone: 85 988597667 E-mail: mayarakmf@gmail.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 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 _____

_____ Assinatura do Participante	_____ Assinatura do responsável pela coleta de dados _____ Assinatura do pesquisador
-------------------------------------	---

**APÊNDICE H - INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS
DE ENFERMAGEM**

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	
1. Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	2. Idade: _____ anos
4. Formação Profissional:	
<input type="checkbox"/> Auxiliar de Enfermagem	<input type="checkbox"/> Doutorado
<input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem	<input type="checkbox"/> Residência em Pediatria
<input type="checkbox"/> Graduação em Enfermagem	<input type="checkbox"/> Especialização/Residência incompleta em Pediatria
<input type="checkbox"/> Especialista em Pediatria	<input type="checkbox"/> Outra Especialidade: _____
<input type="checkbox"/> Mestrado	
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? <input type="checkbox"/> Estatutário <input type="checkbox"/> CLT <input type="checkbox"/> Cooperado <input type="checkbox"/> Temporário/Serviço Prestado	
11. Quantos vínculos empregatícios você possui além deste? <input type="checkbox"/> nenhum <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> mais Tipo de vínculo no outro emprego: <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Outro: _____	
12. Participou de curso de aperfeiçoamento sobre segurança do paciente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
13. Caso sim, especifique: <input type="checkbox"/> Curso teórico <input type="checkbox"/> Curso teórico-prático <input type="checkbox"/> Curso à distância	
14. Caso sim, o curso foi oferecido por este hospital? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
15. Qual seu turno de trabalho nesta unidade (Pode assinalar mais de uma opção). <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite	
16. Quanto ao trabalho em Unidade de Internação Pediátrica você considera: <input type="checkbox"/> Sem desgaste <input type="checkbox"/> Pouco desgastante <input type="checkbox"/> Muito desgastante	

**APÊNDICE I - INSTRUMENTO PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO NA
PEDIATRIA
PLPP 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.
9	Não se aplica	Essa ação NÃO SE APLICA às atribuições legais do profissional.

PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)		1	2	3	4	5	9
Domínio 1	Avaliação de LPP na admissão da criança						
	1. Inspecciona a pele da criança na admissão para detectar LPP ou lesões já existentes.						
Domínio 2	2. Avalia o risco de desenvolvimento de LPP na admissão da criança, utilizando a Escala de Braden Q (crianças de 1 a 5 anos) ou a Escala de Braden (crianças maiores de 5 anos).						
	Reavaliação diária do risco de desenvolvimento de LPP de toda criança internada						
Domínio 3	3. Reavalia diariamente o risco de desenvolvimento de LPP de todas as crianças internadas utilizando a Escala de Braden Q ou a Escala de Braden.						
	Inspeção diária da pele						
Domínio 4	4. Inspecciona diariamente toda a pele da criança para identificar a existência de LPP.						
	Manejo da umidade						
	5. Limpa a pele da criança quando a mesma apresenta-se suja ou quando necessário.						
	6. Orienta ao acompanhante acerca da limpeza da pele da criança quando a mesma apresenta-se suja ou quando necessário.						
	7. Usa hidratante na pele seca e em áreas ressecadas pelo menos uma vez ao dia.						
Domínio 5	8. Evita massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas.						
	9. Protege a pele da exposição à umidade excessiva com o uso de produtos de barreira (fraldas ou absorventes).						
	Otimização da nutrição e hidratação						
	10. Avalia a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional.						
Domínio 6	11. Notifica ao nutricionista todas as crianças em risco nutricional ou em risco para LPP.						
	Minimização da pressão						
	12. Realiza a mudança de decúbito da criança a cada 2 horas.						
	13. Evita posicionar a criança diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa.						
	14. Realiza o reposicionamento da criança usando a posição semi-Fowler (30°) ou laterais (30°); e em crianças traqueostomizadas com ventilação não invasiva mantém a cabeceira da cama > 30°.						
15. Oferece apoio sob os pés da criança quando ela estiver sentada e se os pés não tocam o chão.							
	16. Providencia superfície de redistribuição de pressão (camas e						

	colchões) para todas as crianças classificadas como “em risco”.						
	17. Providencia superfícies de apoio (almofada ou travesseiro) para elevar e proteger os calcâneos.						
	18. Providencia assento de redistribuição de pressão (almofadas de ar e espuma) para as crianças sentadas em cadeiras com mobilidade reduzida.						
	19. Utiliza materiais de curativos para proteger proeminências ósseas de acordo com as necessidades da criança.						
	20. Usa forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover crianças acamadas durante transferência e mudança de decúbito.						
	21. Utiliza quadro de avisos próximo ao leito para estimular à criança a movimentar-se na cama, quando necessário.						
Domínio 7	22. Registra no prontuário as alterações detectadas na pele e intervenções realizadas.						
	23. Notifica quanto ao desenvolvimento de LPP à Gerência de Riscos e/ou ao Núcleo de Segurança do Paciente (quando existentes).						
	Outras ações realizadas para promoção da segurança da criança quanto à prevenção de LPP (cite):						

APÊNDICE J - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA COLETA DE DADOS COM OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

ETAPAS PARA COLETA DE DADOS:

- 1) Apresentar-se como membro da equipe de pesquisa intitulada “Construção e validação do instrumento prevenção de lesão por pressão na pediatria” promovida pela UFC.
- 2) Apresentar o objetivo geral da pesquisa (Construir um instrumento de prevenção de lesão por pressão na pediatria para promoção da segurança do paciente, segundo o Protocolo para prevenção de úlcera por pressão do Ministério da Saúde);
- 3) Explicar como será realizada a coleta;
- 4) Convidar os profissionais para fazer parte do estudo, entregando a carta convite;
- 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 o instrumento PLPP de coleta ao profissional;
- 8) Apresentar o instrumento PLPP 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 (dia seguinte ou próximo plantão do profissional), explicando que se poderá esclarecer dúvidas sobre a pesquisa em qualquer momento;
- 10) Entregar o kit contendo caneta e chocolate, agradecendo ao profissional por sua disponibilidade;
- 11) Receber do profissional o instrumento já preenchido;
- 12) 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, distribuída em: auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, graduação em Enfermagem;
 - 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 úlcera (lesão) por pressão do Ministério da Saúde, sendo respondidas numa escala Likert, em que se responderá a frequência em que a ação é realizada, variando de 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) e 5 (O profissional SEMPRE executa essa ação em sua rotina de trabalho), mutuamente excludentes.

APÊNDICE K

INSTRUMENTO PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO NA PEDIATRIA (PLPP 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.
9	Não se aplica	Essa ação NÃO SE APLICA às atribuições legais do profissional.

PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO (LP)		1	2	3	4	5	9
Domínio 1	Medidas preventivas e detecção precoce de LP						
	1. Inspecciona a pele da criança na admissão para detectar LP ou lesões já existentes.						
	2. Inspecciona diariamente toda a pele da criança para identificar a existência de LP.						
	3. Limpa a pele da criança quando a mesma apresenta-se suja ou quando necessário.						
	4. Orienta ao acompanhante acerca da limpeza da pele da criança quando a mesma apresenta-se suja ou quando necessário.						
	5. Usa hidratante na pele seca e em áreas ressecadas pelo menos uma vez ao dia.						
	6. Evita massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas.						
	7. Protege a pele da exposição à umidade excessiva com o uso de produtos de barreira (fraldas ou absorventes).						
	8. Evita posicionar a criança diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa.						
9. Utiliza coberturas para proteger proeminências ósseas de acordo com as necessidades da criança.							
Domínio 2	Medidas de alívio da pressão						
	10. Realiza a mudança de decúbito da criança a cada 2 horas.						
	11. Realiza o reposicionamento da criança usando a posição semi-Fowler (30°) ou laterais (30°); e em crianças traqueostomizadas com ventilação não invasiva mantém a cabeceira da cama > 30°.						
	12. Oferece apoio sob os pés da criança quando ela estiver sentada e se os pés não tocam o chão.						
	13. Providencia superfície de redistribuição de pressão (camas e colchões) para todas as crianças classificadas como “em risco”.						
	14. Providencia superfícies de apoio (almofada ou travesseiro) para elevar e proteger os calcâneos.						
	15. Providencia assento de redistribuição de pressão (almofadas de ar e espuma) para as crianças sentadas em cadeiras com mobilidade reduzida.						
	16. Usa forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover crianças acamadas durante transferência e mudança de decúbito.						
17. Utiliza quadro de avisos próximo ao leito para estimular à criança a movimentar-se na cama, quando necessário.							

Avaliação e Notificação							
Domínio 3	18. Avalia o risco de desenvolvimento de LP na admissão da criança, utilizando a Escala de Braden Q (crianças de 1 a 5 anos) ou a Escala de Braden (crianças maiores de 5 anos).						
	19. Reavalia diariamente o risco de desenvolvimento de LP de todas as crianças internadas utilizando a Escala de Braden Q ou a Escala de Braden.						
	20. Avalia a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional.						
	21. Notifica ao nutricionista todas as crianças em risco nutricional ou em risco para LP.						
	22. Registra no prontuário as alterações detectadas na pele e intervenções realizadas.						
	23. Notifica à Gerência de Riscos e/ou ao Núcleo de Segurança do Paciente (quando existentes) o desenvolvimento de LP.						
Outras ações realizadas para promoção da segurança da criança quanto à prevenção de LP (cite):							

ANEXO A

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO NA PEDIATRIA

Pesquisador: MAYARA KELLY MOURA FERREIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79358717.0.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.440.646

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 lesão por pressão na pediatria (PLPP). Este será desenvolvido nas unidades abertas de internação de dois hospitais públicos pediátricos na cidade de Fortaleza-Ceará-Brasil. Haverá três etapas: 1ª etapa - Construção do instrumento de prevenção de lesão por pressão na pediatria (PLPP), desenvolvido a partir dos itens de verificação propostos pelo Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão do Ministério da Saúde; 2ª etapa - Análise da validade e da confiabilidade do instrumento PLPP; e 3ª etapa - Validação externa do instrumento PLPP, que será realizada com enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem atuantes no cuidado direto em dois hospitais na cidade de Fortaleza- Ceará-Brasil. Para a etapa 1, foram selecionados os itens e contextualizados para pediatria. Os itens foram formulados baseado nos seis domínios do protocolo e, posteriormente, agrupados em um instrumento de medida do tipo questionário. A primeira versão do instrumento PLPP possui um total de 33 itens, sendo 32 itens distribuídos em seis domínios e um item à parte referente à notificação da ocorrência de lesão por pressão. A resposta para cada item possui um formato de Escala Likert, com cinco possibilidades de respostas para execução das ações de prevenção, variando de 1 a 5, significando: 1- nunca, 2- quase nunca, 3- às vezes, 4- quase sempre e 5- sempre. Na segunda etapa, o instrumento PLPP terá seu conteúdo validado junto a um grupo de juizes com título de doutor em Enfermagem e pontuação igual ou superior a

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

CEP: 60.430-275

E-mail: cmepa@ufc.br

Continuação do Parecer: 2.440.848

cinco, conforme sistema de classificação de Joventino (2010). Os juízes selecionados receberão uma Carta Convite, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), questionário de caracterização e o instrumento de análise da primeira versão do Instrumento PLPP. Para a avaliação do conteúdo serão utilizados os critérios de simplicidade, clareza e relevância estabelecidos por Pasquall (2010). Para obtenção das respostas da avaliação dos juízes, a escala do tipo Likert será utilizada, para cada critério, com cinco níveis de medição: 1- Péssima, 2- Ruim, 3- Regular, 4- Boa, 5- Excelente. As respostas obtidas de cada item passarão por uma análise na qual será calculado o Coeficiente de Correlação Intraclassa (ICC). A validade de constructo será realizada por meio da análise fatorial. A confiabilidade do instrumento será medida pelo Alfa de Cronbach. A validação externa será desenvolvida em dois hospitais públicos. A população será constituída pela equipe de enfermagem. Serão adotadas as recomendações de Pestanha e Gagello (2005) que estabelecem que se o número de itens K for menor ou igual a cinco, a amostra deverá ser constituída de 50 sujeitos. Caso $5 < K < 15$, 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 ($n = 5 \times K$). Portanto, a quantidade de profissionais que participarão da pesquisa será definida após a elaboração da segunda versão do PLPP. Na coleta de dados, os profissionais receberão a carta convite. Em caso de aceite, serão entregues o TCLE, o instrumento de caracterização dos profissionais e a segunda versão do Instrumento PLPP. Os dados serão analisados no SPSS 2.0. 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 lesão por pressão na pediatria para promoção da segurança do paciente, segundo o Protocolo para prevenção de úlcera por pressão do Ministério da Saúde.

Específicos: Elaborar um Instrumento de prevenção de lesão por pressão na pediatria para promoção da segurança do paciente durante a hospitalização; Validar o conteúdo do Instrumento junto aos especialistas; Calcular a confiabilidade do Instrumento; Validar na prática clínica o Instrumento junto a equipe de enfermagem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Esse estudo pode causar desconforto em decorrência do tempo exigido para a leitura, análise e preenchimento dos Itens do Instrumento de coleta de dados.

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

Continuação do Parecer: 2.440.848

Benefícios: Conhecimento sobre as ações executadas pelos profissionais de enfermagem para prevenção de lesão por pressão na pediatria; o estabelecimento de ações para reduzir os eventos adversos evitáveis relacionados ao cuidado de enfermagem e a melhoria da 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_988881.pdf	26/10/2017 13:01:54		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetomayaraPLPPatual.pdf	26/10/2017 13:00:07	MAYARA KELLY MOURA FERREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetomayaraPLPPatual.doc	26/10/2017 12:59:50	MAYARA KELLY MOURA FERREIRA	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCEprofissionais.pdf	26/10/2017 12:58:40	MAYARA KELLY MOURA FERREIRA	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCEprofissionais.docx	26/10/2017 12:58:26	MAYARA KELLY MOURA FERREIRA	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCEjulz.pdf	26/10/2017 12:58:14	MAYARA KELLY MOURA FERREIRA	Aceito

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, 1000
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3365-8344 E-mail: zmapa@ufc.br

Continuação do Parecer: 2.440.848

Ausência	TÇLEjulz.pdf	26/10/2017 12:58:14	MAYARA KELLY MOURA FERREIRA	Acelto
TÇLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TÇLEjulz.docx	26/10/2017 12:58:02	MAYARA KELLY MOURA FERREIRA	Acelto
Orçamento	declaracaodeorcamento.pdf	05/10/2017 11:54:29	MAYARA KELLY MOURA FERREIRA	Acelto
Outros	termoderesponsabilidadeorientador.pdf	05/10/2017 11:42:08	MAYARA KELLY MOURA FERREIRA	Acelto
Declaração de Pesquisadores	declaracaodeconcordancia.pdf	05/10/2017 11:40:14	MAYARA KELLY MOURA FERREIRA	Acelto
Outros	aceltapesquisaclinicamayarakellyferreira.pdf	05/10/2017 11:37:36	MAYARA KELLY MOURA FERREIRA	Acelto
Outros	termoanuenciaHM.pdf	05/10/2017 11:37:01	MAYARA KELLY MOURA FERREIRA	Acelto
Outros	ANUENCIACOGETS.pdf	05/10/2017 11:35:42	MAYARA KELLY MOURA FERREIRA	Acelto
Outros	CARTEAPRECIACAOCEP.pdf	05/10/2017 11:32:02	MAYARA KELLY MOURA FERREIRA	Acelto
Outros	TERMODECOMPROMISSO.pdf	05/10/2017 11:29:54	MAYARA KELLY MOURA FERREIRA	Acelto
Crônomograma	declaracaodecronograma.pdf	05/10/2017 11:25:19	MAYARA KELLY MOURA FERREIRA	Acelto
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	05/10/2017 11:21:12	MAYARA KELLY MOURA FERREIRA	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 15 de Dezembro de 2017

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
 (Coordenador)

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, 1000
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-276
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85) 3366-8344 E-mail: amapa@ufc.br

ANEXO B

HOSPITAL DE MESSEJANA
DR. CARLOS ALBERTO
STUDART GOMES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO NA PEDIATRIA

Pesquisador: MAYARA KELLY MOURA FERREIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79356717.0.3001.5039

Instituição Proponente: Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.525.378

Apresentação do Projeto:

A hospitalização na vida da criança causa um grande impacto, pois exige uma quebra da sua rotina e um distanciamento do ambiente familiar. Além dessa fragilidade, a hospitalização envolve riscos que podem comprometer a segurança da criança durante sua internação. Na atualidade, existe uma enorme preocupação e discussão sobre a segurança do paciente. Essa temática é uma das principais metas desejadas pelas instituições de saúde que buscam assegurar a qualidade assistencial, livre de erros e eventos adversos (CAVALCANTE et al., 2015). A segurança do paciente é considerada uma disciplina essencial para formação de profissionais de saúde. No entanto, ainda é uma área de conhecimento em construção, no qual estudos vêm sendo realizados, despertando o interesse de pesquisadores, devido sua relevância para a sociedade (COSTA JUNIOR; YAMAUCHI, 2014). Em 2006, foram definidas as seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente oriundas da experiência norte americana, as quais são: Identificar os pacientes corretamente, melhorar a comunicação efetiva, melhorar a segurança para medicamentos de alta vigilância, assegurar cirurgias com local de intervenção, procedimento e paciente correto, reduzir os riscos de infecções associadas aos cuidados de saúde e reduzir o risco de lesão do paciente resultante de quedas (COSTA JUNIOR; YAMAUCHI, 2014). No Brasil, com a Instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), em 2013, essas metas foram adaptadas, quais sejam: Identificar corretamente o paciente; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; melhorar a segurança na prescrição, no uso e administração de

Endereço: Av. Frei Cirilo 3480
Bairro: Messejana CEP: 60.864-285
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-7845 Fax: (85)3101-7845 E-mail: asp.hm@ce.gov.br

HOSPITAL DE MESSEJANA
DR. CARLOS ALBERTO
STUDART GOMES



Continuação do Parecer: 2.525.378

medicamentos; assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; higienizar as mãos para evitar infecções; reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão (BRASIL, 2014). Como parte do PNSP, cujo objetivo é prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos relacionados à assistência nos serviços de saúde (BRASIL, 2013a), seis protocolos básicos de segurança do paciente foram propostos pelo Ministério da Saúde em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz) (BRASIL, 2013b), quais sejam: Protocolo de identificação do paciente (BRASIL, 2013c); Protocolo de prática de higiene das mãos (BRASIL, 2013d); Protocolo de segurança na prescrição e de uso e administração de medicamentos (BRASIL, 2013e); Protocolo de prevenção de quedas (BRASIL, 2013f);

Protocolo para prevenção de úlcera por pressão (BRASIL, 2013g) e Protocolo de cirurgia segura (BRASIL, 2013h). A LPP já foi descrita na literatura por vários termos, dentre os quais tem-se: escaras de decúbito, escara, úlcera de decúbito, ferida de pressão, úlcera de pressão e úlcera por pressão (CROZETA et al., 2010; SOUZA et al., 2013). Recentemente, o National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), uma organização norte-americana, sem fins lucrativos, dedicada à prevenção e ao tratamento de lesões por pressão, anunciou a mudança na terminologia úlcera por pressão para lesão por pressão (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2016). Assim, o termo lesão por pressão será adotado na presente pesquisa. Trata-se de um estudo metodológico de construção e validação do Instrumento Prevenção de Lesão por Pressão na Pediatria (PLPP), com utilização da proposta metodológica de Lobondo-Wood e Haber (2001). Este será operacionalizado em três etapas, quais sejam: 1ª etapa - Construção do Instrumento PLPP; 2ª etapa - Análise da validade e da confiabilidade do Instrumento PLPP; 3ª etapa - Validação externa do Instrumento PLPP. O locus em que se dará a coleta de dados serão o Centro de Assistência à criança Dra. Lúcia de Fátima (CAC) que é um hospital de nível secundário, mantido pela Prefeitura de Fortaleza para atendimento de pacientes de zero a 18 anos, e o Hospital de Messejana que é um hospital público estadual de nível terciário que presta cuidados de alta complexidade na pediatria e adulto. O estudo será desenvolvido na enfermaria pediátrica do CAC, e no hospital de Messejana nas seguintes unidades: enfermaria pediátrica, unidade de terapia intensiva pediátrica (UTIP) pré-operatória e UTIP pós-operatória. A população será constituída pela equipe de enfermagem. Serão adotados como critérios de inclusão do estudo os seguintes quesitos: ser enfermeiro ou técnico de enfermagem; e atuar no processo de cuidado às crianças internadas nas unidades em estudo há pelo menos seis meses. Como critérios de exclusão têm-se: estar de férias, licença ou afastado de suas atividades no período de coleta de dados e a não devolução do instrumento preenchido no prazo acordado. Os dados serão armazenados em um banco de dados

Endereço: Av. Frei Cirilo 3480
Bairro: Messejana CEP: 60.864-285
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-7845 Fax: (85)3101-7845 E-mail: asp.hm@ce.gov.br

HOSPITAL DE MESSEJANA
DR. CARLOS ALBERTO
STUDART GOMES



Continuação do Parecer: 2.525378

medicamentos; assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; higienizar as mãos para evitar infecções; reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão (BRASIL, 2014). Como parte do PNSP, cujo objetivo é prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos relacionados à assistência nos serviços de saúde (BRASIL, 2013a), seis protocolos básicos de segurança do paciente foram propostos pelo Ministério da Saúde em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (BRASIL, 2013b), quais sejam: Protocolo de identificação do paciente (BRASIL, 2013c); Protocolo de prática de higiene das mãos (BRASIL, 2013d); Protocolo de segurança na prescrição e de uso e administração de medicamentos (BRASIL, 2013e); Protocolo de prevenção de quedas (BRASIL, 2013f);

Protocolo para prevenção de úlcera por pressão (BRASIL, 2013g) e Protocolo de cirurgia segura (BRASIL, 2013h). A LPP já foi descrita na literatura por vários termos, dentre os quais tem-se: escaras de decúbito, escara, úlcera de decúbito, ferida de pressão, úlcera de pressão e úlcera por pressão (CROZETA et al., 2010; SOUZA et al., 2013). Recentemente, o National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), uma organização norte-americana, sem fins lucrativos, dedicada à prevenção e ao tratamento de lesões por pressão, anunciou a mudança na terminologia úlcera por pressão para lesão por pressão (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2016). Assim, o termo lesão por pressão será adotado na presente pesquisa. Trata-se de um estudo metodológico de construção e validação do instrumento Prevenção de Lesão por Pressão na Pediatria (PLPP), com utilização da proposta metodológica de Lobiondo-Wood e Haber (2001). Este será operacionalizado em três etapas, quais sejam: 1ª etapa - Construção do instrumento PLPP; 2ª etapa - Análise da validade e da confiabilidade do instrumento PLPP; 3ª etapa - Validação externa do instrumento PLPP. O locus em que se dará a coleta de dados serão o Centro de Assistência à criança Dra. Lúcia de Fátima (CAC) que é um hospital de nível secundário, mantido pela Prefeitura de Fortaleza para atendimento de pacientes de zero a 18 anos, e o Hospital de Messejana que é um hospital público estadual de nível terciário que presta cuidados de alta complexidade na pediatria e adulto. O estudo será desenvolvido na enfermaria pediátrica do CAC, e no hospital de Messejana nas seguintes unidades: enfermaria pediátrica, unidade de terapia intensiva pediátrica (UTIP) pré-operatória e UTIP pós-operatória. A população será constituída pela equipe de enfermagem. Serão adotados como critérios de inclusão do estudo os seguintes quesitos: ser enfermeiro ou técnico de enfermagem; e atuar no processo de cuidado às crianças internadas nas unidades em estudo há pelo menos seis meses. Como critérios de exclusão têm-se: estar de férias, licença ou afastado de suas atividades no período de coleta de dados e a não devolução do instrumento preenchido no prazo acordado. Os dados serão armazenados em um banco de dados.

Endereço: Av. Frei Cirilo 3480
Bairro: Messejana CEP: 60.864-285
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-7845 Fax: (85)3101-7845 E-mail: ccp.hm@ce.gov.br

HOSPITAL DE MESSEJANA
DR. CARLOS ALBERTO
STUDART GOMES



Continuação do Parecer 2.525378

no Windows 2010, e serão processados no SPSS 20.0 licença nº 1010113007. A análise se procederá de forma descritiva por meio dos cálculos para frequência absoluta e relativa, médias e desvios padrão das variáveis numéricas (idade, tempo de formação, tempo de experiência profissional e carga horária semanal de serviço). O teste binomial será utilizado para a comparação do desempenho das ações para prevenção de lesão por pressão para promoção da segurança da criança no ambiente hospitalar. A correlação linear de Pearson será utilizada para análise entre a escala total e as variáveis quantitativas. O teste do χ^2 e a razão de verossimilhança serão utilizados

para analisar a adequação do instrumento com as variáveis qualitativas e/ou categóricas. A força dessa associação será medida pela Razão de Chance (RC) e seu IC 95%. A comparação de médias será feita pelos testes paramétricos t de Student e ANOVA ou pelos não paramétricos de Mann-Whitney e de Friedman. Para todas as análises inferenciais será fixado um nível de significância de 5%. As respostas dos profissionais serão agrupadas para facilitar a análise dos itens. O Estudo respeitará as normas da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Construir um instrumento de prevenção de lesão por pressão na pediatria para promoção da segurança do paciente, segundo o Protocolo para prevenção de úlcera por pressão do Ministério da Saúde.

Objetivo Secundário:

Elaborar um instrumento de prevenção de lesão por pressão na pediatria para promoção da segurança do paciente durante a hospitalização; Validar o conteúdo do instrumento junto aos especialistas; Calcular a confiabilidade do instrumento; Validar na prática clínica o instrumento junto a equipe de enfermagem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a autora esta pesquisa pode trazer riscos mínimos de constrangimento e na dimensão psíquica, ou seja, esse estudo pode causar desconforto em decorrência do tempo exigido para a leitura, análise e preenchimento dos itens do instrumento de coleta de dados.

Benefícios:

Acredita-se que a realização deste estudo terá como benefícios o conhecimento sobre as ações executadas pelos profissionais de enfermagem para prevenção de lesão por pressão na pediatria; o estabelecimento de ações para reduzir os eventos adversos evitáveis relacionados ao cuidado de enfermagem e a melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente.

Endereço: Av. Frei Cirilo 3480
Bairro: Messejana CEP: 60.854-285
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-7845 Fax: (85)3101-7845 E-mail: cep.hm@ce.gov.br

HOSPITAL DE MESSEJANA
DR. CARLOS ALBERTO
STUDART GOMES



Continuação Parecer: 2.525378

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Temática relevante e atual, de suma importância para a excelência da assistência de enfermagem, no que concerne ao cuidado com lesões por pressão na pediatria.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os termos obrigatórios.

Recomendações:

Ajuste do cronograma de atividades.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

A pesquisadora deverá comparecer a unidade de pesquisa clínica para confecção do crachá

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetomayaraPLPPatual.pdf	26/10/2017 13:00:07	MAYARA KELLY MOURA FERREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetomayaraPLPPatual.doc	26/10/2017 12:59:50	MAYARA KELLY MOURA FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEprofissionais.pdf	26/10/2017 12:58:40	MAYARA KELLY MOURA FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEprofissionais.docx	26/10/2017 12:58:26	MAYARA KELLY MOURA FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEjuiz.pdf	26/10/2017 12:58:14	MAYARA KELLY MOURA FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEjuiz.docx	26/10/2017 12:58:02	MAYARA KELLY MOURA FERREIRA	Aceito
Outros	termoderesponsabilidadeorientador.pdf	05/10/2017 11:42:08	MAYARA KELLY MOURA FERREIRA	Aceito

Endereço: Av. Frei Cirilo 3480
Bairro: Messejana CEP: 60.864-285
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-7845 Fax: (85)3101-7845 E-mail: cep.hm@ce.gov.br

HOSPITAL DE MESSEJANA
DR. CARLOS ALBERTO
STUDART GOMES



Continuação do Parecer: 2.525378

Outros	aceitepesquisadclinicamayarakellyferreira.pdf	05/10/2017 11:37:36	MAYARA KELLY MOURA FERREIRA	Aceito
Outros	termoanuenciaHM.pdf	05/10/2017 11:37:01	MAYARA KELLY MOURA FERREIRA	Aceito
Outros	ANUENCIAOGETS.pdf	05/10/2017 11:35:42	MAYARA KELLY MOURA FERREIRA	Aceito
Outros	CARTEAPRECIACAOCEP.pdf	05/10/2017 11:32:02	MAYARA KELLY MOURA FERREIRA	Aceito
Outros	TERMODECOMPROMISSO.pdf	05/10/2017 11:29:54	MAYARA KELLY MOURA FERREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 05 de Março de 2018

Assinado por:

VERA LÚCIA MENDES DE PAULA PESSOA
(Coordenador)

Endereço: Av. Frei Cirilo 34 80
Bairro: Messejana CEP: 60.864-285
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-7845 Fax: (85)3101-7845 E-mail: cep.hm@ce.gov.br

ANEXO C

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPEQ

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DA CRIANÇA EM UNIDADE ABERTA DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA

Pesquisador: Patrícia Rebouças Araújo

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 48712815.5.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.376.514

Apresentação do Projeto:

A referida emenda tem como objetivo a inclusão dos membros à equipe de pesquisa do presente estudo, para otimizar o tempo demandado para a coleta de dados, tendo em vista que será realizada em três instituições hospitalares distintas.

Objetivo da Pesquisa:

A referida emenda tem como objetivo a inclusão dos membros à equipe de pesquisa do presente estudo, para otimizar o tempo demandado para a coleta de dados, tendo em vista que será realizada em três instituições hospitalares distintas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A referida emenda tem como objetivo a inclusão dos membros à equipe de pesquisa do presente estudo, para otimizar o tempo demandado para a coleta de dados, tendo em vista que será realizada em três instituições hospitalares distintas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A referida emenda tem como objetivo a inclusão dos membros à equipe de pesquisa do presente estudo, para otimizar o tempo demandado para a coleta de dados, tendo em vista que será realizada em três instituições hospitalares distintas.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-275
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **Fax:** (85)3223-2903 **E-mail:** comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 1.376.514

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi devidamente apresentada a declaração de concordância em participar da pesquisa com assinatura dos pesquisadores.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

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_631890 E1.pdf	01/12/2015 17:50:09		Aceito
Outros	Solicitacao_emenda.pdf	01/12/2015 17:48:45	Patrícia Rebouças Araújo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_concordancia_pesquisadores_emenda.pdf	01/12/2015 17:47:20	Patrícia Rebouças Araújo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Concordancia_Pesquisadores.pdf	25/09/2015 14:29:20	Patrícia Rebouças Araújo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Dissertacao_Detalhado.docx	23/09/2015 20:28:46	Patrícia Rebouças Araújo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	23/09/2015 20:27:38	Patrícia Rebouças Araújo	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Patricia_Reboucas_Araujo.pdf	26/08/2015 15:49:45	Patrícia Rebouças Araújo	Aceito
Outros	Carta_de_Encaminhamento_Comite_UF C.pdf	26/08/2015 15:46:45	Patrícia Rebouças Araújo	Aceito
Outros	Declaração do Chefe do Serviço Hospital C.pdf	06/08/2015 12:52:20		Aceito
Outros	Termo de Pré-Anuência Hospital C pdf.pdf	06/08/2015 12:51:39		Aceito
Outros	Declaração do Chefe do Serviço Hospital B pdf.pdf	06/08/2015 12:51:03		Aceito
Outros	Termo de Pré- Anuência Hospital B pdf.pdf	06/08/2015 12:48:49		Aceito
Outros	Declaração do Chefe do Serviço Hospital A pdf.pdf	06/08/2015 12:48:07		Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 1.376.514

Outros	Termo de Pré-Anuência Hospital A pdf.pdf	06/08/2015 12:45:06		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto Plataforma pdf.pdf	30/06/2015 13:57:29		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 18 de Dezembro de 2015

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 **Fax:** (85)3223-2903 **E-mail:** comepe@ufc.br