

CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO PARA TRANSIÇÃO DE CUIDADO EM UNIDADES PEDIÁTRICAS

Micheline Fátima da Silva¹ 
Patrícia Kuerten Rocha² 
Maria Elena Echevarria-Guanilo² 
Kátia Cilene Godinho Bertencello² 
Sabrina de Souza³ 
Karine Larissa Knaesel Schneider¹

¹Universidade Federal de Santa Catarina, Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

²Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

³Universidade Federal do Paraná, Hospital de Clínicas, Curitiba, Paraná, Brasil.

RESUMO

Objetivo: construir e validar semanticamente um instrumento de comunicação segura para sistematizar a transição de cuidado em unidades clínicas e de emergência pediátricas.

Método: estudo metodológico, fundamentado na Teoria Clássica dos Testes da Psicometria e no Modelo de Construção de Instrumentos, proposto por Pasquali, o qual incluiu sete profissionais *experts* em pediatria e/ou segurança do paciente, que seguiram critérios específicos para inclusão, sendo cinco enfermeiras e duas médicas. A coleta de dados foi realizada entre novembro e dezembro de 2016 e ocorreu com a aplicação de formulário disponibilizado às *experts* via ferramenta *Google Drive/Microsoft®* em duas rodadas de validação, conduzida pela Técnica Delphi, sendo organizados em dois domínios com 19 itens. A análise dos dados ocorreu pelo cálculo do Índice de Validade de Conteúdo.

Resultados: para a validação do conteúdo foi necessário atingir um Índice de Validade de Conteúdo $\geq 0,80$, assim na primeira rodada cinco itens sofreram alterações e foram ajustados de acordo com as recomendações das *experts*. Sendo estes validados na segunda rodada, mantendo dois domínios e dezenove itens.

Conclusão: a construção e validação de conteúdo do instrumento pode incrementar e qualificar a prática clínica e contribuir para minimizar as falhas na segurança do paciente pediátrico associado a comunicação eficaz.

DESCRITORES: Enfermagem. Segurança do paciente. Criança hospitalizada. Gerentes de casos. Estudos de validação.

COMO CITAR: Silva MF, Rocha PK, Echevarria-Guanilo ME, Bertencello KCG, Souza S, Schneider KLK. Construção do instrumento para transição de cuidado em unidades pediátricas. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2021 [acesso MÊS ANO DIA];30:e20180206. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0206>

CONSTRUCTION OF THE INSTRUMENT FOR CARE TRANSITION IN PEDIATRIC UNITS

ABSTRACT

Objective: to build and semantically validate a safe communication tool to systematize care transition in pediatric clinical and emergency units.

Method: a methodological study, based on the Classic Theory of Psychometric Tests and on the Instrument Development Model, proposed by Pasquali, which included seven professionals, five nurses and two physicians, experts in pediatrics and/or patient safety, who followed specific criteria for inclusion. Data collection was carried out between November and December 2016 and took place with the application of a form made available to the experts via the Google Drive/Microsoft® tool in two validation rounds, conducted by the Delphi Technique, being organized into two domains with 19 items. Data analysis was performed by calculating the Content Validity Index.

Results: in order to validate the content, it was necessary to reach a Content Validity Index ≥ 0.80 ; thus, in the first round, five items underwent changes and were adjusted according to the experts' recommendations. These were validated in the second round, maintaining two domains and nineteen items.

Conclusion: the construction and content validation of the instrument can enhance and qualify the clinical practice and contribute to minimize failures in pediatric patient safety associated with effective communication.

DESCRIPTORS: Nursing. Patient safety. Hospitalized child. Case managers. Validation studies.

CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO PARA TRANSICIÓN DE CUIDADOS EN UNIDADES PEDIÁTRICAS

RESUMEN

Objetivo: construir y validar semánticamente una herramienta de comunicación segura para sistematizar la transición de cuidados en las unidades clínicas y de urgencias pediátricas.

Método: estudio metodológico, basado en la Teoría Clásica de Pruebas Psicométricas y en el Modelo de Construcción de Instrumentos, propuesto por Pasquali, que incluyó a siete profesionales especialistas en pediatría y/o seguridad del paciente, que siguieron criterios específicos de inclusión, cinco enfermeras y dos médicas. La recolección de datos se realizó entre noviembre y diciembre de 2016 y se dio con la aplicación de un formulario puesto a disposición de los especialistas a través de la herramienta *Google Drive / Microsoft®* en dos rondas de validación, realizadas por la Técnica Delphi, organizadas en dos dominios con 19 ítems. El análisis de los datos se realizó calculando el Índice de Validez de Contenido.

Resultados: para la validación de contenido fue necesario alcanzar un Índice de Validez de Contenido $\geq 0,80$, por lo que en la primera ronda se modificaron cinco ítems y se ajustaron según las recomendaciones de los expertos. Estos fueron validados en la segunda ronda, manteniendo dos dominios y diecinueve ítems.

Conclusión: la construcción y validación de contenido del instrumento puede incrementar y calificar la práctica clínica y contribuye a minimizar las fallas en la seguridad del paciente pediátrico asociadas a una comunicación efectiva.

DESCRIPTORES: Enfermería. Seguridad del paciente. Niño hospitalizado. Administradores de casos. Estudios de validación.

INTRODUÇÃO

A preocupação com a segurança do paciente tem se tornado uma prioridade, motivando propostas de políticas internacionais e levando a esforços conjuntos de instituições, profissionais e pacientes a fim de reduzir e controlar os riscos originados nos serviços de saúde de forma eficaz.¹ Por sua vez a segurança do paciente pediátrico precisa ser mais discutida, pois se constitui em uma população de alto risco que possui inúmeras peculiaridades as quais podem aumentar as chances de sofrer algum dano.²

Apesar do progresso dos últimos anos, os danos evitáveis mantêm-se inaceitavelmente frequentes nos ambientes de atenção à saúde. Neste sentido, estudo divulgado recentemente aponta que as instituições hospitalares agregam inúmeras questões culturais, que podem interferir na segurança do paciente, como: hierarquização dos cargos, enaltecimento do profissional médico, falhas no trabalho em equipe e individual, práticas inadequadas ou ultrapassadas e principalmente falhas no processo de comunicação entre os profissionais de saúde durante a transição de cuidado.³

Nesta perspectiva a transição de cuidado ou passagem de caso é definida como a transferência da responsabilidade dos cuidados entre profissionais de saúde e na transmissão de informação sobre alguns ou todos os aspectos relacionados com a assistência de um ou mais pacientes para outra pessoa ou grupo de profissional, de forma temporária ou permanente.³

Erros de comunicação durante a transição de cuidado entre os profissionais de saúde causam eventos adversos⁴, e sendo a terceira causa de eventos sentinelas em 2015.⁵ Nesse sentido, a transição de cuidado é reconhecida como um momento de vulnerabilidade para os pacientes hospitalizados que dela dependem acarretando 12 a 34% de probabilidade de mortes hospitalares.⁶

Outras pesquisas desenvolvidas em nível mundial identificaram fatores de risco associados à transição de cuidado, tais como, dificuldade de efetuar, *déficit* na sistematização de informações e inexistência de instrumentos, o que conduz inevitavelmente à existência de erros de interpretação e conseqüentemente falhas de comunicação.^{4,7}

No entanto, ainda não é possível identificar a principal falha na transição de cuidado, se esta é devido a incapacidade de reconhecer a deterioração clínica do paciente em primeira instância ou a incapacidade de transferir informações críticas efetivamente para outro profissional. Ressalta-se que ambos os conjuntos de habilidades (reconhecimento de deterioração clínica e comunicação) são fatores decisivos para a sobrevida e bom prognóstico do paciente pediátrico.⁸

Nessa perspectiva, os instrumentos utilizados para a transição de cuidado devem garantir a transferência de informações precisas e claras.⁹ Uma vez que a segurança do paciente pediátrico depende de uma comunicação eficaz entre os profissionais da saúde.

Os instrumentos são recomendações sistematizadas na forma de uma estrutura formal, com o propósito de orientar decisões de profissionais de saúde a respeito da atenção adequada em circunstâncias clínicas específicas.¹⁰ Essas recomendações baseiam-se em evidências científicas, na avaliação tecnológica e econômica dos serviços de saúde.¹⁰

A padronização das práticas são iniciativas que podem contribuir para a promoção da segurança do paciente pediátrico hospitalizado com repercussões diretas na atenção à saúde.¹¹ Contudo, para seu êxito, deve-se buscar sempre satisfazer as necessidades daqueles a quem o instrumento se destina, de forma que a assistência à saúde seja mais efetiva.¹²

De acordo com estudo divulgado recentemente no Brasil, as falhas de comunicação em unidades pediátricas são frequentes devido às múltiplas fontes de informação, o número inadequado de profissionais e as demandas de atividades.¹³

Diante disto, uma das técnicas de comunicação que está em crescente processo de utilização na área de saúde, é a mnemônica *Situation, Background, Assessment, Recommendation* (SBAR), originalmente desenvolvida nos EUA para padronizar a comunicação entre médicos e enfermeiros. Cabe destacar, que ela foi adaptada para a cultura australiana, belga, canadense, indiana, japonesa, alemã e coreana.¹⁴⁻²¹

A construção do instrumento para padronizar a comunicação entre os profissionais de saúde, tem lastro nos critérios e recomendações de organizações Internacionais e Nacionais de Promoção à Segurança do Paciente, entre elas: Organização Mundial de Saúde (OMS), *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, *Institute for Healthcare Improvement (IHI)*, *The Joint Commission (JCI)* e Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).²²⁻²⁵

Assim, com base nas recomendações mundiais para promover uma comunicação eficaz, é responsabilidade ética do profissional de saúde preencher a lacuna identificada em relação à verificação de elementos de segurança, para que sejam reduzidos ou eliminados os fatores que potencializam os eventos adversos e os erros.²⁶

A escolha por este tema como objeto de pesquisa além do que já foi citado, se deu também por perceber, diante de experiências profissionais que, a situação das questões que envolvem a transição de cuidado entre os profissionais de saúde é alarmante, uma vez que é fato existirem dificuldades destes em repassar e compreender informações sobre a deterioração clínica do paciente pediátrico, por conta que tais informações não são padronizadas e são fornecidas conforme as concepções de cada profissional. Tal realidade tem comprometido o processo de comunicação e conseqüentemente a assistência prestada ao paciente pediátrico.

Nessa perspectiva, esta pesquisa teve como objetivo construir e validar semanticamente um instrumento de comunicação segura para sistematizar a transição de cuidado em unidades clínicas e de emergência pediátricas.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa metodológica, fundamentada na Teoria Clássica dos Testes da Psicometria e no Modelo de Construção de Instrumentos, proposto por Pasquali.²⁷

Para a construção do instrumento utilizaram-se os procedimentos teóricos, que corresponde à definição do construto que vai ser avaliado; definição das propriedades desse construto; definição constitutiva; identificação de sua dimensionalidade e definição operacional; construção dos itens que irão compor o instrumento e validação de conteúdo desses itens²⁷ (Figura 1).

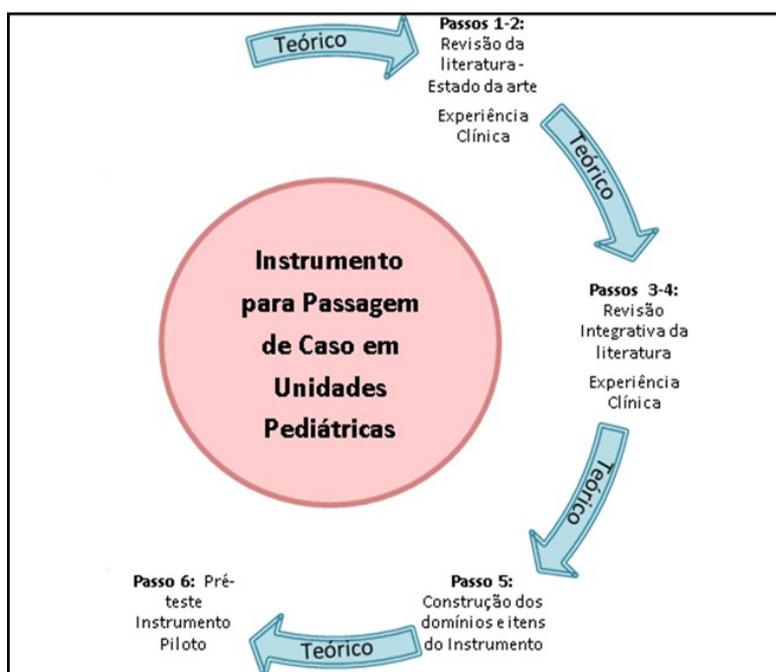


Figura 1 - Processo de construção e validação semântica do Instrumento para Passagem de Caso em Unidades Pediátricas, segundo Pasquali (2010). Florianópolis, SC, Brasil, 2017.

A partir disto, foi construído a Versão 1 do instrumento, proposta a partir de 19 itens, organizados em dois domínios.

O instrumento construído foi composto de 19 itens organizados em dois Domínios. O primeiro domínio contempla três itens que fazem referência às condutas que o profissional de saúde deve seguir antes de trocar informações, com outros profissionais, sobre o paciente pediátrico, tal como sugere a OMS e o *Guidelines for Communicating with Physicians Using the SBAR Process*.

Por sua vez, o segundo Domínio foi constituído por 16 itens da mnemônica SBAR sendo eles: *Situation/Situação* - identificação do profissional e a realização de uma descrição sucinta do problema da criança/adolescente; *Background/Antecedentes* - contempla informações mínimas, mas que refletem diretamente no reconhecimento da deterioração clínica em crianças e adolescentes hospitalizados; *Assessment/Avaliação* - esclareça ao outro profissional qual a sua avaliação sobre a situação; *Recommendation/Recomendação* - faça suas recomendações e relate o que espera, registre no prontuário da criança/adolescente: horário do contato com o outro profissional; nome do profissional que foi contatado; informações e condutas tomadas.

Esta versão, foi submetida a análise semântica, a qual envolve a avaliação de itens, pela população alvo, ou seja, a população a qual se destina o instrumento. A avaliação semântica dos itens é considerada como uma das mais eficazes na avaliação da compreensão dos itens, a qual deve ser realizada como uma forma de pré-teste e definição do instrumento piloto.²⁷

A pesquisa foi realizada em hospital público de ensino, de grande porte, localizado na Região Sul do Brasil, entre novembro e dezembro de 2016, com participação de sete profissionais *experts* em pediatria e/ou segurança do paciente, sendo cinco enfermeiras e duas médicas. O número de participantes foi definido por amostra não probabilística. O número total de participantes recomendado para a inclusão em estudos de validação é controverso, porém é comum a recomendação entre cinco e dez *experts*.²⁷ Neste estudo optou-se pela inclusão de sete. Na Técnica Delphi, é comum a desistência de participação de *experts* nas sucessivas rodadas de validação, no entanto, tal fato não ocorreu neste estudo.

Como critério de seleção das *experts* ficaram estabelecidos: atuar em unidades de internação e emergências pediátricas; participar ativamente de pesquisas relacionadas à segurança do paciente pediátrico; ter no mínimo doze meses de experiência na área e ter no mínimo um título de pós-graduação.

Para a coleta de dados elaborou-se um formulário eletrônico composto por três partes, desenvolvido pelas pesquisadoras, por meio do aplicativo *Google Forms*®. Para cada item apresentado no formulário foi inserido a escala *Likert* contendo as seguintes alternativas: discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo e concordo totalmente. Para que as *experts* pudessem realizar o julgamento de cada item apresentado no instrumento, foi inserido um espaço para registrar: itens necessários, porém ausentes; itens desnecessários; comentários e/ou sugestões, a fim de fornecer informações para aprimoramento da versão final e garantir a compreensão de cada item.

A coleta de dados foi realizada por meio de instrumento dividido em três partes: A primeira parte está direcionada para a caracterização das *experts*. A segunda parte consta da avaliação de conteúdo dos Domínios e seus itens. A terceira parte do instrumento diz respeito à sua apresentação. Os critérios avaliados foram: abrangência, clareza, coerência, criticidade dos itens, objetividade, redação científica, relevância, sequência, unicidade e atualização.²⁷

O formulário foi enviado às *experts* via *internet* e um endereço eletrônico foi criado exclusivamente para este fim. Antes do envio do formulário, realizou-se contato por *e-mail*, esclarecendo os motivos do estudo, como seriam seu desenvolvimento e a participação das *experts*. Neste momento, solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após o aceite do participante do estudo o formulário foi enviado e foram iniciadas as rodadas de validação.

Para cada item avaliado, calculou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Considerou-se o $IVC \geq 0,80$ como sendo um indicador de item válido, a ser mantido no instrumento.²⁷ Para IVC abaixo deste valor foram considerados conteúdos que precisavam ser revisados ou eliminados. Para o cálculo de IVC, dividiu-se o número de respostas totais obtidos pela avaliação das *experts*.

As recomendações das *experts* foram incluídas no conteúdo do instrumento para nova rodada de avaliação. Foram realizadas neste estudo duas rodadas de validação ocorridas entre novembro e dezembro de 2016.

As análises foram processadas utilizando-se o Programa *Software Microsoft Office Excel 2013*® a partir da inserção dos dados em planilha desenvolvida para a pesquisa.

O desenvolvimento da pesquisa seguiu as normas nacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Os resultados da primeira etapa do estudo corresponderam a construção do instrumento pela condução de uma revisão narrativa e integrativa da literatura, na qual foram identificados os instrumentos que avaliavam os construtos que norteiam a presente pesquisa, no entanto, o instrumento que teve destaque foi o *Guidelines for Communicating with Physicians Using the SBAR Process*. Diante disso, os dados dessa mnemônica, foram utilizados para compor o segundo domínio do instrumento construído. Destaca-se que sua escolha deve-se ao fato de possuir qualidade e confiança reconhecida internacionalmente e, especialmente, por ser pautado em estudos com práticas baseadas em evidências científicas. Além disso, ele é de domínio público e foi obtido gratuitamente via *internet*. O instrumento construído desenvolveu-se tendo como referências teóricas e instrumentos construídos para o mesmo fim, entre eles o *Guidelines for Communicating with Physicians Using the SBAR Process*.

Nesta revisão sete artigos foram selecionados, analisados e categorizados, que em síntese demonstraram que a Técnica SBAR foi a mais utilizada para estruturar a comunicação entre os profissionais de saúde, porém apresentam escassez de publicações no contexto pediátrico, indicando a necessidade de mais estudos.

A partir das evidências obtidas através da revisão integrativa e da vivência clínica das pesquisadoras nas unidades de internação pediátricas foi realizada ampla discussão sobre os Domínios e itens de referência a serem adotados, como também a identificação que a mnemônica do *Guidelines SBAR* poderia ser utilizada para a construção do segundo Domínio do instrumento para passagem de caso em unidades pediátricas, o qual fornece uma estrutura para que a comunicação transcorra de forma clara e efetiva, ou seja, com informações corretas, organizadas, seguras e concisas. O instrumento construído foi composto de 19 itens organizados em dois Domínios.

Como caracterização das *experts*, cinco eram enfermeiras e duas médicas, com média de idade de 26 anos e cinco meses, todas concluíram pós-graduação *lato sensu*, cinco participavam de grupos de pesquisas e possuíam publicações científicas relacionadas à temática Saúde da Criança. Além disso, possuíam experiência profissional nessa área temática e, também, em unidades de internação e emergência pediátrica.

No quadro 1 são apresentados todos os itens que sofreram alterações no instrumento, antes e depois da validação. As diferenças de conteúdo (construídos com alterações sugeridas pelas *experts*) definidas no processo de validação são apresentadas por palavras escritas em itálico e negrito na coluna da direita.

Registra-se que, na primeira versão do instrumento, os itens 1,3,7 e tiveram sua redação reformulada por sugestão das *experts* e os itens 4 e 13 foram acrescentados. Já o restante dos itens (13), obtiveram o critério de concordância superior a 80% entre as *experts*. Na segunda rodada todos os itens após alterações realizadas por sugestões das *experts* atingiram o $IVC \geq 0,80$ em todos os itens.

Quadro 1 – Conteúdos do Instrumento para Passagem de Caso em Unidades Pediátricas antes e depois da validação. Florianópolis, SC, Brasil, 2017.

Item	Antes da validação	IVC	Depois da validação	IVC
Item 1	Observe e avalie os principais sinais de alerta apresentados pelo paciente.	0,750	Observe e avalie os principais sinais de alerta apresentados pelo paciente pediátrico ou relatados pelas mães/responsáveis antes de fazer o contato.	0,986
Item 3	Esteja com o prontuário em mãos.	0,875	Esteja com o prontuário em mãos e tenha lido a última evolução de enfermagem, médica ou as observações complementares.	0,999
Item 4	Não tinha sido incluído	0	Identifique-se	0,986
Item 7	Realize uma descrição sucinta do problema.	0,874	Realize uma descrição sucinta do problema da criança/adolescente	0,997
Item 13	Não tinha sido incluído	0	Utilize escala para dor	0,986

No geral, a avaliação do instrumento por parte das *experts* revelou que os Domínios e os itens eram compreensíveis e relevantes para prática clínica. Além disso, manifestaram que as opções de resposta eram claras e fáceis de entender. Com isto foi aperfeiçoada a Versão 1, resultando na Versão 2 do Instrumento para Passagem de Caso em Unidades Pediátricas. Após as análises encerraram-se os procedimentos teóricos na construção do instrumento de medida, tendo como produto o instrumento piloto (Quadro 2).

Quadro 2 – Instrumento piloto para Passagem de Caso em Unidades Pediátricas. Florianópolis, SC, Brasil, 2017.

INSTRUMENTO PARA PASSAGEM DE CASO EM UNIDADES PEDIÁTRICAS	
ANTES DE CHAMAR O ENFERMEIRO/MÉDICO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE	
CONSIDERE OS SEGUINTEs ITENS:	
	Observe e avalie os principais sinais de alerta apresentados pelo paciente pediátrico ou relatados pelas mães/responsáveis antes de fazer o contato.
	Localize o enfermeiro/médico o qual você precisa para se comunicar pessoalmente ou por via telefone para situações emergenciais não espere mais que cinco minutos entre as tentativas.
	Esteja com o prontuário em mãos, tenha lido a última evolução de enfermagem, médica ou as observações complementares.
AO FALAR COM O ENFERMEIRO/MÉDICO VOCÊ DEVERÁ SEGUIR OS PASSOS DA TÉCNICA SBAR:	
	Identifique-se.
	Realize uma descrição sucinta do problema da criança/adolescente.
	Informe o nome completo da criança e/ou adolescente, idade, peso, diagnóstico da admissão, data de admissão.
Situation:	Esclareça sobre alterações apresentadas quanto aos indicadores críticos de saúde: 1-Respiração; 2-Circulação/hemodinâmica; 3-Escala de nível de consciência - trauma/sedação; 4-Eliminação/hidratação.
	Esclareça sobre as atuais medicações e fluidos intravenosos utilizados, alergias.
	Informe os sinais vitais recentes: T°C; FC bpm; R ipm; SpO2%; PA mmHg.
	Escala para dor (utilizar escala para dor).
	Relate o resultado de exames laboratoriais: data e a hora em que foi realizado; bem como o resultado de exames anteriores para comparação.
	Esclareça outras informações clínicas importantes.
Assessment	Esclareça ao outro profissional qual sua avaliação sobre a situação.
Recommendation	Faça suas recomendações e relate o que espera.
	Registre no prontuário da criança/adolescente

Realizadas as alterações necessárias no instrumento, constituiu-se a segunda versão sendo, portanto, o produto final da fase teórica, ou seja, o instrumento piloto que posteriormente será submetido aos polos empírico e analítico, sendo considerada a composição de 19 itens organizados em dois Domínios.

DISCUSSÃO

A construção de instrumentos na área da saúde proporciona evolução para a assistência e, conseqüentemente, para a segurança do paciente à medida que vem com a finalidade de conferir embasamento científico ao profissional.¹²

Na síntese da revisão integrativa e narrativa realizada os estudos demonstraram que a utilização de protocolos para padronizar a comunicação entre os profissionais de saúde é um fator importante no combate aos eventos adversos e na promoção da segurança do paciente pediátrico, considerando os benefícios demonstrados, como melhoria na comunicação, no trabalho em equipe e no desenvolvimento de uma cultura de segurança.^{17,20,28-29.}

O instrumento construído e analisado semanticamente constituiu-se de condutas necessárias para padronizar a comunicação na transição de cuidado em unidades pediátricas. Desta forma, o Modelo proposto por Pasquali²⁷ se mostrou o mais adequado para a construção do instrumento, uma vez que, apesar de ser da área de psicologia, é amplamente utilizado em pesquisas na área de enfermagem e da saúde em geral.³⁰

Na fase de validação de conteúdo o índice geral do IVC do instrumento foi obtido pelo somatório do IVC de cada item e dividido pela quantidade de itens obtendo-se a concordância recomendada de pelo menos 80%.

Algumas sugestões das *experts* foram incorporadas para o aperfeiçoamento do instrumento, como por exemplo: as sugestões que mais se destacaram no domínio um foram com relação ao primeiro item, “observe e avalie os principais sinais de alerta apresentados pelo paciente pediátrico ou relatados pelas mães/responsáveis antes de fazer o contato”, o qual foi considerado oportuno e incluído no instrumento pelo fato de que os profissionais de saúde devem estar preparados para reconhecer, por meio da avaliação dos sinais e sintomas de cada faixa etária, os sinais de gravidade.³¹

O reconhecimento precoce da rápida deterioração clínica do paciente pediátrico pode fazer a diferença entre a vida e a morte. Nesta perspectiva nota-se que o enfermeiro por assistir o paciente pediátrico de maneira contínua, sendo este, o elo entre os diversos profissionais de saúde e o paciente pediátrico/família e, em decorrência disto é um dos principais membros da equipe responsável por detectar o grau de gravidade ou a deterioração do quadro clínico da criança e/ou adolescente.³¹

Desta forma, para a avaliação detalhada da condição clínica de um paciente pediátrico, são necessários a anamnese e o exame físico criterioso,³¹ devendo preferencialmente seguir o modelo “avaliar, categorizar, decidir e agir”, pois se trata de uma abordagem sistemática escolhida para o reconhecimento e o tratamento das crianças/adolescentes gravemente enfermas.³²

Segundo a *Joint Commission Internacional* os profissionais de saúde devem atentar-se para inserir o paciente na assistência.³³ Estudo realizado em uma UTI de um hospital brasileiro mostrou que, os membros da família são as fontes vitais de informação sobre o paciente pediátrico.

Nesse sentido, os profissionais de saúde devem incentivar a família para estar presente durante todas as fases do atendimento e, os recursos necessários para promover uma comunicação eficaz devem estar disponíveis, uma vez que a comunicação inadequada entre profissionais de saúde e pacientes e/ou famílias pode contribuir para erros e eventos adversos.³⁴ Dados evidenciaram 7149 casos de negligência, sendo que destes 55% foram relacionados às falhas de comunicação entre profissionais de saúde e pacientes e familiares.³⁵

Frente às estatísticas apresentadas em relação ao aumento do número de eventos adversos, pesquisa divulgada recentemente sugere que aliar os familiares como parceiros críticos e ativos nas práticas junto aos profissionais de saúde, no sentido de garantir a execução das práticas seguras, é uma estratégia importante e promissora para a promoção de saúde e segurança do paciente.³⁴

Além disso, destaca-se o papel do acompanhante como um parceiro para a promoção da segurança do paciente pediátrico e, ao mesmo tempo, uma barreira para a ocorrência de incidentes.¹¹

Neste sentido, o relatório do Instituto Lucian Leape da *National Patient Safety Foundation* (NPSF) *Safety Is Personal: Partnering With Patients and Families for the Safest Care*, destaca que o envolvimento do paciente e de seus familiares é fundamental para a segurança do paciente em todos os níveis da assistência e saúde.³⁶

A sugestão sobre o item três, “esteja com o prontuário em mãos e tenha lido a última evolução de enfermagem, médica ou as observações complementares” foi incluída ao instrumento.

A documentação é uma prática essencial na área da saúde, com importância clínica e legal e constitui-se em uma importante ferramenta de comunicação entre os profissionais, sendo um respaldo legal dos pacientes e profissionais.³⁷ Eles são responsáveis por manter registros precisos e completos, de forma a garantir continuidade, segurança e qualidade da assistência realizada.³⁸

Os registros no prontuário ou as observações complementares do paciente pediátrico são importantes para a tomada de decisão, frente a assistência ao paciente, auxiliando na análise de seu estado geral, sua evolução e resposta ao tratamento, podendo ainda colaborar para que na passagem de caso possam ser certificadas e confirmadas as ações realizadas de modo a guiar a prática profissional, que dará continuidade na assistência.³⁹

No segundo domínio no item quatro houve a inclusão da sugestão “Identifique-se” no momento do contato, na etapa “*Situation/Situação*”. Vale ressaltar que estudo mostra que é importante que o profissional tenha conhecimento sobre quem está falando, pois, a identificação precoce cria relacionamentos e reduz tensões entre os profissionais.⁴⁰

Ainda, quanto a este item destaca-se que o processo de comunicação, quanto às informações que circulam entre as unidades, é mais caracterizado por uma negociação do que por uma troca de informações em si, ou seja, nesse processo de negociação a fonte das informações é uma parte fundamental para que se obtenha veracidade e confiança no que está sendo repassado, deve-se lembrar que no hospital quando as informações técnicas circulam, pressupõe-se que são oriundas de dados científicos, e achados clínicos baseados no conhecimento do profissional.

De certa forma, estão todos os profissionais envolvidos nesse processo de comunicação dentro de um ambiente no qual todos são detentores de algum poder, seja pelo conhecimento sobre uma patologia, uma técnica e/ou mesmo possuidor de informações privilegiadas. A negociação se dá por esse jogo de influência e constante disputa que envolve o conhecimento, a apropriação de recursos, competências pessoais e interpessoais, por isso há necessidade da identificação pessoal de cada profissional.⁴¹

Outra conduta incluída ao mesmo domínio, na etapa correspondente ao “*Background/Antecedente*” foi com relação ao item 13 “utilizar escala para dor”. Essa sugestão foi considerada tendo em vista que a dor deve ser avaliada de forma multidimensional, incorporando parâmetros fisiológicos, que separadamente não são específicos, com mensurações objetivas baseadas em escalas padronizadas para proporcionar informações sobre respostas individuais à dor.

Nessa perspectiva estudo revela que o choro, a mímica facial, a movimentação corporal e a agitação foram os sinais utilizados para avaliar a dor do recém-nascido e crianças.⁴²

A identificação da dor é importante para o manejo eficaz. O autorrelato é considerado, pelos profissionais de saúde, um dos melhores instrumentos para a avaliação da dor. No entanto, recém-nascidos não verbalizam sua dor. Dessa maneira, é essencial que haja outros métodos conhecidos e utilizados pelos profissionais para avaliar a dor, como o uso de escalas validadas.⁴²

Além disso, a falta de conhecimento clínico, a carência de estudos e o desconhecimento dos efeitos adversos, provocados por opioides, tornam o manejo efetivo da dor uma prática incomum.⁴³

Considera-se que as *experts* tiveram papel relevante na análise da estrutura do instrumento, destacando as inúmeras contribuições e sugestões durante o seu desenvolvimento. Os itens propostos, no instrumento como um todo, mostraram-se possuir características teóricas para direcionar e auxiliar os profissionais de saúde no processo de comunicação durante a transição de cuidado, padronizando as informações e otimizando o tempo a ser despendido nesta tarefa, sendo totalmente passível de modificações conforme as necessidades apresentadas pelo paciente pediátrico hospitalizado.

Lembramos que, após a análise semântica encerraram-se os procedimentos teóricos na Construção do Instrumento, para Passagem de Caso em Unidades Pediátricas, tendo como produto o instrumento piloto, que posteriormente será submetido aos polos empírico e analítico.

CONCLUSÃO

O processo de construção e validação semântica do “Instrumento para Passagem de Caso em Unidades Pediátricas” seguiu os passos metodológicos recomendados por Pasquali, resultando em um instrumento com características teóricas para direcionar e auxiliar os profissionais de saúde no processo de comunicação segura durante a transição de cuidado.

Destaca-se como contribuição desta pesquisa, a apresentação de forma metodológica das etapas de construção de um instrumento, permitindo o direcionamento de outros pesquisadores na construção de instrumentos capazes de avaliar o processo de comunicação na transição de cuidado.

Cabe destacar a importância que um instrumento padronizado e validado possui para a promoção da comunicação eficaz. Assim, por se tratar de estudo inédito no Brasil e pelo fato desse instrumento ser construído e validado a partir do *Guidelines for Communicating with Physicians Using the SBAR Process* para a realidade brasileira, não foi possível realizar uma discussão apoiada em outras literaturas nacionais publicadas.

Acredita-se, outrossim, que o instrumento construído e validado semanticamente, necessita passar pelo processo de validação clínica, para ser utilizado na prática profissional, já que esta foi a primeira fase da validação do instrumento.

Logo, entende-se ser esta uma limitação deste estudo, e que a continuidade desta pesquisa se torna necessária, para contribuir com a área de segurança do paciente pediátrico.

REFERÊNCIAS

1. Carlesi KC, Padilha KG, Toffoletto MC, Henriquez-Roldán C, Juan MAC. Patient safety incidents and nursing workload. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [acesso 2017 Set 11];25:e2541. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1280.2841>
2. Silva MF, Anders JC, Rocha PK, Souza AIJ, Burciaga VB. Communication in nursing shift handover: pediatric patient safety. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Set 2];25(3):e3600015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016003600015>
3. The Joint Commission. Improving Transitions of Care: Hand-off communications. In: Joint Commission Center for Transforming Healthcare. 2014 [acesso 2018 Nov 25]. Disponível em: <https://www.centerfortransforminghealthcare.org/improvement-topics/hand-off-communications/>
4. Martin HA, Ciurzynski SM. Situation, background, assessment, and recommendation–guided huddles improve communication and teamwork in the emergency department. *J Emerg Nurs* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Nov 20];41(6):484-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26143504>

5. Joint Comission Resources. Sentinel event statistics released for 2015. [acesso 2017 Set 5]. Disponível em: <http://info.jcrinc.com/rs/494-mtz-066/images/sentinel39.pdf>
6. Denson JL, Jensen A, Saag HS, Wang B, Fang Y, Horwitz LI, et al. Association between end-of-rotation resident transition in care and mortality among hospitalized patients. *JAMA* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Ago 20];316(21):2204. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27923090>
7. Panesar RS, Albert B, Messina C, Parker M. The Effect of an electronic SBAR communication tool on documentation of acute events in the pediatric intensive care unit. *Am J Med Qual* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Ago 20];31(1):64-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25274104>
8. Johnston M, Arora S, King D, Stroman L, Darzi A. Escalation of care and failure to rescue: a multicenter, multiprofessional qualitative study. *Surgery* [Internet]. 2014 [acesso 2017 Set 25];155(6):989–94. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24768480>
9. Wong HJ, Bierbrier R, Ma P, Quan S, Lai S, Wu RC. An analysis of messages sent between nurses and physicians in deteriorating internal medicine patients to help identify issues in failures to rescue. *Int J Med Inform* [Internet]. 2017 [acesso 2017 Set 5];100:9-15. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28241941>
10. Rosenfeld RM, Shiffman RN, Robertson P. Clinical practice guideline development manual, third edition. *Otolaryngol Neck Surg* [Internet]. 2013 [acesso 2018 Mai 25];148(Suppl 1):S1-55. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23243141>
11. Wegner W, Silva MUM, Peres MA, Bandeira LE, Frantz E, Botene DZA, et al. Patient safety in the care of hospitalised children: evidence for paediatric nursing. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Mai 25];38(1):e68020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.68020>
12. Catunda HLO, Bernardo EBR, Vasconcelos CTM, Moura ERF, Pinheiro AKB, Aquino PS. Methodological approach in nursing research for constructing and validating protocols. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2017 Ago 11];26(2):e00650016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000650016>
13. Macedo TR, Rocha PK, Tomazoni A, Souza S, Anders JC, Davis K. The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Set 2];50(5):756–62. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0080-623420160000600007>
14. Clark E, Squire S, Heyme A, Mickle M-E, Petrie E. The PACT Project: improving communication at handover. *Med J Aust* [Internet]. 2009 [acesso 2017 Out 25];190(Suppl 11):S125-7. Disponível em: <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2009.tb02618.x>
15. De Meester K, Verspuy M, Monsieurs KG, Van Bogaert P. SBAR improves nurse–physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. *Resuscitation* [Internet]. 2013 [acesso 2017 Set 15];84(9):1192-6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23537699>
16. Sears K, Lewis ST, Craddock MDM, Flowers BR, Bovie LC. The evaluation of a communication tool within an acute healthcare organization. *J Hosp Adm* [Internet]. 2014 [acesso 2017 Out 12];3(5):79. Disponível em: <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jha/article/view/3854>
17. Achrekar MS, Murthy V, Kanan S, Shetty R, Nair M, Khattry N. Introduction of situation, background, assessment, recommendation into nursing practice: a prospective study. *Asia-Pacific J Oncol Nurs* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Mai 24];3(1):45. Disponível em: <http://www.apjon.org/text.asp?2016/3/1/45/178171>

18. Ting W-H, Peng F-S, Lin H-H, Hsiao S-M. The impact of situation-background-assessment-recommendation (SBAR) on safety attitudes in the obstetrics department. *Taiwan J Obstet Gynecol* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Mai 25];56(2):171-4. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28420502>
19. Van Eaton E. Handoff improvement: we need to understand what we are trying to fix. *Jt Comm J Qual patient Saf* [Internet]. 2010 [acesso 2018 Mai 25];36(2):51. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20180436>
20. Lee JY. Effective communication for patient safety. *J Korean Med Assoc* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Set 2];58(2):100. Disponível em: <https://synapse.koreamed.org/doix.php?id=10.5124/jkma.2015.58.2.100>
21. Yu M, Kang K JA. Effectiveness of a role-play simulation program involving the sbar technique: A quasi-experimental study. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Mai 25];53:41-7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28433731>
22. World Health Organization. Patient safety WHO programme areas. 2004 [acesso 2018 May 25]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/about/programmes/en>
23. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática [Internet]. 2013 [acesso 2018 Mai 25]. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/uploads/divisa_document/file/374/caderno_1_-_assist%c3%aancia_segura_-_uma_reflex%c3%a3o_te%c3%b3rica_aplicada_%c3%a0_pr%c3%a1tica.pdf
24. Kang K-A, Kim S, Kim S-J, Oh J, Lee M. Comparison of knowledge, confidence in skill performance (CSP) and satisfaction in problem-based learning (PBL) and simulation with PBL educational modalities in caring for children with bronchiolitis. *YNEDT* [Internet]. 2014 [acesso 2017 Out 16];35:315–21. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.10.006>
25. Brasil. Ministério da Saúde (MS); Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional De Vigilância Sanitária (ANVISA). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. 2014 [acesso 2017 Nov 6]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
26. Alpendre FT, Cruz EDA, Dyniewicz AM, Mantovani MF, Silva AEBC, Santos GS. Safe surgery: validation of pre and postoperative checklists. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Mai 25];25:e2907. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28699994>
27. Pasquali L. Testes referentes a construto: Teoria e modelo de construção. In: Pasquali L, organizador. *Instrumentação psicológica: fundamentos e prática*. Porto Alegre, RS(BR): Artmed; 2010. p. 165-98.
28. Merkel MJ, Von Dossow V, Zwißler B. Structured patient handovers in perioperative medicine: Rationale and implementation in clinical practice. *Anaesthesist* [Internet]. 2017 [acesso 2017 Set 11];66(6):396-403. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00101-017-0320-6>
29. Riesenber LA, Leitzsch J, Little BW. Systematic review of handoff mnemonics literature. *Am J Med Qual* [Internet]. 2009 [acesso 2018 Mai 25];24(3):196-204. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19269930>
30. Lima LM, Santos SR. Protótipo de um software para registro de enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal. *Aquichan* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Oct 25];5(1):31-43. Disponível em: <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.1.4>
31. Miranda JOF, Camargo CL, Nascimento CLS, Portela DS, Monaghan A. Accuracy of a pediatric early warning score in the recognition of clinical deterioration. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Mai 25];25:e2912. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1733.2912>

32. American Heart Association. PALS. Pediatric advanced life support : provider manual. 2015 [acesso 2018 Mai 25]. Disponível em: http://cpr.heart.org/ahaecc/cprandecc/training/healthcareprofessional/pediatric/ucm_476258_pals.jsp
33. The Joint Commission. Improving America's Hospitals - The Joint Commission's annual report on quality and safety 2011 | Joint Commission. 2011 [acesso 2017 Nov 1]. Disponível em: https://www.jointcommission.org/2011_annual_report/
34. Sousa FCP, Montenegro LC, Goveia VR, Corrêa AR, Rocha PK, Manzo BF. Family participation in patient safety in neonatal units from the nursing perspective. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2017 Set 5];26(3):e1180016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001180016>
35. Crico Strategies. Malpractice risks in communication failures: 2015 Annual Benchmarking Report. AHRQ Patient Safety Network. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). 2016 [acesso 2017 Set 18]. Disponível em: <https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/29752/malpractice-risks-in-communication-failures-2015-annual-benchmarking-report>
36. National Patient Safety Foundation. Livres de danos: acelerar a melhoria da segurança do paciente quinze anos depois de to err is human. 2015 [acesso 2017 Ago 20]. Disponível em: https://c.yimcdn.com/sites/npsf.site-ym.com/resource/resmgr/pdf/free_from_harm_portugues-br.pdf
37. Rojahn D, De Souza I, Locatelli P, Hermann R, Ascari RA. Comunicação efetiva em registros de enfermagem: uma prática assistencial. *Rev UNINGÁ* [Internet]. 2014 [acesso 2018 Mai 25];19(2):9-13. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/review>
38. Miranda, JOF; Camargo, CL; Sobrinho, CLN; Portela DMS. Clinical deterioration in hospitalized children: integrative review of a Pediatric early warning score. *J Nurs UFPE* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Set 15];10(3):1128-39. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11067>.
39. Wegner W, Pedro ENR. Patient safety in care circumstances: prevention of adverse events in the hospitalization of children. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2012 [acesso 2018 Mai 25];20(3):427-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000300002>
40. Sevdalis N, Wong HWL, Arora S, Nagpal K, Healey A, Hanna GB, et al. Quantitative analysis of intraoperative communication in open and laparoscopic surgery. *Surg Endosc* [Internet]. 2012 [acesso 2017 Fev 12];26(10):2931-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22538692>
41. Wolton D. Informar não é comunicar. Porto Alegre, RS(BR): Sulina; 2010.
42. Costa T, Rossato LM, Bueno M, Secco IL, Sposito NPB, Harrison D, et al. Nurses' knowledge and practices regarding pain management in newborns. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017 [acesso 2017 Set 5];51:e03210. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016034403210>
43. Dantas LVRP, Dantas TSP, Santana-Filho VJ, Azevedo-Santos IF, De Santana JM. Pain assessment during blood collection from sedated and mechanically ventilated children. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Set 15];28(1):49-54. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160013>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Artigo extraído da tese - Construção e Validação do Instrumento para Passagem de Caso em Unidades Pediátricas, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, em 2017.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Silva MF, Rocha PK.

Coleta de dados: Silva MF, Rocha PK.

Análise e interpretação dos dados: Silva MF, Rocha PK.

Discussão dos resultados: Silva MF, Rocha PK, Souza S, Echevarria-Guanilo MH, Bertoncetto KCG, Schneider KLK.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Silva MF, Rocha PK, Souza S, Echevarria-Guanilo MH, Bertoncetto KCG, Schneider KLK.

Revisão e aprovação final da versão final: Silva MF, Rocha PK, Souza S, Echevarria-Guanilo MH, Bertoncetto KCG, Schneider KLK.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, parecer n. 1.556.430, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética CAAE: 55170716.6.0000.0121.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

HISTÓRICO

Recebido: 11 de junho de 2018.

Aprovado: 24 de maio de 2019.

AUTOR CORRESPONDENTE

Sabrina de Souza

sabrinas.enfer@gmail.com