

Michelini Fátima da Silva

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO PARA  
PASSAGEM DE CASO EM UNIDADES PEDIÁTRICAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós  
Graduação em Enfermagem da  
Universidade Federal de Santa  
Catarina, como requisito final para  
obtenção do Título de Doutor em  
Enfermagem.

**Área de Concentração:** Filosofia e  
Cuidado em Saúde e Enfermagem

**Linha de Pesquisa:** Modelos e  
Tecnologias para o Cuidado em Saúde  
e Enfermagem

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dra. Patrícia  
Kuerten Rocha

Florianópolis-SC  
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária  
da UFSC.

Silva, Michelini Fátima da  
CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO PARA  
PASSAGEM DE CASO EM UNIDADES PEDIÁTRICAS /  
Michelini Fátima da Silva ; orientador, Patrícia  
Kuerten Rocha, 2017.  
189 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Comunicação. 3. Segurança do  
Paciente. 4. Estudos de Validação . 5. Enfermagem.  
I. Rocha, Patrícia Kuerten . II. Universidade  
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação  
em Enfermagem. III. Título.

MICHELINI FÁTIMA DA SILVA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO PARA  
PASSAGEM DE CASO EM UNIDADES PEDIÁTRICAS**

Esta Tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

**DOUTOR EM ENFERMAGEM**

E aprovada em 31/10/2017, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração: **Filosofia e cuidado em saúde e enfermagem.**

Florianópolis, 31 de Outubro de 2017.



Dra. Jussara Gue Martini  
Coordenadora do Programa

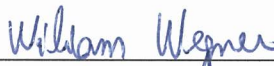
**Banca Examinadora:**



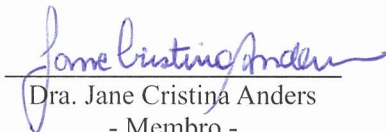
Dra. Patrícia Kuerten Rocha  
Presidente



Dra. Bruna Figueiredo Manzo  
- Membro -



Dr. Wiliam Wegner  
- Membro -



Dra. Jane Cristina Anders  
- Membro -



Dra. Maria Elena Echevarria  
Guanilo  
- Membro -



Dedico esta Tese a minha filha **Camila**, pela paciência, companheirismo, amor e toda a ajuda para a concretização deste trabalho. Você representa o que deixo de melhor para o mundo.

## AGRADECIMENTOS

Agradecer é essencial no momento de uma conquista tão importante.

Em especial, a **Deus**, obrigada meu bom Deus, por permitir concretizar algo que parecia impossível, inalcançável.... Muitos foram os momentos de adversidades, mas Tu me sustentastes, fazendo com que eu permanecesse firme na concretização desse sonho. Todo louvor seja dado a Ti, meu grande Mestre e Senhor!

Ao meu esposo **Cunha**, minha filha **Camila**, e minha amiguinha de quatro patas **Faith**, pelo apoio em todos os momentos de minha vida. Perdão pelas vezes que tive que renunciar o estar em família para passar horas diante do computador. Obrigada pela família que formamos.

Aos meus familiares, **pai, mãe, meus irmãos, sobrinho e cunhada**, obrigada pelo apoio sempre quando precisei. Saibam que somos uma família unida e servimos de alicerce um ao outro. Amo muito vocês!

À Professora Dr.<sup>a</sup> **Patrícia Kuerten Rocha**, admiro sua competência e sinceridade. Minha gratidão pela excelente orientação, pelos ensinamentos, oportunidades, dedicação e paciência durante a realização deste estudo. Serei eternamente grata!

À querida Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> **Jane Cristina Andres** obrigada pela amizade, conversas e palavras de incentivo. Admiro muito você!

Aos **Membros da Banca Examinadora**, obrigado por aceitarem o convite pela leitura crítica, contribuindo no aperfeiçoamento deste trabalho

Aos **especialistas** que gentilmente doaram seu tempo na concretização dessa tese. Sem vocês nada seria possível.

A amiga Dr.<sup>a</sup> **Luizita Henckemaier**, nas horas que mais precisei de ajuda na minha vida profissional você esteve presente. Obrigada pela amizade auxílio e disponibilidade.

Aos meus queridos **amigos do MONC**, obrigado por compreender esse tempo de ausência. Vocês são a extensão do carinho de Deus por mim.

Ao **Hospital Universitário**, do qual tenho muito orgulho de fazer parte, em especial a **Enfermagem** pelo apoio recebido durante toda minha vida profissional. Meu reconhecimento e respeito.

Aos **amigos da UIP- HU**. Obrigada pela amizade, pelo apoio, e por estarem disponíveis quando precisei.

Aos **colegas do GEPESCA** pela parceria, amizade, troca de experiências e pelas publicações e trabalhos realizados juntos.

A **todos aqueles**, que de algum modo, contribuíram para a realização deste trabalho. Muito obrigada!

## RESUMO

A segurança do paciente pediátrico depende de uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e tal condição também é fundamental para a passagem de caso, em unidades pediátricas, é uma atividade complexa em função da instabilidade clínica do paciente pediátrico o que requer atenção e controle por parte da equipe multiprofissional. Deste modo, são necessárias soluções que busquem à comunicação eficaz. Assim, o presente estudo tem como objetivo: Construir e validar um instrumento de comunicação segura para sistematizar a passagem de caso em unidades pediátricas. Trata-se de uma pesquisa metodológica, fundamentada na Teoria Clássica dos Testes da Psicometria e no Modelo de Construção de Instrumentos proposto por Pasquali, divididos em três grandes polos, denominados de procedimentos teóricos, empíricos e analíticos. Os procedimentos teóricos foram realizados em duas fases: teórica e de construção, relacionadas à construção do instrumento piloto e análise semântica. O procedimento empírico foi realizado por meio da análise de conteúdo mediante a aplicação da Técnica Delphi. Nos procedimentos analíticos, foram avaliadas às propriedades psicométricas: validade (Índice de Validade de Conteúdo) e confiabilidade ( $\alpha$  de Cronbach). Na análise semântica dos itens foram propostas readequações, no sentido de deixar o instrumento mais conciso e claro, sendo que as principais sugestões de melhoria foram em relação à estrutura do conteúdo, da redação e da adequação de termos. O Instrumento ficou composto por dois domínios e 19 itens. Quanto as propriedades psicométricas o Índice de Validade de Conteúdo foi de  $\geq 0,87$  e Alfa de Cronbach  $\geq 0,94$ , tais valores indicam que o presente instrumento possui uma alta confiabilidade. Conclui-se, que o instrumento construído atende os pré-requisitos psicométricos de validade e confiabilidade, padronizando as informações para a promoção da segurança do paciente pediátrico. Sugere assim, que esse instrumento possa auxiliar na comunicação segura e consequentemente agregar na segurança do paciente pediátrico. Pode-se concluir que a versão final do instrumento foi validade enquanto análise semântica e conteúdo, necessitando ser realizada a validação clínica.

**Descritores:** Comunicação; Segurança do Paciente; Estudos de Validação. Equipe de saúde, Enfermagem.



## ABSTRACT

The safety of the pediatric patient depends on effective communication among health professionals, and such a condition is also fundamental for the shift handover in pediatric units, is a complex activity due to the clinical instability of the pediatric patient which requires attention and control by part of the multiprofessional team. In this way, solutions are needed to look for an effective communication. Thus, the present study aims to: Construct and validate a secure communication instrument to systematize the shift handover in pediatric units. This is a methodological research, based on the Classical Theory of Psychometric Testing and the Construction Model of Instruments proposed by Pasquali, divided into three major poles, called theoretical, empirical and analytical procedures. The theoretical procedures were performed in two phases: theoretical and construction, related to the construction of the pilot instrument and semantic analysis. The empirical procedure was performed through content analysis through the application of the Delphi Technique. In the analytical procedures, the psychometric properties were evaluated: validity (Content Validity Index) and reliability (Cronbach's  $\alpha$ ). In the semantic analysis of the items, adjustments were proposed in order to make the instrument more concise and clear, with the main suggestions for improvement being in relation to the content structure, the writing and the appropriateness of terms. The Instrument was composed of two domains and 19 items. Regarding the psychometric properties, the Content Validity Index was  $\geq 0.87$  and Cronbach's Alfa  $\geq 0.94$ , these values indicate that the present instrument has a high reliability. It is concluded that the built instrument meets the psychometric prerequisites of validity and reliability, standardizing information for the promotion of pediatric patient safety. Thus, it suggests that this instrument can aid in the safe communication and consequently add to the safety of the pediatric patient. It can be concluded that the final version of the instrument was valid while semantic analysis and content, requiring clinical validation.

**Keywords:** Communication; Patient safety; Validation Studies. Health team, Nursing.

## RESUMEN

La seguridad del paciente pediátrico depende de una comunicación eficaz entre los profesionales de la salud y tal condición también es fundamental para la entrega de turno en unidades pediátricas, es una actividad compleja en función de la inestabilidad clínica del paciente pediátrico lo que requiere atención y control por parte del equipo multiprofesional. De este modo, son necesarias soluciones que busquen una comunicación eficaz. Así, el presente estudio tiene como objetivo: Construir y validar un instrumento de comunicación segura para sistematizar la entrega de turno en unidades pediátricas. Se trata de una investigación metodológica, fundamentada en la Teoría Clásica de las Pruebas de la Psicometría y en el Modelo de Construcción de Instrumentos propuesto por Pasquali, divididos en tres grandes polos, denominados de procedimientos teóricos, empíricos y analíticos. Los procedimientos teóricos se realizaron en dos fases: teórica y de construcción, relacionadas a la construcción del instrumento piloto y análisis semántico. El procedimiento empírico fue realizado por medio del análisis de contenido mediante la aplicación de la Técnica Delphi. En los procedimientos analíticos, se evaluaron las propiedades psicométricas: validez (índice de validez de contenido) y confiabilidad ( $\alpha$  de Cronbach). En el análisis semántico de los ítems fueron propuestas correcciones, con la intención de dejar el instrumento más conciso y claro, siendo que las principales sugerencias de mejora fueron en relación a la estructura del contenido, de la redacción y de la adecuación de términos. El Instrumento quedó compuesto por dos dominios y 19 ítems. En cuanto a las propiedades psicométricas el Índice de Validez de Contenido fue de  $\geq 0,87$  y Alfa de Cronbach  $\geq 0,94$ , estos valores indican que el presente instrumento posee una alta confiabilidad. Se concluye que el instrumento construido atiende los requisitos previos psicométricos de validez y confiabilidad, estandarizando las informaciones para la promoción de la seguridad del paciente pediátrico. Sugiere así que ese instrumento pueda auxiliar en la comunicación segura y consecuentemente agregar en la seguridad del paciente pediátrico. Se puede concluir que la versión final del instrumento fue validada como análisis semántico y contenido, necesitando ser realizada la validación clínica.

**Palabras clave:** Comunicación; Seguridad del paciente; Estudios de Validación. Equipo de salud, Enfermería.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Banner de ações do High's Passagem de Caso.....	31
Figura 2 - Situation, Background, Assessment, RecommendationSBAR .....	40
Figura 3 - Organograma para elaboração de medida psicológica.....	45
Figura 4 - Seleção dos especialistas por meio da Plataforma Lattes, 2017.....	59
Figura 5 - Cálculo amostral segundo o Sistema Operacional – SEstatNet®, 2017.....	60
Figura 6 – Passos da construção e validação do Instrumento para Passagem de Caso em Unidades Pediátricas, 2017.....	63

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Etapas da Técnica Delphi .....	53
Quadro 2 - Instrumento para Passagem de Caso em Unidades Pediátricas. Florianópolis, SC, Brasil, 2017. ....	117

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição dos artigos encontrados, excluídos e selecionados, segundo os meios eletrônicos, entre 2005 e 2015. Florianópolis, SC, Brasil, 2016. ....	73
Tabela 2 - Caracterização dos estudos analisados. Florianópolis, SC, Brasil, 2016. ....	74
Tabela 3 - Dados referentes ao perfil sociodemográfico e profissional dos especialistas. Florianopolis, 2017. ....	112
Tabela 4 - Análise da concordância sobre os domínios e as características dos componentes do Instrumento. Florianópolis, 2017.....	113
Tabela 5 - Análise do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) dos domínios e características do instrumento. Florianópolis, 2017.....	115
Tabela 6 - Análise de correlação, consistência interna e concordância das avaliações dos especialistas quanto aos domínios e características do instrumento. Florianópolis, 2017.....	115

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**AAP** - American Academy of Pediatrics  
**AHRQ** - Agency for Healthcare Researt and Quality  
**APSF** - Australian Patient Safety Foundation  
**ANVISA** - Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
**BEDENF** - Base de Dados de Enfermagem  
**CAC** - Colégio Americano de Cirurgiões  
**CASP** - Critical Appraisal Skills Programm  
**CEPSH** - Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos  
**CINAHL** - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature  
**CNPq** - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
**CNS** - Conselho Nacional de Saúde  
**DECS** - Descritores em Ciências da Saúde  
**EA** - Eventos Adversos  
**EUA** - Estados Unidos da América  
**GEPESCA** - Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente  
**IAPS** - International Alliance for Patient Safety  
**IHI** - Institute for Healthcare Improvement  
**ICPS** - International Classification for Patient Safety  
**IVC** - Índice de Validade de Conteúdo  
**IOM** - Institute of Medicine  
**JBI** - Intituto Joanna Briggs  
**JCAHO** - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations  
**JCI** - Joint Commission International  
**LILACS** - Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde  
**MeSH** - Medical Subject Headings  
**MISP** - Metas Internacionais de Segurança do Paciente  
**NPSA** - National Patient Safety Agency  
**NPSF** - National Patient Safety Foundation  
**OMS** - Organização Mundial de Saúde  
**OPAS** - Organização Pan Americana de Saúde  
**PEN** - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
**PNSP** - Programa Nacional de Segurança do Paciente  
**POP** - Procedimento Operacional Padrão  
**PUBMED** - Publisher Medline  
**RDC** - Resolução da Diretoria Colegiada

**REBRAENSP** - Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente  
**RI** - Revisão Integrativa  
**SBAR** - Situation/Background/Assessment/Recommendation  
**SCIELO** - Scientific Electronic Library Online  
**TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
**TJC** - The Joint Commission  
**UFSC** - Universidade Federal de Santa Catarina  
**UNIFESP** - Universidade Federal de São Paulo  
**UTI** - Unidade de Tratamento Intensivo  
**UTIN** - Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal  
**WAPS** - World Alliance for Patient Safety  
**WHO** - World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>2. OBJETIVO.....</b>	<b>25</b>
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>27</b>
3.1 INICIATIVAS MUNDIAIS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE.....	27
3.2 PROCESSO DE COMUNICAÇÃO SEGURA.....	34
3.3 A TÉCNICA SITUATION, BACKGROUND, ASSESSMENT, RECOMMENDATION (SBAR).....	39
<b>4. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....</b>	<b>43</b>
4.1 CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS SEGUNDO PASQUALI.....	44
<b>4.1.1 Polo teórico.....</b>	<b>45</b>
<b>4.1.2 Polo experimental (empírico).....</b>	<b>48</b>
<b>4.1.3 Polo analítico (estatístico).....</b>	<b>49</b>
4.2 TÉCNICA DELPHI.....	50
<b>5 METODOLOGIA.....</b>	<b>55</b>
5.1 TIPO DO ESTUDO.....	55
5.2. PROCEDIMENTOS TEÓRICOS.....	55
5.3 PROCEDIMENTOS EMPÍRICOS.....	58
<b>5.3.1 Local do estudo.....</b>	<b>58</b>
<b>5.3.2 Amostra.....</b>	<b>58</b>
<b>5.3.3 Instrumento de Coleta de Dados.....</b>	<b>60</b>
<b>5.3.4 Coleta de Dados.....</b>	<b>61</b>
5.4 PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS.....	62
5.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	64
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>65</b>
6.1 MANUSCRITO 01: CONTRIBUIÇÕES DA TÉCNICA SITUATION, BACKGROUND, ASSESSMENT, RECOMENDATION PARA COMUNICAÇÃO EFICAZ: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	66
6.2 MANUSCRITO 02: CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO PARA PASSAGEM DE CASO EM UNIDADES PEDIÁTRICAS.....	87
6.3 MANUSCRITO 03: VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO PARA PASSAGEM DE CASO EM UNIDADES PEDIÁTRICAS...	106
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>127</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>131</b>



<b>APÊNDICE A - CARTA CONVITE .....</b>	<b>155</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>157</b>
<b>APÊNDICE C - FORMULÁRIO ELETRÔNICO .....</b>	<b>159</b>
<b>APÊNDICE D - INSTRUMENTO PARA PASSAGEM DE CASO EM UNIDADES PEDIÁTRICAS. ....</b>	<b>175</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>183</b>
<b>ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO.....</b>	<b>184</b>



## 1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos nota-se um crescente interesse acerca do tema segurança do paciente em diversos países e organizações, já que o risco e a ocorrência de eventos adversos têm aumentado consideravelmente, fatos estes pautados especialmente no maior número de opções terapêuticas e diagnósticas, assim como o aumento no número de notificações e maior visibilidade do tema (SOUZA et al.; 2017). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a segurança do paciente é definida pela ausência de dano evitável ao paciente durante o processo de cuidado à saúde (WHO, 2016).

Nesta perspectiva, a segurança do paciente pediátrico precisa ser mais discutida ainda, pois se constitui em uma população de alto risco, com características físicas e morfológicas específicas e diferenciadas dos adultos e, com desenvolvimento cognitivo, emocional e social complexos que podem aumentar as chances de sofrerem algum dano, especialmente, os relacionados à erros de comunicação (SILVA et al.; 2016).

O grande marco da segurança do paciente foi a publicação do livro *To Err is Human: Building a Safer Health System* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), no ano de 2000, que trouxe o assunto como uma prioridade para todo o mundo, afirmando que aproximadamente 44.000 a 98.000 pessoas morriam todos os anos nos Estados Unidos da América (EUA) devido a erros nos sistemas de saúde (WHO, 2008; KOHN, CORRIGAN, DONALDSON, 2000). A finalidade desse livro foi também a de propor estratégias e recomendações para melhorar a qualidade do sistema de saúde e ampliar a segurança do paciente.

Desta forma, a temática “Segurança do Paciente” foi ampliada nos meios científicos, nos órgãos públicos, privados e nas organizações não governamentais, sendo que várias iniciativas foram propostas, desenvolvidas e desempenhadas no sentido de reduzir falhas nos sistemas de saúde. Faz-se necessário também, destacar a criação da *World Alliance for Patient Safety* (WAPS), organização de abrangência internacional, em outubro de 2004, pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A WAPS apresenta como objetivo despertar a consciência e o comprometimento político para a segurança do paciente, tendo por missão coordenar, disseminar e acelerar melhorias para a segurança do paciente em termos mundiais (OMS, 2008).

A WAPS lança anualmente Programas e propõem desafios mundiais para a melhoria da Segurança do Paciente (*Global Patient Safety Challenges*), cujo objetivo é identificar tópicos que alcancem os

maiores e mais significativos aspectos dos riscos aos quais os pacientes estão sujeitos durante o processo de assistência. Dentre as organizações destacamos a *The Joint Commission International* (JCI), uma importante organização não governamental norte-americana que realiza acreditação desde 1953, com atuação em mais de 40 países, e um respeitável instituto mundial, e a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), criada em 1999, como um desdobramento da JCI, que tem a missão de melhorar a qualidade da assistência à saúde nas várias regiões do mundo (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2009).

O Brasil é um dos países que compõe a *World Alliance for Patient Safety* (BERNARDES, 2013) e, desde então, vem organizando e desenvolvendo ações na tentativa de melhorar as questões relacionadas à segurança do paciente, como a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. O PNSP enfatiza a necessidade de se desenvolver estratégias sobre segurança do paciente para contribuir na qualificação da assistência em saúde em todo território nacional (BRASIL, 2013).

Enfim, é imprescindível que estratégias de melhorias na área da segurança do paciente sejam desenvolvidas. E, a OMS em parceria com a JCI estabeleceram para os próximos anos seis grandes metas internacionais relacionadas à segurança do paciente sendo elas: identificar os pacientes corretamente, melhorar a comunicação efetiva, melhorar a segurança de medicamentos potencialmente perigosos, eliminar cirurgias de local errado, paciente errado e procedimentos incorretos, reduzir os riscos de infecções, reduzir o risco de quedas dos pacientes (WHO, 2009).

Avaliando as metas estabelecidas pela *The Joint Commission* percebe-se que todas se concentram em áreas de grande importância para a segurança dos pacientes no meio hospitalar. No entanto, optou-se por abordar a **comunicação eficaz**, por esta ser essencial durante a comunicação entre os profissionais da saúde. A efetividade da comunicação nas instituições de saúde reduz a ocorrência de erros e resulta na melhora da segurança do paciente (TJC, 2016).

Assim, esta pode ser definida como um processo de troca de informações sendo um processo complexo, interativo e bidirecional. Ainda, a comunicação efetiva ocorre uma vez que o processo é constituído por trocas, compreensão, e consequentemente entendimento obtido pelos participantes, desta forma, pode-se dizer que a comunicação acontece (SCHILLING, 2017).

Durante a última década, estudos demonstram que deficiências na comunicação entre os profissionais de saúde têm sido um dos principais fatores que contribuem para a ocorrência de erros, eventos adversos (EAs) e, conseqüentemente, diminuição da qualidade da assistência (VANDERBILT et al.; 2017). Estimativas precisas da extensão do problema são difíceis de fazer, porém, estudo aponta esta questão como um problema grave (WEAVER et al.; 2014). Anualmente morrem cerca de 180.000 pacientes nos Estados Unidos por eventos adversos, sendo que, grande parte desses eventos estão relacionados à falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, o que ocasiona um custo de \$240 bilhões de dólares por ano nos EUA (IOM, 2012). A experiência profissional, no contexto da assistência pediátrica, permite mencionar que isso não é incomum, uma vez que as informações são heterogêneas, disseminadas, complexas e pouco estruturadas (SILVA et al.; 2016).

Nesta perspectiva a TJC orienta que os hospitais devem utilizar uma abordagem padronizada e sistematizada para a comunicação na passagem de caso do paciente de forma a minimizarem a possibilidade de ocorrências de eventos adversos (JCI, 2012).

Assim sendo, várias organizações internacionais, entre elas a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), o *Institute of Medicine* (IOM), o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), procuram desenvolver e monitorizar iniciativas na área da segurança, fornecendo informações, elaborando orientações e construindo instrumentos que, posteriormente, podem ser mobilizados e adaptados à realidade de cuidados de saúde, minimizando desta forma a possibilidade de ocorrência de erros (ANVISA, 2013; KIM et al., 2014). Assim, de acordo com IOM os cinco objetivos do sistema de saúde do século XXI são: ser seguro, eficaz, centrado no paciente, oportuno e equitativo (IOM 2012).

Nessa perspectiva, os instrumentos utilizados para a passagem de caso devem garantir a transferência de informações precisas e claras (WONG et al.; 2017), uma vez que a segurança do paciente depende de uma comunicação eficaz entre os profissionais da saúde.

A passagem de caso (*handoff*) 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 assistência de um ou mais pacientes para outra pessoa ou grupo profissional, de forma temporária ou permanente (JOHNSON; COWIN, 2013; ROBINS, 2015).

Logo, entende-se que a passagem de caso do paciente pediátrico é o momento crucial para a transmissão efetiva de informações e a transferência de responsabilidades relativas à criança e ao adolescente

passam de um profissional para o outro, buscando assegurar a continuidade da assistência; alertar sobre um fato, complicação clínica, situações de risco ou ainda necessidade de intervenção.

A passagem de caso especialmente em unidades pediátricas é uma atividade complexa em virtude da oportunidade do reconhecimento precoce das instabilidades das crianças e adolescentes hospitalizado, necessidade de maior atenção, monitoramento e tomada de decisão a partir do que foi passado de informações. Desta maneira a passagem de caso pode influenciar diretamente na segurança dos pacientes pediátricos a medida que uma comunicação ineficaz pode levar a quebra de barreiras de segurança e impedir que ações efetivas aconteçam.

Dentro deste contexto, Philbert (2009) recomenda que a passagem de caso não seja apenas uma tarefa de comunicação, mas uma habilidade clínica que se ampara nas habilidades de diagnóstico e de tomada de conduta, que são habilidades fundamentais para a sua realização. Além disso, destaca a importância da confiança do profissional que executa, pois quem recebe o caso precisa perceber que o conteúdo passado é preciso e confiável, o que impacta diretamente no trabalho que será desenvolvido.

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 passagem de caso 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, gerando divergências quanto a assistência em saúde do paciente pediátrico hospitalizado, deixando os profissionais inseguros, confusos e desconfiados quanto à veracidade e à qualidade da informação. Tal realidade tem comprometido o processo de comunicação e consequentemente a assistência prestada ao paciente pediátrico.

Diante disto, uma das ferramentas que facilita a padronização da comunicação e consequentemente a passagem de caso é a técnica SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*). Esta técnica foi desenvolvida por um grupo de médicos do Hospital Kaiser, no Colorado, para melhorar a comunicação entre médicos e enfermeiros, e vem sendo utilizada e documentada na literatura desde 2004. A técnica foi adotada no hospital para dar cumprimento às diretrizes de segurança da JCI. A partir de 2008 percebe-se que pesquisadores estão realizando de forma proativa a utilização do SBAR para a passagem de caso. Tal técnica

ganhou popularidade entre os profissionais de saúde quando aplicada nos EUA como uma das melhores práticas no fornecimento de informações urgentes (AHRQ, 2012).

O SBAR é um “formato de comunicação padronizada”, que leva à troca de informações completas e precisas, permitindo a alocação de tempo suficiente para comunicar informações importantes e para perguntar/responder dúvidas sem interrupções (AHRQ, 2012).

Ainda, ressalta-se que o SBAR é uma estratégia baseada em evidências para melhorar não só a comunicação interprofissional, mas todo o processo de comunicação. Tendo em vista que não é uma técnica independente, deve ser combinada com habilidades de avaliação física minuciosa e um apurado julgamento clínico, bem como, habilidades de pensamento crítico para atingir efetivamente os objetivos que se esperam. É útil para ser usada em qualquer situação, especialmente nas mais críticas, que exigem atenção e ação imediata de um profissional da saúde. Permite focar e definir expectativas para o que será comunicado (IHI, 2011).

O sucesso da implementação da técnica SBAR foi demonstrada por meio de estudo realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica da Bélgica, que teve como objetivo determinar o efeito da comunicação utilizando SBAR na incidência de eventos adversos graves em enfermarias hospitalares. Constatou-se que após a introdução do SBAR houve aumento significativo em relatórios de piora de pacientes por enfermeiros (4% a 35%), aumento de internações em UTI não planejadas (de 13.1/1000 para 14.8/1000 admissões) e redução significativa de mortes inesperada (de 0.99/1000 para 0.34/1000 admissões) (MEESTER et al., 2013).

Pesquisa realizada com o intuito de avaliar o impacto da técnica SBAR acerca da segurança no departamento de obstetrícia, foi realizada com enfermeiras obstetras de um hospital norte americano, e apontou que com a utilização do SBAR o clima de trabalho em equipe, o clima de segurança, a satisfação no trabalho e as condições de trabalho melhoraram significativamente (WAN et al.; 2017).

Recomenda-se a utilização do SBAR em todos os tipos de comunicação, principalmente durante a passagem de caso entre enfermeiros e médicos, pois este ajuda a evitar falhas de comunicação verbal e escrita por usar uma linguagem comum para relatar eventos críticos, reduzindo as barreiras comuns para a comunicação entre os profissionais. Ainda, é uma técnica para tornar a comunicação clara, transmitir informações exatas, melhorar a eficiência da equipe e elevar a segurança do paciente, sendo que, orienta ações à equipe de saúde durante

a passagem de caso e, estabelece um instrumento específico para lembrar o enfermeiro sobre o que avaliar e como comunicar informações (IHI, 2011).

Os resultados dos estudos apresentados demonstram que os instrumentos de comunicação estão bem desenvolvidos no cenário internacional, auxiliando na comunicação eficaz e na segurança do paciente. A partir da realização de uma revisão integrativa, foi constatado que no Brasil, a utilização de instrumentos para sistematizar a comunicação ainda é pouco explorada na literatura e, conseqüentemente, nas práticas dos profissionais de saúde, ocasionando uma lacuna na ciência brasileira (SILVA et al., 2016).

Diante do contexto ora exposto, e considerando a importância do tema, os esforços globais em inserir medidas de prevenção por meio de instrumentos e, a importância em investir em estudos que contribuam para comunicação efetiva entre profissionais de saúde surgiu os questionamentos: Quais informações são necessárias para compor um instrumento de comunicação segura em pediatria?

Por conseguinte a tese fundamenta-se no seguinte pressuposto:

O processo de comunicação segura na passagem de caso depende da construção e validação de instrumento que atenda pré-requisitos psicométricos de validade e confiabilidade, padronizando as informações para a promoção da segurança do paciente pediátrico. Sugere assim, que esse instrumento possa auxiliar na comunicação segura e conseqüentemente agregar na segurança do paciente pediátrico.



## **2. OBJETIVO**

- Construir e validar um instrumento de comunicação segura para sistematizar a passagem de caso em unidades pediátricas.



### 3. REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo será apresentada uma revisão narrativa da literatura envolvendo as seguintes temáticas: Iniciativas Mundiais para a Segurança do Paciente, Processo de Comunicação Segura e a Técnica *Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR)*. Para a sua construção foram realizadas buscas de artigos científicos nas bases de dados Scielo, PubMed, Web of Science, Scopus, Elsevier, Cinahl com os seguintes descritores indexados no Descritores em Ciências da Saúde (Decs): *patient safety; Communication; handover; SBAR*, nos três idiomas, inglês, português e espanhol. Também foram realizadas buscas de Resoluções pertinentes à temática, livros, dissertações e teses.

#### 3.1 INICIATIVAS MUNDIAIS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um “mínimo aceitável”. O “mínimo aceitável” se refere aquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não tratamento ou outro tratamento (WHO, 2009).

Diversos autores que pesquisam sobre segurança do paciente tem citado como referência histórica, para iniciar a discussão desse assunto, Hipócrates (Séc. 460-377 a.C.) e sua conhecida frase “*Primum non nocere*”, ou seja, “Em primeiro lugar, não cause dano”. Essa inquietação ampliou-se para a Enfermagem, somente séculos mais tarde quando Florence Nightingale (1863) em seu livro “*Notes on Hospital (Notas sobre Hospitais)*” afirmava que o primeiro dever de um hospital deveria ser não causar mal ao paciente (DICKENS; SINSABAUGH; WINGER, 2006).

Na década de 1910, Ernest Codman, cirurgião americano, foi o primeiro a abordar o erro médico (NEUHAUSER, 2002). Comprometido com a qualidade da assistência, ajudou a fundar o Colégio Americano de Cirurgiões (CAC), ondem em 1917 foi desenvolvida, a partir dos estudos de Codman, uma proposta de “Padrões Mínimos para Hospitais”. Em 1918, o CAC visitou 692 hospitais, dos quais somente 89 atenderam os requerimentos desses padrões mínimos, porém, em 1950, já havia 3.200 aprovados. Nessa época, em 1951, o Colégio Americano de Clínica Médica, a Associação Americana de Hospitais, a Associação Médica Americana e a Associação Médica do Canadá se juntam ao CAC para

fundar a Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais, organização não governamental, sem fins lucrativos, que tinha como objetivo oferecer a acreditação (NOVAES, 2007).

Em 1912, as propostas de Codman foram utilizadas pela *American Surgical Society*, a qual estabeleceu padrões mínimos para os hospitais, que foram utilizados até 1952, quando tornaram-se obsoletos com a criação da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO). Destaca-se que a JCAHO é a maior organização a atuar no campo da acreditação hospitalar nos Estados Unidos, a qual passou a incluir em seu programa de acreditação a necessidade de programas de gerenciamento de riscos para melhorar a segurança do paciente (VICENT, 2009).

Na década seguinte ao surgimento da *Joint Commission*, deu-se início as discussões sobre a qualidade da assistência com Adevis Donabedian que é visto como o pai da qualidade na saúde (VICENT, 2009).

Concomitante a essas discussões, em 1964, foram iniciados por Schimmel estudos sobre os eventos adversos, sendo o estudo pioneiro sobre qualidade e segurança do atendimento médico (VICENT, 2009).

No entanto, as discussões sobre a segurança do paciente tiveram repercussão internacional e o tema passou a ser debatido em diversas instituições pelo mundo inteiro cerca de dois séculos depois de Hipócrates. Mais precisamente quando ocorreu a publicação do relatório “*To err is human: building a safer health care system*” (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), do *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA), em novembro de 1999.

Desde a publicação deste relatório, a OMS definiu a questão da segurança do paciente como um tema de alta prioridade na agenda de seus países membros (JCI, 2014).

Em 2002, o Conselho Executivo da OMS composto por um representante de cada 32 dos seus 191 Estados membros fez recomendações à Assembleia Mundial de Saúde para que se estabelecesse um programa mundial de segurança do paciente. Em resposta a essas recomendações, a OMS cria em 2004 a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente) com o objetivo de promover a segurança do paciente e reduzir as consequências sociais e físicas decorrentes da assistência à saúde (WHO, 2004).

É notório que importantes iniciativas para a segurança do paciente partiram dos EUA, entretanto, esta ênfase na segurança do paciente se propagou em todo o mundo estimulada pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (MESQUITA, 2014). Desde o seu surgimento, a

mesma vem apresentando programas estruturados em treze grandes áreas de trabalho que discutem metas e desafios para a assistência segura (BRASIL, 2011), são elas:

Área 1 - trata do *Global Patient Safety Challenges* (Desafios Globais para a Segurança do Paciente), que envolve ações que promovem o comprometimento global, para melhorar a segurança da assistência em saúde em todos os países membros da OMS. A primeira ação do *Global Patient Safety Challenge* foi *Clean Care is Safe Care* (Cuidado Limpo é Cuidado Seguro), que tem o objetivo de garantir a melhoria da higienização das mãos pelos profissionais de saúde; a segunda foi *Safe Surgery Save Lives* (Cirurgias Seguras Salvam Vidas), que almeja melhorar em nível mundial a segurança dos tratamentos cirúrgicos em todos os contextos de atenção à saúde; e a terceira é *Adressing Antimicrobial Resistance* (Enfrentar a Resistência Antimicrobiana) tendo como foco o uso racional de antimicrobianos, combatendo a resistência microbiana (WHO, 2009).

Segundo a *World Health Organization* (2015) as outras áreas de ação que estruturam as treze grandes áreas de trabalho para a segurança do paciente, como referenciado, são:

Área 2 - *Patient for Patient Safety* (Pacientes pela Segurança do Paciente), orientando a parceria dos pacientes nos movimentos pela segurança do paciente em todo o mundo;

Área 3 - *Research in Patient Safety* (Pesquisa em Segurança do Paciente), que incentiva a realização de pesquisas para o reconhecimento dos danos e desenvolvimento de estratégias para a prevenção dos mesmos;

Área 4 - *Taxonomy for Patient Safety* (Taxonomia para a Segurança do Paciente), preocupou-se em padronizar internacionalmente a classificação das informações em segurança do paciente;

Área 5 - *Reporting and Learning Systems* (Sistemas de Relato e Aprendizagem): estimula o desenvolvimento de ferramentas de notificação e análise de eventos adversos, além de abordagens de causa raiz que identifiquem as fontes dos erros, auxiliando na prevenção de recorrências;

Área 6 - *Patient Safety Solutions* (Soluções para a Segurança do Paciente): propõe intervenções e ações práticas para prevenção de danos ao paciente;

Área 7 - *Hight 5S* (Alto 5S): pretende facilitar e implementar soluções padronizadas de segurança do paciente nas organizações como cuidado no preparo de soluções concentradas de eletrólitos, controle de medicações, realização de procedimentos corretos em locais corretos,

prevenir falhas de comunicação nas passagens de plantão, prevenção e redução das infecções relacionadas à assistência à saúde;

Área 8 - *Technology for patient safety* (Tecnologias para a Segurança do Paciente): incentiva a promoção da segurança do paciente através do uso de novas tecnologias;

Área 9 - *Knowledge Management* (Gestão do Conhecimento): propõe reunir e compartilhar os conhecimentos que envolvem a evolução mundial da segurança do paciente;

Área 10 - *Eliminating central line-associated bloodstream infections* (Eliminando Infecções de Cateter central): incentiva ações mundiais para prevenir, controlar e eliminar infecções relacionadas ao uso do cateter central nos serviços de saúde;

Área 11 - *Education for safer care* (Educação para um cuidado mais seguro): desenvolve guias curriculares para alunos da área da saúde, voltados para a segurança do paciente;

Área 12 - *Safety Prize* (Prêmio de Segurança): será um prêmio internacional que impulsionará mudanças e melhorias na área da segurança do paciente;

Área 13 - *Medical Checklists* (Checklists para a área da saúde): baseado no sucesso do checklist para cirurgias seguras, esta área pretende ampliar o desenvolvimento de listas de verificação de segurança em saúde para outras áreas e serviços de saúde.

Destaca-se, como já citado, que o foco desta pesquisa estará direcionado para a **Área 6- Patient Safety Solutions** (Soluções para a Segurança do Paciente) que propõe intervenções e ações práticas para prevenção de danos ao paciente, e a **Área 7- Hight 5S (Alto 5S)**, que pretende facilitar e implementar soluções padronizadas de segurança do paciente nas organizações como: prevenir falhas de comunicação nas passagens de caso.

No que tange às soluções padronizadas, destacamos os Protocolos Operacionais Padronizados (POPs) inovadores que possam ter grande influência na redução de eventos adversos graves nos hospitais. Um POP é um conjunto de instruções para a implementação de um processo de assistência ao paciente, definido por vários profissionais da saúde de uma forma consistente e mensurável (WHO, 2012).

Em relação ao POP “Prevenção de falhas de comunicação”, este ainda não teve sua divulgação efetuada pela OMS. Porém, encontra-se, no site da WHO, banner com ações que deverão ser abordadas nesse protocolo, como por exemplo, identificar os pontos de assistência prestada ao paciente em cada passagem de caso; padronizar a passagem

de caso; fornecer fácil acesso a informações adicionais, caso seja necessário, conforme a figura abaixo.

Figura 1 - Banner de ações do High's Passagem de Caso

**World Alliance for Patient Safety**  
**Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente**

**Communication during Patient Care Handovers**

**The problem**  
 Incomplete or unclear communication of information, responsibility, and accountability for a patient's care can lead to harmful errors

**The Solution**  
 For intra-hospital transfer of the patient from one unit to another:

- Identify the points in the patient care process at which handover of responsibility and accountability occur
- Standardize the handover process
- Provide an opportunity for the receiving care team to get clarification
- Provide easy access to additional information, if needed

**High 5s**  
 1 2  
 3 4  
 WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY

Joint Commission International  
 World Health Organization

Fonte: WHO

A partir destes programas surgiu uma motivação por parte de políticos, gestores, pesquisadores e especialistas em segurança do mundo inteiro para se organizarem e criarem lideranças que fossem referências capazes de desenvolver, organizar e implementar estratégias para a segurança do paciente (SOUZA et al.;2014). Entre essas organizações podemos mencionar:

**I. NPSA** (*National Patient Safety Agency*) criada em 2001 para melhorar a segurança do paciente em toda a Inglaterra e País de Gales (STEPHENSON, 2005).

**II. APSF** (*Australian Patient Safety Foundation*), criada em 1989, que tem como missão contribuir com a redução de dano ao paciente (GOMES, 2008).

**III. AHRQ** (*Agency for Healthcare Research and Quality*) criada em 1989, possui como objetivo promover a segurança do paciente e a redução de erros médicos por meio de pesquisas e parcerias com profissionais e instituições de saúde. Ainda, é considerada uma das instituições responsáveis por liderar o movimento de segurança do paciente nos EUA (IOM, 2000);

**IV. NPSF** (*National Patient Safety Foundation*) traz mudanças para a segurança do paciente relacionada ao sistema e não apenas com o foco no indivíduo (VICENT, 2009);

**V. IHI** (*Institute for Healthcare Improvement*), criada em 1980, com sede em Cambridge, exerce grande influência no mundo por meio de iniciativas e campanhas, concentra-se em motivar e construir a vontade de mudança (IHI, 2013);

**VI. JCAHO** (*The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*) que certifica mais de 19.000 organizações de saúde e programas nos Estados Unidos. É dividida em três grandes organizações: *Joint Commission International, The Joint Commission e Joint Commission Center for transforming healthcare.*

A segurança do paciente é uma questão de prioridade para todas as instituições de saúde, inclusive aquelas que trabalham com crianças e adolescentes. A implantação das diretrizes para a segurança do paciente pediátrico é um desafio constante.

Diante deste desafio, a *American Academy of Pediatrics* (AAP) vêm desde o ano de 2001, preocupada com a segurança do paciente pediátrico e reconhecendo a necessidade de compreender e conduzir as questões de segurança destes pacientes (AAP, 2011).

Em 2001, lançou a declaração “*Principles of Patient Safety in Pediatrics*” (Princípios de Segurança do Paciente em Pediatria), que estabeleceu um conjunto de princípios que orientam os profissionais a



construírem um sistema de saúde que melhore a qualidade do atendimento e minimize os erros (AAP, 2001).

No ano de 2003, publicou a declaração “*Prevention of Medication Errors in the Pediatric Inpatient Setting*” (Prevenção de Erros de Medicação no Serviço de Internação Pediátrica), em que estabeleceu ações e/ou orientações para o desenvolvimento de políticas, ações educativas e processos de comunicação que pudessem ajudar a reduzir os índices de erros de medicação em pediatria (AAP, 2003).

Já no ano de 2007, lançou a declaração “*Patient Safety in the Pediatric Emergency Care Setting*” (Segurança do Paciente nos Serviços de Emergência Pediátrica), que elaborou recomendações específicas para melhorar a segurança do paciente pediátrico nas unidades de emergência, uma vez que os profissionais poderiam trabalhar de forma próativa aprimorando a segurança no sistema de atendimento (AAP, 2007).

Em 2011, a AAP lançou a declaração “*Principles of Pediatric Patient Safety: reducing harm due to medical care*” (Princípios de Segurança do Paciente Pediátrico: redução de danos relacionados a cuidados médicos), que esclarece o atual entendimento acerca dos erros médicos em pediatria e pretende melhorar a qualidade do atendimento. Tal declaração está estruturada em três questões fundamentais: a importância da segurança do paciente pediátrico; a cientificidade da cultura de segurança; e, as estratégias para a segurança do paciente (AAP, 2011).

Estes esforços na área da segurança do paciente pediátrico procuram modificar o atual cenário da assistência oferecida às crianças e aos adolescentes, os quais estão propensos a erros por uma série de fatores ambientais e humanos. Em decorrência destes fatores, estimativas apontam que a probabilidade da ocorrência de dano ao paciente seja três vezes maior em crianças hospitalizadas quando comparadas aos adultos (BELELA; PEDREIRA; PETERLINE, 2011; PATTERSON et al., 2013).

No contexto nacional, a discussão e a mobilização sobre esta temática ainda são recentes, no entanto, algumas iniciativas já vêm sendo tomadas desde o ano de 2001, quando a ANVISA instituiu a Rede de Hospitais Sentinela. No início participavam deste projeto hospitais públicos, privados ou filantrópicos de média e alta complexidade, sendo que estas instituições funcionavam como observatório do uso da tecnologia para o gerenciamento de risco à saúde no Brasil (BRASIL, 2013).

A criação da Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente, realizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), no ano de 2005, também foi um evento de grande importância. A partir

disto, em 2008, foi criada por enfermeiros a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) (CASSIANI, 2010).

Em 2009, elaborado o Website Proqualis, com o objetivo de difundir conhecimento técnico científico em segurança do paciente, almejando a disseminação ampla de informação selecionada, atualizada e de qualidade sobre medidas que garantam a segurança aos profissionais envolvidos na assistência no Brasil. Destaca-se que o mesmo está vinculado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (PROQUALIS, 2010).

Porém, o grande avanço realizado pelo Governo Brasileiro foi a criação da Portaria 529/2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), ocorrida em 1º de abril de 2013, com o compromisso e responsabilidade de planejar e implementar ações que diminuíssem a ocorrência de eventos adversos e tornassem a assistência à saúde mais segura (BRASIL, 2013; INOUE; MATSUDA, 2013).

Em julho de 2013, a ANVISA lançou no Diário Oficial da União a Resolução da Diretoria Colegiada de Número 36, (RDC36/2013), as ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde no país (RDC, 2013).

Apesar dos avanços envolvendo a segurança do paciente, o assunto é bastante complexo. Embora haja constantes esforços no sentido de aprimorá-la, percebe-se que estas melhorias nos estabelecimentos de saúde seguem a passos lentos. Assim, a segurança do paciente necessita ser um princípio fundamental nos cuidados em saúde, pois cada fase do processo de assistência estabelece certo grau de insegurança (XUANYUE et al., 2013).

## 3.2 PROCESSO DE COMUNICAÇÃO SEGURA

Há que se arrumar saberes em suas corretas gavetas, desde que se possibilite a constância do rearranjo, pois entendemos a comunicação como uma temática, cuja complexidade e o caráter interdisciplinar são as principais características (SILVA, 2010, 274).

Compreender a relação entre segurança e comunicação é um desafio, pois o ser humano é um ser de comunicação entre si, entre o mundo, e entre um com outro. Tal qual relação se dá pela comunicação

que possibilita a apresentação das coisas através da subjetividade, da mediação do desejo, do conhecimento e do reconhecimento de outros (MARTINO, 2011).

Originado do latim, de acordo com Martino (2011, p. 13), o termo comunicação remete à ideia de ações conjuntas.

Nessa perspectiva podemos definir comunicação como um meio de relacionamento em que os indivíduos compartilham opiniões, ideias, informações, mensagens e sentimentos, podendo influenciar o comportamento das pessoas, e assim causar reações a partir de crenças, cultura, realidade e história de vida dos envolvidos (SILVA, 2015).

Comunicação não se restringe a uma mensagem ou uma informação. Pois, a informação é uma comunicação que pode ser ativada a qualquer momento, desde que outra consciência venha resgatar e/ou interpretar aqueles traços materiais de forma a reconstituir a mensagem, ou seja, pode ser considerada parte do processo de comunicação ou o conteúdo desse processo, é uma comunicação em potencial, enquanto que a comunicação expressa a relação entre pessoas e consciências. Não temos comunicação sem informação, e, por outro lado, não temos informação senão em vista da possibilidade dela se tornar comunicação (MARTINO, 2011, p. 18).

Kunsch (2016), para compreender a configuração atual da comunicação organizacional, propôs analisá-la em quatro dimensões: instrumental, humana, cultural e estratégica.

A dimensão instrumental tem o papel funcional e técnico, caracterizando-se predominantemente como transmissão de informações para facilitar os processos e permitir o pleno funcionamento de uma organização. A comunicação, portanto, é considerada como uma ferramenta de transferência de informações. Assim a dimensão instrumental pode ser vista como a mais fácil de ser utilizada, pois está relacionada à ideia de que o receptor compreendeu a mensagem e a missão de transferir a informação foi realizada com êxito. Essa é a dimensão predominante nas organizações (KUNSCH, 2016).

A dimensão humana considera a comunicação como um fator fundamental para a interação entre os indivíduos. Essa dimensão considera que o discurso e a prática estão estritamente relacionados, envolvendo desta forma relações interpessoais, compreensão e compartilhamento de ideias. Ainda, destaca que a valorização dos agentes no processo de comunicação deve ser um fator determinante para a produção da comunicação organizacional (KUNSCH, 2016).

A dimensão cultural leva em consideração o fato de que as organizações são formadas por pessoas e, estas carregam consigo uma

bagagem cultural própria, sendo, portanto, tal fato um fomento para as interações entre pessoas e grupos (KUNSCH, 2016).

A dimensão estratégica da comunicação se faz presente quando há uma escolha dos caminhos que deverão ser tomados para se alcançar certos objetivos. Na visão da autora supramencionada, neste mesmo processo tem de haver uma avaliação acerca da concepção da comunicação estratégica conservadora, para que se torne uma forma inovadora, mais holística, e que contemple a complexidade e as incertezas do mundo atual (KUNSCH, 2016).

Conforme descrito anteriormente, a JCI estabeleceu para os próximos anos seis grandes metas internacionais relacionadas à segurança do paciente, dentre as metas a comunicação é a terceira solução apresentada, sendo aplicada, especificamente, em três situações, nas transferências de pacientes entre unidades e/ou serviços; nas passagens entre os turnos de trabalho; e, na comunicação com o paciente e família (WHO, 2007). Porém, o protocolo “**comunicação no ambiente dos estabelecimentos de saúde**” não deixa claro a qual comunicação se refere. Percebemos que os hospitais, ao colocar em prática essa estratégia, assumem o viés instrumental da comunicação, associado à troca de informações, desconsiderando os aspectos subjetivos presentes nos processos comunicacionais, o que consiste num fator limitador para a concretização dessa meta (SCHILLING, 2017).

Além desse aspecto, os profissionais de saúde vêm colocando em prática o processo de comunicação de acordo com suas interpretações. O entendimento que se tem está agregado muito mais à troca de informação, de um modo informacional e instrumental, do que com o conceito de partilha de sentidos, de troca e compartilhamento (FIGARO, 2014).

A comunicação acontece durante toda a assistência ao paciente, e implica e/ou está implicada na relação entre os profissionais, influenciando a tomada de decisões relacionadas com a assistência ao paciente e/ou com aspectos administrativos (VANDERBILT et al.; 2017).

Na área hospitalar os processos de comunicação são complexos e dinâmicos. Cabe ressaltar, que a complexidade refere-se às múltiplas fontes de informação, o número de profissionais de diferentes equipes de saúde e as demandas de atividades (MOURA, MAGALHÃES, 2011).

Entre os principais desafios encontrados para a comunicação efetiva no trabalho em equipe da saúde, tem-se a diversidade na formação dos profissionais, em que o treinamento para comunicação pode diferir entre os indivíduos; há também tendência de uma mesma categoria profissional se comunicar mais uns com os outros e, ainda, o efeito da

hierarquia, geralmente com o médico ocupando posição de maior autoridade, situação que pode inibir os demais membros da equipe interdisciplinar (RANDMAA et al.; 2014).

Enfermeiros e médicos são treinados para se expressarem de maneiras diferentes, enfermeiros tendem a ser mais detalhistas em suas comunicações, enquanto que os médicos usam declarações mais breves, sendo este um fator que pode interferir no processo de comunicação (RANDMAA et al.; 2014). Outra questão que precisa ser considerada é que frequentemente a comunicação ocorre por meio do telefone, o que faz com que seja propensa a erros (RABOL et al.; 2011).

A passagem de caso (handoff/handover) está intimamente atrelada a todos os aspectos que permeiam o processo comunicacional, tem sido identificada como um dos principais fatores intervenientes na segurança do paciente pediátrico, sendo que sua eficácia necessita de uma comunicação adequada. É definida ainda, como a transferência da responsabilidade perante alguns ou todos os aspectos relacionados com os cuidados que um paciente ou grupo de pacientes necessita, para outra pessoa ou grupo profissional em termos temporários ou permanentes (ROBINS, 2015). A função mais importante da passagem de caso é o processamento de informações e a certeza de que os dados essenciais serão transferidos adequadamente pode ser efetuada de forma verbal e/ou escrita (MARGO, 2014).

Outro ponto em relação à passagem de caso que cabe ressaltar é que, em 2012, o *Journal of Advanced Nursing* informou que mais de 43% dos casos de falhas na comunicação estavam relacionados com a passagem de caso imprecisa ou incompleta. A comunicação ineficaz não está limitada somente a enfermeiros ou médicos, isto é um problema de todo o sistema que abrange a equipe de saúde (BARRY, 2014). O número inadequado de profissionais também tem sido apontado como uma barreira para a comunicação eficaz na passagem de caso, pois a fadiga pode provocar distrações e, conseqüentemente, falhas no processo de comunicação, como por exemplo, informações relevantes que deixam de ser transmitidas, fornecimento de informações longas e irrelevantes sobre a condição do paciente, informações escassas, restrições de tempo durante o trabalho, e interrupções frequentes por parte de pacientes ou por membros da equipe (BARRY, 2014).

Levantam-se ainda algumas questões pertinentes acerca do processo de comunicação na passagem de caso, entre elas se a passagem deve ser curta e restrita à informações mais relevantes, bem como qual o conteúdo que deverá ser relatado verbalmente nos diferentes contextos (RANDMAA et al.; 2015).

Independente da forma de estruturar a passagem de caso, a JCI (2015), reforça que a existência de uma transferência estruturada, independentemente do formato, aumenta a precisão na transmissão de informação e evita perda de dados, quando comparada com a não existência de uma transferência estruturada. O propósito é diminuir a incidência não só de erros e eventos adversos, mas também de “*near miss*”, melhorando a comunicação entre os profissionais de saúde (JCI, 2015).

Um dos métodos para a transferência estruturada da passagem de caso é a utilização de formulários e instrumentos padronizados que podem facilitar a troca de informações e minimizar a ocorrência de erros. A adoção de um procedimento padronizado para elencar quais dados são importantes para a continuidade da assistência pode auxiliar na melhora da passagem de caso (BARCELLOS, 2014).

Existem abordagens para a padronização da comunicação, as quais definem o conteúdo e a ordem das informações específicas e geram instrumentos para a passagem de caso (MANSER; FOSTER, 2011). Assim, os instrumentos servem para fornecer um registo sistematizado da informação, bem como para serem suplementos à transferência verbal igualmente sistematizada, e para tanto, pode-se utilizar mnemônicas.

As mnemônicas incluem metas, informações, estratégias e papéis dos membros (RILEY et al.; 2017). Foram descritas, na década de 1990, como “estruturas de conhecimento” e devem ser realizadas pelos membros da equipe para que se consiga formar explicações precisas e expectativas e, também, para que seja possível coordenar as ações e adaptar seus comportamentos às demandas necessárias (CANNON, 1993, p.228).

Uma variedade de mnemônicas com diferentes características estão disponíveis para a padronização da comunicação, entre elas a ACCEPT (MACARTNEY; NIGHTINGALE, 2001), SIGN (HORWITZ; MOIN; GREEN, 2007), ISOBAR (PORTEOUS et al., 2009), I PASS BATON (RIESENBERG, 2009), ISBAR (GOVERNMENT OF SOUTH AUSTRALIA, 2011), I-PASS (STARMER et al., 2014), I-PASS *Nursing Handoff* (STARMER, 2016), *Quality of Information Transfer* (JOHNSTON et al.; 2016), “I-5” (RILEY et al.; 2017). Faz-se ainda referência a mnemônica SBAR desenvolvida pela *Kaiser Permanent of Colorado* (AHRQ, 2012), que tem sido amplamente utilizado nos EUA. É considerada uma técnica válida, confiável, eficiente e um dos instrumentos mais utilizados mundialmente para padronizar a comunicação entre enfermeiros e médicos (CLARK et al., 2009;

MEESTER et al., 2013; KIM et al., 2014; ACHREKAR et al., 2016; TING et al.; 2017; VON, 2016; LEE, 2015; YU, 2017).

### 3.3 A TÉCNICA SITUATION, BACKGROUND, ASSESSMENT, RECOMMENDATION (SBAR)

Esta técnica foi originalmente desenvolvida pela Marinha para ser utilizada em submarinos nucleares e pela indústria militar nos EUA, sendo introduzida nos serviços de saúde em 2002 por Michael Leonard, médico responsável pelo comitê de segurança do paciente, juntamente com os colegas Doug Bonacum e Suzanne Graham na *Kaiser Permanent of Colorado* (AHRQ, 2012).

Doug Bonacum não era médico, mas havia trabalhado em um submarino nuclear e na indústria aeronáutica. Como oficial naval aposentado, exercia sua função em um submarino nuclear durante a Guerra Fria (1985-1988), seus deveres incluíam realizar relatórios de situações perigosas e sugerir algumas recomendações para informar o capitão. Em função da hierarquia de poder extremo entre ele e o capitão, Bonacum utilizou um método de comunicação verbal a fim de fornecer informações e instruções claras para ele, pois percebia a existência de diferenças de autoridade e por isso existia uma barreira em sua comunicação verbal (DENHAM, 2008).

Em 2002, Michael Leonard e sua equipe, investigavam a segurança do paciente. Ao rever dados de incidentes em unidades cirúrgicas, centro obstétrico e unidades de terapia intensiva, descobriram que muitos dos “eventos” poderiam ser causados por falhas na comunicação. Estes incidentes pareciam ter algo em comum com os incidentes ocorridos em submarinos nucleares e acidentes de avião devido à falta de comunicação eficaz. Identificaram também, uma barreira existente entre enfermeiros e médicos que era resultante da hierarquia, sexo, origem étnica e estilos de comunicação (DAYTON; HENRIKSEN, 2007; LEONARD; GRAHAM; BONACUM, 2004).

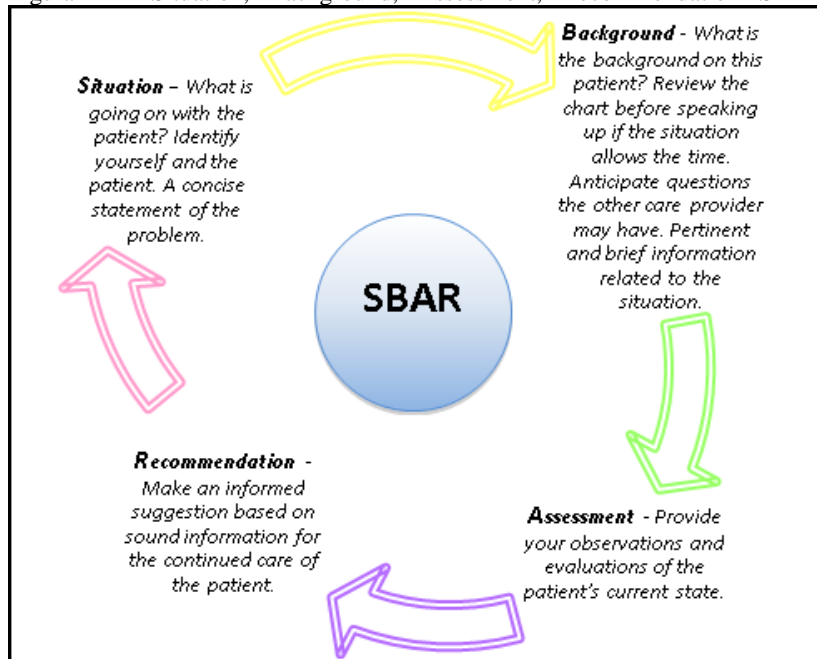
Por esta razão Michael Leonard, é reconhecido como o criador do instrumento de comunicação SBAR na área da saúde (HAIG; SUTTON; WHITTINGTON, 2006). A versão original da técnica SBAR, desenvolvida pela *Kaiser Permanent of Colorado*, encontra-se no (ANEXO 01).

A estrutura fornecida pelo SBAR inclui quatro seções, que juntas constituem a sigla do nome: *Situation, Background, Assessment Recommendation* (SBAR TOOLKIT, 2009; CORNELL et al., 2013; PANESAR et al.; 2014; LEE, 2015; ACHREKAR et al., 2016; MERKEL,

2017). O “R” foi adaptado para a área de saúde, indicando “Recomendação” em vez de “Resolução”, como estava no modelo original da marinha (LEONARD; GRAHAM; BONACUM, 2004).

Destaca-se que a técnica SBAR é passível a mudanças na sua estrutura, de acordo com a realidade de cada instituição (AHRQ, 2012; MERKEL, 2017).

Figura 2 - Situation, Background, Assessment, Recommendation SBAR



Fonte: Kaiser Permanent, 2004.

A técnica de comunicação SBAR fornece uma estrutura para retransmitir informações críticas entre os profissionais de saúde com um conjunto compartilhado de expectativas (CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE, 2011).

Há uma série de razões para o uso do SBAR, como:

I. Hierarquia: o SBAR fornece um modo padrão para estruturar e padronizar as conversas, independentemente dos atores envolvidos nos mesmos, favorecendo intercâmbio de informação mais aberta entre todos os profissionais envolvidos;

II. Coordenação e cooperação entre os membros da equipe: um dos elementos que distingue uma equipe é a capacidade de criar um modelo



mental compartilhado da situação do paciente. Esse modelo é essencial para fazer escolhas seguras e eficazes.

III. Liderança: o aspecto da liderança e da transição da liderança é essencial para levar adiante o bom trabalho da equipe (AHRQ, 2012).

Diante do impacto desta técnica, tanto entre os profissionais da saúde quanto a comunidade científica, pesquisadores do mundo inteiro interessaram-se por investigar a utilização do SBAR em realidades diversas.

Estudos avaliando o SBAR foram realizados nos EUA, onde foi criado (RENZ et al.; 2013), e fora dele no Canadá (ANDREOLI et al.; 2010), Austrália (CUNNINGHAM et al.; 2012) e Bélgica (MEESTER et al., 2013). Os resultados demonstraram que houve uma melhor colaboração entre enfermeiros-médicos, uma melhoria na comunicação, como percebido pelos enfermeiros que trabalham nas enfermarias cirúrgicas e médicas (MEESTER et al., 2013).

Pesquisa realizada em quatro unidades cirúrgicas de um hospital americano observou que a introdução da técnica SBAR na passagem de caso faz com que a mesma seja mais focada, com que ocorra um aumento do tempo para discutir assuntos relacionados com o paciente, e que seja fornecida uma estrutura concisa, permitindo relatórios consistentes, abrangentes e centrados no paciente (CORNELL et al., 2013).

Ainda, estudo experimental realizado pela *Kaiser Permanent* nos EUA, em 30 hospitais, constatou que os eventos adversos com pacientes diminuíram mais de 50% dentro de seis meses após a implementação do SBAR (BARRY, 2014).

Randmaa et al. (2014) realizou estudo prospectivo de intervenção com o objetivo de analisar as percepções de comunicação dos membros da equipe dentro e entre as diferentes profissões, atitudes de segurança, antes e após a aplicação do SBAR em uma clínica de anestesia. Os resultados demonstram que no grupo de intervenção foi constatado um aumento significativo na precisão da comunicação eficaz entre os grupos ( $p = 0,0039$ ) e no clima de segurança ( $p = 0,001$ ). Além disso, uma diminuição significativa da comunicação de erro relatados de 31% para 11% em comparação com o grupo de não intervenção (RAANDMA et al.; 2014).

Estudo realizado na Índia observou que após a implementação do SBAR, houve melhora na comunicação durante a passagem de plantão o que contribui para a segurança do paciente (ACHREKAR et al., 2016).

A partir do exposto, os estudos têm demonstrado a importância e os benefícios da utilização de instrumentos para a melhoria da comunicação

nas passagens de caso, nos mais variados contextos (SPOONER et al.; 2013).

#### 4. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Neste capítulo está descrito o referencial teórico-metodológico, adotado na pesquisa. De acordo com Minayo (2012) fazer ciência é trabalhar simultaneamente com teoria, método e técnicas, numa perspectiva em que esse tripé se condicione mutuamente. Além disso, a qualidade de uma análise depende também da arte, da experiência e da capacidade de aprofundamento do investigador que dá o tom e o tempero do trabalho que elabora (MINAYO, 2012).

Considerando-se a psicometria como pilar metodológico para essa pesquisa, cujo referencial teórico-metodológico foi proposto pelo teórico Luiz Pasquali et al. (2010), a escolha é convergente com este estudo, que tem o objetivo de construir e validar um “Instrumento para Passagem de Caso em Unidades Pediátricas”.

Luiz Pasquali nasceu em Gaurama, Rio Grande do Sul (RS), em 1933, e é formado em teologia pela Universidade de Latrão no ano de 1962, sendo que concluiu, em 1967, o curso de Mestrado em Psicologia, e na década de 1970 realizou seu doutorado, ambos pela Faculté de Psychologie et des Sciences de L'éducat da Universidade Católica de Louvain (Bélgica) (BORGES, 2012).

Além disso, possui grande arsenal de obras, sendo influente teórico da área no Brasil. Destaca-se que até o ano de 2012 o autor publicou 27 livros dos quais alguns abordam a Teoria Psicométrica: “Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento” (1996), “Psicometria: Teoria e aplicações” (1997), “Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração” (1999), “Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação” (2003), “Análise Fatorial para Pesquisadores” (2005), “TRI – Teoria de Resposta ao Item: Teoria, Procedimentos e Aplicações” em 2007, e “Instrumentação psicológica: Fundamentos e Práticas” (2010) (BORGES, 2012).

A Psicometria tem como objetivo definir o percurso metodológico necessário para o desenvolvimento de uma ferramenta de medição com qualidades psicométricas válidas para a sua finalidade (POLIT; BECK, 2011; PASQUALI, 2003). Tais qualidades seguem a linha de pensamento de que as propriedades podem embasar padronizar e aferir o instrumento em estudo. Assim, a melhor qualidade de um instrumento de avaliação é determinada por variáveis com propriedades psicométricas, comprovadas, tais como, a validade e a confiabilidade, sendo que a validade pode ser definida como a capacidade que um instrumento possui de medir com precisão o fenômeno a ser estudado; e, a confiabilidade

pode ser caracterizada como a capacidade de um instrumento medir fielmente um fenômeno (PASQUALI, 2009).

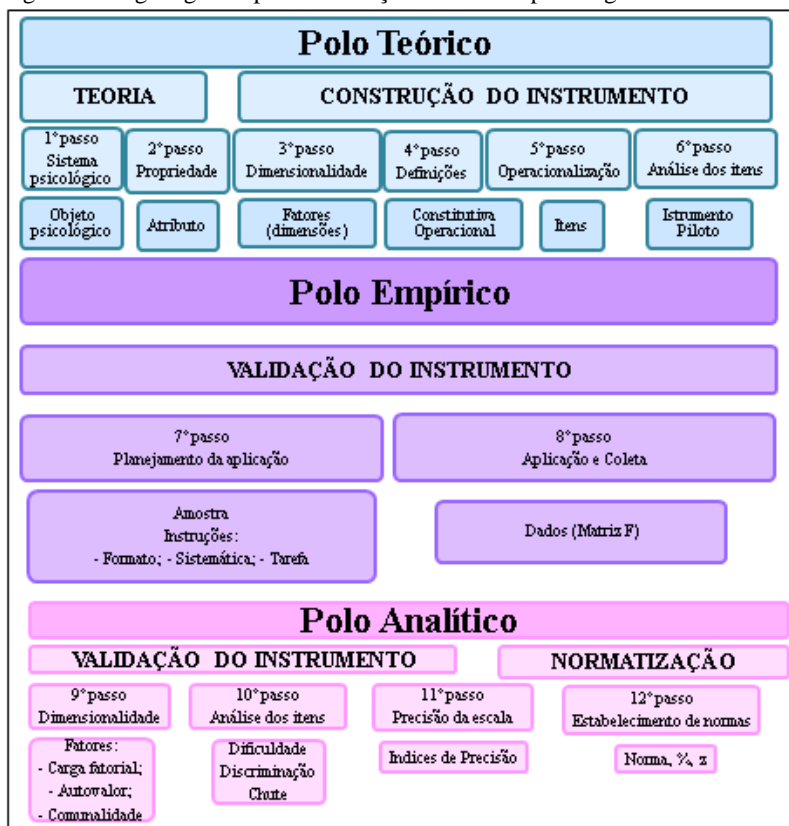
A Psicometria Moderna possui duas vertentes: a Teoria Clássica dos Testes (TCT) e a Teoria de Resposta ao Item (TRI). A vertente proposta para direcionar esta pesquisa é a TCT uma vez que se preocupa em explicar o resultado final total, isto é, a soma das respostas dadas a uma série de itens, expressa no chamado escore total (T). Nela se basearam a maioria dos métodos operacionais utilizados para avaliar as duas principais propriedades psicométricas dos instrumentos: a validade e a confiabilidade (PASQUALI, 2009).

#### 4.1 CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS SEGUNDO PASQUALI

O modelo proposto por Pasquali et al. (2010) para construção de instrumentos é estruturado em três grandes polos, denominados como procedimentos teóricos, procedimentos empíricos (experimentais) e procedimentos analíticos (estatísticos).

O polo teórico enfoca a questão da teoria que deve fundamentar qualquer empreendimento científico, no caso a explicitação da teoria sobre o construto ou objeto para qual se quer desenvolver um instrumento de medida. Os procedimentos teóricos devem ser elaborados para cada instrumento, de acordo com a literatura atual sobre o construto que o instrumento propõe medir. O procedimento empírico ou experimental é o momento em que ocorrem os procedimentos em que são definidas as etapas e as técnicas da aplicação do instrumento piloto e da coleta válida da informação para proceder a avaliação da qualidade psicométrica do instrumento. Já, o procedimento analítico estabelece os procedimentos de análise estatísticos a serem efetuados sobre os dados para levar a um instrumento válido, preciso e, se for o caso, normatizado (PASQUALI et al., 2010).

Figura 3 - Organograma para elaboração de medida psicológica



Fonte: Organograma para elaboração de medida psicológica (PASQUALI et al., 2010).

#### 4.1.1 Polo teórico

Os procedimentos teóricos são a primeira etapa do processo de construção e devem ser elaborados para cada instrumento, e é embasado na literatura existente sobre o construto que o instrumento pretende medir.

Este polo compreende seis passos que constituem desde a teorização do construto à elaboração do instrumento, dos quais os três primeiros estão relacionados somente com a teoria, o quarto engloba teoria e construção, e os dois últimos são referentes apenas ao processo de construção (PASQUALI et al., 2010).

### **1º Passo: Sistema Psicológico (produto: objeto psicológico)**

O primeiro passo compreende o sistema psicológico, no qual o pesquisador deve saber o que ele quer trabalhar, fundamentando teoricamente o seu construto através de referencial bibliográfico. Constitui-se no objeto de interesse, que é susceptível a fins de mensuração e de avaliação com o propósito de ser efetivamente conhecido.

### **2º Passo: Propriedades (produto: atributos)**

No segundo passo deve-se limitar o objeto de estudo definindo os aspectos específicos que se deseja estudar e as propriedades que serão objeto da pesquisa. É importante definir quais as propriedades que serão objeto de estudo, a fim de estabelecer o real e o imediato interesse no mesmo, e obter conceitos e definições claras, precisas e delimitadas. Para esse procedimento pode-se utilizar os mesmos mecanismos teóricos e referenciais já citados acima, bem como a ajuda de peritos especializados na área.

### **3º Passo: Dimensionalidade (produto: fatores dimensões)**

Este passo apresenta maior complexidade do que os mencionados, uma vez que diz respeito à sua estrutura interna e semântica. Após as definições, ocorre a categorização do construto em unifatorial ou multifatorial, sendo definida de acordo com os fatores que o distinguem.

### **4º Passo: Definição (produto: constitutiva operacional)**

Definidas as propriedades e suas dimensões, é necessário conceituar detalhadamente os construtos, através de base literária específica, da análise de conteúdo com a participação de peritos e do próprio pesquisador. Além disso, este passo consiste na enumeração de itens que melhor descrevam o construto, a definição constitutiva e operacional do mesmo. A definição constitutiva referencia a definição de um construto por meio de outros construtos, sendo esta definição a que tipicamente aparece nos dicionários e enciclopédias, além de situar o construto dentro da teoria. Por outro lado, a definição operacional é quando o item é definido em termos de operações concretas, de comportamentos físicos que o expressam, devendo ser mais abrangente que o construto.

### **5º Passo: Operacionalização (produto: itens)**

O quinto passo compreende a operacionalização do construto e a construção de itens que melhor o representem. Os itens podem ser extraídos de várias fontes como a entrevista com a população para a qual se pretende construir o instrumento, literaturas referentes ao construto em estudo e experiências vivenciadas pelos pesquisadores. Os itens são construídos para representar comportamentalmente o construto de

interesse. Ainda, devem passar por critérios de construção, os quais Pasquali et al. (2010) elenca em 12, que são:

**Critério comportamental:** O item deve expressar um comportamento, não uma abstração ou construto, ou seja, deve ser claro e preciso;

**Critério de objetividade:** O item deve cobrir o conteúdo de fato, permitindo uma resposta certa ou errada. Deve possibilitar que o respondente expresse suas preferências, opiniões, sentimentos e modo de ser;

**Critério da simplicidade:** o item deve expressar uma única ideia. Itens que introduzam explicações de termos ou oferecem razões ou justificativas são normalmente confusos porque introduzem ideias variadas e confundem o respondente;

**Critério da clareza:** o item deve ser inteligível, de fácil compreensão a todos, possuir frases curtas e com expressões simples e inequívocas. A preocupação aqui é a compreensão das frases (que representam tarefas a serem entendidas e, se possível, resolvidas), não sua elegância artística;

**Critério da relevância (pertinência, saturação, unidimensionalidade, correspondência):** o item não deve insinuar atributos diferentes dos definidos. Devendo expressar o atributo que realmente deseja medir;

**Critério da precisão:** o item deve possuir uma posição definida no contínuo do atributo.

**Critério da variedade:** deve-se variar o tipo de linguagem utilizada no construto, a fim de evitar monotonia e cansaço, bem como variar a quantidade de itens favoráveis e desfavoráveis.

**Critério da modalidade:** não utilizar expressões extremadas e sim expressões de reação modal, com o intuito de não viciar a reação dos respondentes, e deixar que esta se dê de forma espontânea de acordo com a intensidade natural de cada indivíduo.

**Critério da tipicidade:** formar frases com expressões condizentes ao atributo.

**Critério da credibilidade:** formular itens que não sejam ridículos, despropositados e infantis.

**Critério da amplitude:** o conjunto de itens deve ser de entendimento para todos os níveis da população-alvo

**Critério do equilíbrio:** os itens devem variar entre fáceis, difíceis e médios em todo o contínuo do construto.

Ainda neste passo, o autor descreve que o número ideal de itens inseridos em um construto é de 20 itens, porém enfatiza que tal

determinação pode ser alterada conforme o nível de complexidade e necessidade de cada construto em particular.

**6º Passo: Análise dos Itens (produto: instrumento piloto)**

A análise deve ser realizada com vista a assegurar garantias de validade. Consiste em solicitar outras opiniões sobre o construto já operacionalizado, por meio de juízes que deverão proceder a dois tipos de análise: a análise semântica e a de conteúdo.

Na análise semântica se deve objetivar a compreensão dos itens por toda a população pela qual o instrumento será utilizado. Assim, através deste processo com o extrato mais baixo da população almeja-se o entendimento do mesmo por todos os indivíduos, enquanto que a análise do instrumento por uma amostra mais sofisticada deve ser realizada a fim de evitar deselegância na formulação dos itens. Se houver divergência na reprodução ou entendimento diferente do que o pesquisador quis elucidar, o construto deverá ser reformulado e reapresentado até que não ofereça dificuldade nenhuma de compreensão.

E, ainda no que tange a análise de conteúdo, conhecida também como análise por juízes, tem-se como objetivo verificar a adequação da apresentação comportamental dos atributos. Os juízes fazem a verificação de cada item elencando os que estejam mais bem estruturados e avaliando a sua real ligação com o propósito do instrumento.

O número recomendado de juízes a participar desta etapa é cerca de seis, sendo eles peritos na área, nessa decisão deve-se atentar quanto as características do instrumento, a formação, a qualificação e a disponibilidade dos profissionais necessários.

O critério de pertinência do item deve ser de pelo menos 80%, de concordância entre os juízes, logo, os itens que não chegarem a este nível de aprovação devem ser descartados ou reformulados.

#### **4.1.2 Polo experimental (empírico)**

No polo experimental definem-se as etapas e técnicas da aplicação do instrumento piloto e da coleta da informação para proceder a avaliação da qualidade psicométrica do instrumento. Nesse polo seleciona-se a população e define-se a amostra dos sujeitos que serão convidados a participar do estudo.

**7º Passo: Planejamento da Aplicação (produto: amostra, instruções, formato, sistemática e tarefa)**

Neste momento define-se o formato do instrumento-piloto e a amostra, juntamente com o esclarecimento de instruções de como aplicá-lo. Sendo que, quanto a amostra há necessidade de se verificar a



quantidade mínima de indivíduos, para que o instrumento passe a ser fidedigno ao restante da população.

#### **8º Passo: Aplicação e Coleta (produto: dados e matriz)**

O pesquisador deve elucidar com clareza os objetivos do instrumento tendo em vista as formas de aplicação do mesmo, podendo ser de forma coletiva ou individual. Nesta etapa também se deve esclarecer como será a resposta do indivíduo, se será em forma de alternativas, escala de intensidades, entre outros. Os dados obtidos darão origem a um banco de dados que será utilizado na etapa seguinte.

#### **4.1.3 Polo analítico (estatístico)**

O terceiro e último polo, consiste nos procedimentos analíticos. Esta etapa compreende os quatro últimos passos para a validação e normatização do instrumento e para que isso ocorra, primeiramente deve-se definir a dimensionalidade do mesmo de acordo com uma análise fatorial.

#### **9º Passo: Dimensionalidade (produto: fatores: carga fatorial, autovalor comunalidade)**

Neste passo a dimensionalidade de instrumento deve ser analisada pelo autor de forma empírica firmando a hipótese de um único fator, contudo há necessidade de ser demonstrada com o auxílio do passo seguinte.

#### **10º Passo: Análise dos Itens (produto: dificuldade, discriminação e chute)**

Neste momento se verifica quantos construtos comuns são necessários para explicar as covariâncias (intercorrelações) dos itens, além da demonstração da própria validade do instrumento juntamente com a análise preliminar dos itens.

Ainda, no terceiro polo, o próximo passo abrange a análise empírica que consiste em verificar as características que os itens do instrumento devem apresentar.

#### **11º Passo: Precisão do Instrumento (produto: índice de precisão)**

Busca-se avaliar a correlação entre variância verdadeira e variância erro, sendo que quanto maior a primeira e menor a segunda, mais fidedigno é o instrumento. Existem várias técnicas para verificar a precisão de um teste, entre elas o teste-reteste, formas paralelas e a consistência interna.

Ao passar pelos passos descritos, o instrumento pode ser considerado válido e fidedigno, estando pronto para o uso em pesquisa.

Contudo, se para o uso em técnica clínica o instrumento será submetido ao próximo passo.

### **12º Passo: Estabelecimento de Normas (produto: normas%, Z)**

A fim de interpretar os resultados produzidos, sendo este o último passo para construção, validação e posteriormente uso na população alvo (PASQUALI et al., 2010).

A padronização ou normatização refere-se à obrigatoriedade de uniformidade em todos os procedimentos no uso de um teste válido e preciso a começar das precauções a serem tomadas na aplicação do teste até o desenvolvimento de critérios para a interpretação dos resultados obtidos.

Ainda é importante atentar-se para o fato de que a confiabilidade e a validade de um instrumento estão associadas, na perspectiva de conferi-lhe qualidade, ou seja, ambas as avaliações são recomendadas quando se trata da construção de um instrumento de medida (PASQUALI et al., 2010).

No caso de o instrumento ser orientado para uso clínico, deve ser submetido a normatização para se poder interpretar os resultados que ele produz. Constituindo-se a transformação dos resultados brutos do instrumento em resultados de alguma maneira padronizados.

## 4.2 TÉCNICA DELPHI

A validade de um instrumento inicia na elaboração e mantém-se durante todo o processo de construção, aplicação, correção e interpretação de resultados. A validade é o processo de examinar a precisão de determinada predição ou inferência realizada com base em pontuação obtida por meio da aplicação de instrumento (RAYMUNDO, 2009).

A Técnica Delphi tem sido amplamente utilizada na pesquisa em saúde. Uma característica que se destaca neste meio é a interdisciplinaridade, pesquisas desenvolvidas nesta área mostram com enfoque a importância de tal qualidade. Neste sentido, a adoção desta técnica permite uma abordagem mais ampla, completa e enriquecedora, tanto geograficamente como na captação de ideias e conhecimentos (ROZADOS, 2015).

Originária de um nome do Oráculo dos Delfos, lugar procurado pelos gregos antigos para obtenção de conselhos e respostas sobre o futuro, a Técnica Delphi teve sua origem em 1948, sendo aplicada pela primeira vez na década de 1950, pela Empresa *Douglas Aircraft*, por meio da criação da *Rand Corporation*, com a intenção de reunir opiniões de especialistas, para prever tendências de longo prazo relacionadas com o

potencial militar do futuro da ciência da tecnologia e seus efeitos sobre questões políticas (REVORÊDO et al., 2015).

Esse experimento foi denominado Projeto Delphi com base nos trabalhos de Olaf Helmer e Norman Dalker, pesquisadores da *Rand Corporation*, em Santa Mônica, Califórnia, Estados Unidos da América, e, por razões de segurança, esse projeto somente foi divulgado publicamente dez anos após a sua realização. Em sua formulação original, esta metodologia se traduzia por uma técnica capaz de buscar opiniões de um grupo de especialistas a respeito de eventos futuros (REVORÊDO et al., 2015).

Coloca-se aqui uma questão de terminologia. Tendo em vista que os autores estudados tratam, de forma indistinta, Delphi tanto como técnica quanto como método, não se optou exclusivamente por nenhuma das duas terminologias propostas, utilizando-se ambas de forma eventual. Também convém salientar que tanto pode ser encontrada a terminologia ‘Delphi’, como sua forma aportuguesada ‘Delfos’, sendo, no entanto, mais adotado o termo original (ROZADOS, 2015).

Ainda, pode ser definida como uma técnica de processo grupal, cuja intenção é obter consenso de ideias de um grupo de especialistas também denominados de peritos, experts, juízes ou entrevistados a respeito de determinada temática de seu domínio, para isso utilizam-se formas estruturadas de coleta dos dados, como por exemplo, questionários ou instrumentos previamente formulados, a partir do problema de pesquisa, sendo aplicado diversas vezes, até alcançar o objetivo esperado (PERROCA, 2011).

Este tipo de método pode apresentar duas vantagens. A primeira é que a informação disponível está sempre mais contrastada do que aquela que dispõe o participante melhor preparado, ou seja, do que a informação do especialista mais versado no tema, esta afirmação baseia-se no fato de que ‘várias cabeças pensam melhor do que uma única’. A segunda refere-se a que o número de fatores considerado por um grupo é maior do que o considerado por uma só pessoa. Cada especialista pode levar à discussão geral a ideia que tem sobre o tema debatido, a partir de sua área de conhecimento (ROZADOS, 2015).

O método apresenta características fundamentais que são: o anonimato, a interação e a realimentação controlada (ROZADOS, 2015).

O anonimato significa que nenhum dos participantes conhece a identidade dos demais que compõem o grupo de debates, o que implica em três aspectos favoráveis, impede que um membro do grupo seja influenciado pela reputação de outro dos membros, permite que um membro possa mudar suas opiniões sem que isto afete sua imagem e

credibilidade, e o especialista pode defender seus argumentos com a tranquilidade de saber que no caso de estes estarem errados, seu equívoco não vai ser reconhecido pelos outros participantes (ROZADOS, 2015).

A interação e realimentação controlada sugerem que a interação entre os participantes, ainda que de forma anônima, melhore ao apresentar mais de uma vez o mesmo questionário, tendo em vista que com a apresentação dos resultados obtidos nos questionários anteriores os especialistas podem conhecer divergentes pontos de vista, e assim irem moldando suas opiniões caso acharem conveniente, de acordo com os argumentos apresentados (ROZADOS, 2015).

Ao utilizar a Técnica Delphi, algumas definições se fazem importantes, entre elas: rodada (ou circulação), é cada um dos sucessivos questionários apresentados ao grupo; questionário, é o documento (instrumento) que se envia aos especialistas, não é só um documento que contém uma lista de perguntas, mas um documento com o qual se consegue que os participantes da pesquisa interatuem, já que nele se apresentam os resultados das circulações anteriores; painel é o conjunto de especialistas que farão parte do Delphi; moderador é a pessoa responsável por recolher as respostas do painel e preparar os questionários (PERROCA, 2011).

A Técnica Delphi está fundamentada no uso sistematizado do conhecimento, da experiência e da criatividade de um grupo de especialistas, e como já mencionado, partindo do pressuposto de que o julgamento coletivo, quando organizado, é melhor que a opinião de um só indivíduo, ou de grupos desprovidos de conhecimentos específicos, assim, o consenso representa consolidação do julgamento intuitivo do grupo (REVORÊDO et al., 2015).

Os especialistas são escolhidos a partir de sua experiência e produção na área que se pretende investigar. O idioma e a cultura também são pontos relevantes no processo de seleção. E a comunicação entre o pesquisador e os especialistas pode ser por meio de e-mail, contato telefônico e/ou entrevistas (REVORÊDO et al., 2015).

Na literatura não existe unanimidade sobre quantos especialistas devem participar. O número depende do fenômeno estudado e das regras elaboradas pelo pesquisador (SCARPARO et al., 2012).

A instrumentalização da Técnica Delphi, como referenciado, é obtida por meio da aplicação de um instrumento a um grupo de especialistas na área em estudo. Na primeira rodada (rounds) de opiniões o instrumento é enviado e a partir de seu retorno as respostas são contabilizadas e analisadas. As questões que obtiverem o consenso estipulado pelo pesquisador são extraídas e o instrumento é revisado pelo

pesquisador, sendo novamente enviado com a informação dos resultados atingidos na primeira rodada de opiniões. Assim, dá-se início à segunda rodada de opiniões, para que se realize um novo julgamento, frente à previsão estatística de cada resposta do grupo, sendo possível mantê-la ou modificá-la. O processo se repetirá até que se atinja um grau aceitável de consenso, que deve ser determinado pelos pesquisadores previamente a coleta de dados e pode variar entre 50% a 80%, o processo pode cessar com resultados finais retroalimentados aos participantes. Caso contrário, são realizadas quantas rodadas sejam necessárias (CASSAR, 2014). O consenso alcançado utilizando a Técnica Delphi não significa que a resposta correta foi encontrada, mas sim que, os especialistas chegaram a um acordo sobre a questão e/ou questões sob exploração (SCARPARO et al., 2012).

O número de rodadas dependerá da natureza do grupo, sua homogeneidade e da complexidade do assunto (SCARPARO et al., 2012).

O modelo para a organização das etapas da Técnica Delphi são (Quadro 1):

Quadro 1 - Etapas da Técnica Delphi

RODADA	ETAPAS
1 <sup>a</sup>	Especialistas recebem um questionário elaborado por um ou mais pesquisadores, respondem individualmente com respostas quantitativas apoiadas por justificativas e informações qualitativas.
2 <sup>a</sup>	As respostas das questões quantitativas são tabuladas, recebem tratamento estatístico (mediana e os quartis); quando há justificativas qualitativas associadas às previsões quantitativas, o pesquisador relaciona os argumentos às projeções quantitativas correspondentes; os resultados são devolvidos aos participantes na rodada seguinte; a cada nova rodada as perguntas são repetidas, e os participantes devem reavaliar suas respostas à luz pelos demais respondentes na rodada anterior; este processo é repetido nas sucessivas-rodadas do questionário, com vistas a reduzir a um nível satisfatório as divergências entre os especialistas e a resposta da última rodada seja considerada como previsão do grupo.

3 <sup>a</sup>	Retroalimentação: estabelecido pelas diversas rodadas permite a troca de informações entre os diversos participantes, conduz a uma convergência rumo a uma posição de consenso.
----------------	---

Fonte: WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000.

Atualmente a Técnica Delphi na modalidade eletrônica traz diversas vantagens em relação à tradicional, como diminuição significativa dos gastos referentes ao preparo do material e seu envio aos participantes; diminuição do tempo de duração de cada rodada, devido a rapidez com que os questionários são enviados e devolvidos; feedback muito mais rápido aos respondentes, o que impede a perda de interesse. Ainda, o instrumento utilizado nesta modalidade deve ser conciso, com itens que estejam relacionados com os objetivos da pesquisa, pois um instrumento extenso desestimula o respondente (SCARPARO et al., 2012).

A Técnica Delphi ainda apresenta como características fundamentais: a representação estatística da distribuição dos resultados, a flexibilidade, as contribuições que os especialistas trazem para o grupo e a disponibilidade de dados, como o que ocorre em assuntos pouco discutidos. A necessidade de responder um questionário individual, com liberdade de tempo e sem a pressão de se sentir vigiado como em um grupo, possibilita maior reflexão, respostas completas, anonimato dos especialistas, desconsidera influências como “status acadêmico ou profissional” ou capacidade de comunicação. Na análise dos dados, fatores como manipulação, omissão, pressão de grupo, concordância com as respostas mais incidentes, não são problemas (SCARPARO et al., 2012).

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa metodológica, em que se propôs construir e validar um instrumento de comunicação segura para sistematizar a passagem de caso em unidades pediátricas. A pesquisa metodológica trata do desenvolvimento, da avaliação e da validação de instrumentos, técnicas ou métodos de pesquisa ou de prática. Portanto, seu objetivo é desenvolver um instrumento efetivo e fidedigno que possa ser utilizado por outros (POLIT; BECK, 2011).

As crescentes demandas por avaliações de resultados sólidos e confiáveis, testes rigorosos de intervenções e procedimentos sofisticados de obtenção de dados têm levado a um aumento do interesse pela pesquisa metodológica entre enfermeiros pesquisadores. A pesquisa de desenvolvimento de instrumentos costuma envolver métodos complexos e sofisticados (POLIT; BECK, 2011).

Explicamos, a seguir, o caminho percorrido para o desenvolvimento dessa pesquisa metodológica, que foi desenvolvida em três fases: a primeira fase consiste dos procedimentos teóricos (elaboração dos indicadores e construção do instrumento), a segunda fase procedimentos empíricos (validade do conteúdo do instrumento, submissão aos avaliadores) e a última fase, procedimentos analíticos (verificação da confiabilidade do instrumento pela análise de concordância entre os avaliadores).

### 5.2. PROCEDIMENTOS TEÓRICOS

A primeira fase é a teórica, na qual agrupa os seis primeiros passos preconizados por Pasquali et al. (2010), como já relatado, sendo os três primeiros relacionados à teoria, o quarto passo relacionado com a teoria e com a construção do instrumento, e ainda, o quinto e sexto passo especificamente voltados para a construção.

**Nos dois primeiros passos** realizou-se uma ampla revisão bibliográfica em busca de artigos científicos, livros, teses e dissertações para estabelecer as bases conceituais do objeto de estudo, seus atributos, dimensões e definições, bem como para poder obter informações acerca do conhecimento produzido até então sobre essa temática. Na sequência, foram levantados, os instrumentos que avaliam o mesmo construto dessa pesquisa, e, o que obteve destaque foi o *Guidelines for Communicating with Physicians Using the SBAR Process*, a escolha do mesmo deve-se ao

fato de possuir qualidade e confiança reconhecida internacionalmente e, especialmente, por ser pautado em estudos com práticas baseadas em evidências científicas. Cabe destacar, que esse documento é de domínio público e foi obtido gratuitamente via internet.

**No terceiro e quarto passo** foi elaborada uma revisão integrativa da literatura a procura de subsídios científicos e contextuais sobre a utilização e a influência da técnica *Situation, Background, Assessment, Recommendation* (SBAR) no âmbito da segurança do paciente e na comunicação de enfermagem com os demais profissionais de saúde. Salienta-se que tal revisão está apresentada em forma de Manuscrito no Capítulo 6 desta tese (Manuscrito 1).

Destacamos que na Revisão Integrativa da Literatura foram selecionados os trabalhos completos, publicados entre 2005 e 2015, nos idiomas português, inglês e espanhol. As bases de dados utilizadas foram: PubMed/ Medline (National Library of Medicine and National Institutes of Health/ Medical Literature Analysis and Retrieval System Online); CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature); SCOPUS; LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); BDENF (Base de Dados de Enfermagem); SciELO (Scientific Electronic Library Online); Web of Science – ISI Web of Knowledge; Cochrane. Para as estratégias de busca dos artigos foram utilizadas combinações dos descritores aqui postos nos três idiomas, inglês, português, espanhol: SBAR; Nursing; handover; patient safety. Foram encontrados 327 artigos, destes, 54 artigos estavam indexados em mais de uma base, sendo considerados somente uma vez. Ao se aplicar os critérios de inclusão e de exclusão, o número total de artigos selecionados foi reduzido para sete.

**O quinto passo** deu-se também, a partir da revisão integrativa e da vivência clínica das pesquisadoras nas unidades de internação e emergência pediátricas e, para tanto, 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 sistematizar a passagem de caso em unidades pediátricas. Desse modo, optou-se em manter a sequência dos passos do SBAR para compor o segundo domínio do instrumento e foram estabelecidas novas condutas e itens específicos referentes ao paciente pediátrico, devido às suas especificidades quanto à fragilidade, vulnerabilidade e condições peculiares de crescimento e desenvolvimento (APÊNDICE IV).



**O sexto passo** consistiu da análise semântica, o qual seguiu as recomendações de Pasquali et al. (2010), sendo realizada antes da validação de conteúdo do instrumento, como uma forma de pré-teste e definição do instrumento piloto.

Para tal passo, conforme preconiza Pasquali et al. (2010), foram selecionadas cinco enfermeiras e duas médicas experts em pediatria ou segurança do paciente. Estas foram escolhidas por conveniência, uma vez que atuavam em unidades de internação e emergência pediátrica, e participavam ativamente de pesquisas relacionadas à segurança do paciente pediátrico, sendo que as enfermeiras também faziam parte de um grupo de pesquisa voltado para à saúde da criança e do adolescente, de uma Instituição de Ensino Federal. As experts foram convidadas pessoalmente por uma das pesquisadoras para participar da etapa de avaliação do conteúdo e semântica do instrumento, e então foram orientadas individualmente sobre o objetivo da pesquisa. Após estarem cientes, formalizaram seus consentimentos através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Enfatiza-se que naquele momento, para evitar viés, as dúvidas sobre os itens do instrumento não seriam esclarecidas.

O pré-teste teve como objetivo avaliar a compreensão das experts frente aos domínios e itens do instrumento, a fim de fornecer subsídios para o aprimoramento do mesmo. No final de cada item tiveram um espaço para registrar: itens necessários, porém ausentes; itens desnecessários; comentários e/ou sugestões, a fim de fornecer informações para o aprimoramento da versão final e garantir o entendimento do item.

Após a avaliação do instrumento, foi realizada análise das respostas das experts, para verificação do consenso foi utilizado o índice de validade de conteúdo (IVC), sendo considerados os valores igual ou maior que 80%. E, posteriormente procedeu-se uma reunião com as mesmas para se discutir as sugestões realizadas quanto aos domínios e itens. Por meio desse procedimento foi possível identificar se o

instrumento foi de fácil entendimento e se possuía instruções claras. Posteriormente a essa reunião foi aperfeiçoada a 1ª Versão elaborada pela autora, resultando no instrumento piloto denominado de Instrumento para Passagem de Caso em Unidades Pediátricas.

Logo após a análise das experts encerraram-se os procedimentos teóricos da construção do instrumento, tendo como produto o instrumento piloto.

### 5.3 PROCEDIMENTOS EMPÍRICOS

A Segunda Fase – Fase empírica agrupa o **sétimo e oitavo passo** preconizado por Pasquali et al. (2010), onde são definidas as etapas e técnicas da aplicação do instrumento piloto e da coleta válida da informação para proceder a avaliação da qualidade psicométrica do instrumento.

Existem várias técnicas para verificação da validade de um instrumento, no entanto, nesta pesquisa optou-se por trabalhar a análise de conteúdo a partir da Técnica Delphi, descrita anteriormente.

#### 5.3.1 Local do estudo

Para a seleção dos especialistas realizou-se uma busca ativa por meio da Plataforma Lattes, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, utilizando-se da busca simples e avançada, no dia 16/11/2016, às 08h30min, disponibilizada na própria plataforma por assunto, a fim de identificar profissionais enfermeiros e médicos do Brasil, que atuassem como especialistas.

#### 5.3.2 Amostra

Os especialistas foram selecionados por meio da Plataforma Lattes, como referenciado, e posteriormente pela análise do resumo de seus currículos, nela expostos, através dos seguintes **critérios de inclusão: Quanto ao assunto:** segurança do paciente e/ou saúde da criança e do adolescente; **Nível de formação:** doutores e demais pesquisadores; **Nacionalidade:** brasileira; **Formação Acadêmica/Titulação:** especialização, mestrado, doutorado; **Atuação profissional:** grande área - ciências da saúde, área – enfermagem e medicina; **Idioma:** português; **Atividade Profissional:** todas (ensino, pesquisa, prática assistencial); **Tempo de atualização dos dados:** 24

meses; **Informações pessoais:** endereço, formação acadêmica/titulação, área de atuação, idiomas; **Informações sobre demais produções/trabalhos:** orientações concluídas, orientações em andamento; **Informações sobre produções bibliográficas:** artigos publicados, trabalhos em eventos, outras produções bibliográficas, livros e capítulos; **Período de produção:** todo o período (Figura 4).

Figura 4 - Seleção dos especialistas por meio da Plataforma Lattes, 2017

The image shows the 'Buscar Currículo Lattes (Busca Simples)' interface. At the top, there are logos for CNPq and Currículo Lattes. The search bar contains the text 'segurança do paciente'. Below the search bar, there are sections for 'Nos bases' (with checkboxes for 'Outros', 'Demais pesquisadores (Mestr., Graduação/Estudantes, Têcnos., etc.)'), 'Nacionalidade' (with checkboxes for 'Brasileira', 'Estrangeira'), and 'País de nacionalidade' (set to 'Todos'). There is a 'Tipo de filtro' section with 'Filtros' and 'Traduzido' buttons. A 'Tempo de Atualização dos Dados' section shows 'Últimos Currículos atualizados nos últimos' with a dropdown set to '24' and a unit of 'meses'. A 'Número de resultados' section shows '10 resultados' and 'por página'. The main area is divided into three columns of filters: 'Informações Pessoais' (with checkboxes for 'Endereço', 'Formação Acadêmica/Titulação', 'Atuação profissional', 'Áreas de atuação', 'Idiomas', 'Prêmios e títulos'), 'Informações sobre produções técnicas' (with checkboxes for 'Software', 'Produtos', 'Processos', 'Trabalhos técnicos', 'Outras produções técnicas'), and 'Informações sobre produções bibliográficas' (with checkboxes for 'Artigos publicados', 'Livros e capítulos', 'Trabalhos em eventos', 'Trabalhos em seminários', 'Outras produções bibliográficas'). There are also sections for 'Informações sobre demais produções/trabalhos' (with checkboxes for 'Produção antropológica', 'Orientações concluídas', 'Orientações em andamento', 'Demais trabalhos'), 'Outras informações' (with checkboxes for 'Dados complementares', 'Outras informações relevantes'), and 'Período da produção' (with radio buttons for 'Todo o período' and 'A partir do ano:' followed by a text input field). A 'Buscar' button is at the bottom right.

Fonte: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (2016).

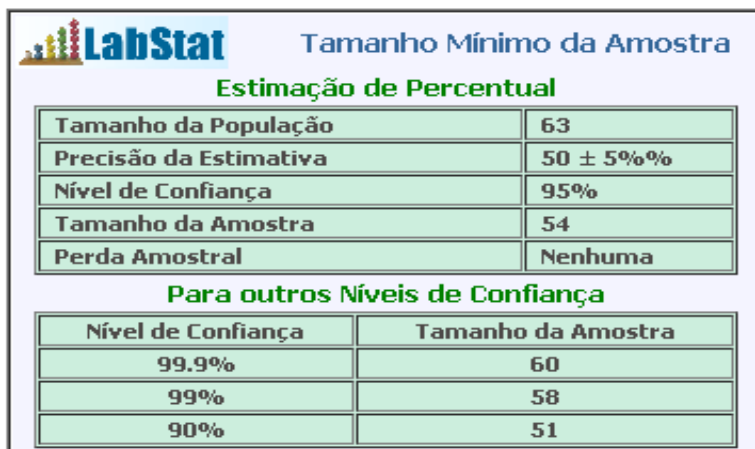
Como critérios de exclusão, definiram-se: não apresentar no resumo do Currículo Lattes aderência ao tema do estudo e não apresentar meio de contato para envio do Instrumento e anexos.

A partir desses critérios, os resumos dos Currículos Lattes foram analisados e selecionados 44 enfermeiros e 19 médicos, com representatividade das cinco regiões brasileiras (sul, sudeste, norte, nordeste e centro-oeste), em consideração as diferentes realidades. Desdes 42 enfermeiros e 16 médicos aceitaram participar da pesquisa.

Devido à falta de consenso na literatura quanto ao número mínimo de especialistas para esse tipo de validação, optou-se por adotar o programa computacional de ensino-aprendizagem de estatística por meio da internet – SestatNet® (NASSAR et al.; 2013). Este estudo foi

desenvolvido com uma amostra representativa, sequencial, calculada com margem de erro amostral  $\pm 5$  e, 95% de nível de confiança, que resultou em 54 especialistas (Figura 5).

Figura 5 - Cálculo amostral segundo o Sistema Operacional – SEstatNet®, 2017



Tamanho Mínimo da Amostra	
Estimação de Percentual	
Tamanho da População	63
Precisão da Estimativa	50 $\pm$ 5% <sup>%%</sup>
Nível de Confiança	95%
Tamanho da Amostra	54
Perda Amostral	Nenhuma
Para outros Níveis de Confiança	
Nível de Confiança	Tamanho da Amostra
99.9%	60
99%	58
90%	51

Fonte: Sestatnet 2016.

### 5.3.3 Instrumento de Coleta de Dados

Para coleta de dados elaborou-se um formulário eletrônico composto por três partes, desenvolvido pelas pesquisadoras, por meio do aplicativo Google Forms® (APÊNDICE III).

A primeira parte esta direcionada para a caracterização dos especialistas, contendo variáveis sociodemográficas, profissionais e acadêmicas. A segunda parte consta da avaliação de conteúdo dos domínios e seus itens. Para tanto, foram realizadas as seguintes perguntas aos especialistas em cada domínio: Domínio 1: Você considera que as ações acima são suficientes para serem realizadas antes de chamar outro profissional?; Domínio 2: **Situation /Situação**: Estas informações são suficientes para identificar corretamente o problema e/ou a questão?; **Background/Antecedentes**: Você considera que as informações acima são suficientes para esclarecer o estado atual do paciente pediátrico?; **Assessment/Avaliação**: Você acha necessário que o enfermeiro relate suas impressões e/ou preocupações quanto ao caso clínico do paciente pediátrico?; **Recommendation/Recomendação**: Você acha necessário

fazer recomendações? Você acha importante registrar no prontuário do paciente pediátrico?

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 (PASQUALI et al., 2009).

Para avaliar cada domínio, foi utilizada a Escala Likert como técnica de escalonamento. De acordo com Pasquali et al. (2010, p.16), “a medida escalar constitui-se uma das várias formas que a medida psicométrica pode assumir”. Em sua abordagem teórica “Likert sustenta que uma atitude (propriedade psicológica) constitui uma disposição para ação” (PASQUALI et al., 2010, p.129), e sua escala, dispõe-se então a “verificar o nível de concordância do sujeito com uma série de afirmações que expressam algo de favorável ou desfavorável em relação a um objeto psicológico” (PASQUALI et al., 2010, p. 130). Além disso, enfatiza que a escala facilita a avaliação por fornecer um escore numérico com diferentes graus de concordância em relação à afirmação e reação do sujeito (PASQUALI et al., 2010).

Assim, foram escolhidos cinco intervalos de resposta, variando de um (discordo totalmente) a cinco (concordo totalmente). Os escores foram estabelecidos conforme descrito abaixo:

1. Discordo totalmente: conduta inadequada que necessita ser suprimida ou desnecessária;
2. Discordo: conduta que necessita de alguma correção e\ou reformulação;
3. Não concordo nem discordo: conduta imparcial;
4. Concordo: conduta correta;
5. Concordo totalmente: conduta correta sem necessidade de qualquer acréscimo.

Ainda, ao final de cada item avaliativo havia também um campo específico para respostas abertas, onde os especialistas puderiam justificar suas respostas e/ou fornecer sugestões, quando convenientes, que contribuíssem para a qualidade do processo de validação (APÊNDICE III).

#### **5.3.4 Coleta de Dados**

A coleta de dados com os especialistas foi realizada de Novembro a Dezembro de 2016. Os 58 especialistas selecionados foram contatados por endereço eletrônico (e-mail), onde se realizou inicialmente um

convite explicando os objetivos da pesquisa e os motivos pelos quais eles haviam sido convidados a participar desse comitê (APÊNDICE I). Uma vez obtido o aceite foram enviadas instruções sobre o preenchimento do instrumento de coleta de dados, o formulário eletrônico para a coleta de dados (APÊNDICE III), bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE II).

Caso os convidados não respondessem o instrumento em sete dias, uma nova mensagem era enviada para reforçar o convite, até atingir a amostra por acessibilidade desejável de 54 especialistas.

Os dados coletados foram digitados e tabulados com auxílio do Programa Microsoft EXCEL® 2014 e o Programa Software® v.3.3.1 e enviados para análise estatística.

Conforme descrito, o instrumento foi previamente submetido a um pré-teste em que foi apreciado por sete experts, cabendo destacar que os mesmos não fizeram parte da amostra desta pesquisa.

#### 5.4 PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS

Esta fase consiste nos **quatro últimos passos** para a validação e normatização do instrumento, que consiste em procedimentos estatísticos (PASQUALI et al., 2010). Os procedimentos analíticos foram representados pela análise da consistência interna do instrumento, por meio da análise dos itens através do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e pelo cálculo do Alpha de Cronbach.

Com o objetivo de quantificar o grau de concordância entre os especialistas durante o processo de validação de conteúdo do instrumento foram calculados:

Índice de Validade de Conteúdo (IVC), seguindo a seguinte fórmula:

$$\text{IVC} = \frac{\text{Concordância}}{\text{Total de juízes}}$$

O IVC avalia a concordância dos especialistas quanto à representatividade da medida em relação ao conteúdo abordado, o qual é calculado dividindo-se o número de especialistas que concordaram com o item pelo total de especialistas (IVC para cada item) (TIBÚRCIO et al., 2014). Como indicação, considerou-se o  $\text{IVC} \geq 80\%$  para assegurar a confiabilidade do instrumento.

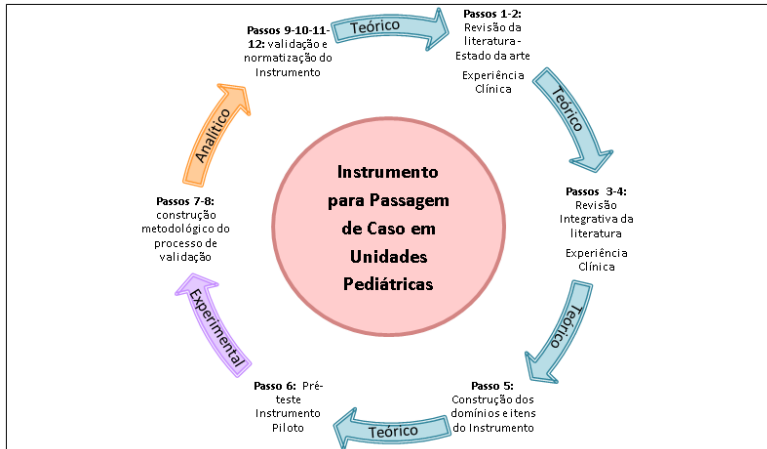
Com o mesmo intuito, foi calculado também o Alpha de Cronbach, que mede a correlação entre as respostas, quando as opções são escalonadas (Discordo Totalmente, Discordo, Não Concordo Nem Discordo, Concordo e Concordo Totalmente).

Em 1951, Lee J. Cronbach apresentou o Coeficiente Alfa como uma maneira de estimar a confiabilidade de um questionário utilizado em uma pesquisa. O Alfa mede a correlação entre respostas em um questionário através da análise do perfil das respostas dadas pelos respondentes (HORA; MONTEIRO; ARICA, 2010).

Para a presente pesquisa também se adotou o coeficiente W de Kendall para medir a concordância ordinal das avaliações dos especialistas. Este coeficiente varia de zero (discordância) a um (concordância total) e sua significância estatística foi analisada pela aplicação do teste Qui-quadrado. Para a implementação dessas análises foi adotado nível de significância de 5%. Realizada análise estatística no Programa Software® v.3.3.1, com auxílio de um profissional de estatística para esse fim.

Cabe ressaltar, que os dozes passos apresentados, compreendem os procedimentos teóricos, empíricos e analíticos, se inter-relacionam e sustentam a construção e a validação do Instrumento para Passagem de Caso em Unidades Pediátricas (Figura 6).

Figura 6 – Passos da construção e validação do Instrumento para Passagem de Caso em Unidades Pediátricas, 2017.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2017.

## 5.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

No tocante aos aspectos éticos, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC), de acordo com as disposições da Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto foi submetido e aprovado na Plataforma Brasil sob o protocolo 55170716.0000.0121 (ANEXO 2).

A carta de esclarecimento (APÊNDICE I) e o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE II) foram elaborados para os sujeitos da pesquisa, com explicações claras e objetivas, garantindo o anonimato dos participantes. Os especialistas foram consultados sobre o interesse em participar da pesquisa e esclarecidos quanto os objetivos, finalidades e procedimentos metodológicos da mesma, recebendo a garantia do sigilo conferido as informações e identidade, e direito de desistência a qualquer momento.

A concordância dos especialistas em participarem livremente do estudo foi registrada no menu inicial do instrumento eletrônico no aplicativo Google Forms®, (APÊNDICE III).

Os aspectos éticos e o rigor metodológico encontraram-se interligados no decorrer da pesquisa. A ética foi percebida através do seguimento dos princípios em pesquisas com seres humanos, enquanto que a precisão metodológica apresentou-se através da descrição detalhada do raciocínio lógico em cada passo e etapa do processo da pesquisa metodológica.



## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A composição deste capítulo faz-se de três manuscritos elaborados no decorrer do processo de desenvolvimento da pesquisa, diretamente ligados ao conteúdo da tese. Foram organizados no formato de artigos científicos, visando futuras publicações para a disseminação do conhecimento e atendendo as normas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC (Instrução Normativa 01/PEN/2016). O primeiro manuscrito a “Contribuições da Técnica Situation, Background, Assessment, Recommendation para Comunicação Eficaz: revisão integrativa da literatura”, é pautado em informações obtidas por meio de uma Revisão Integrativa da Literatura. Este manuscrito teve o objetivo de identificar as produções científicas sobre a contribuição da Técnica SBAR quanto à segurança do paciente na comunicação de enfermagem com os demais profissionais de saúde.

O segundo manuscrito, intitulado “Construção do Instrumento para Passagem de Caso em Unidades Pediátricas”, descreve as etapas para a construção do instrumento, caracterizando uma pesquisa metodológica. Detalhamos esses passos por acreditar que tal descrição poderá orientar outros acadêmicos e pesquisadores a desenvolverem esse tipo de estudo.

Já o terceiro “Validação de Conteúdo do Instrumento para Passagem de Caso em Unidades Pediátricas” apresenta o processo de validação e normatização do instrumento através das propriedades psicométricas: validade (IVC) e confiabilidade ( $\alpha$  de Cronbach).

6.1 MANUSCRITO 01: CONTRIBUIÇÕES DA TÉCNICA SITUATION, BACKGROUND, ASSESSMENT, RECOMENDATION PARA COMUNICAÇÃO EFICAZ: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

**CONTRIBUIÇÕES DA TÉCNICA SITUATION, BACKGROUND, ASSESSMENT, RECOMENDATION PARA COMUNICAÇÃO EFICAZ: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

CONTRIBUTIONS OF THE TECHNIQUE SITUATION, BACKGROUND, ASSESSMENT, RECOMMENDATION FOR THE EFFECTIVE COMMUNICATION: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

CONTRIBUCIONES DE LA TÉCNICA SITUATION, BACKGROUND, ASSESSMENT, RECOMMENDATION PARA LA COMUNICACION EFICAZ: REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA LITERATURA

SILVA, Michelini Fátima; ROCHA, Patrícia Kuerten.

**RESUMO**

Objetivo: Identificar, na literatura, as contribuições da técnica Situation, Background, Assessment, Recommendation quanto à segurança do paciente na comunicação de enfermagem com os demais profissionais de saúde. Método: Revisão integrativa da literatura, entre 2005 e 2015, nas bases eletrônicas Pubmed/Medline, CINAHL; SCOPUS LILACS, SCiELO; BDENF e Biblioteca Cochrane. Resultados: Foram analisadas sete publicações norte-americanas com delineamento descritivo categorizadas: influência desta técnica para a comunicação eficaz, e consequentemente, para segurança do paciente; contribuições da técnica nos diferentes cenários de práticas. Conclusão: O uso da técnica entre os profissionais de saúde é uma forma eficaz de comunicação segura independente da unidade de cuidado. Ressalta-se a carência de estudos no Brasil.

**Descritores:** Segurança do Paciente. Enfermagem. Handover. Sistemas de Comunicação no Hospital.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify, in the literature, the contributions of the Situation, Background, Assessment, Recommendation technique regarding to the patient safety in nursing communication with other health professionals. **Method:** Integrative literature review, between 2005 and 2015, on the electronic databases Pubmed / Medline, CINAHL; SCOPUS LILACS, SCIELO; BDENF and the Cochrane Library. **Results:** Seven North-American publications were analyzed, with categorical descriptive design: influence of this technique for effective communication, and consequently, for patient safety; contributions of the technique in the different practice scenarios. **Conclusion:** The use of the technique among health professionals is an effective way of secure communication independent of the care unit. The lack of studies in Brazil is noteworthy.

**Keywords:** Patient Safety. Nursing. Handover. Communication Systems in the Hospital.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar, en la literatura, las contribuciones de la técnica Situation, Background, Assessment, Recommendation en cuanto a la seguridad del paciente en la comunicación de enfermería con los demás profesionales de salud. **Método:** Revisión integrativa de la literatura, entre 2005 y 2015, en las bases electrónicas Pubmed / Medline, CINAHL; SCOPUS LILACS, SCIELO; BDENF y Biblioteca Cochrane. **Resultados:** Se analizaron siete publicaciones norteamericanas, con delineamiento descriptivo categorizadas: influencia de esta técnica para la comunicación eficaz, y consecuentemente, para seguridad del paciente; contribuciones de la técnica en los diferentes escenarios de prácticas. **Conclusión:** El uso de la técnica entre los profesionales de la salud es una forma eficaz de comunicación segura independiente de la unidad de cuidado. Se resalta la carencia de estudios en Brasil.

**Palabras clave:** Seguridad del paciente. Enfermería. Handover. Sistemas de Comunicación en el Hospital..

## INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é tema atual e preocupante nos serviços de saúde. Devido a necessidade de disponibilizar uma assistência segura, a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, da World Health Organization (WHO) em parceria com a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, vem incentivando a adoção

das Metas Internacionais de Segurança do Paciente (MISP), como uma estratégia para orientar as boas práticas para a redução de riscos e eventos adversos em serviços de saúde (WHO, 2007; JCI, 2012).

Foram criadas seis MISP que apontam para situações prioritárias e que são direcionadas para prevenir situações de erros de identificação de pacientes, erros de medicação, erros em procedimentos cirúrgicos, infecções associadas ao cuidado, quedas dos pacientes e falhas de comunicação (JCI, 2012).

Em resposta várias organizações internacionais, como *The Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), *Institute of Medicine* (IOM), *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) procuraram desenvolver uma variedade de métodos para melhorar a comunicação, que podem ser adaptados à realidade de cada instituição de saúde, na tentativa de diminuir os erros relacionados à comunicação associados com informações incompletas ou imprecisas (RIESENBERG; LEISCHE; CUNNINGHAM, 2010).

A comunicação é um processo-chave nas trocas de informações entre a equipe de enfermagem, entre esta e outros profissionais da saúde, nas transferências dos pacientes entre unidades internas ou externas, e nas situações de emergência.

Os erros quanto à comunicação no ambiente dos serviços de saúde estão relacionados com as prescrições ou ordens verbais e informações relativas a resultados de exames, além disso, a falta de processos de comunicação integrados entre as equipes, profissionais e os serviços de saúde também são fatores que contribuem para as falhas no atendimento (ANVISA, 2013).

Os motivos para que ocorram falhas no processo de comunicação podem ser devidos a falta de trabalho em equipe e de habilidade para comunicar-se, pois os profissionais não são treinados para tal conduta e não existe uma padronização do que realmente é necessário comunicar (LEE, 2015).

Com o intuito de melhorar a qualidade das trocas de informações entre os profissionais de saúde, algumas técnicas têm sido desenvolvidas para organizar as informações em um formato claro e conciso, facilitando a padronização da comunicação, para que mensagens importantes sejam ouvidas e atitudes sejam tomadas.

Uma dessas técnicas é a SBAR – *Situation* (situação), *Background* (antecedentes), *Assessment* (avaliação) e *Recommendation* (recomendação) (LEE, 2015). A qual originalmente, foi desenvolvida pela Marinha Norte-Americana para padronizar comunicações importantes e urgentes em submarinos nucleares. Posteriormente, foi

adaptada e implementada por um grupo de médicos do *Hospital Kaiser*, no Colorado, para melhorar a comunicação entre médicos e enfermeiros, e vem sendo readaptada e documentada na literatura desde o ano de 2004 (LEONARD; GRAHAM; BONACUM, 2004).

SBAR foi idealizado para agilizar a comunicação entre os profissionais da saúde, sendo uma técnica de fácil memorização que oferece uma abordagem estruturada e ordenada para o fornecimento de informações precisas e relevantes em situações de urgência. O uso da técnica SBAR auxilia os profissionais da saúde evitarem longas descrições narrativas e assegura que a avaliação das necessidades do paciente seja repassada entre os profissionais (MARQUIS; HUSTON, 2015). A técnica foi adotada por um grande número de hospitais, mas essa nova forma de comunicação exige formação e prática dos enfermeiros e dos demais profissionais da saúde (LEE, 2015).

No entanto, a complexidade da assistência nos diferentes contextos de saúde, juntamente com as limitações inerentes do desempenho humano, torna extremamente importante que os profissionais tenham ferramentas de comunicação efetivas e padronizadas, de modo que possam criar um ambiente no qual consigam falar e expressar suas preocupações, e que possam noticiar alertas às equipes de saúde para situações de riscos (ACSQHC, 2010).

O objetivo do estudo é identificar, na literatura, as contribuições da técnica Situation, Background, Assessment, Recommendation quanto à segurança do paciente na comunicação de enfermagem com os demais profissionais de saúde.

## **MÉTODOS**

Trata-se de uma Revisão Integrativa (RI) de literatura que é uma metodologia qual consiste em proporcionar a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A RI percorreu as etapas a seguir: elaboração da pergunta norteadora; estabelecimento dos objetivos da revisão e critérios de inclusão e exclusão das publicações; definição das informações a serem extraídas; seleção das publicações na literatura; análise dos resultados; discussão dos achados e apresentação da revisão (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). A questão de pesquisa estabelecida foi: “Qual as contribuições da técnica *Situation, Background, Assessment,*

*Recomendation* quanto à segurança do paciente na comunicação de enfermagem com os demais profissionais de saúde?''.

Cabe destacar que a análise para seleção dos artigos foi realizada em pares com o intuito de verificar se as inclusões foram condizentes e, dessa maneira, minimizar a existência de possíveis erros. Os artigos foram incluídos neste estudo, quando houve concordância de ambos os avaliadores. E, no caso de discordância, um terceiro avaliador foi solicitado para obter o consenso quanto à inserção ou não do estudo no corpus da RI.

Foram definidos como critérios de inclusão: textos online, completos, publicados em periódicos científicos disponíveis nas bases de dados selecionadas para o estudo, dos últimos 10 anos (2005-2015), no idioma português, inglês e espanhol. Como critérios de exclusão: estudos sem resumo disponível; artigos que estão publicados em outros meios de comunicação que não sejam periódicos científicos; artigos do tipo: revisões bibliográficas não sistematizadas, cartas, resenhas, editoriais relatos de experiências, ensaios teóricos, reflexões, publicações do tipo: livros; capítulos de livros; publicações governamentais; boletins informativos; teses; dissertações; monografias e trabalhos de conclusão de curso; estudos que não estão disponibilizados on-line no formato completo para análise; estudos duplicados.

As bases de dados utilizadas foram: PubMed/ Medline (National Library of Medicine and National Institutes of Health/ Medical Literature Analysis and Retrieval System Online); CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature); SCOPUS; LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); BDNF (Base de Dados de Enfermagem); SciELO (Scientific Electronic Library Online); Web of Science – ISI Web of Knowledge. Cochrane.

Para as estratégias de busca dos artigos, foram utilizadas combinações dos descritores aqui postos nos três idiomas, português, inglês, espanhol: “segurança do paciente; enfermagem; handover; sistemas de comunicação no hospital”. Identificaram-se esses descritores em Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH). É importante ressaltar que a estratégia de busca seguiu as particularidades de cada base de dados eletrônica, sofrendo pequenas alterações em cada caso. Entretanto, em todas as bases de dados foram utilizados os operadores booleanos AND e OR para a composição da estratégia de busca.

As estratégias de busca ocorreram entre os dias 02 a 12 de fevereiro de 2015, por três pesquisadores, individualmente. O período de busca dos artigos foi de 10 anos (março de 2005 a janeiro de 2015).

A base para classificação do tipo de evidência das pesquisas apresentadas nesta revisão corresponde ao Centro Brasileiro para o Cuidado à Saúde Baseado em Evidências: Centro Colaborador do Instituto Joanna Briggs (JBI), que recomenda a classificação das evidências obtidas de acordo com o delineamento metodológico (KARINO; FELLI, 2012).

Nível I. Revisão sistemática, contendo apenas ensaios clínicos controlados randomizados. Nível II. Pelo menos um ensaio clínico controlado randomizado.

Nível III 1. Ensaios clínicos controlados, bem delineados sem randomização.

Nível III 2. Estudos de coorte bem delineados ou caso-controle, estudos analíticos, preferencialmente de mais de um centro ou grupo de pesquisa.

Nível III 3. Series temporais múltiplas, com ou sem intervenção e resultados em experimentos não controlados.

Nível IV. Parecer de autoridades respeitadas, baseadas em critérios clínicos e experiência, estudos descritivos ou relatórios de comitês de especialistas (KARINO; FELLI, 2012).

Para o desenvolvimento da análise, foi elaborado pelos autores um formulário com os seguintes itens: título, autor; país onde o estudo foi realizado; ano de publicação; objetivos do estudo; metodologia e tipo de estudo; nível de evidência; resultados e/ou a aplicabilidade na prática. Para a seleção dos estudos, foram seguidas as recomendações do PRISMA (MOHER, 2010) , conforme apresentado na Figura 1.

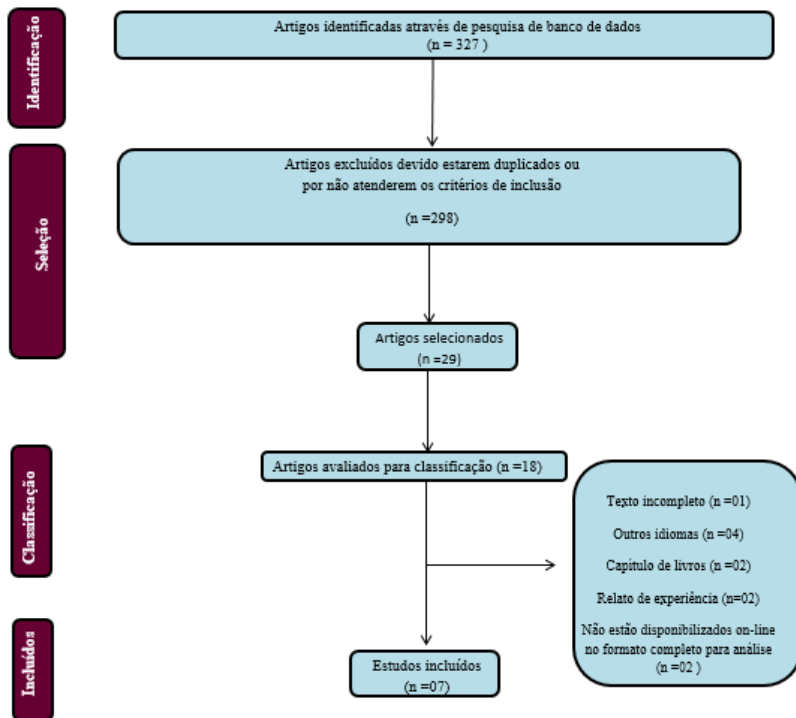


Figura1- Fluxograma do processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos, elaborado a partir da recomendação PRISMA (MOHER, 2010).

## RESULTADOS

Foram selecionados 327 artigos, destes, 54 artigos estavam indexados em mais de uma base, sendo considerados somente uma vez. Ao se aplicar os critérios de inclusão e exclusão, o número total de artigos selecionados foi reduzido para sete, sendo que sua distribuição está apresentada na tabela 1.



Tabela 1- Distribuição dos artigos encontrados, excluídos e selecionados, segundo os meios eletrônicos, entre 2005 e 2015. Florianópolis, SC, Brasil, 2016.

Meios eletrônicos	Artigos encontrados	Artigos excluídos	Artigos selecionados
Scopus	248	244	4
PubMed	31	31	0
CINAHL	25	23	2
Web of Sciences	23	22	1
LILACS	0	0	0
SciElo	0	0	0
Cochrane	0	0	0
BDENF	0	0	0
Total	327	320	7

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2017.

Destaca-se que todas as publicações selecionadas foram em periódicos internacionais, sendo, que os países de origem dos estudos foram Estados Unidos da América com 05 (71,4%); Austrália, 01 (14,3%); e Bélgica, 01 (14, 3%).

Em relação aos anos de publicação dos artigos, os dados coletados apresentaram a seguinte distribuição: em 2009 foi publicado 01 (14,3%) artigo; em 2011, 02 (estudos 28,55%); em 2012, 01 (14,3%) (01); em 2013, 02 (28,55%); e, em 2014, 01 (14,3%) artigo.

Os estudos foram categorizados quanto à natureza metodológica adotada, sendo: exploratórios 02 (28,5%); descritivo 01 (14,3%); pesquisa-ação 01 (14,3%); estudo de caso 01 (14,3%);

estudo de intervenção 01 (14,3%); e estudo retrospectivo 01 (14,3%).

Ocorreu o predomínio da abordagem qualitativa em 06 estudos (85,70%) e foi identificado 01 estudo (14,30%) com abordagem quantitativa.

Quanto ao nível de evidência científica, mostraram-se no nível IV em 05 (71,40%) estudos e no nível III2 em 02 estudos (28,60%), sendo estes casos controle e pré e pós-teste respectivamente.

Em relação à autoria, todos os artigos foram produzidos por enfermeiros docentes do ensino superior, com participação de acadêmicos e enfermeiros assistenciais.

As populações/amostras dos estudos avaliados foram constituídas na maioria dos casos por enfermeiros, sendo dois estudos realizados com médicos.

Tabela 2 - Caracterização dos estudos analisados. Florianópolis, SC, Brasil, 2016.

TÍTULO/ ANO	AUTOR/ PAÍS	OBJETIVOS DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO/ LOCAL DO ESTUDO	RESULTADOS	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
The PACT Project: improving communication at handover.  2009	Clark E, Squire S, Heyme A, Mickle M, Petrie E.  Austrália	Descrever e avaliar o Projeto PACT (Avaliação do Paciente, Comunicação Assertiva, Cuidado Contínuo, Trabalho em Equipe com Confiança), na melhora da comunicação entre os profissionais.	Pesquisa mista, pesquisa ação qualitativa  <b>Local do estudo:</b> hospital privado de médio porte em Victória	Na primeira fase do estudo verificou-se que 85% dos enfermeiros acreditavam que era necessário melhorar a comunicação. 94% identificaram a realização da passagem de plantão, sendo realizada de distintas formas. Após a implementação do SBAR 68% dos enfermeiros acreditaram que ocorreu melhoria na passagem de plantão e 80% sentiram-se mais seguros durante a comunicação com os médicos. As primeiras evidências apoiam o uso de ferramentas de comunicação padronizadas para a passagem de plantão, juntamente com treinamento específico em comunicação assertiva e avaliação do paciente.	Nível IV

<p>Implementing Standardized Reporting and Safety Checklists.</p> <p>2011</p>	<p>Stevens J, Bader M, Luna M, Johnson L.</p> <p>EUA</p>	<p>Implementar passagem de caso padronizado de enfermeiro para enfermeiro por meio das listas de verificação de segurança no Mission Hospital, Califórnia, usando a teoria da mudança de Lewin e teoria da aprendizagem em de adultos de Knowles.</p>	<p>Quase experimental com abordagem Quantitativo</p> <p><b>Local do estudo:</b> Mission Hospital, Califórnia, UTI, emergências, clínicas cirúrgicas, maternidades .</p>	<p>Concluíram o pré-teste e pós-teste um total de 482 enfermeiros. No pré-teste o resultado significativo foi de 15.95 de 20 pontos (SD 3.529) o qual indicou que as enfermeiras já estavam familiarizadas com o SBAR, e o propósito das listas de verificação de segurança. No pós-teste o resultado significativo foi 18.94 de 20 pontos, o qual sugere que depois de ver o vídeo educacional os conhecimentos das enfermeiras sobre o SBAR e a lista de verificação de segurança foram incrementados.</p>	<p>Nível III 2.</p>
<p>Implementing handoff communication.</p> <p>2011</p>	<p>Ardoin K, Broussard L.</p> <p>EUA</p>	<p>Implementar uma proposta de mudança de comunicação durante a passagem de plantão para reduzir erros e melhorar a segurança do paciente. Determinar os problemas de comunicação durante a passagem de plantão que são descritos</p>	<p>Descritivo com abordagem qualitativa.</p> <p><b>Local do estudo:</b> Hospital geral</p>	<p>A técnica de instrução situacional SBAR foi o modelo proposto para auxiliar a padronização nas passagens de caso. Os primeiros relatórios indicaram que médicos e enfermeiros estão satisfeitos com a nova abordagem de comunicação na passagem de plantão. A administração de enfermagem relatou que os médicos estão cada vez mais satisfeitos com a comunicação face a face entre enfermeiro-médico e os enfermeiros parecem estar mais bem preparados quando telefonam sobre os problemas do paciente. Como consequência das melhorias, os médicos realizam visitas com os enfermeiros assistenciais, pois esses profissionais</p>	<p>Nível IV</p>

		na literatura.		tem capacidade de fornecer informações sobre o estado do paciente, mais do que os enfermeiros chefes. O processo SBAR é uma técnica de comunicação que também está sendo adaptada para agilizar a transferência de pacientes.	
Beyond communication: the role of standardized protocols in a changing health care environment.  2012	Vardaman J, Cornell P, Gondo M, Amis J, Townsed-Gervis M, Thetford C.  EUA	Explorar a implementação da técnica SBAR e investigar o impacto do SBAR sobre as experiências diárias dos enfermeiros.	Estudo de caso com abordagem qualitativa  <b>Local do estudo:</b> Dois hospitais suburbanos em unidades médicas e cirúrgicas	A análise revelou quatro dimensões do impacto que a técnica SBAR tem além de seu uso como ferramenta de comunicação: no auxílio de uma rápida tomada de decisão do enfermeiro, desenvolvimento de legitimidade, desenvolvimento do capital social e padronização da comunicação. Legitimidade, a demonstração da adesão às normas e padrões apropriados em uma organização, profissão ou campo, é importante para os profissionais porque estabelece credibilidade por parte do praticante. Os resultados ainda sugerem: a utilização de instrumentos padronizados; o SBAR como um método de baixo custo para os gestores e administradores hospitalares no intuito de acelerar a socialização dos enfermeiros, particularmente os recém-admitidos.	Nível IV

<p>Improving shift report focus and consistency with the situation, background, assessment, recommendation protocol.</p> <p>2013</p>	<p>Cornell P, Gervis M, Yates L, Vardaman J.</p> <p>EUA</p>	<p>Utilizar o SBAR no aprimoramento da passagem de plantão de quatro unidades médico-cirúrgicas.</p>	<p>Exploratório com abordagem qualitativa</p> <p><b>Local do estudo:</b> 4 unidades médico-cirúrgica em um hospital de cuidados terciários</p>	<p>O tempo médio do relato da passagem de plantão não diminuiu usando SBAR. Os enfermeiros utilizaram significativamente mais tempo para relatar as tarefas específicas.</p> <p>Houve mais comunicação verbal e menos escrita depois da aplicação do SBAR. A introdução de SBAR tornou os relatórios mais objetivos, com mais tempo gasto discutindo a situação clínica do paciente. A técnica SBAR fornece uma estrutura concisa e privilegiada que permite relatórios coerentes, completos e centrados no paciente.</p>	<p>Nível IV</p>
<p>SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study.</p> <p>2013</p>	<p>Meester K M, Verspuy, KG, Monsieurs P, Van Bogaert.</p> <p>Bélgica</p>	<p>Determinar o efeito da comunicação SBAR na incidência de eventos adversos graves em enfermarias hospitalares.</p>	<p>Intervenção com abordagem quantitativa.</p> <p><b>Local do estudo:</b> 16 enfermarias do Antwerp University Hospital (AUH)</p>	<p>No período pré-intervenção houve 37.239 admissões, nestas ocorreram 207 eventos adversos graves, que foram verificados por meio do SBAR. Na pós-intervenção, todos os quatro elementos do SBAR foram percebidos mais frequentemente em registros de pacientes com casos de eventos adversos graves (de 4% para 35%), o número de internações não previstas em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) aumentou (de 13.1/1000 para 14.8/1000 admissões) e as mortes inesperadas diminuíram (de 0.99/1000 para 0.34/1000 admissões). Não houve diferença no número de chamadas da equipe de parada cardíaca. Após a introdução SBAR encontrou-se aumento da percepção de uma</p>	<p>Nível III 2.</p>

				comunicação eficaz e colaborativa entre enfermeiros, como também aumento de internações em UTI não planejadas e uma diminuição do número de mortes inesperadas.	
The Effect of an Electronic SBAR Communication Tool on Documentation of Acute Events in the Pediatric Intensive Care Unit.  2014	Panesar R, Albert B, Messina C, Parker M.  EUA	Descrever o impacto da comunicação entre médicos clínicos com a implantação do do prontuário do paciente embasado no SBAR.	Intervenção.  <b>Local do estudo:</b> Unidade de terapia intensiva pediátrica	A implementação de um prontuário eletrônico embasado na técnica SBAR possibilitou: aumento da frequência de notificação de eventos adversos documentados entre os pacientes na UTI pediátrica; melhorou a comunicação multidisciplinar; aumentou a comunicação entre os residentes, enfermeiros e médicos em uma unidade de terapia intensiva pediátrica.	Nível IV

Fonte: Pubmed/Medline, CINAHL; SCOPUS LILACS, SCiELO; BDEF e Biblioteca Cochrane, 2016.

## DISCUSSÃO

### **Influência da técnica SBAR para a comunicação eficaz e consequentemente para segurança do paciente**

Estudos avaliando o SBAR foram realizados nos EUA (STEVENS et al., 2011; CORNELL et al., 2013; PANESAR et al., 2014), Austrália (CLARK et al., 2009), Bélgica (MEESTER et al., 2013). Os resultados mostraram que a comunicação entre os profissionais de saúde foi identificada como um processo importante para se investigar no aprimoramento da segurança do paciente, porém se percebe um número constante de publicações sobre esta técnica.

Neste foco, denota-se que internacionalmente há publicações a respeito da técnica SBAR após o ano de 2007, provavelmente em decorrência do lançamento das 13 áreas da Aliança Mundial de Saúde. Uma das áreas trata sobre a comunicação eficaz, essencial durante a comunicação entre os profissionais da saúde, assim como, na transferência do paciente para outro setor e/ou serviço. Esta área traz o

alerta de que a efetividade da comunicação nas instituições de saúde reduz a ocorrência de erros e resulta na melhoria da segurança do paciente (WHO, 2007; JCI, 2012).

O processo de comunicação permeia as atividades desenvolvidas pela equipe de saúde, influenciando a tomada de decisões relacionadas com a assistência ao paciente e/ou com aspectos administrativos, tal fato reflete diretamente no planejamento da assistência, tornando-a dessa forma uma atividade inerentemente comunicativa. Destaca-se ainda que os estudos analisados se concentram em um tipo específico de comunicação: a passagem de caso e/ou passagem de plantão entre a equipe de enfermagem e a equipe médica em ambientes hospitalares (PANESAR et al., 2014; CLARK et al., 2009).

Ainda, com relação à crescente evidência de que o processo de comunicação entre os profissionais da saúde é altamente variável em conteúdo e etapas, os estudos recomendam reduzir essa variabilidade através da padronização da comunicação (CLARK et al., 2009; VARDAMAN et al., 2013). Acredita-se que a padronização possa assegurar o repasse das informações necessárias e precisas, minimizando os riscos associados a erros humanos (MEESTER et al., 2013; VARDAMAN et al., 2013). Neste sentido, torna-se fundamental padronizar e identificar um conjunto mínimo de dados para que seja fornecida informação suficiente e necessária para o cuidado em saúde (PANESAR et al., 2014).

Outro ponto importante é que muitos enfermeiros e médicos, especialmente os recém-formados, sentem-se despreparados devido à falta de treinamento em relação à comunicação com outros profissionais (CLARK et al., 2009; STEVENS et al., 2011). E, a partir da utilização da técnica SBAR estes ganham credibilidade e legitimidade na instituição hospitalar, pois o uso da técnica proporciona um mecanismo legitimador para quem a domina, além de fornecer uma linguagem comum entre os profissionais (VARDAMAN et al., 2013).

As falhas no processo de comunicação em instituições de saúde comprometem a segurança do paciente e eventos adversos podem ser reduzidos ou evitados se uma completa e precisa transmissão de informações entre profissionais ocorrer dentro destas instituições (MEESTER et al., 2013; PANESAR et al., 2014).

Nesse sentido, percebe-se que o processo de comunicação envolve profissionais com perfis diferentes, sendo que as características de cada um devem ser consideradas para avaliar a objetividade das informações e a dinâmica da atividade, pois uns apresentam maior habilidade na

transmissão das informações do que outros (ARDOIN; BROUSSARD, 2011).

Habilidade em comunicação é uma competência adquirida maioritariamente enquanto estudantes e como profissional no início da carreira. Os profissionais graduados recebem pouco treinamento formal no processo de comunicação e seguem o modelo adotado por seus pares e superiores (RIESENBERG; LEISCHE; CUNNINGHAM, 2010; VAN EATON, 2010).

No entanto, a formação desses profissionais segue conceitos que têm por objetivo assegurar a continuidade a assistência e a segurança do paciente. Assim, é entre a escassa teorização e prática propriamente dita que os profissionais desenvolvem estratégias e habilidades para uma atividade complexa, a comunicação. Se essas habilidades não forem treinadas e padronizadas, muitas vezes resultarão em comunicação ineficaz e omissão de informações críticas (LEE, 2015).

Em dois estudos, os profissionais referem que as técnicas de comunicação por eles utilizada necessitam de aperfeiçoamento, pois enfermeiros e médicos são treinados para expressar as ocorrências e casos de maneira diferente. Cabe destacar, que a maneira que ocorre a comunicação entre diferentes profissões pode se tornar um fator que contribua para a ocorrência de eventos adversos. Porém, relatam melhora na comunicação após a implementação da técnica SBAR, por esta ser capaz de superar as diferenças no estilo da comunicação. Relata-se, portanto, o empoderamento dos enfermeiros e médicos que, através de capacitações e da utilização de uma técnica simples e efetiva pode prevenir e reduzir riscos e danos aos pacientes além de estruturar a comunicação, e os profissionais sentirem-se aptos a adotar medidas que favoreçam a segurança do paciente (PANESAR et al., 2014; CLARCK et al., 2009).

Nesse foco, dois estudos descrevem que quando os profissionais da saúde adotam a técnica SBAR na sua prática profissional, há mais tempo destinado a assistência direta ao paciente; aumenta-se o grau de satisfação dos pacientes; reduz-se o tempo destinado ao preenchimento de documentos e registros clínicos; propicia-se o desenvolvimento e a melhora do raciocínio e julgamento clínicos; promove-se a discussão clínica entre os pares e entre a equipe de saúde; fomenta-se a busca contínua de informações que visam obter evidências; e, garante-se a continuidade dos cuidados de enfermagem (CLARK et al., 2009; MEESTER et al., 2013).

Corroborando com estas afirmativas ainda evidencia-se que a utilização da técnica SBAR melhorou o trabalho em equipe, assim como



a comunicação entre os profissionais vem refletindo na melhoria do desempenho profissional, atingindo assim taxas de erro mais baixas. Pode-se supor que o SBAR proporcionou a comunicação mais segura, o que resulta em uma diminuição nos relatos de incidentes devidos a erros de comunicação (PANESAR et al., 2014).

Dentre as facilidades para a notificação citadas pelos enfermeiros e médicos, destaca-se a implementação de um prontuário eletrônico embasado na técnica SBAR como sendo um formulário de notificação padronizado, com isso as notificações são realizadas fortalecendo a consolidação da gestão de risco na instituição, contribuindo para a segurança do paciente pediátrico (PANESAR et al., 2014).

Ressalta-se também, que a utilização da técnica SBAR demonstrou-se significativa para a assistência de enfermagem e médica, favorecendo dados que guiam as decisões clínicas da equipe de saúde colaborando para realizações de mudanças, na forma de cuidar, fazer e ensinar.

### **Contribuições da técnica nos diferentes cenários de práticas**

As produções científicas analisadas apontam a necessidade de melhorar e reestruturar o processo de comunicação, a fim de garantir a segurança do paciente e a qualidade do trabalho da equipe de saúde (CLARCK et al., 2009; MEESTER et al., 2013). Para isso apresentam algumas estratégias capazes de serem replicadas com facilidade nas instituições, entre elas a utilização de instrumentos padronizados e o uso da técnica SBAR como um método de baixo custo para os gestores e administradores hospitalares. A maioria dessas estratégias não envolvem barreiras intransponíveis e de alto custo financeiro. No entanto, serão mais eficazes quando conseguirem envolver e conscientizar toda a equipe de saúde quanto à maior probabilidade de riscos aos pacientes. As estratégias orientam e padronizam a comunicação, de acordo com realidades específicas e a situação clínica dos pacientes atendidos (VARDAMAN et al., 2013).

Os estudos evidenciaram a existência de algumas estratégias utilizadas no dia a dia que podem ser utilizadas pelos profissionais de saúde na prevenção de erros de comunicação (PANESAR et al., 2014; CLARCK et al., 2009). Entre essas destacam-se os registros eletrônicos os quais contém um resumo mínimo de dados que podem contribuir para a construção de sistemas de apoio à decisão clínica na área da saúde (CORNELL et al., 2013).

Estudo que corrobora nesta perspectiva, analisou os efeitos da integração de um prontuário eletrônico com a técnica SBAR, e concluiu que houve melhora na comunicação da equipe de saúde, e que esta, foi

posteriormente traduzida no aumento do número de notificações de eventos adversos na UTI pediátrica (CLARCK et al., 2009).

Verificou-se ainda que o registro das informações de forma sistematizada e organizada pode contribuir para a segurança do paciente e dos profissionais, além de servir como base para consultas posteriores por outros profissionais da saúde (CORNEL et al., 2013).

Se tratando do desenvolvimento de estratégias tecnológicas para a saúde, além do referido, o registro eletrônico permite acesso imediato às informações (BAILLIE et al., 2013). Desta forma os registros ficam mais acessíveis, legíveis, e mais fáceis de serem recuperados (SKEIKH et al., 2011).

Os demais estudos descrevem técnicas como o uso do SBAR em relatórios ou check-list impressos ou digitais, para auxiliar na comunicação. O uso dessas técnicas segundo os autores favorece inclusive, o entrosamento entre profissionais da equipe de saúde, pelo acesso à informação de maneira rápida e organizada. Tornando-se ferramentas importantes, com obtenção de resultados comprovadamente satisfatórios na comunicação da equipe de enfermagem com a equipe de saúde, e ainda, melhorando a eficiência e a qualidade da assistência, a velocidade da comunicação, evitando a duplicidade de informações e contribuindo com a segurança do paciente (PANESAR et al., 2014; CLARCK et al., 2009). Um dos grandes desafios a ser conquistado pelos profissionais de saúde é a realização efetiva e qualificada do registro clínico tornando-o mais completo e integrado aos sistemas de compartilhamento de informações. A implantação destes métodos é desafiadora, pois provoca mudanças e pode desencadear certa resistência. Por isso é preciso pensar em um fluxo de informações que facilite o uso, a compreensão e a comunicação eficaz da equipe de saúde (SILVA, 2013).

As estratégias de intervenção compreendem também programas educacionais e capacitação para os profissionais de saúde quanto às práticas de comunicação, como vídeo educacional, onde é despertado o conhecimento das enfermeiras sobre a técnica SBAR e uma lista de verificação de barreiras de segurança (STEVENS et al., 2011).

Acredita-se que o uso de estratégias tecnológicas venha facilitar a transmissão de informação com exatidão, para que seja entendida de forma clara e sem ambiguidades. Desta forma a informação transmitida sobre a condição do paciente será atualizada, relevante e completa.

Esta revisão de literatura traz como principais limitações a diversidade metodológica e o Grau de Evidência IV dos estudos analisados, o que impossibilita comparações, e o uso do delineamento

descritivo que limita a análise aprofundada dos resultados encontrados. Outra questão que merece ponderação é sobre a carência de estudos que abordem o uso da técnica SBAR na comunicação da equipe de enfermagem com os demais profissionais de saúde. Além disso, nenhuma pesquisa neste âmbito foi realizada no Brasil, e observa-se que neste cenário poucos estudos vêm abordando a temática da comunicação eficaz entre os profissionais de saúde. Desta forma, fazem-se necessárias novas pesquisas capazes de fomentar evidências científicas que contribuam para a realidade nacional e comparem com a realidade do sistema de saúde de países mais desenvolvidos.

## **CONCLUSÃO**

Os estudos ressaltaram que o uso da técnica SBAR entre os profissionais de saúde é uma forma eficaz de comunicação, independente da unidade de cuidado.

A utilização da técnica SBAR na comunicação entre profissionais de saúde reduz a ocorrência de erros e resulta na melhoria da segurança do paciente. Para tanto, necessita-se investir, na formação profissional, no intuito de garantir novas abordagens e novos parâmetros de comunicação entre os profissionais da saúde. Relata-se ainda que a técnica SBAR é um método de baixo custo que pode ser adotado em todos os hospitais pelos profissionais de saúde e que proporcionará comunicações mais efetivas.

## **REFERÊNCIAS**

ACSQHC. Australian Commission on Safety and Quality In Health Care (2010). [Internet] The OSSIE Guide to Clinical Handover Improvement. Sydney, ACSQHC. [Acesso em: 14 de dezembro de 2015] Disponível em: <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/ossie.pdf>.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. [Cartilha na Internet] Brasília, 1. ed., 2013. 174 p. [Acesso em: 05 de março de 2015] Disponível em: [http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/imagens/documentos/livros/Livro1-Assistencia\\_Segura.pdf](http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/imagens/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf).

ARDOIN, K.; BROUSSARD, L. Implementing handoff communication. *Journal for nurses in staff development. JNSD: official journal of the National Nursing Staff Development Organization* [Internet], v.27, n.3, p. 128-35, 2011. [Acesso em: 03 de maio de 2017] Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/51156224Implementing\\_Hand\\_off\\_Communication](https://www.researchgate.net/publication/51156224Implementing_Hand_off_Communication).

BAILLIE, L. et al. A survey of student nurses' and midwives' experiences of learning to use electronic health record systems in practice. [Internet] *Nurse Educ Pract.*, v.13, n.5, p.437-41, 2013. [Acesso em: 08 de fevereiro de 2016] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23140800>.

CASP. Critical Appraisal Skills Programme. 10 questions to help you make sense of a review [internet]. 2013 [cited 2016 Maio 06]. Available from: [http://media.wix.com/ugd/dded87\\_ebad01cd736c4b868abe4b10e7c2ef23.Pdf](http://media.wix.com/ugd/dded87_ebad01cd736c4b868abe4b10e7c2ef23.Pdf)

CLARK, E. et al. The PACT Project: improving communication at handover; *The Medical journal of Austria*, v.190, n.11Suppl, p.125-7, 2009.

CORNELL, P. et al. Improving shift report focus and consistency with the situation, background, assessment, recommendation protocol. [Internet] *The Journal of nursing administration*, v.43, n.7-8, p.422-8, 2013. [acesso em: 08 de maio de 2015] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23892308>.

JCI. Joint Commission (US). Sentinel event data root causes by event type 2004-2012. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission; 2012 [Acesso em 2017 Mar 12]. Disponível em: [http://www.jointcommission.org/Sentinel\\_Event\\_Statistics/](http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Statistics/)

KARINO, M. E.; FELLI, V. E. A. Enfermagem baseada em evidências: avanços e inovações em revisões sistemáticas. [Internet] *Cienc Cuid Saúde*, v.11, n.(suplem.), p.11-15, 2012. [acesso em: 13 de março de 2015] Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17048/pdf>.

LEE, J. Y. Effective communication for patient safety. *Journal of the Korean Medical Association*. [Internet] v.58, n.2, p.100-4, fev 2015.

[acesso em: 06 de abril de 2015] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5124/jkma.2015.58.2.100>.

LEONARD, M.; GRAHAM, S.; BONACUM, D. The Human Factor: The critical importance of effective Teamwork and communication in providing safe care. [Internet] *Quality and Safety in Health Care*, v.13, p.85-90, out 2014. [Acesso em: 18 de abril de 2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765783/>.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. *Administração e Liderança em Enfermagem: Teoria e Prática*, 8. Ed. Porto Alegre. Artmed. 2015.

MEESTER, K. D. et al. SBAR improves nurse–physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. *Resuscitation*, v.84, n.9, p.1192-6, 2013.

PANESAR, R. S. et al. The Effect of an Electronic SBAR Communication Tool on Documentation of Acute Events in the Pediatric Intensive Care Unit. [Internet] *American journal of medical quality: the official journal of the American College of Medical Quality*. 2014. [acesso em: 03 de junho de 2016] Disponível em: <http://europepmc.org/abstract/med/25274104>.

PASQUALI, L. et al. *Instrumentação Psicológica: Fundamentos e Práticas*. Porto Alegre: Artmed, 2010, 560p.

PIVOTO, F. L. et al. Pesquisa convergente-assistencial: revisão integrativa de produções científicas da enfermagem. [Internet] *Texto & Contexto Enferm.*, v.22, n.3, p.843-9, 2013. [acesso em: 08 de novembro de 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a34.pdf>.

SILVA, W. O. Monitorização hemodinâmica no paciente crítico. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v.12, n.3, p.57-65, 2013.

SKEIKH, A. et al. Implementation and adoption of nationwide electronic health records in secondary care in England: final qualitative results from prospective national evaluation in “early adopter” hospitals. [Internet] *Br Med J.*, v.343, d6054, set/out 2011. [Acesso em: 20 de julho de 2015]. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/bmj/343/bmj.d6054.full.pdf>.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. [Internet] Einstein. São Paulo, v.8, n.1, p.102-106, 2010. [Acesso em: 03 de março de 2015]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf).

STEVENS, J. D. et al. Cultivating Quality: Implementing Standardized Reporting and Safety Checklists. [Internet] American journal of nursing, v.111, n.5, p.48-53, 2011. [Acesso em: 03 de abril de 2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23722383>.

VAN EATON, E. Handoff improvement: we need to understand what we are trying to fix. [Internet] Jt Comm J Qual Patient Saf, v.36, n.2, p.51, feb 2010.[Acesso em: 08 de setembro de 2015] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20180436>.

VARDAMAN, J. M. et al. Beyond communication: the role of standardized protocols in a changing health care environment; [Internet] Health care management review, v.37, n.1, p.88-97, 2013. [Acesso em: 01 de abril de 2015]. Disponível em: [http://www.research.ed.ac.uk/portal/en/publications/beyond-communication\(e1236994-09b6-44ff-bfee-0ba3f4bc7f85\)/export.html](http://www.research.ed.ac.uk/portal/en/publications/beyond-communication(e1236994-09b6-44ff-bfee-0ba3f4bc7f85)/export.html).

WHO. Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Communication during patient hand-overs. Patient Safety Solutions. 2007 [Acesso em 2016 Mar 12];1:12-5. Disponível em: <http://www.jointcommissioninternational.org/WHO-Collaborating-Centre-for-Patient-Safety-Solutions/>.

## 6.2 MANUSCRITO 02: CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO PARA PASSAGEM DE CASO EM UNIDADES PEDIÁTRICAS

### CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO PARA PASSAGEM DE CASO EM UNIDADES PEDIÁTRICAS

CONSTRUCTION OF THE INSTRUMENT FOR THE SHIFT HANDOVER IN PEDIATRIC UNITS.

CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO PARA LA ENTREGA DE TURNO EN UNIDADES PEDIÁTRICAS.

SILVA, Michelini Fátima; ROCHA, Patrícia Kuerten.

#### RESUMO

**Objetivo:** Construir e validar semanticamente um instrumento de comunicação segura para sistematizar a passagem de caso em unidades pediátricas. **Método:** Pesquisa metodológica que descreve a construção e validação semântica de um instrumento para passagem de caso em unidades pediátricas, mediante revisão bibliográfica, análise semântica por especialistas enfermeiros e médicos, utilizando o índice de validade de conteúdo. **Resultados:** O instrumento para passagem de caso em unidades pediátricas foi validado por cinco enfermeiras e duas médicas, com experiência na área de pediatria e segurança do paciente, e ficou composto por dois domínios e 19 itens. **Conclusão:** O instrumento apresentou evidências de validade de conteúdo e os itens abordam condutas para direcionar e auxiliar os profissionais de saúde no processo de comunicação durante a passagem de caso, padronizando as informações e otimizando o tempo a ser despendido nessa tarefa, sendo totalmente passível de modificações conforme as necessidades apresentadas pelo paciente pediátrico hospitalizado.

**Descritores:** Segurança do Paciente. Criança Hospitalizada. Estudos de Validação.

#### ABSTRACT

**Objective:** Construct and validate semantically a secure communication instrument to systematize the shift handover in pediatric units. **Method:** Methodological research that describes the construction and semantic validation of an instrument for shift handover in pediatric units, through bibliographic review, semantic analysis by nurses and doctors specialists,

using the content validity index. Results: The instrument for the shift handover in pediatric units was validated by five nurses and two doctors, with experience in pediatrics and patient safety, and was composed of two domains and 19 items. Conclusion: The instrument presented evidence of content validity and the items deal with behaviors to direct and assist health professionals in the communication process during the shift handover, standardizing the information and optimizing the time to be spent in this task, being totally liable to modifications according to the needs presented by the hospitalized pediatric patient.

**Keywords:** Patient Safety. Hospitalized child. Validation Studies.

## RESUMEN

Objetivo: Construir y validar semánticamente un instrumento de comunicación segura para sistematizar la entrega de turno en unidades pediátricas. Método: Investigación metodológica que describe la construcción y validación semántica de un instrumento para la entrega de turno en unidades pediátricas, mediante revisión bibliográfica, análisis semántica por especialistas enfermeros y médicos, utilizando el índice de validez de contenido. Resultados: El instrumento para la entrega de turno en unidades pediátricas fue validado por cinco enfermeras y dos médicas, con experiencia en el área de pediatría y seguridad del paciente, y quedó compuesto por dos dominios y 19 ítems. Conclusión: El instrumento presentó evidencias de validez de contenido y los ítems abordan conductas para dirigir y auxiliar a los profesionales de salud en el proceso de comunicación durante la entrega de turno, estandarizando las informaciones y optimizando el tiempo a ser gastado en esa tarea, siendo totalmente pasible a cambios de acuerdo con las necesidades presentadas por el paciente pediátrico hospitalizado.

**Palabras Clave:** Seguridad del paciente. Niños Hospitalizados. 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 (CUADROS et al., 2017). 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 que podem aumentar as chances de sofrer algum dano (SILVA et al., 2016).



Apesar do progresso dos últimos anos, os danos evitáveis mantêm-se inaceitavelmente frequentes nos ambientes de atenção a 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 (WEGNER et al., 2016).

Erros de comunicação durante a passagem de caso entre os profissionais de saúde causam eventos adversos (MARTIN; CIURZYNSKI, 2015), e foram estimados como a terceira causa de eventos sentinelas em 2014 (JCI, 2016). Nesse sentido, a passagem de caso é reconhecida como um momento de vulnerabilidade para os pacientes hospitalizados que as requerem, acarretando em 12 a 34% de probabilidade de morte hospitalar destes (DENSON et al., 2016).

Outras pesquisas desenvolvidas em nível mundial identificaram fatores de risco associados à passagem de caso, tais como: dificuldade de efetuar, déficit na sistematização de informações, inexistência de instrumentos, o que conduz inevitavelmente à existência de erros de interpretação e conseqüentemente falhas de comunicação (MARTIN; CIURZYNSKI, 2015; PANESAR et al., 2014). No entanto, ainda não é possível identificar a principal falha na passagem de caso, 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 (JOHNSTON et al., 2014).

Nessa perspectiva, os instrumentos utilizados para a passagem de caso devem garantir a transferência de informações precisas e claras (WONG et al., 2017), uma vez que a segurança do paciente pediátrico depende de uma comunicação eficaz entre os profissionais da saúde.

Os instrumentos são recomendações estruturadas de forma sistemática, com o propósito de orientar decisões de profissionais de saúde a respeito da atenção adequada em circunstâncias clínicas específicas. Essas recomendações baseiam-se em evidências científicas, na avaliação tecnológica e econômica dos serviços de saúde (ROSENFELD; SHIFFMAN; ROBERTSON, 2013). 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 (WEGNER et al., 2017). 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 (CATUNDA et al., 2017).

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 (MACEDO, 2015).

Diante disto, uma das técnicas de comunicação que está em crescente processo de utilização na área de saúde é a mnemônica SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*), originalmente desenvolvida nos EUA para padronizar a comunicação entre médicos e enfermeiros. Cabe destacar, que a mesma foi adaptada para a cultura australiana, belga, canadense, indiana, japonesa, alemã e coreana (CLARK et al., 2009; MEESTER et al., 2013; KIM et al., 2014; ACHREKAR, et al., 2016; WAN-HUA et al., 2017; VON EATON, 2010; LEE, 2015; YU; KANG, 2017).

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), (WHO, 2009; BRASIL, 2013; ANVISA, 2013; KIM et al., 2014). 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 (ALPENDRE et al., 2017). Nessa perspectiva, esta pesquisa teve como objetivo construir e validar semanticamente um instrumento de comunicação segura para sistematizar a passagem de caso em unidades 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, et al. (2010).

Para a construção do instrumento utilizaram-se os procedimentos teóricos, que corresponde á 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 itens (PASQUALI et al., 2010) (Figura 1).

A partir disto, foi construído a Versão 1 do Instrumento, no qual haviam dois domínios e 19 itens versão esta 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 é considerado 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.

Para sua realização, foram convidadas cinco enfermeiras e duas médicas experts em pediatria e/ou segurança do paciente. Estas foram selecionadas por conveniência, uma vez que foram escolhidas por atuarem em unidades de internação e emergência pediátrica. Para a sua realização, utilizou-se a Técnica Delphi, por meio de painel on-line. A Versão 1 do Instrumento, assim como a carta convite, as instruções sobre o preenchimento do instrumento de coleta de dados, o instrumento de coleta de dados e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram enviados por correio eletrônico, estabelecendo-se o prazo de 15 dias para retorno. Para que os 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 o entendimento do item.

Após o recebimento dos instrumentos, para a verificação do consenso foi aplicado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), o qual foi considerado  $IVC \geq 0,80$  como sendo um indicador de item válido, a ser mantido no instrumento. 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, e foi aprovada no Comitê de Ética sob nº1.556.430 CAAE 55170716.6.0000.0121.

### Passos seguidos para a construção e validação semântica



Figura 1 – Processo de construção e validação semântica do Instrumento para Passagem de Caso em Unidades Pediátricas, Brasil, 2017.

## RESULTADOS

A construção do instrumento ocorreu mediante revisão narrativa e integrativa da literatura, após as revisões foram levantados, os instrumentos que avaliam o mesmo construto dessa pesquisa, no entanto o que teve destaque foi o *Guidelines for Communicating with Physicians Using the SBAR Proces*. Diante disso, os dados dessa *mnemônica* foram utilizados para compor o segundo domínio do instrumento construídos, 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, o mesmo é de domínio público e foi obtido gratuitamente via internet.

A partir da evidências obtidas através da revisão integrativa e da vivência clínica das pesquisadoras nas unidades de internação pediátricas e, 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 divididos em dois Domínios. O primeiro domínio contempla 3 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 é 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 contactado; informações e condutas tomadas.

Após o processo de construção de dois domínios e 19 itens concluiu-se a construção do instrumento, Versão 1. O passo seguinte foi encaminhá-lo para as experts, para que pudessem proceder com a análise.

A análise semântica da primeira Versão do instrumento para passagem de caso em unidades pediátricas foi submetida a análise teórica, por meio de pré-teste.

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.

Finalizando o pré-teste, realizou-se um grupo de discussão, conduzido pelas pesquisadoras com as sete experts que analisaram o instrumento nesta fase. 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.

A partir das discussões e sugestões das experts, verificou-se que 13 itens obtiveram o critério de concordância superior a 80% entre as experts. Os cinco itens do instrumento que não alcançaram 80% de concordância sofreram modificações (Figura 2).

Figura 2- Alterações sugeridas pelo Comitê de Experts para construção da segunda versão do Instrumento para Passagem de Caso em Unidades Pediátricas. Florianópolis, SC, Brasil, 2017.

Item	Versão elaborada	Sugestões dos experts
1	Observe e avalie os principais sinais de alerta apresentados pelo paciente.	Observe e avalie os principais sinais de alerta apresentados pelo paciente <b>pediátrico ou relatados pelas mães/responsáveis antes de fazer o contato.</b>
3	Esteja com o prontuário em mãos.	Esteja com o prontuário em mãos e tenha lido a última evolução de enfermagem, médica ou as observações complementares.
4		Incluir: Identifique-se
7	Realize uma descrição sucinta do problema.	Realize uma descrição sucinta do problema <b>da criança/adolescente</b>
13		Incluir: Utilize escala para dor

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2017.

Realizadas as alterações necessárias no instrumento, constituiu-se a segunda versão do mesmo sendo, portanto, o produto final da fase teórica, ou seja, o instrumento piloto que posteriormente será submetido aos polos empírico e analítico, composto por 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 (CATUNDA et al., 2017). Sua utilização 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 (LEE, 2015; ACHREKAR et al., 2016; MERKEL; VON DOSSOW; ZWIBLER, 2017).

O instrumento construído desenvolveu-se tendo como referências teóricas instrumentos construídos para o mesmo fim, entre eles o *Guidelines for Communicating with Physicians Using the SBAR Process*. Destaca-se que a revisão sistemática da literatura sobre mnemônica de passagem de caso e/ou de plantão aponta que a Técnica SBAR foi o mais utilizado para estruturar a comunicação entre os profissionais de saúde, citado em 36 dos 42 artigos (69,6%) (RIESENBERG; LEISCHE; LITTLE, 2009).

O instrumento construído e analisado semanticamente constituiu-se de condutas necessárias para padronizar a comunicação na passagem de caso em unidades pediátricas. Desta forma, o Modelo proposto por Pasquali et al. (2010) 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 (MEDEIROS et al., 2015).

Como uma possibilidade de aproximação entre teoria e prática, optou-se pela avaliação prévia do instrumento com um pré-teste realizado por cinco enfermeiras e duas médicas, o que corrobora com o preconizado por Pasquali et al. (2010), sobre a importância da diversidade profissional, visto que agrupa diferentes saberes especializados dentro da temática abordada pelo instrumento, resultando em um trabalho multidisciplinar. Além disso, é fundamental na assistência ao paciente pediátrico, tendo em vista suas particularidades e vulnerabilidades.

As sugestões que mais se destacaram no domínio 01 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 (MIRANDA et al., 2017). 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, é 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.

Desta forma, para a avaliação detalhada da condição clínica de um paciente pediátrico, são necessários a anamnese e o exame físico

criteroso (MIRANDA et al., 2017), 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 (AHA, 2015).

Segundo a *Joint Commission Internacional* os profissionais de saúde devem atentar-se para inserir o paciente na assistência (JCI, 2010). Estudo realizado em uma UTIN 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 (SOUZA et al., 2017). Dados evidenciaram 7149 casos de negligência, sendo que destes 55% foram relacionados às falhas de comunicação entre profissionais de saúde e pacientes e familiares (CRICO, 2015).

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 (SOUZA et al., 2017). 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 (WEGNER et al., 2017).

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 (NPSF, 2014).

Com relação à sugestão sobre o item 03, “esteja com o prontuário em mãos e tenha lido a última evolução de enfermagem, médica ou as observações complementares,” a mesma 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 (ROJAHN et al., 2014). Os mesmos são responsáveis por manter registros precisos e completos, de forma a garantir continuidade, segurança e qualidade da assistência realizada (MIRANDA et al., 2016). 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 (WEGNER; PEDRO, 2012).

No segundo domínio, no item 4 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 (SEVDALIS et al., 2012).

Ainda, quanto este item destaca-se que o processo de comunicação, quanto as 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 (WOLTON, 2010).

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 (COSTA et al., 2017).

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 (COSTA et al., 2017). Além disso, a falta de conhecimento clínico, a carência de estudos e o desconhecimento dos efeitos adversos provocados por opióides tornam o manejo efetivo da dor uma prática incomum (DANTAS et al., 2016).

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 passagem de caso, padronizando as informações e otimizando o tempo a ser despendido nessa 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 passagem de caso. Destaca-se como contribuição dessa pesquisa, a apresentação de forma didática das etapas de construção de um instrumento, permitindo o direcionamento de outros pesquisadores na construção de instrumentos de medidas capazes de avaliar o processo de comunicação na passagem de caso. Acredita-se, outrossim, que o mesmo necessita passar por um processo de validação mais apurado para ser utilizado na prática profissional já que foi a primeira fase da construção e validação semântica do instrumento e que após isto contribuiu com a área de segurança do paciente pediátrico.

## REFERÊNCIAS

ACHREKAR, M. S. et al. Introduction of Situation, Background, Assessment, Recommendation into Nursing Practice: A Prospective Study. **Asia Pac J Oncol Nurs**, v.3, n.1, p.45-50, jan-mar 2016.

ALPENDRE, F. T. et al. Safe surgery: validation of pre and postoperative checklists. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.25, e2907, p-1-9, 2017. [Access18-07-2017]; Available in: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1854.2907>.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **PALS - Pediatric Advanced Life Support** - Provider Manual, 2015.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. [Cartilha na Internet] Brasília, 1. ed., 2013. 174 p. [Acesso em: 05 de março de 2015] Disponível em: [http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia\\_Segura.pdf](http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf).

Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 529, de 1 de abril de 2013** institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), 2013. Brasília: DF. [Acesso em: 05 maio 2015]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html).

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - **RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**.

Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 25 de julho de 2013a.

Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)>. Acesso em 12 dez. 2014.

CATUNDA, O. L. H. et al. Percurso metodológico em pesquisas de enfermagem para construção e validação de protocolos. **Texto Contexto Enferm**, n.26, n.2, e00650016, 2017; Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000650016>.

CLARK, E. et al. The PACT Project: improving communication at handover; **The Medical journal of Austria**, v.190, n.11Suppl, p.125-7, 2009.

CORNELL, P. et al. Improving shift report focus and consistency with the situation, background, assessment, recommendation protocol. [Internet] **The Journal of nursing administration**, v.43, n.7-8, p.422-8, 2013. [acesso em: 08 de maio de 2015] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23892308>.

COSTA, T. et al. Nurses' knowledge and practices regarding pain management in newborns. **Rev Esc Enferm USP**. v.51, e03210, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016034403210>.

CRICO STRATEGIES. **Malpractice Risks in Communication Failures**: 2015 Annual Benchmarking Report. Boston, MA: The Risk Management Foundation of Harvard Medical Institutions Incorporated; 2015. Available at: <https://www.rmf.harvard.edu/Cbsreport>.

CUADROS, K. et al. Patient safety incidents and nursing workload. **Rev. latino-am. enfermagem**, [S.L.], v.25, 2017. Available in: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1280.2841>.

DANTAS, L. V. R. P. et al. Avaliação da dor durante coleta de sangue em crianças sedadas e submetidas à ventilação mecânica. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v.28, n.1, p.49-54, mar 2016. [Acesso em 02 Nov. 2016]. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2016000100049](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2016000100049) &lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20160013>.

DENSON, J. L. et al. Association between end-of-rotation resident transition in care and mortality among hospitalized patients. **JAMA**, v.316, p.2204–13, 2016.

JCI. Joint Commission International. **Padrões de acreditação da Joint Commission International para Hospitais**. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Consórcio Brasileiro de Acreditação, 2010.

JOHNSTON, M. et al. Escalation of care and failure to rescue: a multicenter, multiprofessional qualitative study. **Surgery**, v.155, p.989–94, 2014.

LEE, J. Y. Effective communication for patient safety. **Journal of the Korean Medical Association**. [Internet] v.58, n.2, p.100-4, fev 2015. [acesso em: 06 de abril de 2015] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5124/jkma.2015.58.2.100>.

MARTIN, H. A.; CIURZYNSKI, S. M. Situation, Background, Assessment, and Recommendation–Guided Huddles Improve Communication and Teamwork in the Emergency Department. **Journal of Emergency Nursing**, v.41, n.6, p.484–8, 2015.

MEDEIROS, R. K. S. et al. Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. **Rev. Enf. Ref.** [online], v.serIV, n.4, p.127-35, 2015. ISSN 0874-0283. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14009>.

MEESTER, K. D. et al. SBAR improves nurse–physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. **Resuscitation**, v.84, n.9, p.1192-6, 2013.

MERKEL, M. J. V.; VON DOSSOW, B.; ZWIßLER, B. Structured patient transfer in perioperative medicine. **Der Anaesthetist**, v.66, n.6, p.396–403, jun 2017.

MIRANDA, J. O. F. et al. Accuracy of a pediatric early warning score in the recognition of clinical deterioration. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.25, e2912, 2017; Available in: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1733.2912>.

MIRANDA, J. O. F. et al. Deterioração clínica em crianças hospitalizadas: revisão integrativa de um escore pediátrico de alerta precoce. **Rev enferm UFPE** [on line], Recife, v.10, n.3, p.1128-36, mar 2016.

NPSF. **Livre de danos: Acelerar a melhoria da segurança do paciente quinze anos depois de To Err Is Human.** 2014.

PANESAR, R. S. et al. The Effect of an Electronic SBAR Communication Tool on Documentation of Acute Events in the Pediatric Intensive Care Unit. [Internet] **American journal of medical quality: the official journal of the American College of Medical Quality.** 2014. [acesso em: 03 de junho de 2016] Disponível em: <http://europepmc.org/abstract/med/25274104>.

PASQUALI, L. et al. **Instrumentação Psicológica: Fundamentos e Práticas.** Porto Alegre: Artmed, 2010, 560p.

RIESENBERG, L. A.; LEITZSCH, J.; LITTLE, B. W. Systematic review of handoff mnemonics literature. *American Journal of Medical Quality : The Official Journal of the American College of Medical Quality*, v.24, n.3, p.196–204, 2009. doi:10.1177/1062860609332512

ROJAHN, D. et al. Comunicação efetiva em registros de enfermagem: uma prática assistencial. **Revista UNINGÁ Review** [Internet], v.19, n.2, p.9-13, 2014. [Acesso em 13 nov 2015]. Disponível: [http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140801\\_093407.pdf](http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140801_093407.pdf).

ROSENFELD, R. M.; SHIFFMAN, R. N; ROBERTSON, P. Clinical Practice Guideline Development Manual, Third Edition: a quality-driven approach for translating evidence intoaction. **Otolaryngol. head neck surg.**, Rochester, v.148, n.1(suppl), p.1-55, jan 2013.

SEVDALIS, N. et al. Quantitative analysis of intraoperative communication in open and laparoscopic surgery. **Surg Endosc.**, v.26, p.2931–2938, 2012.

SILVA, M. F. et al. Comunicação na passagem de plantão de enfermagem: segurança do paciente pediátrico. **Texto contexto - enferm.** v.25, n.3, 2016. Epub Oct 03, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016003600015>

SOUSA, F. C. P. et al. A participação da família na segurança do paciente em unidades neonatais na perspectiva do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**, v.26, n.3, e1180016, 2017.

TING, W. H. et al. The impact of situation-background-assessment-recommendation (SBAR) on safety attitudes in the obstetrics department. **Taiwanese Journal of Obstetrics and**

**Gynecology**, v.56, n.2, p.171–4, apr 2017. DOI:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.tjog.2016.06.021>.

VAN EATON, E. Handoff improvement: we need to understand what we are trying to fix. [Internet] **Jt Comm J Qual Patient Saf**, v.36, n.2, p.51, feb 2010.[Acesso em: 08 de setembro de 2015] Disponível em:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20180436>.

WAN-HUA, T. et al. The impact of situation-background-assessment-recommendation (SBAR) on safety attitudes in the obstetrics department. **Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology**, v.56, p.171-4, 2017. journal homepage:  
[www.tjog-online.com](http://www.tjog-online.com).

WEGNER, W. et al. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Esc Anna Nery**, v.20, n.3, e20160068, 2016.

WEGNER, W. et al. Segurança do paciente no cuidado à criança hospitalizada: evidências para enfermagem pediátrica. **Rev Gaúcha Enferm.** v.38, n.1, e68020, mar 2017.  
[www.scielo.br/rgenf](http://www.scielo.br/rgenf)  
[www.seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem](http://www.seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem).

WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.20, n.3, 8 telas, mai/jun 2012. Disponível em:  
[www.eerp.usp.br/rlae\\_](http://www.eerp.usp.br/rlae_)

WHO. World Health Organization. **The conceptual framework fore the International Classification for Patient Safety**, 2009.



WHO. World Health Organization (CH) [Internet]. Geneva: WHO; c2004-2016 [cited 2016 Jul 28]. Patient Safety Programme: what is patient safety? [about 02 screens]. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/about/en/>.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. **International Classification**, 2009.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Guidelines for safe surgery**, 2009. Safe surgery saves lives. Geneva; 2009. [cited Sep 5, 2016]. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf)

WOLTON, D. Informar não é comunicar. Porto Alegre, Sulina, 2010.

WONG, H. J. et al. 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.** n.100, p.9-15, apr 2017. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2017.01.008. Epub 2017 Jan 11.

YU, M.; KANG, K. J. Effectiveness of a role-play simulation program involving the sbar technique: A quasi-experimental study. **Nurse Education Today**, v.53, p.41–47, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2017.04.002>.

### 6.3 MANUSCRITO 03: VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO PARA PASSAGEM DE CASO EM UNIDADES PEDIÁTRICAS

#### **VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO PARA PASSAGEM DE CASO EM UNIDADES PEDIÁTRICAS**

VALIDATION OF THE CONTENTS OF THE INSTRUMENT FOR THE SHIFT HANDOVER IN PEDIATRIC UNITS

VALIDACIÓN DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO PARA LA ENTREGA DE TURNO EN UNIDADES PEDIÁTRICAS

SILVA, Michelini Fátima; ROCHA, Patrícia Kuerten.

#### **RESUMO**

Objetivo: Validar o conteúdo do Instrumento para Passagem de Caso em Unidades Pediátricas. Método: Pesquisa metodológica, desenvolvida em duas etapas, fundamentada na Teoria Clássica dos Testes da Psicometria e no Modelo de Construção de Instrumentos proposto por Pasquali. Na primeira etapa efetivou-se o polo empírico com a aplicação da versão piloto do “Instrumento para Passagem de Caso em Unidades Pediátricas”. Para 42 enfermeiros e 16 médicos experts em pediatria e segurança do paciente. Na segunda etapa realizou-se o polo analítico por meio da análise da consistência interna do instrumento, através da análise dos itens por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e pelo cálculo do Alfa de Cronbach. Resultados: O Instrumento foi finalizado com dois domínios e dezenove itens. O Instrumento se mostrou adequado e confiável pelo Índice de Validade de Conteúdo  $\geq 0,87$  e a consistência interna confiável com um Alfa de Cronbach = 0,94, ambos com confiabilidade e concordância altas. Conclusão: Este estudo apresenta evidência de adequada validade de conteúdo para o Instrumento para a Passagem de Caso em Unidades Pediátricas. Recomenda-se a validação clínica em diferentes unidades pediátricas.

**Descritores:** Segurança do Paciente. Estudos de Validação. Comunicação.

#### **ABSTRACT**

**Objective:** Validate the contents of the Instrument for the shift handover in Pediatric Units. **Method:** Methodological research, developed in two stages, based on the Classical Theory of Psychometric Testing and the Construction Model of Instruments proposed by Pasquali. In the first stage, the empirical pole was implemented with the application of the pilot version of the "Instrument for the Shift Handover in Pediatric Units". For 42 nurses and 16 medical experts in pediatrics and patient safety. In the second stage, the analytical pole was performed by analyzing the internal consistency of the instrument, by analyzing the items using the Content Validity Index (CVI) and the Cronbach's Alpha calculation. **Results:** The Instrument was finalized with two domains and nineteen items. The Instrument proved to be adequate and reliable by the Content Validity Index  $\geq 0.87$  and the reliable internal consistency with a Cronbach's Alpha = 0.94, both with high reliability and concordance. **Conclusion:** This study presents evidence of adequate content validity for the instrument of the shift handover in Pediatric Units. Clinical validation is recommended in different pediatric units.

**Keywords:** Patient Safety. Validation Studies. Communication.

## **RESUMEN**

**Objetivo:** Validar el contenido del Instrumento para la entrega de turno en Unidades Pediátricas. **Método:** Investigación metodológica, desarrollada en dos etapas, fundamentada en la Teoría Clásica de las Pruebas de la Psicometría y en el Modelo de Construcción de Instrumentos propuesto por Pasquali. En la primera etapa se efectúa el polo empírico con la aplicación de la versión piloto del "Instrumento para la entrega de turno en Unidades Pediátricas". Para 42 enfermeros y 16 médicos especialistas en pediatría y seguridad del paciente. En la segunda etapa se realizó el polo analítico por medio del análisis de la consistencia interna del instrumento, a través del análisis de los ítems a través del Índice de Validez de Contenido (IVC) y por el cálculo del Alpha de Cronbach. **Resultados:** El Instrumento fue finalizado con dos dominios y diecinueve elementos. El Instrumento se mostró adecuado y confiable por el Índice de Validez de Contenido  $\geq 0,87$  y la consistencia interna confiable con un Alfa de Cronbach = 0,94, ambos con confiabilidad y concordancia altas. **Conclusión:** Este estudio presenta evidencia de adecuada validez de contenido para el Instrumento para la entrega de turno en Unidades Pediátricas. Se recomienda la validación clínica en diferentes unidades pediátricas.

**Palabras Clave:** Seguridad del paciente. Estudios de Validación. Comunicación.

## INTRODUÇÃO

A passagem de caso realizada entre enfermeiros e médicos é uma prática imprescindível, para garantir a segurança do paciente pediátrico e a continuidade da assistência. As informações repassadas na passagem de caso deverão incluir questões acerca das condições atuais da criança e/ou adolescente hospitalizado, de mudanças no tratamento e/ou de possíveis complicações. Ao longo dos anos, várias técnicas para passagem de caso foram estabelecidas, entre elas: documentos escritos (CATCHPOLE et al., 2007), comunicação narrativa face a face (THOMPSON et al., 2011) e utilização de instrumentos padronizados (BURGER; JORDAN; KYRIACOS, 2017). Cabe destacar, que a utilização de instrumentos para passagem de caso vem se mostrando cada vez mais importante em muitas instituições, em nível mundial, pois os mesmos maximizam a comunicação durante o processo da passagem de caso (ACHREKAR et al., 2016; MERKEL; VON DOSSOW; ZWIßLER, 2017).

A partir da publicação da *The Joint Commission* (TJC), no ano de 2006, a efetividade da comunicação entre os profissionais se tornou prioridade fundamental para os serviços de saúde. Diante das estatísticas, cerca de 80% dos eventos adversos são decorrentes da falta de comunicação entre os profissionais (JCI, 2012). Preocupada com a questão da segurança do paciente, a TJC recomenda utilizar processos específicos para melhorar a comunicação na passagem de caso, incluindo o desenvolvimento de instrumentos que ofereçam a oportunidade de realizar perguntas, de forma a minimizar a possibilidade de ocorrências de eventos adversos (JCI, 2012; HEALTHCARE, 2012).

Nessa perspectiva, foram encontrados na literatura diferentes mnemônicas para a padronização da comunicação, entre elas a ISOBAR (PORTEOUS et al., 2009), IPASS BATON (RIESENBERG; LEITZSCH; LITTLE, 2009), I-PASS (STARMER et al., 2014), I-PASS *Nursing Handoff* (STARMER et al., 2017), *Quality of Information Transfer* (QUIT) (JOHNSTON et al., 2016), “I-5” (RILEY et al., 2017).

Dentre as diferentes mnemônicas existentes utilizadas para estruturar a passagem de caso entre os profissionais de saúde, destacou-se a *Situation, Background, Assessment, Recommendation* (SBAR), que foi inicialmente desenvolvido pela Marinha dos Estados Unidos da América (EUA) para padronizar as comunicações importantes e urgentes para submarinos nucleares, e foi adaptado pela indústria da aviação para fornecer informações concisas e oportunas sobre o *status* de voo. Na área

de saúde este instrumento foi utilizado para dar cumprimento às diretrizes de segurança da TJC (RIESENBERG; LEITZSCH; LITTLE, 2009).

A literatura mostra estudos de avaliação da técnica SBAR foram realizados nos EUA (ARDOIN; BROUSSAR, 2011), e outros países que incluem a Austrália (CUNNINGHAM et al., 2012; DAWSON; KING; GRANTHAM, 2013; ), Bélgica (MEESTER et al., 2013), Canadá (ANDREOLI et al., 2010; ILAN et al., 2012; KOTSAKIS et al., 2015), China (WANG et al., 2015), Alemanha (FLEMMING; HÜBNER, 2013), Reino Unido (HAYES et al., 2014; WHITTINGHAM; OLDROYD, 2014), Irã (CHAHARSOUGH; AHRARI; ALIKHAH, 2014), Suécia (RANDMAA et al., 2014), Holanda (POOT et al., 2014) e África do Sul (RAYMOND; HARRISON, 2014), Demonstrando estes demonstraram que o mesmo pode ser utilizado em várias situações, e ainda reduz a omissão de informações importantes. Nesse contexto, outras pesquisas resultados de diversas pesquisas mostraram apontam que com o uso do SBAR as diferenças linguísticas, hierárquicas e diferentes estilos de comunicação podem ser amenizados (MEESTER et al., 2013; WILSON et al., 2017; BURGER; JORDAN, 2017).

Percebe-se, por parte das organizações internacionais, esforços na construção e implementação de instrumentos que contribuam para uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde (LEE, 2015), porém, no Brasil não foram encontrados estudos nessa temática.

Portanto, a fim de alcançar a meta proposta pela OMS e TJC, no intuito de melhorar a efetividade da comunicação entre enfermeiros e médicos e, conseqüentemente, a segurança do paciente pediátrico, construiu-se o “Instrumento de Comunicação para Passagem de Caso em Unidades Pediátricas”, tendo como referência a mnemônica SBAR.

Diante do exposto e considerando a importância de se garantir a validade do instrumento, antes da sua utilização, a presente pesquisa teve como objetivo validar o conteúdo do Instrumento para Passagem de Caso em Unidades Pediátricas.

## **MÉTODO**

Trata-se de uma pesquisa metodológica, que seguiu o referencial teórico metodológico de Pasquali et al. (2010). Ressalta-se que, neste artigo, foram contemplados os polos empírico e analítico. Assim no intuito de facilitar a compreensão, dividiu-se a trajetória metodológica em duas etapas, quais sejam: polo empírico e polo analítico.

Etapa 1- Polo empírico

Agrupa o sétimo e oitavo passo da proposta de Pasquali et al. (2010), os quais correspondem ao planejamento e a aplicação do instrumento piloto a uma parcela representativa da população para qual o instrumento foi construído.

Existem várias técnicas para verificação da validade de um instrumento, no entanto, nesta pesquisa optou-se por trabalhar a análise de conteúdo por parte de especialistas a partir da Técnica Delphi, sendo esta uma técnica de processo grupal, cuja intenção é obter consenso de ideias de um grupo de especialistas a respeito de determinada temática de seu domínio, por meio de validações articuladas em rodadas de questionários (PERROCA, 2011).

A amostra para o desenvolvimento desta etapa deve ser determinada de modo a ser representativa da população alvo, cujas características precisam ser conhecidas (PASQUALI et al., 2010). Deste modo a população foi composta por enfermeiros e médicos brasileiros e foi utilizada a base de dados de currículos cadastrados em uma agência de fomento brasileira, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Os especialistas foram selecionados por meio da Plataforma Lattes, no qual foram utilizados os seguintes **critérios de inclusão**: **quanto ao assunto**: Segurança do paciente e/ou saúde da criança; **Nível de formação**: Doutores e demais pesquisadores; **Nacionalidade**: Brasileira; **Formação Acadêmica/Titulação**: Especialização, Mestrado, Doutorado; **Atuação profissional**: grande área - ciências da saúde, área – enfermagem e medicina; **Idioma**: português; **Atividade Profissional**: todas; **Tempo de atualização dos dados**: 24 meses; **Informações pessoais**: Endereço, Formação acadêmica/titulação, Área de atuação, Idiomas; **Informações sobre demais produções/trabalhos**: Orientações concluídas, Orientações em andamento; **Informações sobre produções bibliográficas**: Artigos publicados, trabalhos em eventos, outros produções bibliográficas, Livros e capítulos; **Período de produção**: todo o período. Como **critérios de exclusão**: não apresentar no resumo do Currículo Lattes aderência ao tema do estudo; não apresentar meio de contato para envio do Instrumento e anexos.

A partir desses critérios, os resumos dos Currículos Lattes foram analisados e selecionados 42 enfermeiros e 16 médicos, com representatividade das cinco regiões brasileiras (sul, sudeste, norte, nordeste e centro-oeste), em consideração as diferentes realidades. Assim foram enviadas as instruções sobre o preenchimento do instrumento de coleta de dados, o formulário eletrônico para a coleta de dados, bem como, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

A coleta de dados foi realizada por meio de instrumento dividido em três partes: primeira parte esta direcionada para a caracterização dos participantes, contendo variáveis sociodemográficas, profissionais e acadêmicas; a segunda parte consta da avaliação de conteúdo dos domínios e seus itens e, a terceira parte do instrumento diz respeito a avaliação da apresentação do mesmo. Os critérios avaliados foram: abrangência, clareza, coerência, criticidade dos itens, objetividade, redação científica, relevância, sequência, unicidade e atualização (PASQUALI, 2009).

Cabe destacar, que para avaliar cada item, foi utilizada a escala tipo Likert com cinco intervalos de respostas, sendo atribuído o valor um, quando a opção foi “discordo totalmente”, dois para “discordo”, três para “não concordo nem discordo”, quatro para “concordo” e cinco para a opção “concordo totalmente”.

A operacionalização da Técnica Delphi ocorreu no período de Novembro a Dezembro de 2016, por meio de uma rodada via e-mail, pelo sistema Google Docs®.

#### Etapa 2 - Polo analítico

Agrupa os quatro últimos passos, que consiste em procedimentos de análise estatísticos a serem efetuados sobre os dados para estimar a validade e confiabilidade do instrumento construído (PASQUALI et al., 2010). Os procedimentos analíticos foram representados pela análise da consistência interna do instrumento, por meio da análise dos itens através do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e pelo cálculo do Alpha de Cronbach.

A concordância foi realizada por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), sendo considerado os valores iguais ou maiores que 80%. O IVC foi efetuado substituindo-se os valores da escala por valores entre zero e um, com intervalos igualmente espaçados de 0,25, ou seja, o valor um da escala foi substituído por zero, o valor dois por 0,25, o valor três por 0,5, o valor quatro por 0,75 e o valor cinco por 1,0. O IVC foi calculado para cada domínio avaliado pelos especialistas e, sua aderência à distribuição normal foi avaliada aplicando-se o teste Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors.

A análise de consistência interna permitiu verificar se as avaliações efetuadas pelos especialistas produziram escores similares, ou seja, se os itens avaliados pelos especialistas apresentaram valores similares entre si. Para esta análise foram calculados dois coeficientes: o Alpha de Cronbach e o Lambda 6 (G6), de Guttman. Estes dois coeficientes variam de zero a um e, quanto mais próximo de um maior é a consistência interna das avaliações dos juízes. O Coeficiente de Guttman foi acrescentado a esta

avaliação devido as críticas de que o Alpha de Cronbach subestima a confiabilidade de um conjunto de indicadores e sobrestima o primeiro domínio avaliado.

Para a presente pesquisa adotou-se o coeficiente Kendall para medir a concordância ordinal das avaliações dos especialistas. Este coeficiente varia de zero (discordância) a um (concordância total) e sua significância estatística foi analisada pela aplicação do teste de Qui-quadrado.

As variáveis sociodemográficas foram analisadas por meio de estatística descritiva, expressando-as em termos de frequência absoluta (n) e percentual (%).

Para a implementação dessas análises foi utilizado o Programa Software® v.3.3.1 adotando-se um nível de significância de 5%, com auxílio de um profissional de estatística para esse fim.

O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal de Santa Catarina, pela Plataforma Brasil, obtendo Parecer aprovado em maio de 2016, sob nº1.556.430. Foram obedecidos os preceitos éticos dispostos na Resolução 466\2012, do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

A amostra foi constituída por enfermeiros e médicos, tendo um total de 58 especialistas, na maioria do gênero feminino, sendo que 46 (79,3%) dos especialistas residem na região Sul do país. Entre eles havia 02 (3,44%) pós-doutores em Enfermagem, 18 (31,03%) doutores e 20 (34,55%) mestres. Ainda, 37 (63,8%) exerciam suas atividades predominantemente em hospitais e 16 (27,58%) trabalhavam em universidades (Tabela 3).

Tabela 3 - Dados referentes ao perfil sociodemográfico e profissional dos especialistas. Florianópolis, 2017.

CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS		N	%
Categoria profissional	Enfermeiro	42	72,4
	Médico	16	27,6
Idade	20 a 30 anos	13	22,5
	31 a 40 anos	29	50
	41 a 50 anos	10	17,2
	>51 anos	06	10,3



Gênero	Feminino	52	89,7
	Masculino	6	10,3
Região	Norte	1	1,72
	Nordeste	4	6,9
	Centroeste	2	3,46
	Sudeste	5	8,62
	Sul	46	79,3
Tempo de formação	1 a 5 anos	9	15,5
	6 a 10 anos	12	20,7
	11 a 15 anos	14	24,2
	16 a 20 anos	12	20,7
	21 a 25 anos	5	8,6
	>26 anos	6	10,3
Tempo de atuação na área de pediatria	1 a 5 anos	21	36,2
	6 a 10 anos	6	10,3
	11 a 15 anos	17	29,3
	16 a 20 anos	5	8,6
	21 a 25 anos	4	7
	>26 anos	5	8,6
Formação adicional	Especialização	18	31,03
	Mestrado	20	34,5
	Doutorado	18	31,03
	Pós doc	2	3,44
Ocupação atual	Assistencial	37	63,8
	Ensino e pesquisa	17	29,3
	Outros	4	6,9
Local de atuação profissional	Hospital	37	63,8
	Universidade	16	27,58
	Outras	5	8,62

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2017.

A validade, de conteúdo do Instrumento para Passagem de Caso em Unidades Pediátricas foi verificada pelo consenso obtido entre os especialistas, com concordância mínima de 80%.

Em relação ao índice de concordância, todos os domínios, atingiram níveis acima de 95%. Destaca-se que os itens do domínio 2 atingiram níveis de 100% (Tabela 4).

Tabela 4 - Análise da concordância sobre os domínios e as características dos componentes do Instrumento. Florianópolis, 2017.

Avaliação Itens	1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Domínio 1</b>	0	0,0	2	3,4	0	0,0	34	58,6	22	37,9
Abrangência	0	0,0	1	1,7	1	1,7	33	56,9	23	39,7
Clareza	0	0,0	2	3,4	0	0,0	35	60,3	21	36,2
Coerência	1	1,7	2	3,4	0	0,0	36	62,1	19	32,8
Criticidade	0	0,0	0	0,0	1	1,7	34	58,6	23	39,7
Objetividade	0	0,0	1	1,7	1	1,7	32	55,2	24	41,4
Redação	0	0,0	1	1,7	1	1,7	31	53,4	25	43,1
Relevância	0	0,0	1	1,7	1	1,7	32	55,2	24	41,4
Sequência	1	1,7	6	10,3	1	1,7	31	53,4	19	32,8
Unicidade	0	0,0	0	0,0	14	24,1	30	51,8	14	24,1
Atualização	0	0,0	1	1,7	5	8,6	36	62,1	16	27,6
<b>Domínio 2.1</b>	0	0,0	2	3,4	0	0,0	30	51,7	26	44,8
<b>Domínio 2.2</b>	0	0,0	2	3,4	0	0,0	25	43,1	31	53,4
<b>Domínio 2.3</b>	0	0,0	0	0,0	1	1,7	14	24,1	43	74,1
<b>Domínio 2.4</b>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	29,3	41	70,7
Abrangência	0	0,0	1	1,7	0	0,0	28	48,3	29	50,0
Clareza	0	0,0	2	3,4	0	0,0	27	46,6	29	50,0
Coerência	0	0,0	3	5,2	0	0,0	25	43,1	30	51,7
Criticidade	0	0,0	2	3,4	0	0,0	24	41,1	32	55,2
Objetividade	0	0,0	2	3,4	0	0,0	28	48,3	28	48,3
Redação	0	0,0	1	1,7	0	0,0	27	46,6	30	51,7
Relevância	0	0,0	0	0,0	0	0,0	27	46,6	31	53,4
Sequência	1	1,7	2	3,4	1	1,7	23	39,7	31	53,4
Unicidade	0	0,0	0	0,0	9	15,5	25	43,1	24	41,4
Atualização	0	0,0	0	0,0	2	3,4	29	50,0	27	46,6

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2017.

**Legenda:** Os números para avaliação do instrumento correspondem: 1=Discordo totalmente; 2=Discordo; 3=Não concordo nem discordo; 4=Concordo; 5=Concordo totalmente.

Em relação ao IVC de cada item, quase todos apresentaram IVC  $\geq 0,87\%$  (ao considerar cada domínio separadamente), nível acima do ponto de corte estabelecido para a pesquisa.

Desses, os domínios 2.3 e 2.4 receberam *score* máximo de concordância, obtendo IVC  $\geq 0,99\%$ . Em contrapartida, o critério Unicidade do domínio 1 apresentou índice menor em relação aos demais, entretanto, o intervalo de confiança para a mediana demonstrou que o valor do IVC deste item estatisticamente é muito próximo do esperado, sendo assim considerado ideal.

Desse modo, verificou-se a concordância entre os especialistas assegurando-se que os itens do instrumento estão situados dentro da abordagem teórica referente à comunicação segura. Não sendo necessário submeter o instrumento a uma nova rodada de avaliação (Tabela 5).

Tabela 5 - Análise do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) dos domínios e características do instrumento. Florianópolis, 2017.

Itens	Teste de Normalidade		Mediana	IC 95%		Teste de Wilcoxon <sup>1</sup>	
	D	Valor p				V	Valor p
	Domínio 1	0,303				<0,001	0,874
Abrangência	0,318	<0,001	0,874	0,750	0,875	1035	0,925
Clareza	0,312	<0,001	0,874	0,750	0,875	966	0,813
Coerência	0,341	<0,001	0,874	0,750	0,875	874	0,560
Criticidade	0,369	<0,001	0,874	0,750	0,875	1058	0,950
Objetividade	0,309	<0,001	0,874	0,750	0,875	1068	0,955
Redação	0,300	<0,001	0,874	0,750	0,875	1100	0,975
Relevância	0,310	<0,001	0,874	0,750	0,875	1068	0,955
Sequência	0,340	<0,001	0,750	0,749	0,874	779	0,273
Unicidade	0,259	<0,001	0,750	0,749	0,751	525	0,004
Atualização	0,319	<0,001	0,750	0,749	0,874	712	0,126
Domínio 2.1	0,271	<0,001	0,874	0,750	0,875	1131	0,986
Domínio 2.2	0,318	<0,001	0,875	0,750	0,875	1271	0,999
Domínio 2.3	0,455	<0,001	0,99	0,875	1,000	1548	1,000
Domínio 2.4	0,445	<0,001	0,999	0,875	1,000	1558	1,000
Abrangência	0,314	<0,001	0,874	0,874	0,875	1247	0,999
Clareza	0,299	<0,001	0,874	0,874	0,875	1218	0,998
Coerência	0,300	<0,001	0,874	0,874	0,875	1215	0,997
Criticidade	0,328	<0,001	0,875	0,874	0,875	1296	0,999
Objetividade	0,289	<0,001	0,874	0,874	0,875	1190	0,996
Redação	0,323	<0,001	0,875	0,874	0,875	1275	0,999
Relevância	0,357	<0,001	0,875	0,874	0,875	1333	0,999
Sequência	0,299	<0,001	0,874	0,874	0,875	1209	0,997
Unicidade	0,264	<0,001	0,874	0,750	0,875	900	0,639
Atualização	0,311	<0,001	0,874	0,874	0,875	1161	0,993

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2017. \* Teste de Normalidade; \* Teste de Wilcoxon.

A respeito do Coeficiente Alfa, todos os 19 itens atingiram índice de confiabilidade de  $\alpha = 0,94$ , evidenciando uma alta consistência interna. Da mesma forma apresentaram boas correlações de seus itens com o *score* total da dimensão que variou entre 0,39 a 0,88 (Tabela 6).

Tabela 6 - Análise de correlação, consistência interna e concordância das avaliações dos especialistas quanto aos domínios e características do instrumento. Florianópolis, 2017.

Avaliação global das respostas dos juízes					
1. Correlação Inter-Item $r = 0,41$	2. Consistência Interna Alpha: 0,94 (IC95%: 0,91 – 0,98) Lambda: 0,98		3. Concordância W: 0,386 $\chi^2 = 549$ GL: 57 p < 0,001		
Consistência interna se um item é removido					
	Alpha	EP alpha	Lambda	Corr. Inter-Item	Corr. Escore Total
Domínio 1	0,94	0,019	0,98	0,42	0,60
Abrangência	0,94	0,019	0,98	0,41	0,71
Clareza	0,94	0,019	0,98	0,43	0,43

Coerência	0,94	0,018	0,98	0,43	0,39
Criticidade	0,94	0,019	0,98	0,41	0,71
Objetividade	0,94	0,019	0,98	0,41	0,66
Redação	0,94	0,019	0,98	0,41	0,65
Relevância	0,94	0,020	0,98	0,40	0,80
Sequência	0,95	0,018	0,98	0,43	0,44
Unicidade	0,94	0,019	0,98	0,43	0,43
Atualização	0,94	0,019	0,98	0,41	0,69
Domínio 2.1	0,94	0,019	0,98	0,42	0,53
Domínio 2.2	0,94	0,020	0,98	0,41	0,75
Domínio 2.3	0,94	0,019	0,98	0,42	0,48
Domínio 2.4	0,94	0,019	0,98	0,42	0,53
Abrangência	0,94	0,020	0,98	0,40	0,80
Clareza	0,94	0,020	0,98	0,40	0,85
Coerência	0,94	0,020	0,98	0,40	0,85
Criticidade	0,94	0,020	0,98	0,40	0,88
Objetividade	0,94	0,020	0,98	0,40	0,87
Redação	0,94	0,020	0,98	0,40	0,88
Relevância	0,94	0,020	0,98	0,40	0,79
Sequência	0,94	0,019	0,98	0,41	0,71
Unicidade	0,94	0,019	0,98	0,42	0,45
Atualização	0,94	0,019	0,98	0,41	0,61

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2017. \* Teste de Alpha de Cronbach; \* Teste de Lambda 6 (G6) de Guttman.

Desta forma, os especialistas validaram a forma e o conteúdo do Instrumento para Passagem de Caso em Unidades Pediátricas, que contempla dois domínios com 19 itens (Quadro 2).

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

<b>INSTRUMENTO PARA PASSAGEM DE CASO EM UNIDADES PEDIÁTRICAS</b>	
<b>ANTES DE CHAMAR O ENFERMEIRO/MÉDICO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE CONSIDERE OS SEGUINTE ITENS:</b>	
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 (fixo ou celular); 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.	
<b>AO FALAR COM O ENFERMEIRO/MÉDICO VOCÊ DEVERÁ SEGUIR OS PASSOS DA TÉCNICA SBAR:</b>	
<b>Situation:</b>	Identifique-se.
	Identifique sua unidade.
	Esclareça ao profissional de saúde o motivo de seu contato.
	Realize uma descrição sucinta do problema da criança/adolescente.
<b>Background</b>	Forneça as observações e avaliações do estado atual do paciente pediátrico e o que foi relatado pela família.
	Informe o nome completo da criança e\ou adolescente, idade, peso, diagnóstico da admissão, data de admissão.
	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.

	<p>Escala para dor (utilizar escala para dor).</p> <p>Relate o resultado de exames laboratoriais: data e a hora em que foi realizado; bem como o resultado de exames anteriores para comparação.</p> <p>Informe quem está acompanhando a criança e/ou adolescente.</p> <p>Esclareça outras informações clínicas importantes.</p>
<b>Assessment</b>	Esclareça ao outro profissional qual sua avaliação sobre a situação.
<b>Recomendation</b>	<p>Faça suas recomendações e relate o que espera.</p> <p>Registre no prontuário da criança/adolescente: horário do contato com o outro profissional, nome do profissional que foi contactado, informações e condutas tomadas.</p>

## DISCUSSÃO

Um instrumento de medida adequado resulta de exatidão metodológica, de etapas bem-definidas e métodos precisos (PASQUALI et al., 2010), por isso buscou-se a Teoria de Elaboração de Escalas Psicológicas para direcionar os procedimentos analíticos, dando rigor metodológica.

Compreende-se, então, que o uso da psicometria serviu, para o propósito desta pesquisa, ou seja, à validação do Instrumento para Passagem de Caso em Unidades Pediátricas.

Deve-se considerar que instrumentos como este auxiliam na padronização da comunicação, contudo, requerem dos profissionais a incorporação de mudanças comportamentais, desenvolvimento de habilidades e, conseqüentemente, modificação de atitudes frente ao processo de comunicação.

Nessa perspectiva a escolha de enfermeiros e médicos para composição dos especialistas foi adotada pelo fato de que cada profissional teria a capacidade de fornecer contribuições de acordo com sua formação e experiência, ajudando a fortalecer assim a fidedignidade dos resultados deste estudo.

Estudo realizado identifica que se têm utilizado uma diversidade de critérios para definir a inclusão de especialistas na amostra, tendo em vista o fato de não existir um padrão ouro para o processo de seleção (MELO et al., 2011). Portanto, selecionar um especialista pode se tornar uma atividade laboriosa diante da falta de padronização acerca dos critérios a serem analisados. Além da lacuna em questão, percebe-se que em todo o território brasileiro existem muitos enfermeiros e médicos, porém poucos são especialistas na área de pediatria e segurança do paciente.

Levando em conta tal dificuldade, e que a maioria destes especialistas se encontram na região sul e sudeste do país, nesta pesquisa se buscou abranger e encontrar especialistas das cinco diferentes regiões do país, conforme preconizado na literatura, ou seja, que o grupo deve ser diversificado, com origens distintas na forma de abordar e tratar a temática em questão, tendo a finalidade de construir um instrumento que englobe diferentes realidades brasileiras, diferentes culturas, percepções e pontos de vista, e que seja utilizado em todo o território apesar de tais barreiras (PEREIRA; ALVIM, 2015).

A técnica Delphi mostrou-se apropriada à proposta desta pesquisa, sendo economicamente exequível, possibilitou a participação de profissionais altamente qualificados em uma temática na qual a pesquisa é ainda incipiente, bem como possibilitou a aplicação da técnica on-line que permitiu agilidade na conclusão e facilitou essa participação.

Com relação ao número de rodadas aplicadas no painel de especialistas, elas dependem da natureza do grupo, sua homogeneidade e complexidade. De modo geral há autores que enfatizam a realização de duas rodadas como suficientes para chegar a um consenso (SCARPARO et al., 2012).

Nesta pesquisa realizou-se apenas uma rodada da Técnica Delphi, pois o IVC e Alfa de Cronbach foram considerados satisfatórios, finalizando-se, portanto, a etapa de validação de conteúdo.

Os 19 itens alcançaram, segundo a avaliação dos especialistas, níveis satisfatórios de abrangência, clareza, coerência, criticidade, objetividade, redação, relevância, sequência, unicidade e atualização demonstrando possuir conteúdo que abrange aspectos relevantes do conhecimento sobre a padronização da comunicação segura durante a passagem de caso em unidades pediátricas.

Quanto à adequação o Índice de Validade de Conteúdo foi  $\geq 0,87$  para a maioria dos critérios psicométricos avaliados, demonstrando confiabilidade no mesmo. Já a consistência interna apresentou um Alfa de Cronbach = 0,94 o que indica uma alta confiabilidade. Isto permite

afirmar que os itens incluídos no instrumento atenderam às recomendações e à análise de conteúdo propostas na Teoria para Elaboração de Escalas Psicológicas (PASQUALI et al., 2010).

O instrumento apresentou qualidades psicométricas satisfatórias o que sugere que a mesma é confiável para padronizar as informações repassadas durante a passagem de caso nas unidades pediátricas, podendo a vir reduzir a ocorrência de erros e também repercutindo na segurança do paciente pediátrico hospitalizado, se amplamente integralmente adotado e aplicado corretamente.

Os especialistas julgaram os itens propostos válidos e a forma com que os mesmos foram dispostos, favorece a efetividade da comunicação, a qualidade das trocas de informações, e ainda contribuirá para que dados importantes sejam repassados e para que medidas necessárias sejam tomadas, evitando a ocorrência de eventos adversos e garantindo a segurança do paciente pediátrico.

O julgamento da aplicabilidade na prática clínica depende da realização de novas pesquisas, em diferentes contextos. Cabe ressaltar, que a avaliação da validade de qualquer instrumento de medida é um processo contínuo e permanente, de forma a viabilizar a detecção precoce de eventual necessidade de adaptação ou reformulação, levando em consideração os diferentes contextos que dele se apropriam (PASQUALI et al., 2010).

A utilização de um questionário eletrônico implementado por meio da ferramenta Google Docs®, mostrou-se uma metodologia confiável, segura, inovadora e de fácil aplicação, facilitando a digitação dos dados coletados nos testes de validação, pois a planilha com as informações é gerada automaticamente, precisando apenas de alguns ajustes para ser organizada no formato adequado à importação e à análise no ambiente de programação estatística R. Trata-se de uma ferramenta online livre, de fácil acesso e uso, cuja aplicabilidade para coleta de dados no contexto da área de saúde é bem descrita na literatura (LAWRENCE et al., 2014).

## **CONCLUSÃO**

Este estudo apresenta evidência de adequada validade de conteúdo para o Instrumento para a Passagem de Caso em Unidades Pediátricas.

Recomenda-se a validação clínica em diferentes unidades pediátricas. Considera-se ainda que este instrumento deva ser continuamente aperfeiçoado e utilizado na formação dos profissionais de saúde.

Até o presente momento, não foi encontrado na literatura instrumento validado para a passagem de caso em unidades pediátricas, o



que confere importância, utilidade e ineditismo do produto desta pesquisa.

## REFERÊNCIAS

ACHREKAR, M. S. et al. Introduction of Situation, Background, Assessment, Recommendation into Nursing Practice: A Prospective Study. **Asia Pac J Oncol Nurs**, v.3, n.1, p.45-50, jan-mar 2016.

ANDREOLI, A. et al. Using SBAR to communicate falls risk and management in inter-professional rehabilitation teams. **Healthcare Quarterly** (Toronto, Ont.), v.13, p.94–101, 2010.

ARDOIN, K.; BROUSSARD, L. Implementing handoff communication. Journal for nurses in staff development. **JNSD: official journal of the National Nursing Staff Development Organization** [Internet], v.27, n.3, p. 128-35, 2011. [Acesso em: 03 de maio de 2017] Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/51156224Implementing\\_Hand\\_off\\_Communication](https://www.researchgate.net/publication/51156224Implementing_Hand_off_Communication).

BURGER, D.; JORDAN, M. B. B. C. Validation of a modified early warning score-linked Situation-Background-Assessment-Recommendation communication tool: A mixed methods. **Journal of Clinical Nursing**. v.26, p.17-18, sep 2017.

CATCHPOLE, K. R. et al. Patient handover from surgery to intensive care: using Formula 1 pit-stop and aviation models to improve safety and quality. **Paediatr Anaesth.**, v.17, p.470–8, 2007.

CHAHARSOUGH, N. T.; AHRARI, S.; ALIKHAH, S. Comparison the effect of teaching of SBAR technique with role play and lecturing on communication skill of nurses. **Journal of Caring Sciences**. v.3, suppl. 2, p.141–7, 2014.

CUNNINGHAM, N. J. et al. Telephone referrals by junior doctors: A randomised controlled trial assessing the impact of SBAR in a simulated setting. **Postgraduate Medical Journal**, v.88, suppl. 1045, p.619–26, 2012.

DAWSON, S.; KING, L.; GRANTHAM, H. Review article: Improving the hospital clinical handover between paramedics and emergency department staff in the deteriorating patient. **Emergency Medicine Australasia**, v.25, suppl. 5, p.393–405, 2013.

FLEMMING, D.; HÜBNER, U. How to improve change of shift handovers and collaborative grounding and what role does the electronic patient record system play? Results of a systematic literature review. **International Journal of Medical Informatics**, v.82, n.7, p.580–92, 2013.

HAYES, A. J. et al. Improving awareness of patient safety in a peer-led pilot educational programme for undergraduate medical students. **Education for Health**, v.27, n.2, p.213, 2014.

HEALTHCARE. Joint Commission Center for Transforming Healthcare releases targeted solutions tool for hand-off communications. **Jt Comm Perspect**, v.32, n.8, aug 2012.

ILAN, R. et al. Handover patterns: An observational study of critical care physicians. *BMC Health Services Research*, v.12, suppl. 1, p.1–10, 2012.

JCI. Joint Commission (US). **Sentinel event data root causes by event type 2004-2012**. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission; 2012 [Acesso em 2017 Mar 12]. Disponível em: [http://www.jointcommission.org/Sentinel\\_Event\\_Statistics/](http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Statistics/)

JOHNSTON, M. J. et al. Improving Escalation of Care Development and Validation of the Quality of Information Transfer Tool. **Annals of Surgery**, v.263, n.3, mar 2016.

KOTSAKIS, A. et al. The development and implementation of an inter-professional simulation based pediatric acute care curriculum for ward health care providers. **Journal of Interprof Care**, v.29, n.4, p.392-4, 2015.

LAWRENCE, J.M.; et al. Validation of Pediatric Diabetes Case Identification Approaches for Diagnosed Cases by Using Information in the Electronic Health Records of a Large Integrated Managed Health Care Organization. **Am. J. Epidemiol.**, v.179, n. 1, p.27-38, 2014.

LEE, J. Y. Effective communication for patient safety. **Journal of the Korean Medical Association**. [Internet] v.58, n.2, p.100-4, fev 2015. [acesso em: 06 de abril de 2015] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5124/jkma.2015.58.2.100>.

MEESTER, K. D. et al. SBAR improves nurse–physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. **Resuscitation**, v.84, n.9, p.1192-6, 2013.

MELO, R. P. et al. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Rev Rene**, Fortaleza, v.12, n.2, p.424-31, abr/jun 2011.

MERKEL, M. J. V.; VON DOSSOW, B.; ZWIBLER, B. Structured patient transfer in perioperative medicine. **Der Anaesthetist**, v.66, n.6, p.396–403, jun 2017.

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev. esc. enferm. USP** [online], v.43, n.spe, p.992-9, 2009. ISSN 0080-6234. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000500002>.

PASQUALI, L. et al. **Instrumentação Psicológica: Fundamentos e Práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010, 560p.

PEREIRA, R. D. D. M.; ALVIM, N. A. T. Delphi technique in dialogue with nurses on acupuncture as a proposed nursing intervention. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v.19, n.1, p.174–80, 2015.

PERROCA, M. G. Desarrollo y validación de contenido de la nueva versión de un instrumento para clasificación de pacientes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.1, p.58-66, 2011.

POOT, E. P. et al. Exploring perinatal shift-to-shift handover communication and process: An observational study. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v.20, suppl. 2, p.166–75, 2014.

PORTEOUS, J. M. et al. iSoBAR — a concept and handover checklist: the National Clinical Handover Initiative. **Medical Journal of Australia**, v.190, n.11, p.152–6, 2009.

RANDMAA, M. et al. SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: A prospective intervention study. **British Medical Journal Open**, n.4, suppl. 1, e004268, 2014.

RAYMOND, M.; HARRISON, M. C. The structured communication tool SBAR (Situation, Background, Assessment and Recommendation) improves communication in neonatology. **South African Medical Journal**, v.104, suppl. 12, p.850–2, 2014.

RIESENBERG, L. A.; LEITZSCH, J.; LITTLE, B. W. Systematic review of handoff mnemonics literature. *American Journal of Medical Quality* : The Official **Journal of the American College of Medical Quality**, v.24, n.3, p.196–204, 2009. doi:10.1177/1062860609332512

RILEY, C. M. et al. Assuring Sustainable Gains in Interdisciplinary Performance Improvement: Creating a Shared Mental Model During Operating Room to Cardiac ICU Handoff. **Pediatr Crit Care Med**. v.18, n.9, p.863-868, sep 2017. doi: 10.1097/PCC.0000000000001231.

SCARPARO, A. F. et al. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. **Rev Rene**, Fortaleza, v.13, n.1, p.242-51, 2012.

STARMER, A. J. et al. Changes in medical errors after implementation of a handoff program. **N Engl J Med** v.371, p.1803–12, 2014.

doi:10.1056/NEJMsa1405556CrossRefPubMedWeb of ScienceGoogle Scholar

STARMER, A. J. et al. Effects of the I-PASS Nursing Handoff Bundle on communication quality and workflow. **BMJ Qual Saf**. n.5, 2017. doi: 10.1136/bmjqs-2016-006224.

THOMPSON, J. E. et al. Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover:a study in an Australian tertiary hospital. **Postgrad Med J**. v.87, p.340–4, 2011. [PubMed].

WANG, W. et al. Improving Chinese nursing students' communication skills by utilizing video-stimulated recall and role-play case scenarios to introduce them to the SBAR technique. **Nurse Education Today**, v.35, suppl. 7, p.881–7, 2015.

WHITTINGHAM, K. A.; OLDROYD, L. E. Using an SBAR—keeping it real! Demonstrating how improving safe care delivery has been incorporated into a top-up degree programme. **Nurse Education Today**, v.34, n.6, p.47–52, 2014.

WILSON, D. et al. Evaluation of Situation, Background, Assessment, Recommendation Tool During Neonatal and Pediatric Interfacility Transport. **Air Med J**, v.36, n.4, p.182-7, jul/aug 2017. doi: 10.1016/j.amj.2017.02.013. Epub 2017 Apr 18.



## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A segurança do paciente pediátrico tornou-se preocupação mundial, em virtude das circunstâncias de assistências falhas geradoras de eventos adversos, exigindo mudanças na prática assistencial, principalmente no que se refere ao processo de comunicação.

Na área de segurança do paciente é crescente o número de pesquisas com o objetivo de desenvolver e avaliar as soluções inovadoras implantadas, e contribuir para a promoção da assistência qualificada, porém são muitas as questões que necessitam ser investigadas nos estudos sobre comunicação na passagem de caso e segurança do paciente pediátrico.

Neste sentido, os profissionais de saúde possuem importante papel neste processo. Assim, esta pesquisa teve como objetivo construir e validar um instrumento de comunicação segura para sistematizar a passagem de caso em unidades pediátricas.

Para tanto utilizou-se um referencial teórico-metodológico, o qual trouxe informações relevantes quanto ao processo de construção e de validação de um instrumento, sendo este um diferencial entre os estudos existentes na área. Ou seja, a descrição detalhada dos passos e ações realizadas tanto para a construção como para a validação semântica do auxiliará instrumento no entendimento e na construção de outros instrumentos futuros. Ainda, cabe destacar que o fato de serem adotados os procedimentos e passos, formulados por Pasquali (2010), possibilitou o rigor teórico-metodológico do estudo, uma vez que desponta como o método mais utilizado no processo de construção de instrumento nas pesquisas brasileiras de Enfermagem dos últimos anos.

Vale salientar, que a partir de todo este processo e das diretrizes nacionais e internacionais recentes nesta área, e em artigos científicos baseados em evidências foi construído o “Instrumento para Passagem de Caso em Unidades Pediátricas”. Isto o torna uma ferramenta confiável para que seja possível

padronizar a comunicação entre os profissionais de saúde na passagem de caso frente ao paciente pediátrico e a outro profissional.

A validação de conteúdo, foi realizado por meio de testes estatísticos para a aferição da análise de concordância, em que apresentou que apresentou o valor de Índice de Validade de Conteúdo de  $\geq 0,87$  e Alfa de Cronbach  $\geq 0,94$  para a maioria dos critérios psicométricos avaliados, tais valores indicam que o presente instrumento possui uma alta confiabilidade.

Além do que já foi salientado quanto ao instrumento , há necessidade de se ressaltar a composição interdisciplinar do Comitê de Especialistas. Possibilitou-se desta forma, com fonte no conhecimento específico e nas práticas pessoais de cada profissional, o acesso à diferentes olhares acerca da comunicação na passagem de caso e da segurança do paciente pediátrico. Além disso, foi possível a viabilização da utilização do Instrumento a partir das sugestões fornecidas pelos especialistas que contribuíram para o seu aprimoramento.

O instrumento construído consiste na descrição das condutas ordenadas sistematicamente para a passagem de caso e possibilita aos profissionais a sua execução passo a passo. Acredita-se que é extremamente viável, representando um importante alicerce para efetivação da comunicação entre enfermeiros e médicos, uma vez que minimiza a variabilidade das informações entre esses profissionais, porém é necessário que haja um prévio treinamento dos profissionais antes de seu uso.

Assim, enfermeiros e médicos, bem como os demais profissionais de saúde, ao utilizarem o instrumento, realizam uma comunicação estruturada que repassa informações sobre o paciente pediátrico com uma sequência lógica e sucinta, ou seja, uma comunicação de qualidade.

Ressalta-se ainda que, apesar de ser inédito na área de pediatria, o instrumento construído pode contribuir para a assistência segura do pacitne pediátrico, ao apresentar um



método de baixo custo, que poderá ser empregado para minimizar possíveis falhas no processo de comunicação.

A proposta de construir e validar um instrumento foi um desafio, assim havendo algumas limitações, como:

- devido escassa literatura quanto ao tema em nível nacional e internacional na área da pediatria, não há como comparar este estudo com outro existente;

- a não possibilidade da aplicação do instrumento na prática. Nesse sentido, recomenda-se a validação clínica do mesmo. Desta forma ao aprimorá-lo, será possível um instrumento com propriedades psicometricas mais precisas. Só assim será aceitável dizer que o Instrumento construído é válido, confiável, aplicável na prática clínica e utilizável em pesquisas para com os profissionais de saúde.

Pela ausência de um instrumento para passagem de caso em unidades pediátricas na literatura nacional, essa pesquisa pretende apresentar uma parcela de contribuição para os profissionais de saúde assim como para a área de segurança do paciente, uma vez que encontra-se de acordo com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde, no sentido de mobilizar os profissionais de saúde a repensar o processo de comunicação durante a passagem de caso em unidades pediátricas, bem como contribuir com a implementação de práticas seguras, inovadoras e baseadas em evidência científicas.

É recomendado que sejam incluídos conteúdos relacionados à comunicação e a segurança do paciente nos cursos de graduação e de pós-graduação na área da saúde, assim como a implementação de instrumentos de comunicação em serviços de saúde no território nacional.

Assim, acredita-se que os resultados alcançados nesta pesquisa reafirmam o pressuposto de que o processo de comunicação segura na passagem de caso depende da construção e validação de instrumento que atenda pré-requisitos psicométricos de validade e confiabilidade, padronizando as informações para a promoção da segurança do paciente

pediátrico. Sugere-se assim, que esse instrumento possa auxiliar na comunicação segura e conseqüentemente agregar na segurança do paciente pediátrico.

## REFERÊNCIAS

AAP. American Academy of Pediatrics. Patient Safety in the Pediatric Emergency Care Setting. **Pediatrics**, v.120, 2007. [Acesso em: 20 abr. 2014]. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/120/6/1367.full>> Acesso em: 20 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. American Academy of Pediatrics. Principles of Patient Safety in Pediatrics. **Pediatrics**, v.107, 2001. Disponível em: Acesso em: 20 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. American Academy of Pediatrics. Prevention of Medication Errors in the Pediatric Inpatient Setting. **Pediatrics**, v.112, 2003. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/112/2/431.full>> Acesso em 20 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. American Academy of Pediatrics. Policy Statement Principles of Pediatric Patient Safety: Reducing Harm Due to Medical Care. **Pediatrics**, v.127, n. 6, 2011. Disponível em: Acesso em: 20 abr. 2014

ACHREKAR, M. S. et al. Introduction of Situation, Background, Assessment, Recommendation into Nursing Practice: A Prospective Study. **Asia Pac J Oncol Nurs**, v.3, n.1, p.45-50, jan-mar 2016.

ACSQHC. Australian Commission on Safety and Quality In Health Care (2010). [Internet] **The OSSIE Guide to Clinical Handover Improvement**. Sydney, ACSQHC. [Acesso em: 14 de dezembro de 2015] Disponível em: <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/ossie.pdf>.

AHA. American Heart Association. **PALS - Pediatric Advanced Life Support** - Provider Manual, 2015.

AHRQ. Handoffs and Signouts. **AHRQ Patient Safety Network**, p.9–11. (2012) [Online]. Available at: <http://www.psnnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=9>.

ALPENDRE, F. T. et al. Safe surgery: validation of pre and postoperative checklists. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.25, e2907, p-1-9, 2017. [Access 18-07-2017]; Available in: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1854.2907>.

ANDREOLI, A. et al. Using SBAR to communicate falls risk and management in inter-professional rehabilitation teams. **Healthcare Quarterly** (Toronto, Ont.), v.13, p.94–101, 2010.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. [Cartilha na Internet] Brasília, 1. ed., 2013. 174 p. [Acesso em: 05 de março de 2015] Disponível em: [http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia\\_Segura.pdf](http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 529, de 1 de abril de 2013** institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), 2013. Brasília: DF. [Acesso em: 05 maio 2015]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html).

\_\_\_\_\_. **Anvisa promove debate sobre segurança do paciente no Brasil**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/DIVULGA/noticias/2007/171007.htm>. Acesso em 14 out. 2014.

ARDOIN, K.; BROUSSARD, L. Implementing handoff communication. *Journal for nurses in staff development*. **JNSD: official journal of the National Nursing Staff Development Organization** [Internet], v.27, n.3, p. 128-35, 2011. [Acesso em: 03 de maio de 2017] Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/51156224Implementing\\_Handoff\\_Communication](https://www.researchgate.net/publication/51156224Implementing_Handoff_Communication).

AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE (2010). [Internet] **The OSSIE Guide to Clinical Handover Improvement**. Sydney, ACSQHC. [Acesso em: 14 de dezembro de 2015] Disponível em: <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/ossie.pdf>.

BAILLIE, L. et al. A survey of student nurses' and midwives' experiences of learning to use electronic health record systems in practice. [Internet] **Nurse Educ Pract.**, v.13, n.5, p.437-41, 2013. [Acesso em: 08 de fevereiro de 2016] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23140800>.

BARCELLOS, G. B. Comunicação entre os profissionais de saúde e a segurança do paciente. In: SOUZA, P; MENDES, W (Org.). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2014. p. 139-158.

BARRY, M. E. Hand-off communication: Assuring the transfer of accurate patient information. **American Nurse Today**, v.9, n.1, 2014

BELELA, A. S. C.; PEDREIRA, M. DA L. G.; PETERLINI, M. A. S. Erros de medicação em pediatria. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 3, p. 563–569, 2011.

BERNARDES, R. **Os avanços se refletem na aprovação de protocolos e na criação do Comitê de Implementação do PNSP**. 2013. Disponível em: <<http://proqualis.net/blog/archives/3593/43>. Acesso em: 03 abr.2015.

BORGES, J. W. P. **Instrumento de validação da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial: desenvolvimento e validação de conteúdo**. 2012. Dissertação (Mestrado em cuidados clínicos em enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC n. 63, de 25 de novembro de 2011**. [Acesso em: 13 jun. 2015]. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/legis/resol> >.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 529, de 1 de abril de 2013** institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), 2013. Brasília: DF. [Acesso em: 05 maio 2015]. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - **RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 25 de julho de 2013a. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)>. Acesso em 12 dez. 2014.

BURGER, D.; JORDAN, S.; KYRIACOS, U. Validation of a modified early warning score-linked Situation-Background-Assessment-Recommendation communication tool: A mixed methods. **Journal of Clinical Nursing**. v.26, p.17-18, sep 2017.

CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE .Teamwork and Communication in Healthcare a Literature Review 2011.

CANNON-BOWERS, J. A; SALAS, E.; CONVERSE, E. Shared mental models in expert team decision making. In: Current Issues in Individual and Group Decision Making. Castellan NJ Jr (Ed). New Jersey, Lawrence Erlbaum, 1993, pp 221–246

CARBOGIM, F. C.; OLIVEIRA, L. B.; PÜSCHEL, V. A. A. Critical thinking: concept analysis from the perspective of Rodger’s evolutionary method of concept analysis. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2016;24:e2785. [Access Nov 02 16]; DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1191.2785>.

CASP. Critical Appraisal Skills Programme. **10 questions to help you make sense of a review** [internet]. 2013 [cited 2016 Maio 06]. Available from: [http://media.wix.com/ugd/dded87\\_ebad01cd736c4b868abe4b10e7c2ef23.Pdf](http://media.wix.com/ugd/dded87_ebad01cd736c4b868abe4b10e7c2ef23.Pdf)

CASSAR FLORES, A.; MARSHALL, S.; CORDINA, M. Use of the Delphi technique to determine safety features to be included in a neonatal and paediatric prescription chart. *Int J Clin Pharm*. 2014;36(6):1179-89. doi: 10.1007/s11096-014-0014-y.

CASSIANI, S. H. B. Enfermagem e a Pesquisa sobre Segurança dos Pacientes. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 6, 2010.

CATCHPOLE, K. R. et al. Patient handover from surgery to intensive care: using Formula 1 pit-stop and aviation models to improve safety and quality. **Paediatr Anaesth.**, v.17, p.470–8, 2007.

CATUNDA, O. L. H. et al. Percurso metodológico em pesquisas de enfermagem para construção e validação de protocolos. **Texto Contexto Enferm**, n.26, n.2, e00650016, 2017; Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000650016>.

CHAHARSOUGH, N. T.; AHRARI, S.; ALIKHAH, S. Comparison the effect of teaching of SBAR technique with role play and lecturing on communication skill of nurses. **Journal of Caring Sciences**. v.3, suppl. 2, p.141–7, 2014.

CLARK, E. et al. The PACT Project: improving communication at handover; **The Medical journal of Austria**, v.190, n.11Suppl, p.125-7, 2009.

CORNELL, P. et al. Improving shift report focus and consistency with the situation, background, assessment, recommendation protocol. [Internet] **The Journal of nursing administration**, v.43, n.7-8, p.422-8, 2013. [acesso em: 08 de maio de 2015] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23892308>.

COSTA, T. et al. Nurses' knowledge and practices regarding pain management in newborns. **Rev Esc Enferm USP**. v.51, e03210, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016034403210>.

CRICO STRATEGIES. **Malpractice Risks in Communication Failures: 2015 Annual Benchmarking Report**. Boston, MA: The Risk Management Foundation of Harvard Medical Institutions Incorporated; 2015. Available at: <https://www.rm.f.harvard.edu/Cbsreport>.

CUADROS, K. et al. Patient safety incidents and nursing workload. **Rev. latino-am. enfermagem**, [S.L.], v.25, 2017. Available in: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1280.2841>.

CUNNINGHAM, N. J. et al. Telephone referrals by junior doctors: A randomised controlled trial assessing the impact of SBAR in a simulated

setting. **Postgraduate Medical Journal**, v.88, suppl. 1045, p.619–26, 2012.

DANTAS, L. V. R. P. et al. Avaliação da dor durante coleta de sangue em crianças sedadas e submetidas à ventilação mecânica. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v.28, n.1, p.49-54, mar 2016. [Acesso em 02 Nov. 2016]. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2016000100049](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2016000100049)&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20160013>.

DAYTON, E.; HENRIKSEN, K. **Communication failure: Basic components, contributing factors, and the call for structure**. The Joint Commission Quality of Patient Safety, 33, 34-47.2007.

DAWSON, S.; KING, L.; GRANTHAM, H. Review article: Improving the hospital clinical handover between paramedics and emergency department staff in the deteriorating patient. **Emergency Medicine Australasia**, v.25, suppl. 5, p.393–405, 2013.

DENHAM, C.SBRA for Patients. **Journal of Patient Safety**, v.4, n.1, p.38-48, 2008. <http://dx.doi.org/10.1097\PTS.05013> e 2181660c06

DENSON, J. L. et al. Association between end-of-rotation resident transition in care and mortality among hospitalized patients. **JAMA**, v.316, p.2204–13, 2016.

DICKENS, D.; SINSABAUGH, D.; WINGER, B. Primum Non Nocere. *Arch Pediatric Adolesc Med.*, v. 1620, n. 11, p. 1185, 2006.

EPNER, P. L.; GANS, J. E.; GRABER, M. L. When diagnostic testing leads to harm: a new outcomes-based approach for laboratory medicine. **BMJ Qual Saf**, v.22, p.6–10, 2013.

FIGARO, R. O homem, a cultura e as relações de comunicação no mundo do trabalho. In MARCHIORI, M (org.) **Cultura e interação**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora; Rio de Janeiro: Editora Senac Rio



de Janeiro, 2014 (coleção faces da cultura e da comunicação organizacional); v.5. p.101-10.

FLEMMING, D.; HÜBNER, U. How to improve change of shift handovers and collaborative grounding and what role does the electronic patient record system play? Results of a systematic literature review. **International Journal of Medical Informatics**, v.82, n.7, p.580–92, 2013.

GOMES, A.Q.F. **Iniciativas para a segurança do paciente difundidas pela internet por organizações internacionais** [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

GONÇALVES, M. G.; HEINECK, I. Frequency of prescriptions of off-label drugs and drugs not approved for pediatric use in primary health care in a southern municipality of Brazil. **Rev Paul Pediatr**, v.34, n.1, p.11-17, 2016. Article PDF (537 K) View Record in Scopus Citing articles (1)

GOOGLE FORMS. **Criar um formulário no Google**. Google Inc. 2005. [Acesso em 29 de abril de 2014]. Disponível em: <https://support.google.com/docs/answer/87809?rd=1>.

GOVERNMENT OF SOUTH AUSTRALIA. (2011). Communication and Teamwork: Ordering of Clinical Handover Resources (p. 2).

HAIG, K.; SUTTON, S.; WHITTINGTON, J. National Patient Safety Goals SBAR: A shared mental model for improving communication between clinicians. *Journal on Quality and Patient Safety*, 32, 167-175. 2006.

HAYES, A. J. et al. Improving awareness of patient safety in a peer-led pilot educational programme for undergraduate medical students. **Education for Health**, v.27, n.2, p.213, 2014.

HEALTHCARE. Joint Commission Center for Transforming Healthcare releases targeted solutions tool for hand-off communications. **Jt Comm Perspect**, v.32, n.8, aug 2012.

HORA, H. R. M.; MONTEIRO, G. T. R.; ARICA, J. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. **Produto & Produção**, v.11, n.2, p.85-103, jun 2010.

HORWITZ, L. I.; MOIN, T.; GREEN, M. L. Development and implementation of an oral sign-out skills curriculum. **J Gen Intern Med**. v.22, n.10, p.1470-4, oct 2007.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. São Paulo, 2009. [Acesso em: 10de maio. 2015]. Disponível em: <http://www.einstein.br/hospital/Paginas/sobre-ohospital.aspx>.

IHI. About Institute of Healthcare Improvement, 2013. Disponível em: <http://www.ihl.org/about/Pages/default.aspx>.

\_\_\_\_\_. Institute for Healthcare Improvement. **Conjunto de Ferramentas SBAR.**, 2011. [Acesso em: 10de maio. 2015]. Disponível em: <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/SBARToolkit.aspx> [Contexto Link].

\_\_\_\_\_. Institute for Healthcare Improvement. Patient Safety 100: **Introduction to Patient Safety** - Lesson 3 A call to action - What You Can Do, p. 1-26, 2011.

ILAN, R. et al. Handover patterns: An observational study of critical care physicians. **BMC Health Services Research**, v.12, suppl. 1, p.1-10, 2012.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M. Segurança do Paciente: abordando um antigo problema. **Cienc Cuid Saude.**, v. 12, n. 2, p. 208-209, 2013. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/23880/13023>>. Acesso em: 07 nov. 2014.

IOM. Institute of Medicine. **Committee on Quality of Health Care in America. To err is Human.** Washington: National Academy Press, 2000. Disponível em: <http://www.nap.edu/books/0309068371/html/>.

\_\_\_\_\_. Institute of Medicine. **The healthcare imperative: lowering costs and improving outcomes: workshop series summary.** Washington,

DC: The National Academies Press; 2012 [citado 2014 Ago 11]. Disponível em: [http://books.nap.edu/catalog.php?record\\_id=12750](http://books.nap.edu/catalog.php?record_id=12750)

JBI. **Joanna Briggs Institute reviewers' manual**: 2011. Adelaide ed. South Australia: The Joanna Briggs Institute; 2011.

\_\_\_\_\_. **Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual**: 2014 Edition: The Joanna Briggs Institute; 2014.

JCI. Joint Commission. **Sentinel event data root causes by event type 2004-2012**. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission; 2012 [Acesso em 2017 Mar 12]. Disponível em: [http://www.jointcommission.org/Sentinel\\_Event\\_Statistics/](http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Statistics/)

\_\_\_\_\_. Joint Commission International. **Padrões de acreditação da Joint Commission International para Hospitais**. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Consórcio Brasileiro de Acreditação, 2010.

\_\_\_\_\_. Joint Commission International. The Joint Commission : Over a century of quality and safety. p. 1970–1979, 2014.

\_\_\_\_\_. Joint Commission International. Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals : The Patient Safety Systems Chapter. 2015.

JOHNSON, M.; COWIN, L. Nurses Discuss Bedside Handover and Using Written Handover Sheets. **Journal of Nursing Management**, v.21, n.1, p.121-9, 2013. DOI:10.1111/j.1365-2834.2012.01438.

JOHNSTON, M. J. et al. Escalation of care and failure to rescue: a multicenter, multiprofessional qualitative study. **Surgery**, v.155, p.989–94, 2014.

JOHNSTON, M. J. et al. Improving Escalation of Care Development and Validation of the Quality of Information Transfer Tool. **Annals of Surgery**, v.263, n.3, mar 2016.

KAISER PERMANENTE OF COLORADO. (n.d.). **SBAR: Technique for communication**: A situational briefing model. Retrieved from the

Institute for Healthcare Improvement Web site:  
[http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/Safety  
General/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefing  
Model.htm](http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.htm).

KARINO, M. E.; FELLI, V. E. A. Enfermagem baseada em evidências: avanços e inovações em revisões sistemáticas. [Internet] **Cienc Cuid Saúde**, v.11, n.(suplem.), p.11-15, 2012. [acesso em: 13 de março de 2015] Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17048/pdf>.

KIM, S. et al. The evaluation of a communication tool within an acute healthcare organization. **Journal of Hospital Administration**, v.3, n.5, 2014.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (editors). **To err is human: building a safer health system: a report of the committee on Quality of Health Care in America**. Washington, DC (US): National Academy Press, 2002.

KOTSAKIS, A. et al. The development and implementation of an inter-professional simulation based pediatric acute care curriculum for ward health care providers. **Journal of Interprof Care**, v.29, n.4, p.392-4, 2015.

KUNSCH, M. M. K (Org.). **Comunicação organizacional estratégica: aportes conceituais e aplicados**. São Paulo: Summus, 2016.

LAWRENCE, J. M.; et al. Validation of Pediatric Diabetes Case Identification Approaches for Diagnosed Cases by Using Information in the Electronic Health Records of a Large Integrated Managed Health Care Organization. **Am. J. Epidemiol.**, v.179, n. 1, p.27-38, 2014.

LEE, J. Y. Effective communication for patient safety. **Journal of the Korean Medical Association**. [Internet] v.58, n.2, p.100-4, fev 2015. [acesso em: 06 de abril de 2015] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5124/jkma.2015.58.2.100>.

LEONARD, M.; GRAHAM, S.; BONACUM, D. The Human Factor: The critical importance of effective Teamwork and communication in

providing safe care. [Internet] **Quality and Safety in Health Care**, v.13, p.85-90, out 2014. [Acesso em: 18 de abril de 2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765783/>.

MACARTNEY, I.; NIGHTINGALE, P. Transfer of the critically ill adult patient. **British Journal of Anesthesia**, v.1, n.1, p.12–5, 2001.

MACEDO, T. R. **Cultura de Segurança do Paciente em Unidades de Emergência Pediátrica: perspectiva da Equipe de Enfermagem**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

MACEDO, T. R. et al. The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team. **Rev Esc Enferm USP**. 2016;50(5):756-762. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342016000600007>

MANSER, T.; FOSTER, S. Effective handover communication: an overview of research and improvement efforts. **Best Pract Res Clin Anaesthesiol** v.25, p.181–91, 2011.

MARGO A. H. Nursing Handoffs: Ensuring Safe Passage for Patients. Published online <http://www.ajconline.org>. © 2014 American Association of Critical-Care Nurses. **Am J Crit Care** 2013;22:158-162 doi: 10.4037/ajcc2013454

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e Liderança em Enfermagem: Teoria e Prática**, 8. Ed. Porto Alegre. Artmed. 2015.

MARTIN, H. A.; CIURZYNSKI, S. M. Situation, Background, Assessment, and Recommendation–Guided Huddles Improve Communication and Teamwork in the Emergency Department. **Journal of Emergency Nursing**, v.41, n.6, p.484–8, 2015.

MARTINO, L. C. De qual comunicação estamos falando? In: HOHLFELDT, A; MARTINO, L. C; FRANÇA, V. V. **Teorias da Comunicação**. 11ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2011.

MEDEIROS, R. K. S. et al. Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. **Rev. Enf. Ref.** [online], v.serIV, n.4, p.127-35, 2015. ISSN 0874-0283. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14009>.

MEESTER, K. D. et al. SBAR improves nurse–physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. **Resuscitation**, v.84, n.9, p.1192-6, 2013.

MELO, G. M. et al. Escalas de avaliação de dor em recém-nascidos: revisão integrativa. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v.32, n.4, p.395-402, dec 2014. [Access on 02 Nov. 2016]. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822014000400395&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822014000400395&lng=en&nrm=iso)>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822014000400017>.

MELO, R. P. et al. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Rev Rene**, Fortaleza, v.12, n.2, p.424-31, abr/jun 2011.

MERKEL, M. J. V.; VON DOSSOW, B.; ZWIßLER, B. Structured patient transfer in perioperative medicine. **Der Anaesthetist**, v.66, n.6, p.396–403, jun 2017.

MESQUITA L.P.M. Critérios para Política de Gestão em Terapia Antineoplásica: Segurança do Paciente e do Trabalhador. 2014. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.3, p.621-6, 2012. [Acesso em: ago. 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a07.pdf>.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407p.

MIRANDA, J. O. F. et al. Accuracy of a pediatric early warning score in the recognition of clinical deterioration. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**,

v.25, e2912, 2017; Available in: DOI:  
<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1733.2912>.

MIRANDA, J. O. F. et al. Deterioração clínica em crianças hospitalizadas: revisão integrativa de um escore pediátrico de alerta precoce. **Rev enferm UFPE** [on line], Recife, v.10, n.3, p.1128-36, mar 2016.

MIRANDA, C. P. et al. A importância do registro de enfermagem em busca da qualidade. **Gestão em Foco**, ano: 2016. ISSN: 2175-733X.

MOURA, G. M. S. S; MAGALHÃES, A. M. M. **Atuação do enfermeiro a partir de resultados dos indicadores**. In: Programa de Atualização em Enfermagem – PROENF: Gestão. Vale EG. (org), Lima JR (org), Felli VE. A. (org). Porto Alegre, Artmed, ciclo 1, v. 2, p.65-96;2011

NASSAR, S. M.; et al. SestatNet – Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. 2013. Florianópolis - SC, Brasil. Disponível em: <<http://www.sestat.net>>. Acesso em: 04 abril 2013.

NPSF. **Livre de danos: Acelerar a melhoria da segurança do paciente quinze anos depois de To Err Is Human**. 2014.

NEUHAUSER, D. **Ernest Amory Codman. Qual Saf Health Care**. 2002. 11: 104-105. Disponível em: <http://www.qualityhealthcare.com>.

NOVAES, H. M. O processo de acreditação dos serviços de saúde. **Rev Adm Saúde**. v. 9, n.37, p.133-40, 2007.

OMS. Organização Mundial de Saúde (OMS). **Communication during Patient Hand-overs**. Patient Safety Solutions. v. 1, Solution 3, 2007. [Acesso em: 08 jul. 2012].

\_\_\_\_\_. **Alianza mundial para la seguridad del paciente**. Geneva: OMS, 2008.

PANESAR, R. S. et al. The Effect of an Electronic SBAR Communication Tool on Documentation of Acute Events in the Pediatric Intensive Care Unit. [Internet] **American journal of medical quality**:

the official journal of the American College of Medical Quality. 2014. [acesso em: 03 de junho de 2016] Disponível em: <http://europepmc.org/abstract/med/25274104>.

PASQUALI, L.; PRIMI, R. Fundamentos da Teoria da Resposta ao Item – TRI. **Aval.**

**Psicol.** Porto Alegre, v.2, n.2, p.99–110, 2003. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v2n2/v2n2a02.pdf> >. Acesso em: 03 out. 2015.

PASQUALI, L. et al. **Instrumentação Psicológica: Fundamentos e Práticas.** Porto Alegre: Artmed, 2010, 560p.

\_\_\_\_\_. **Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação.** Petrópolis: Vozes, 2003.

\_\_\_\_\_. Psicometria. **Rev. esc. enferm. USP** [online], v.43, n.spe, p.992-9, 2009. ISSN 0080-6234. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000500002>.

PATTERSON, M. D. et al. Impact of multidisciplinary simulation-based training on patient safety in a paediatric emergency department. **BMJ Qual Saf** . v. 22 p. 383-93, 2013. Disponível em:< <http://qualitysafety.bmj.com/content/22/5/383.long>>. Acesso em 07 maio de 2017.

PEREIRA, R. D. D. M.; ALVIM, N. A. T. Delphi technique in dialogue with nurses on acupuncture as a proposed nursing intervention. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v.19, n.1, p.174–80, 2015.

PERMANENTE, K. SBAR technique for communication: A situational briefing model. **Institute for Healthcare Improvement**, v.22, n.4, p.22–23, 2010. [Online]. Available at:<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:SBAR+Technique+for+Communication+:+A+Situational+Briefing+Model#5> [Accessed: 24 October 2015].



PERROCA, M. G. Desarrollo y validación de contenido de la nueva versión de un instrumento para clasificación de pacientes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.1, p.58-66, 2011.

PHILBERT, I. Use of strategies from high-reliability organizations to the patient hand-off by resident physicians: practical implications. **Qual Saf Health Care**, v.18, p.261-6, 2009.

PITT, V.; POWIS, D.; LEVETT-JONES, T.; HUNTER, S. The influence of critical thinking skills on performance and progression in a pre-registration nursing program. **Nurse Educ Today**. [Internet], v.35, n.1, p.125-31, 2015. [Acesso 22 Jul 2016]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S026069171400269X>. DOI: 10.1016/j.nedt.2014.08.006. Epub 2014 Aug 23.

PIVOTO, F. L. et al. Pesquisa convergente-assistencial: revisão integrativa de produções científicas da enfermagem. [Internet] **Texto & Contexto Enferm.**, v.22, n.3, p.843-9, 2013. [acesso em: 08 de novembro de 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a34.pdf>.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

POOT, E. P. et al. Exploring perinatal shift-to-shift handover communication and process: An observational study. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v.20, suppl. 2, p.166-75, 2014.

PORTEOUS, J. M. et al. iSoBAR — a concept and handover checklist: the National Clinical Handover Initiative. **Medical Journal of Australia**, v.190, n.11, p.152-6, 2009.

PROQUALIS/ICICT/FIOCRUZ. (S.D.). **Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente** [Internet]. Rio de Janeiro. [Acesso em 10 mai 2012]. Disponível em: <http://proqualis.net/>.

PUCER, P.; TROBEC, I.; ZVANUT, B. An information communication technology based approach for the acquisition of critical thinking skills. **Nurse Educ Today** [Internet], v.34, n.6, p.964-70, 2014. [Acesso 26 Jul

2016]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691714000379>. DOI: 10.1016/j.nedt.2014.01.011. Epub 2014 Feb 14.

RABOL, L. I. et al. Descriptions of verbal communication errors between staff. An analysis of 84 root cause analysis-reports from Danish hospitals. **BMJ Qual Saf** v.20, p.268-74, 2011.

RANDMAA, M. et al. An Observational Study of Postoperative Handover in Anesthetic Clinics; The Content of Verbal Information and Factors Influencing Receiver Memory. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**, v.1, n.1, p.1–11, 2015. doi:10.1016/j.jopan.2014.01.012

RANDMAA, M. et al. SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. **British Medical Journal Open**, n.4, suppl. 1, e004268, 2014.

RAYMOND, M.; HARRISON, M. C. The structured communication tool SBAR (Situation, Background, Assessment and Recommendation) improves communication in neonatology. **South African Medical Journal**, v.104, suppl. 12, p.850–2, 2014.

RAYMUNDO, V. P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. **Letras de hoje**, Porto Alegre, v.44, n.3, p.86–93, 2009.

RDC. Resolução **RDC N 36, DE 25 DE JULHO DE 2013**: Diário Oficial da União; 2013. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=26/07/2013&jornal=1&pagina=32&totalArquivos=112>.

REIS, T. A. et al. O significado da segurança do paciente cirúrgico pediátrico para a equipe de enfermagem. **Cogitare Enferm.** v. 21 n. esp, p.1-8, 2016.

RENTZ, S. M. et al. Examining the feasibility and utility of an SBAR protocol in long-term care. *GeriatrNurs* (Minneap), v.34, p.295–301, 2013.

REVORÊDO, L. S. et al. O uso da técnica delphi em saúde: revisão integrativa de estudos brasileiros. **Arq. Ciênc. Saúde**, v.22, n.2, jan-mar 2015.

RIESENBERG, L. A.; LEITZSCH, J.; LITTLE, B. W. Systematic review of handoff mnemonics literature. *American Journal of Medical Quality: The Official Journal of the American College of Medical Quality*, v.24, n.3, p.196–204, 2009. doi:10.1177/1062860609332512.

RIESENBERG, L.; LEISCHE, J. B. S.; CUNNINGHAM, J. M. Nursing handoffs: a systematic review of the literature. [Internet] **American Journal of Nursing**, v.110, n.4, p. 24-34, abr 2010. [Acesso em: 18 de fevereiro de 2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20335686>.

RILEY, C. M. et al. Assuring Sustainable Gains in Interdisciplinary Performance Improvement: Creating a Shared Mental Model During Operating Room to Cardiac ICU Handoff. **Pediatr Crit Care Med**. v.18, n.9, p.863-868, sep 2017. doi: 10.1097/PCC.0000000000001231.

ROBINS, H. M.; FENG DAI, M. S. Handoffs in the Postoperative Anesthesia Care Unit: Use of a Checklist for Transfer of Care. **AANA Journal**, v.83, n.4, p.264-8, aug 2015.

ROJAHN, D. et al. Comunicação efetiva em registros de enfermagem: uma prática assistencial. **Revista UNINGÁ Review** [Internet], v.19, n.2, p.9-13, 2014. [Acesso em 13 nov 2015]. Disponível: [http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140801\\_093407.pdf](http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140801_093407.pdf).

ROSENFELD, R. M.; SHIFFMAN, R. N; ROBERTSON, P. Clinical Practice Guideline Development Manual, Third Edition: a quality-driven approach for translating evidence intoaction. **Otolaryngol. head neck surg.**, Rochester, v.148, n.1(suppl), p.1-55, jan 2013.

ROZADOS, F.B.H. O uso da técnica Delphi como alternativa metodológica para a área da Ciência da Informação. **Em Questão**, Porto Alegre, v.21, n.3, p.64-86, set/dez 2015. E-ISSN 1808-5245.

SBAR TOOLKIT. Available at the Institute for Healthcare Improvement at: <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/SBARToolkit.aspx>. (2009).

SCARPARO, A. F. et al. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. **Rev Rene**, Fortaleza, v.13, n.1, p.242-51, 2012.

SCHILLING, M. C. L. A comunicação e a construção da cultura de segurança do paciente: interfaces e possibilidades no cenário do hospital. 2017. 217p. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Comunicação Social. PUCRS.

SEVDALIS, N. et al. Quantitative analysis of intraoperative communication in open and laparoscopic surgery. **Surg Endosc.**, v.26, p.2931-2938, 2012.

SILVA, P. S. C. Desafios do desenvolvimento humano na gestão das organizações públicas. In: KUNSCH, M. M. K. (org). **A comunicação como fator de humanização nas organizações**. São Caetano do Sul, SP, Difusão, p. 203-15. 2010.

SILVA, W. O. Monitorização hemodinâmica no paciente crítico. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v.12, n.3, p.57-65, 2013.

SILVA, L. K.; ÉVORA, M. D. Y.; CINTRA, J. S. C. Software development to support decision making in the selection of nursing diagnoses and interventions for children and adolescents. [Internet] **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.23, n.5, p.927-35, set/out 2015. [acesso em: 03 de dezembro de 2015] Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt\\_0104-1169-rlae-23-05-00927.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00927.pdf).

SILVA, M. F. et al. Comunicação na passagem de plantão de enfermagem: segurança do paciente pediátrico. **Texto contexto - enferm.** v.25, n.3, 2016. Epub Oct 03, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016003600015>

SILVA, T. P.; SILVA, Í. R.; LEITE, J. L. Interações no gerenciamento do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada em condição crônica: revelando Condições intervenientes. **Texto Contexto Enferm**, v.25, n.2, e1980015, 2016.

SKEIKH, A. et al. Implementation and adoption of nationwide electronic health records in secondary care in England: final qualitative results from prospective national evaluation in “early adopter” hospitals. [Internet] **B<sub>r</sub> Med J.**, v.343, d6054, set/out 2011. [Acesso em: 20 de julho de 2015]. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/bmj/343/bmj.d6054.full.pdf>.

SMITH, A.-L. M.; RUIZ, I. A.; JIRÓN, M. A. Monitoring medication errors in an internal medicine service. *Revista médica de Chile*, v. 142, n. 1, p. 40–7, jan. 2014.

SOUSA, F. C. P. et al. A participação da família na segurança do paciente em unidades neonatais na perspectiva do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**, v.26, n.3, e1180016, 2017.

SOUZA, S. et al. Identificação da criança na pediatria: percepções dos profissionais de enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 29, n. 1, p. 5-11, jan./mar. 2015.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. [Internet] **Einstein**. São Paulo, v.8, n.1, p.102-106, 2010. [Acesso em: 03 de março de 2015]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf).

SOUZA, S. et al. Use of safety strategies to identify children for drug administration. **Acta Paul Enferm**. v.27, n.1, p.6-11, 2014 [cited 2016 Jul 28]. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002014000100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000100003).

SPOONER, A. J. et al. Understanding current intensive care unit nursing handover practices. **International Journal of Nursing Practice**, v.19, p.214–20, 2013. doi:10.1111/ijn.12058

STARMER, A. J. et al. Changes in medical errors after implementation of a handoff program. **N Engl J Med** v.371, p.1803–12, 2014. doi:10.1056/NEJMsa1405556CrossRefPubMedWeb of ScienceGoogle Scholar.

STARMER, A. J. et al. Effects of the I-PASS Nursing Handoff Bundle on communication quality and workflow. **BMJ Qual Saf.** n.5, 2017. doi: 10.1136/bmjqs-2016-006224.

STEPHENSON, T. The National Patient Safety Agency. **Arch. Dis. Child.** v.90, p.226-8, 2005. [Acesso em 20 ago. 2016]. Disponível em: <http://archdischild.com>.

STEVENS, J. D. et al. Cultivating Quality: Implementing Standardized Reporting and Safety Checklists. [Internet] **American journal of nursing**, v.111, n.5, p.48-53, 2011. [Acesso em: 03 de abril de 2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23722383>.

THE JOINT COMMISSION. National Patient Safety Goals Effective. **The Joint Commission**, p. 17, 2016.

THOMPSON, J. E. et al. Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover: a study in an Australian tertiary hospital. **Postgrad Med J.** v.87, p.340–4, 2011. [PubMed].

TIBÚRCIO, M. P. et al. Validação de instrumento para avaliação da habilidade de mensuração da pressão arterial. *Rev Bras Enferm.* 2014 jul-ago;67(4):581-7. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670413>

TING, W. H. et al. The impact of situation-background-assessment-recommendation (SBAR) on safety attitudes in the obstetrics department. **Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology**, v.56, n.2, p.171–4, apr 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.tjog.2016.06.021>.

TOBIANO, G. et al. Nurses' views of patient participation in nursing care. **J Adv Nurs.** v.72, n.12, p.2741-52, 2015.

VANDERBILT, A. A. et al. Increasing patient safety with neonates via handoff communication during delivery: a call for interprofessional health care team training across GME and CME. **Adv Med Educ Pract.** v.7, n.8, p.365-7, jun 2017. doi: 10.2147/AMEP.S129674. eCollection 2017.

VAN EATON, E. Handoff improvement: we need to understand what we are trying to fix. [Internet] **Jt Comm J Qual Patient Saf**, v.36, n.2, p.51,

feb 2010.[Acesso em: 08 de setembro de 2015] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20180436>.

VARDAMAN, J. M. et al. Beyond communication: the role of standardized protocols in a changing health care environment; [Internet] **Health care management review**, v.37, n.1, p.88-97, 2013. [Acesso em: 01 de abril de 2015]. Disponível em: [http://www.research.ed.ac.uk/portal/en/publications/beyond-communication\(e1236994-09b6-44ff-bfee-0ba3f4bc7f85\)/export.html](http://www.research.ed.ac.uk/portal/en/publications/beyond-communication(e1236994-09b6-44ff-bfee-0ba3f4bc7f85)/export.html).

VERAS, J. E. G.L. F. et al. Risk classification in pediatrics: development and validation of a guide for nurses. **Rev Bras Enferm.** v.68, n.5, p.630-9, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-167.2015680521i>

VICENT, C. **Segurança do paciente:** orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul: Yendis; 2009.

VON DOSSOW, V.; ZWISSLER, B. Recommendations of the German Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine on structured patient handover in the perioperative phase: SBAR concept. **Anaesthesist**, v.65, p.148–50, 2016.

WANG, W. et al. Improving Chinese nursing students' communication skills by utilizing video-stimulated recall and role-play case scenarios to introduce them to the SBAR technique. **Nurse Education Today**, v.35, suppl. 7, p.881–7, 2015.

WAN-HUA, T. et al. The impact of situation-background-assessment-recommendation (SBAR) on safety attitudes in the obstetrics department. **Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology**, v.56, p.171-4, 2017. journal homepage: [www.tjog-online.com](http://www.tjog-online.com).

WEAVER, S. J. et al. Does teamwork improve performance in the operating room? A multilevel evaluation. **Jt Comm J Qual Patient Saf** v.36, p.133-42, 2014.

WEGNER, W. et al. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Esc Anna Nery**, v.20, n.3, e20160068, 2016.

WEGNER, W. et al. Segurança do paciente no cuidado à criança hospitalizada: evidências para enfermagem pediátrica. **Rev Gaúcha Enferm.** v.38, n.1, e68020, mar 2017. [www.scielo.br/rgenf](http://www.scielo.br/rgenf) [www.seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem](http://www.seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem).

WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.20, n.3, 8 telas, mai/jun 2012. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae\\_](http://www.eerp.usp.br/rlae_)

WHITTINGHAM, K. A.; OLDROYD, L. E. Using an SBAR—keeping it real! Demonstrating how improving safe care delivery has been incorporated into a top-up degree programme. **Nurse Education Today**, v.34, n.6, p.47–52, 2014.

WHO. Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. **Communication during patient hand-overs**. Patient Safety Solutions. 2007 [Acesso em 2016 Mar 12];1:12-5. Disponível em: <http://www.jointcommissioninternational.org/WHO-Collaborating-Centre-for-Patient-Safety-Solutions/>.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. Geneva: WHO; c2004-2016 [cited 2016 Jul 28]. **Patient Safety Programme: what is patient safety?** [about 02 screens]. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/about/en/>.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety**, 2009.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. **International Classification**, 2009.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Guidelines for safe surgery**, 2009. Safe surgery saves lives. Geneva; 2009. [cited Sep 5, 2016]. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf)



\_\_\_\_\_. World Health Organization. **World Alliance for Patient Safety: forward programme 2005**. World Health Organization, Geneva, 2004. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf)>. Acesso em: 23 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **World Alliance for Patient Safety**. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/en/>>. Acesso em: 10 out. 2009.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. Patient Safety Programme: what is patient safety?; 2016. [about 02 screens]. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/about/en/>.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **High 5s: Action on Patient Safety**. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/ps\\_high5s\\_project\\_overview\\_fs\\_Oct\\_2011.pfd](http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/ps_high5s_project_overview_fs_Oct_2011.pfd). Acesso em: mar. 2017.

WILSON, D. et al. Evaluation of Situation, Background, Assessment, Recommendation Tool During Neonatal and Pediatric Interfacility Transport. **Air Med J**, v.36, n.4, p.182-7, jul/aug 2017. doi: 10.1016/j.amj.2017.02.013. Epub 2017 Apr 18.

WOLTON, D. Informar não é comunicar. Porto Alegre, Sulina, 2010.

WONG, H. J. et al. 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**. n.100, p.9-15, apr 2017. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2017.01.008. Epub 2017 Jan 11.

XUANYUE, M. et al. Review Literature review regarding patient safety culture. *Journal of Evidence-Based Medicine*, v.6, p.43-9, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23557527>>. Acesso em: 12 abr. 2017

YU, M.; KANG, K. J. Effectiveness of a role-play simulation program involving the sbar technique: A quasi-experimental study. **Nurse**

**Education Today**, v.53, p.41–47, 2017. Disponível em:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2017.04.002>

## APÊNDICE A - CARTA CONVITE

Prezada Sra.

Você foi selecionado para participar do estudo, “CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO PARA PASSAGEM DE CASO EM UNIDADES PEDIÁTRICAS”.

O estudo em questão tem como objetivo descrever o processo de construção e validação um instrumento. de comunicação segura para sistematizar a passagem de caso em unidades pediátricas. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com o número do parecer 1.556.430 CAAE 55170716.6.0000.0121. Este estudo faz parte de uma pesquisa de doutorado vinculada ao programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, que tem como pesquisadora responsável (orientadora) a Dra. Patrícia Kuerten Rocha e a doutoranda Michelini Fátima da Silva.

Cabe destacar que o SBAR (*Situation – Background – Assessment - Recommendation*) é uma das ferramentas que facilita a padronização da comunicação e conseqüentemente a passagem de caso e, que consiste em perguntas padronizadas em quatro dimensões do cuidado. Esta técnica foi desenvolvida por um grupo de médicos do Hospital Kaiser, no Colorado, e vem sendo implementada e documentada na literatura desde 2004.

É uma técnica para tornar a comunicação clara, transmitir informações exatas, melhorar a eficiência da equipe e elevar a segurança do paciente, sendo que, orienta ações à equipe de saúde durante a passagem de caso. E, estabelece um instrumento específico para lembrar o enfermeiro sobre o que avaliar e como comunicar essas informações (AHRQ, 2012).

Nesse estudo será utilizada a Técnica Delphi na modalidade eletrônica que consiste em uma estratégia metodológica de pesquisa, que visa atingir um máximo de consenso de um grupo de especialistas sobre um determinado assunto. Serão realizadas até três rodadas se necessário. Ao final de cada rodada, as questões objetivas e subjetivas apontadas pelos especialistas serão analisadas.

Ressalta-se que o formulário de coleta de dados consta de duas partes, sendo a primeira dados referentes à caracterização do especialista, segunda parte instrumento. para passagem de caso em unidades pediátricas(domínio 1 e domínio 2) .

Após cada sessão haverá um espaço em que você poderá realizar uma avaliação tanto quantitativamente por meio de Escala Likert quanto

qualitativamente, sendo que no final de cada item terá um espaço para registrar: itens necessários, porém ausentes no instrumento; itens desnecessários no instrumento e, comentários e/ou sugestões.

Lembrem-se, suas respostas correspondem a sua opinião, tendo como base principal a sua experiência profissional. Dessa maneira, não há respostas estabelecidas como certas ou erradas. Comentários são muitos importantes e bem-vindos para o aperfeiçoamento deste instrumento.!

Desta forma, peço a gentileza de devolver o instrumento preenchido até o dia 30 de outubro de 2016.

Agradecemos sua contribuição!

Atenciosamente,

Micheline Fátima da Silva (Doutoranda)

Dr<sup>a</sup> Patrícia Kuerten Rocha (Orientadora)

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Programa  
de Pós-Graduação  
em Enfermagem

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA –  
BRASIL

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Micheline Fátima da Silva, enfermeira, aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dra. Patrícia Kuerten Rocha, estou desenvolvendo o projeto de pesquisa intitulado: “CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO PARA PASSAGEM DE CASO EM UNIDADES PEDIÁTRICAS.” Esta pesquisa possui como objetivo: descrever o processo de construção e validação um instrumento de comunicação segura para sistematizar a passagem de caso em unidades pediátricas.

A participação nesta pesquisa não lhe trará complicações legais e não haverá remuneração por sua participação. Os profissionais enfermeiros e/ou médicos participarão por meio do preenchimento do instrumento de coleta de dados. Considera-se que toda a pesquisa envolvendo seres humanos pode envolver riscos psicológicos, emocionais e sociais, assim, esta pesquisa pode causar desconforto e inibição durante o preenchimento do instrumento. E caso isto ocorra poderá ser realizada interrupção da participação.

Os procedimentos adotados obedecem aos critérios da ética em pesquisa com seres humanos, conforme determina a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Neste momento, você foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) a participar voluntariamente da pesquisa acima mencionada. Caso concorde em participar da pesquisa, você fará parte do processo de validação do instrumento para passagem de caso em unidades pediátricas. A pesquisa utilizará o Método de Delphi na modalidade eletrônica para o processo de validação. Desta forma você receberá o formulário por via

eletrônica (e-mail) onde emitirá sua opinião sobre os itens e questões propostas.

O especialista terá 15 dias para preencher o instrumento e após, a pesquisadora fará a adequação no prazo de 10 dias. Serão realizadas até três rodadas se necessário. A validação será configurada pela aprovação final do instrumento.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo antes ou durante seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato por meio do telefone (48) 37219141.

Agradecemos antecipadamente à sua atenção.

**PESQUISADORAS**

Dr<sup>a</sup> Patrícia Kuerten Rocha (Orientadora)

Micheline Fátima da Silva (Doutoranda)

### CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu,....., declaro que li as informações contidas neste documento, fui devidamente informado(a) pela pesquisadora – Micheline Fátima da Silva dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios custo\reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

Assinatura Digital: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C - FORMULÁRIO ELETRÔNICO

### INSTRUMENTO PARA PASSAGEM DE CASO EM UNIDADES PEDIÁTRICAS

Solicitamos a sua contribuição, no sentido de refletir sobre a passagem de caso segundo sua experiência profissional, e identificar quais as condutas e informações são representativas deste instrumento para a prática. Você levará cerca de 15 a 20 minutos para preencher o formulário. Caso concorde em participar, marque o item abaixo.

**\*Obrigatório**

**Nome: \***

Sua resposta

**Declaro ter sido suficientemente esclarecido e concordo em participar deste estudo como voluntário (a) sob a responsabilidade da pesquisadora Michelini Fátima da Silva**

**Declaração de aceite: \***

- Concordo em participar do estudo.
- Não concordo em participar do estudo.

PRÓXIMA

Página 1 de 4

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. Denunciar abuso - Termos de Serviço - Termos Adicionais

Google Formulários

# INSTRUMENTO PARA PASSAGEM DE CASO EM UNIDADES PEDIÁTRICAS

\*Obrigatório

## FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

Prezado (a) Especialista,

Leia atentamente as instruções a seguir para o preenchimento do instrumento do presente estudo.

O instrumento está dividido em partes:

- 1) Caracterização do especialista
- 2) Instrumento de Comunicação embasado na técnica SBAR
- 3) Avaliação do Instrumento

Bem vindos para o aperfeiçoamento deste Instrumento!

Agradecemos sua contribuição.

## PARTE 1 - CARACTERIZAÇÃO DO ESPECIALISTA

Primeiramente, gostaríamos de perguntar-lhe sobre sua formação acadêmica e atuação profissional.

**Categoria Profissional:** \*

- Enfermeiro
- Médico

**Idade:** \*

- 20 a 30 anos
- 31 a 40 anos
- 41 a 50 anos
- 51 ou mais anos



**Gênero: \***

- Feminino  
 Masculino

**Estado/Cidade: \***

Sua resposta \_\_\_\_\_

**Tempo de formação: \***

- Entre 1 e 5 anos  
 Entre 6 e 10 anos  
 Entre 11 e 15  
 Entre 16 e 20  
 Entre 21 e 25  
 26 anos ou mais

**Tempo de atuação na área de pediatria: \***

- Entre 1 e 5 anos  
 Entre 6 e 10 anos  
 Entre 11 e 15 anos  
 Entre 16 e 20 anos  
 Entre 21 e 25 anos  
 26 anos ou mais

**Formação adicional: \***

- Especialização  
 Mestrado  
 Doutorado  
 Pós doc  
 Outro: \_\_\_\_\_

**Ocupação atual: \***

- Assistencial
- Ensino/pesquisa
- Outro: \_\_\_\_\_

**Local de atuação profissional: \***

- Universidade
- Hospital
- Atenção primária
- Outro: \_\_\_\_\_

**Instituição: \***

- Pública
- Privada
- Filantrópica
- Outro: \_\_\_\_\_

VOLTAR

PRÓXIMA



Página 2 de 4

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. Denunciar abuso - Termos de Serviço - Termos Adicionais

# INSTRUMENTO PARA PASSAGEM DE CASO EM UNIDADES PEDIÁTRICAS

\*Obrigatório

## PARTE 2 - INSTRUMENTO PARA PASSAGEM DE CASO EM UNIDADES PEDIÁTRICAS

### DOMÍNIO 1.

Nesta parte do instrumento estão as condutas que o profissional de saúde deve seguir antes de trocar informações com outros profissionais sobre o paciente pediátrico.

#### 1.1 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 (fixo ou celular); 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.  
(Referência: KAISER PERMANENTE OF COLORADO. SBAR technique for communication: a situational briefing model. Cambrig, MA: Institute for Healthcare Improvement,2012)

**Especialista: Você considera que as ações acima são suficientes para serem realizadas antes de chamar outro profissional? \***

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

Outro: \_\_\_\_\_

**Caso concorde parcialmente ou discordo, o que sugeriria ou substituiria?**

Sua resposta \_\_\_\_\_

**Quanto ao domínio 1 e seus itens analise:****1. Abrangência: \***

As informações contidas no domínio 1 do instrumento são coerentes para a realização de passagens de caso?

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo **nem** discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

**Observações, sugestões e críticas:**

Sua resposta \_\_\_\_\_

**2. Clareza: \***

As informações contidas no domínio 1 do instrumento estão apresentadas de forma clara e objetiva?

- Discordo **totalmente**
- Discordo
- Não concordo **nem** discordo
- Concordo
- Concordo **totalmente**

**Observações, sugestões e críticas:**

Sua resposta \_\_\_\_\_

**3. Coerência: \***

Há uma sequência lógica de conteúdo proposto no domínio 1 do instrumento?

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

**Observações, sugestões e críticas:**

Sua resposta \_\_\_\_\_

**4. Criticidade dos itens: \***

O domínio 1 do instrumento apresenta passos importantes e essenciais para a passagem de caso?

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

**Observações, sugestões e críticas:**

Sua resposta \_\_\_\_\_

**5. Objetividade: \***

O domínio 1 do instrumento permite uma comunicação objetiva e clara?

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

**Observações, sugestões e críticas:**

Sua resposta \_\_\_\_\_

**6. Redação científica: \***

O domínio 1 do instrumento possui linguagem condizente com o atributo e o nível de formação do profissional que fará uso?

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

**Observações, sugestões e críticas:**

Sua resposta \_\_\_\_\_

**7. Relevância: \***

O domínio 1 do instrumento aborda itens necessários para a comunicação efetiva na passagem de caso?

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

**Observações, sugestões e críticas:**

Sua resposta \_\_\_\_\_

**8. Sequência: \***

As sequências das etapas do domínio 1 mostram-se de forma coerente?

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

**Observações, sugestões e críticas:**

Sua resposta \_\_\_\_\_

**9. Unicidade: \***

O domínio 1 do instrumento é distinto e único na sua apresentação?

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

**Observações, sugestões e críticas:**

Sua resposta \_\_\_\_\_

**10. Atualização: \***

Os itens do domínio 1 seguem as condutas baseadas em evidências científicas atuais?

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

**Observações, sugestões e críticas**

Sua resposta \_\_\_\_\_

**DOMÍNIO 2.****2. 2 Ao falar com o enfermeiro/médico você deverá seguir os passos da técnica SBAR:****(S) Situação:**

- Identifique-se;
  - Identifique sua unidade;
  - Esclareça ao profissional de saúde o motivo de seu contato;
  - Realize uma descrição sucinta do problema da criança/adolescente.
- (Referências: KAISER PERMANENTE OF COLORADO. SBAR technique for communication: a situational briefing model. Cambrig, MA: Institute for Healthcare Improvement,2012; DLECKMAN R.A., BROWNSTEIN D., GAUSCHE - HILL M. The pediatric assessment triangle: a novel approach for the rapid evaluation of children. Pediatric Emerg Care, 2010)

**Especialista: Estas informações são suficientes para identificar corretamente o problema e/ou a questão? \***

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

**Caso concorde parcialmente ou discorde, o que sugeriria ou substituiria?**

Sua resposta

---

**(B) Antecedentes:**

Neste momento é importante que você ao falar com o profissional:

- Forneça as observações e avaliações do estado atual do paciente pediátrico e o que foi relatado pela família.
  - Informe o nome completo da criança e/ou adolescente, idade, peso, diagnóstico da admissão; data de admissão;
  - 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 lpm; 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;
  - Informe quem está acompanhando a criança e/ou adolescente;
  - Esclareça outras informações clínicas importantes.
- (Referências: AMERICAN HEART ASSOCIATION, PALS - Pediatric Advanced Life Support - Provider Manual. 2015; KAISER PERMANENTE OF COLORADO. SBAR technique for communication: a situational briefing model. Cambrig, MA: Institute for Healthcare Improvement,2012; MATSUNO K. A. Systematic approach to the seriously ill or injured child: pediatric assessment,2012.)



**Especialista: Você considera que as informações acima são suficientes para esclarecer o estado atual do paciente pediátrico? \***

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

**Caso concorde parcialmente ou discordar, o que sugeriria ou substituiria?**

Sua resposta

---

#### **(A) Avaliação:**

Esclareça ao outro profissional qual sua avaliação sobre a situação.  
(Referência: KAISER PERMANENTE OF COLORADO. SBAR technique for communication: a situational briefing model. Cambrig, MA: Institute for Healthcare Improvement, 2012)

**Especialista: Você acha necessário que o enfermeiro relate suas impressões e/ou preocupações quanto ao caso clínico do paciente pediátrico? \***

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

**Caso concorde parcialmente ou discordar, o que sugeriria ou substituiria?**

Sua resposta

---

**(R) 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 contactado; informações e condutas tomadas. (Referência: KAISER PERMANENTE OF COLORADO. SBAR technique for communication: a situational briefing model. Cambrig, MA: Institute for Healthcare Improvement, 2012)

**Especialista: Você acha necessário fazer recomendações? Você acha importante registrar no prontuário do paciente pediátrico?**

\*

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

**Caso concorde parcialmente ou discorde, o que sugeriria ou substituiria?**

Sua resposta

---

**Quanto ao domínio 2 e seus itens analise:****1. Abrangência: \***

As informações contidas no domínio 2 do instrumento são coerentes para a realização de passagens de caso?

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

**Observações, sugestões e críticas:**

Sua resposta

---

**2. Clareza: \***

As informações do domínio 2 do instrumento estão apresentadas de forma clara e objetiva?

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

**Observações, sugestões e críticas:**

Sua resposta

---

**3. Coerência: \***

Há uma sequência lógica de conteúdo proposto no domínio 2 do instrumento?

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

**Observações, sugestões e críticas:**

Sua resposta

---

**4. Criticidade dos itens: \***

O domínio 2 do instrumento apresenta passos importantes e essenciais para a passagem de caso?

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

**Observações, sugestões e críticas:**

Sua resposta

---

**5. Objetividade: \***

O domínio 2 do instrumento permite uma comunicação objetiva e clara?

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

**Observações, sugestões e críticas:**

Sua resposta \_\_\_\_\_

**6. Redação científica: \***

O domínio 2 do instrumento possui linguagem condizente com o atributo e o nível de formação do profissional que fará uso?

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

**Observações, sugestões e críticas:**

Sua resposta \_\_\_\_\_

**7. Relevância: \***

O domínio 2 do instrumento aborda itens necessários para a comunicação efetiva na passagem de caso?

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

**Observações, sugestões e críticas:**

Sua resposta \_\_\_\_\_

**8. Sequência: \***

As sequências das etapas do domínio 2 mostram-se de forma coerente?

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

**Observações, sugestões e críticas:**

Sua resposta \_\_\_\_\_

**9. Unicidade: \***

O domínio 2 do instrumento é distinto e único na sua apresentação?

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

**Observações, sugestões e críticas:**

Sua resposta \_\_\_\_\_

**10. Atualização: \***

Os itens do domínio 2 seguem as condutas baseadas em evidências científicas atuais?

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

**Observações, sugestões e críticas**

Sua resposta \_\_\_\_\_

VOLTAR

PRÓXIMA

 Página 3 de 4

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

# INSTRUMENTO PARA PASSAGEM DE CASO EM UNIDADES PEDIÁTRICAS

**OBRIGADO POR RESPONDER ESTE ESTUDO!**

**Referências:**

- 1 - KAISER PERMANENTE OF COLORADO. SBAR technique for communication: a situational briefing model. Cambrig, MA: Institute for Healthcare Improvement,2012.
- 2 - DLECKMAN R.A., BROWNSTEIN D, GAUSCHE-HILL M. The pediatric assessment triangle: a novel approach for the rapid evaluation of children. Pediatric Emerg Care, 2010.
- 3 - AMERICAN HEART ASSOCIATION, PALS - Pediatric Advanced Life Support - Provider Manual, 2015.
- 4 - MATSUNO K. A. Systematic approach to the seriously ill or injured child: pediatric assessment,2012.

VOLTAR

ENVIAR

 Página 4 de 4

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. Denunciar abuso - Termos de Serviço - Termos Adicionais

Google Formulários

## **APÊNDICE D - INSTRUMENTO PARA PASSAGEM DE CASO EM UNIDADES PEDIÁTRICAS.**

### **1. Finalidade**

A finalidade deste instrumento é garantir a padronização da comunicação, a fim de reduzir a ocorrência de erros de comunicação. O processo de padronização deve assegurar a troca de informações sobre o paciente pediátrico com uma sequência lógica e sucinta.

### **2. Justificativa**

Apesar de já existirem instrumentos construídos para padronizar a comunicação na passagem de caso (BURGER;JORDAN;KYRIACOS, 2017), não foram encontrados, até o presente momento, instrumentos específicos que atendam as especificidades do paciente pediátrico. Diante da limitação de instrumentos já validados existentes, identificou-se a necessidade da construção de um instrumento de comunicação.

### **3. Abrangência**

O instrumento deverá ser utilizado por todos os profissionais de saúde durante a passagem de caso.

### **4. Definições**

Consideram-se as seguintes definições/justificativas:

## **INSTRUMENTO PARA PASSAGEM DE CASO EM UNIDADES PEDIÁTRICAS**

### **Domínio 1- ANTES DE CHAMAR O ENFERMEIRO/MÉDICO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE CONSIDERE OS SEGUINTE ITENS:**

1-Observe e avalie os principais sinais de alerta apresentados pelo paciente pediátrico ou relatados pelas mães/responsáveis antes de fazer o contato.

**Justificativa:**Os profissionais da saúde devem estar preparados para reconhecer, por meio da avaliação dos sinais e sintomas de cada faixa etária, os sinais de gravidade (MIRANDA et al.; 2017). Além disso, as mães/responsáveis devem ser vislumbrados pela equipe de saúde como um agente facilitador do processo de assistência à criança hospitalizada (SILVA et al.; 2016).

2-Localize o enfermeiro/médico o qual você precisa para se comunicar pessoalmente ou por via telefone (fixo ou celular); para situações emergenciais não espere mais que cinco minutos entre as tentativas.

**Justificativa:** O paciente pediátrico hospitalizado passa a maior parte do tempo sob os cuidados de enfermagem, sendo o médico chamado em situações em que o enfermeiro julgue necessário tendo em vista a demanda das outras unidades do hospital. Essa é de fato uma realidade vivenciada em enfermarias de muitos hospitais pediátricos brasileiros (MIRANDA et al., 2016). Outra consideração importante é que o tempo decorrido entre a identificação da gravidade das doenças nos pacientes pediátricos hospitalizados e a adoção de medidas terapêuticas adequadas é um fator decisivo para reduzir a mortalidade e a ocorrência de eventos adversos (AHA, 2015).

3-Esteja com o prontuário em mãos, tenha lido a última evolução de enfermagem, médica ou as observações complementares.

**Justificativa:** O prontuário é um instrumento padronizado utilizado pelos profissionais da saúde para registrar e armazenar informações referentes ao paciente, é um dos mais importantes instrumentos de comunicação, imprescindível para a assistência segura. Já os relatórios de enfermagem do paciente pediátrico apresentam evidências para uma assistência segura e são importantes fontes de informações para identificação da ocorrência de eventos adversos, podendo colaborar para a passagem de caso (MIRANDA et al., 2016).

## **Dominio 2 -AO FALAR COM O ENFERMEIRO/MÉDICO VOCÊ DEVERÁ SEGUIR OS PASSOS DA TÉCNICA SBAR:**

**Situation\Situação:** Identificação do profissional e a realização de uma descrição sucinta do problema do paciente pediátrico .

4-Identifique-se.



**Justificativa:** Ao falar com outro profissional, é importante caracterizar a sua área de atuação, a fim de facilitar a comunicação, como também, demonstrar conhecimento científico e experiência acumulada de sua prática ao cuidado à criança e ao adolescente hospitalizado (SILVA et al.; 2016).

5-Identifique sua unidade.

**Justificativa:** É importante o profissional ter conhecimento sobre a unidade em que o paciente pediátrico se encontra, a fim de possuir prévias noções de seu estado clínico. As unidades de internação e, principalmente, as emergências pediátricas estão entre as áreas dos hospitais com maior risco de eventos adversos, pois exigem rápidas tomadas de decisão, um relacionamento com diversas categorias profissionais, e um desenvolvimento de uma série de procedimentos e aplicações de diversas medicações de alto risco (MACEDO et al.; 2016).

6-Esclareça ao profissional de saúde o motivo de seu contato.

**Justificativa:** O reconhecimento e a comunicação precoce dos sinais e sintomas de deterioração clínica no paciente pediátrico são fatores decisivos para a sobrevida e bom prognóstico (AHA, 2015).

7-Realize uma descrição sucinta do problema da criança/adolescente.

**Justificativa:** A comunicação de forma objetiva e clara evita longas justificativas ao telefone para solicitar avaliação médica e contribui para a segurança do paciente pediátrico (PANESAR et al.; 2014).

**Background\Antecedentes:** Contempla informações mínimas, mas que refletem diretamente no reconhecimento da deterioração clínica no paciente pediátrico hospitalizado.

8-Forneça as observações e avaliações do estado atual do paciente pediátrico e o que foi relatado pela família.

**Justificativa:** O reconhecimento precoce da rápida deterioração clínica do paciente pediátrico pode fazer a diferença entre a vida e a morte (SILVA et al.; 2016). Além

disso, as informações relatadas pelos familiares sempre devem ser valorizadas uma vez que os mesmos tornam-se parceiros críticos e ativos na comunicação junto aos profissionais de saúde, sendo esta uma estratégia importante e promissora para a promoção de saúde e segurança do paciente (SOUZA et al.; 2017).

9-Informe o nome completo da criança e\ou adolescente, idade, peso, diagnóstico da admissão, data de admissão.

**Justificativa:** A identificação do paciente é essencial ao aprimoramento da segurança. Quando o atendimento é ao paciente pediátrico a situação é ainda mais complexa, pois aspectos específicos como a identificação, idade, peso, diagnóstico da admissão e data de admissão são responsáveis por inúmeros incidentes como erros de administração de medicamentos, erros no diagnóstico, erros no tratamento e outros (REIS et al.; 2016).

10-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.

**Justificativas:** As queixas principais, sinais e sintomas presentes no instrumento, foram distribuídos em quatro indicadores de risco relacionados as funções fisiológicas dispostos na ordem crescente de complexidade (VERAS et al., 2015).

11-Esclareça sobre as atuais medicações e fluidos intravenosos utilizados, alergias.

**Justificativa:** Cabe destacar, que um dos erros mais frequente no sistema de saúde é a administração de medicamentos, sendo que tal erro pode acontecer durante todo o processo de prescrição, dispensação, transcrição, preparo e administração (SMITH; RUIZ; JIRÓN, 2014).

12-Informe os sinais vitais recentes: T°C; FC bpm; R ipm; SpO2%; PA mmHg.

**Justificativa:** No contexto da assistência ao paciente pediátrico, a aferição de sinais vitais constitui um importante indicador de resultado do cuidado seguro, sendo necessário julgamento clínico dos dados aferidos (BURGER,2017).

13-Escala para dor (utilizar escala para dor).

**Justificativa:** A identificação da dor é de extrema importância para haver um 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, por exemplo, o uso de escalas validadas (COSTA et al.; 2017).

14-Relate o resultado de exames laboratoriais: data e a hora em que foi realizado; bem como o resultado de exames anteriores para comparação.

**Justificativa:** O relato de resultados críticos de exames diagnósticos é uma questão relevante, no tocante à segurança do paciente. Os diagnósticos resultam da anamnese e do exame físico do paciente. Entretanto, os exames laboratoriais complementares são frequentemente usados para confirmar impressões iniciais ou descartar alternativas e, no mínimo, 10% de todos os diagnósticos não são concluídos sem antes se completar as análises laboratoriais (EPNER ;GANS;GRABER, 2013).

15-Informe quem está acompanhando a criança e\ou adolescente.

**Justificativa:** O envolvimento dos familiares como parceiros críticos e ativos na assistência tem contribuído para a segurança do paciente. Nessa perspectiva a Joint Commission Internacional recomenda que os familiares sejam escutados pelos profissionais de saúde e, que se estabeleça com os mesmos uma parceria no processo de cuidado (TOBIANO et al., 2015;JCI,2010).

16-Esclareça outras informações clínicas importantes.

**Justificativa:** A troca de informações favorece o trabalho em equipe e contribui para a segurança do paciente pediátrico (SOUZA et al.; 2017).

**Assessment\Avaliação:** Fornecer as avaliações do estado atual do paciente pediátrico .

17-Esclareça ao outro profissional qual sua avaliação sobre a situação.

**Justificativa:** Quando o profissional avalia um problema de saúde do paciente pediátrico observando, examinando, reconhecendo, levantando hipóteses acerca dos problemas de saúde, está empregando o pensamento crítico ou seja, capacidade de acessar adequadamente as informações, propiciando uma prática clínica segura, eficaz e baseada em evidências científicas de forma que ele seja capaz de contextualizar as informações, interpretá-las e processá-las retirando os dados realmente importantes (PITT et al., 2015).

**Recomendation\Recomendação:** Efetuar recomendações com base no caso clínico e informações sólidas para a continuidade da assistência .

18-Faça suas recomendações e relate o que espera.

**Justificativa:** As recomendações realizadas pelo profissional de saúde devem levar em conta as evidências provenientes de sua experiência profissional, da literatura científica e das demandas do paciente pediátrico, com vistas à segurança e à qualidade dos serviços de saúde (CARBOGIM;OLIVEIRA;PUSCHEL,2016). A capacidade reflexiva e crítica do profissional de saúde é um elemento importante para a segurança do paciente, pois com essas habilidades ele pode antecipar, replanejar, revisar ou reconferir uma intervenção possivelmente não segura (WEGNER;PEDRO, 2012).

19-Registre no prontuário da criança/adolescente: horário do contato com o outro profissional, nome do profissional que foi contactado, informações e condutas tomadas.

**Justificativa:** Os registros em saúde devem refletir fidedignamente a assistência prestada, mostrar como o paciente foi avaliado, descrever as intervenções empregadas e destacar as especificidades do paciente. A documentação do registro em saúde subsidia os profissionais para conhecer, compreender e avaliar as questões pertinentes sobre a saúde. Além disso, é um importante fator indicado para a segurança do paciente pediátrico(MIRANDA et al., 2016).

<b>INSTRUMENTO PARA PASSAGEM DE CASO EM UNIDADES PEDIÁTRICAS</b>	
<b>Domínio 1-ANTES DE CHAMAR O ENFERMEIRO/MÉDICO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE CONSIDERE OS SEGUINTE ITENS:</b>	
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 (fixo ou celular); 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.	
<b>Domínio 2-AO FALAR COM O ENFERMEIRO/MÉDICO VOCÊ DEVERÁ SEGUIR OS PASSOS DA TÉCNICA SBAR:</b>	
<b>Situation\Situação</b>	Identifique-se.
	Identifique sua unidade.
	Esclareça ao profissional de saúde o motivo de seu contato.
	Realize uma descrição sucinta do problema da criança/adolescente.
<b>Background\Antecedentes</b>	Forneça as observações e avaliações do estado atual do paciente pediátrico e o que foi relatado pela família.
	Informe o nome completo da criança e\ou adolescente, idade, peso, diagnóstico da admissão, data de admissão.

	<p>Esclareça sobre alterações apresentadas quanto aos indicadores críticos de saúde:</p> <p>1-Respiração; 2- Circulação/hemodinâmica; 3- Escala de nível de consciência - trauma/sedação; 4- Eliminação/hidratação.</p>
	<p>Esclareça sobre as atuais medicações e fluidos intravenosos utilizados, alergias.</p>
	<p>Informe os sinais vitais recentes: T°C; FC bpm; R ipm; SpO2%; PA mmHg.</p>
	<p>Escala para dor (utilizar escala para dor).</p>
	<p>Relate o resultado de exames laboratoriais: data e a hora em que foi realizado; bem como o resultado de exames anteriores para comparação.</p>
	<p>Informe quem está acompanhando a criança e/ou adolescente.</p>
	<p>Esclareça outras informações clínicas importantes.</p>
<b>Assessment\Avaliação</b>	<p>Esclareça ao outro profissional qual sua avaliação sobre a situação.</p>
<b>Recommendation\Recomendação</b>	<p>Faça suas recomendações e relate o que espera.</p> <p>Registre no prontuário da criança/adolescente: horário do contato com o outro profissional, nome do profissional que foi contactado, informações e condutas tomadas.</p>

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2017.

## ANEXO A

---

### Guidelines for Communicating with Physicians Using the SBAR Process

1. Use the following modalities according to physician preference, if known. Wait no longer than five minutes between attempts.
  1. Direct page (if known)
  2. Physician's Call Service
  3. During weekdays, the physician's office directly
  4. On weekends and after hours during the week, physician's home phone
  5. Cell phone

Before assuming that the physician you are attempting to reach is not responding, utilize all modalities. For emergent situations, use appropriate resident service as needed to ensure safe patient care.

2. Prior to calling the physician, follow these steps:
  - Have I seen and assessed the patient myself before calling?
  - Has the situation been discussed with resource nurse or preceptor?
  - Review the chart for appropriate physician to call.
  - Know the admitting diagnosis and date of admission.
  - Have I read the most recent MD progress notes and notes from the nurse who worked the shift ahead of me?
  - Have available the following when speaking with the physician:
    - Patient's chart
    - List of current medications, allergies, IV fluids, and labs
    - Most recent vital signs
    - Reporting lab results: provide the date and time test was done and results of previous tests for comparison
    - Code status
3. When calling the physician, follow the SBAR process:
 

**(S) Situation:** What is the situation you are calling about?

  - Identify self, unit, patient, room number.
  - Briefly state the problem, what is it, when it happened or started, and how severe.

**(B) Background:** Pertinent background information related to the situation could include the following:

  - The admitting diagnosis and date of admission
  - List of current medications, allergies, IV fluids, and labs
  - Most recent vital signs
  - Lab results: provide the date and time test was done and results of previous tests for comparison
  - Other clinical information
  - Code status

**(A) Assessment:** What is the nurse's assessment of the situation?

**(R) Recommendation:** What is the nurse's recommendation or what does he/she want?

**Examples:**

  - Notification that patient has been admitted
  - Patient needs to be seen now
  - Order change
4. Document the change in the patient's condition and physician notification.

*This SBAR tool was developed by Kaiser Permanente. Please feel free to use and reproduce these materials in the spirit of patient safety, and please retain this footer in the spirit of appropriate recognition.*

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO PROTOCOLO E DO INSTRUMENTO DE COMUNICAÇÃO SBAR PARA UNIDADES PEDIÁTRICAS.

**Pesquisador:** Patricia Kuerlen Rocha

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 55170716.6.0000.0121

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.556.430

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto apresentado ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para banca de qualificação do Doutorado. Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem que visa "Adaptar e validar o conteúdo do protocolo e do Instrumento de comunicação SBAR para sistematizar a passagem de caso entre enfermeiros, médicos e entre enfermeiros e médicos em unidades pediátricas.

#### Critério de Inclusão:

Os participantes serão divididos intencionalmente em dois grupos distintos: Grupo A (40 indivíduos), com todos os profissionais enfermeiros e médicos do serviço de pediatria do HU e, o Grupo B (40 indivíduos), com profissionais enfermeiros e médicos, que possuam formação stricto sensu em Enfermagem ou Medicina (mestrado ou doutorado).

Para seleção dos especialistas utilizou-se os seguintes Critérios de inclusão e exclusão:

#### Grupo A:

Ser enfermeiro e/ou médico, dos serviços de pediatria do HU e/ou do HUG; com no mínimo três meses de experiência na área (devido ao período de adaptação necessário); que aceitem participar voluntariamente do estudo.

#### Grupo B:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
Telefone: (48)3721-5094 E-mail: cep.propes@contato.ufsc.br



Continuação do Parecer: 1.856.430

Para a seleção dos enfermeiros e médicos do grupo B será adotado os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro e/ou médico, estar cadastrado na base de dados da Plataforma Lattes/CNPq; possuir formação stricto sensu em enfermagem e/ou medicina (mestrado ou doutorado); possuir vinculação em instituições de educação superior e/ou Institutos de pesquisa; possuir produção acadêmica-científica na área de segurança do paciente ou saúde da criança e do adolescente\*.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Adaptar e validar o conteúdo do protocolo e do Instrumento de comunicação SBAR para sistematizar a passagem de caso entre enfermeiros, médicos e entre enfermeiros e médicos em unidades pediátricas.

##### Objetivo Secundário:

- 1 - Identificar as facilidades e dificuldades da comunicação na passagem de caso em unidades pediátricas.
- 2 - Elaborar revisão integrativa sobre a utilização da técnica SBAR na comunicação da equipe de enfermagem com os demais profissionais de saúde.
- 3 - Adaptar o protocolo e o Instrumento de comunicação SBAR para unidades pediátricas.
- 4 - Validar o conteúdo do protocolo e do Instrumento adaptado para unidades pediátricas.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos do estudo afirma-se que "Esta pesquisa oferece riscos mínimos uma vez que a participação dos profissionais enfermeiros e/ou médicos, será apenas no preenchimento do instrumento de coleta de dados. Caso haja desconforto e/ou inibição pelo preenchimento do instrumento essa conduta poderá ser interrompida e você poderá justificar-se se assim o desejar".

No que se refere aos benefícios do estudo, coloca-se no projeto que "Sua participação poderá contribuir para discussões acerca da segurança do paciente pediátrico, como também, para comunicação eficaz entre os enfermeiros e médicos, na busca para um melhor cuidado a criança e ao adolescente hospitalizado".

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

"Trata-se de uma pesquisa em que se utilizará métodos mistos, com estratégia simultânea, sem triangulação de dados, sendo que para tanto se desenvolverá uma pesquisa metodológica e uma pesquisa descritiva, de natureza qualitativa. Cabe destacar, que o enfoque será dado a pesquisa metodológica. A concepção de associar diferentes métodos originou-se em 1959 na Psicologia,

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cnp.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.556.430

quando Campbell e Fisk

utilizaram uma matriz de múltiplos métodos para estudar a validade de traços psicológicos. Essa atitude encorajou outros pesquisadores a combinarem os métodos de pesquisa (CRESWELL, 2010). A utilização de pesquisa com métodos mistos é realizada no intuito de atingir vários objetivos. Sendo que um deles é a utilização de dados

qualitativos para a compreensão da complexidade e dimensionalidade de um constructo para o desenvolvimento de instrumentos formais para aplicação científica ou clínica (POLIT E BECK, 2011). Assim, a descrição da metodologia desta pesquisa consta de dois tópicos, sendo que o primeiro atende o primeiro objetivo específico deste estudo, e o segundo os três restantes objetivos específicos: - Identificação das facilidades e dificuldades da comunicação na passagem de caso em unidades pediátricas; - Adaptação e validação do protocolo e do instrumento de comunicação SBAR para unidades pediátricas”.

“Este estudo é caracterizado como estudo metodológico. A pesquisa metodológica se volta a constatação de métodos de obtenção, organização e análise de dados, com vista a elaborar, validar e avaliar Instrumentos e técnicas para a pesquisa, tendo como objetivo a construção de um instrumento que seja confiável, preciso e utilizável para que possa ser aplicado por outros pesquisadores.

Diante disso os pesquisadores têm se proposto a desenvolver esse tipo de estudo, construindo e validando Instrumentos, folders, cartilhas, guias de orientação, manuais de instrução, escalas, entre outros a fim de serem utilizados em pesquisas ou na prática profissional (PRADO,2011). Dessa maneira, este estudo adaptará o protocolo e o Instrumento de comunicação SBAR para a passagem de caso entre enfermeiros, médicos, e entre enfermeiros e médicos na área de pediatria, o qual será submetido à avaliação de um comitê de especialistas no tema, para validação de conteúdo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). A validade do conteúdo pode ser realizada por diferentes métodos, dentre os quais se destaca a Técnica Delphi, que será utilizada neste estudo. Cabe destacar que para fins didáticos a descrição deste estudo metodológico foi dividido em duas etapas: - adaptação do protocolo e do Instrumento de comunicação SBAR para unidades pediátricas; - validação do protocolo e do Instrumento de comunicação SBAR para unidades pediátricas. Primeira etapa: adaptação do protocolo e do Instrumento de comunicação SBAR para unidades pediátricas A adaptação do protocolo e do Instrumento de comunicação SBAR para unidades pediátricas, foi realizada em dois momentos:

1º Momento

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
Bairro: Trindade CEP: 88 040-400  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-8084 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.556.430

No primeiro momento realizou-se o levantamento e o aprofundamento do constructo "Técnica SBAR" por meio de revisão bibliográfica narrativa e uma integrativa a fim de encontrar conceitos relacionados ao objeto de estudo, bem como instrumentos de medida válidos e confiáveis.

#### 2º Momento

Neste momento foi realizada a adaptação do protocolo e do instrumento SBAR propriamente dito (Guidelines for Communicating with Physicians Using the SBAR Process), para o contexto pediátrico. Local do estudo: Por se tratar de um estudo metodológico com a intenção de adaptação e validação de um constructo teórico a ser colocado em prática – o Protocolo e o Instrumento de comunicação SBAR - o mesmo será adaptado conforme a dinâmica de Unidades de Internação Pediátrica (UIP) e do Núcleo de Enfermagem em Emergência Pediátrica (NEEP), de um hospital geral (HU- UFSC), tendo em vista a intenção de que o mesmo possa ser utilizado em quaisquer instituições hospitalares (públicas, privadas, filantrópicas ou outras). Ainda, para a validação deste se utilizará o ambiente da Plataforma Lattes, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Coleta de dados

O protocolo e o instrumento de comunicação SBAR desenvolvidos no segundo momento do estudo serão submetidos ao grupo de especialistas a fim de que sejam julgados seus conteúdos por meio de concordância, por meio da técnica Delphi.

#### Instrumento de Coleta de dados

Para coleta dos dados foi elaborado um formulário no Google Forms®. Cabe destacar que, esse formulário de coleta de dados é composto de três partes. A primeira refere-se a caracterização dos especialistas (que compreende questões como categoria profissional; gênero; tempo de formação; tempo de atuação na área de pediatria; formação adicional; ocupação atual; local de atuação profissional; e instituição); a segunda parte é o Protocolo de comunicação SBAR e do Instrumento de comunicação SBAR adaptados; a terceira parte consiste da avaliação do protocolo e do instrumento quanto apresentação, esta parte do instrumento de coleta de dados possui os 10 itens recomendados por Pasquall (1997), sendo eles: abrangência; clareza; coerência; criticidade dos itens; objetividade; redação científica; relevância; sequência; unicidade e atualização"

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todas as solicitações do parecer consubstanciado anterior foram atendidas, sendo que, nessa versão, todos os documentos necessários ao processo estão disponíveis na Plataforma Brasil e de acordo com a legislação vigente.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
 Telefone: (48)3721-8094 E-mail: csp.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.556.430

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

De acordo com o exposto nesse parecer, o projeto de pesquisa "" deve ser considerado APROVADO.

**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 INFORMACOES_BASICAS_DO_P ROJETO_654629.pdf	09/05/2016 17:34:58		Aceito
Outros	carta_resposta_pendencias.doc	09/05/2016 17:34:32	Patricia Kuerten Rocha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_de_pesquisa_ok.doc	09/05/2016 17:33:23	Patricia Kuerten Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_concordancia_.doc	09/05/2016 17:32:48	Patricia Kuerten Rocha	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_ok.pdf	13/04/2016 14:39:46	Patricia Kuerten Rocha	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_instituicao.pdf	11/04/2016 10:52:08	Patricia Kuerten Rocha	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_DE_COLETA_DE_DADOS.pdf	18/03/2016 17:55:29	Patricia Kuerten Rocha	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 23 de Maio de 2016

Assinado por:  
Washington Portela de Souza  
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-5094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Contribuição do Pesquisador: 1.556.430

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br