



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ADÉLIA CRISTINA MONTEIRO PEREIRA

**VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE PASSAGEM DE PLANTÃO ENTRE  
ENFERMEIROS**

Recife

2019

ADÉLIA CRISTINA MONTEIRO PEREIRA

**VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE PASSAGEM DE PLANTÃO ENTRE  
ENFERMEIROS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Área de concentração:** Enfermagem e Educação em Saúde

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vânia Pinheiro Ramos

**Coorientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão

Recife

2019

Catálogo na fonte:  
bibliotecária: Elaine Freitas, CRB4: 1790

P436v      Pereira, Adélia Cristina Monteiro  
Validação de instrumento de passagem de plantão entre  
enfermeiros / Adélia Cristina Monteiro Pereira. – 2019.  
118f. ; il.

Orientadora: Vânia Pinheiro Ramos.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco,  
Centro de Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em  
enfermagem, Recife, 2019.  
Inclui referências, apêndices e anexo.

1. Comunicação. 2. Serviços de Enfermagem. 3. Segurança do  
Paciente. 4. Educação Continuada.. 5. Handoffs. I. Ramos, Vânia  
Pinheiro (orientadora). II. Título.

616.73 CDD (22.ed.)                      UFPE (CCS 2019 - 257)

ADÉLIA CRISTINA MONTEIRO PEREIRA

**VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE PASSAGEM DE PLANTÃO ENTRE  
ENFERMEIROS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 11/07/2019

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Francisca Márcia Pereira Linhares (Presidente)  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE

---

Profa. Dra. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE

---

Dra. Cláudia Fernanda Lacerda Vidal  
Chefe do setor de Qualidade e Vigilância em Saúde HC-UFPE

Dedico este trabalho a todos os pacientes em situação de vulnerabilidade, que serão beneficiados por uma comunicação mais segura. Para eles, todo meu respeito e compromisso com uma prática da enfermagem mais científica e segura, a fim de que suas vidas sejam bem cuidadas, seus sofrimentos aliviados e o retorno para suas famílias aconteça numa experiência o mais gratificante possível. E se porventura esse retorno não puder acontecer, pois foi chegada a finitude, que assim tenha acontecido de forma tranquila e serena, na certeza de que a enfermagem sempre o acompanhou do início ao fim de sua vida.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, meu pai criador, presente em toda minha caminhada, por seu amor eterno e incondicional. Por ter escolhido esse tempo da minha vida pra me presentear com o mestrado. Senhor, tu sabes todas as coisas e determinas o teu tempo nas nossas vidas, esse foi o tempo favorável, esse foi o teu querer. Obrigada, meu DEUS, por tua graça, sem ela não poderia chegar ao objetivo final. Tu és maravilhoso!

*Para tudo há um tempo, para cada coisa há um momento debaixo dos céus. Tempo pra nascer, tempo pra morrer, tempo pra plantar, tempo pra colher (Eclesiastes 3;1,2).*

Aos **Meus pais**, José Alberto (Sr Zé) e Maria de Lourdes (dona Didi) pela certeza do amor incondicional e por toda dedicação ao longo de toda minha vida para que alcançasse os meus objetivos.

Às **minhas irmãs**, Mônica e Lúcia pelo apoio e incentivo, por vibrarem com essa conquista em minha vida.

Ao **meu marido Dário**, por acreditar em mim, pelo amor e companheirismo ao dividir comigo as responsabilidades diárias, e assim, puder cumprir as exigências desses anos de dedicação ao mestrado. Seu apoio foi fundamental, te amo meu marido.

Aos **meus queridos filhos** João Victor, Luís Guilherme e José Bernardo, pela compreensão nas minhas ausências, pela ajuda diária no PC e por serem meninos maravilhosos, presentes de Deus na minha vida. Amo muito vocês.

Às **orientadoras Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vânia Pinheiro Ramos e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão** que, com seus saberes, construíram comigo esse trabalho acreditando juntos que a segurança do paciente é urgente nas nossas instituições de saúde. Por todo o tempo e as valiosas orientações dispensadas para a concretização dessa pesquisa.

À **Prof.<sup>a</sup> Maria da Penha Carlos de Sá**, amiga que a enfermagem me deu, por ser a grande incentivadora para que esse mestrado acontecesse na minha vida. Obrigada Penha, por dividir comigo o sonho de uma enfermagem mais científica e ética.

À minha querida chefe, **Dra. Cláudia Vidal**, por seu apoio incondicional, por torcer e acreditar nesse trabalho como caminho a ser trilhado para a comunicação na transição do cuidado ser mais segura e eficiente.

À minha querida **equipe UGRA** (Ana Maria, Érica, Gabi, Gleisiane e Mikaelly) pela amizade diária, compromisso e competência com o trabalho, por todos os momentos difíceis que pude encontrar ombro amigo e solidariedade de cada uma de vocês. Só muito feliz por trabalhar com uma equipe nota 10.

À mais nova integrante do setor de qualidade em saúde do HC-UFPE, **Renata Tenório**, por ter conquistado a nossa amizade com sua sabedoria e competência profissional nos mostrando a importância de uma boa comunicação para aperfeiçoarmos a prática da segurança do paciente.

À Júlio César Barbosa, pela amizade e paciência ao me inserir no mundo da informática. Muito obrigada Julinho, você deixou saudades ao partir pra o Ceará.

À minha querida **Turma M9, Tamyris, Cíntia, Gabrielle e Jaciquely**, pela convivência fraterna nesses dois anos, por toda ajuda recebida, por me fortalecerem em cada dificuldade encontrada, principalmente, nos recursos tecnológicos. Vocês me possibilitaram reviver momentos ímpares da vida acadêmica, renovaram o meu cansaço diário, quando a dureza de conciliar a vida profissional e um mestrado acadêmico no departamento de enfermagem da UFPE, pesava sobre os meus ombros e minha cabeça. Tenham a certeza que moram no meu coração para sempre.

Ao meu querido amigo **Bruno Novaes, M10**, pela dedicação e paciência em formatar e dar beleza a esse trabalho, meus agradecimentos.

Aos demais **amigos** formados ao longo dessa trajetória, a turma M10, pelos momentos de aprendizagem socializados, pelas experiências recheadas de afetos e pequenos sofrimentos, todos ficarão no meu coração.

Ao **Programa de Pós-graduação em Enfermagem**, pela seriedade e competência de todos os docentes que fazem este programa excelente. Por seus ensinamentos contribuírem para uma enfermagem investigadora, curiosa, científica, capaz de transformar realidades áridas em canteiros floridos por meio dos efeitos de uma educação crítica, autônoma e solidária. Aos **funcionários do Programa**, por toda dedicação, responsabilidade e compromisso oferecidos.

Aos **membros da banca de qualificação**, por todas as valiosas contribuições no desenvolvimento do trabalho que ainda era um embrião. Pelo zelo e cuidado em nos fazer crescer enquanto pesquisadores.

Aos **juízes, especialistas em segurança do paciente**, que, gentilmente, aceitaram colocar à disposição da pesquisa suas expertises no assunto, meu muito obrigada, sem as suas contribuições essa pesquisa não poderia avançar.

Aos **enfermeiros do HC-UFPE** que se dispuseram em analisar a semântica do instrumento de passagem de plantão, da mesma forma agradecemos pela presteza em participar desta etapa tão importante.

Aos **membros da banca examinadora da dissertação**, pelo zelo e cuidado no momento das considerações, pela disponibilidade e pelas preciosas correções, que foram relevantes para a construção desse trabalho.

Enfim, agradeço a todos que sonharam comigo, que dedicaram tempo de suas vidas a me escutar, ensinar, corrigir, dar a sua contribuição para que esse trabalho se concretizasse. Tenho a certeza que todos vocês desejam fazer bem sua parte na construção de um mundo melhor e mais saudável para todos. Meu muito obrigada aos que deixaram um pouco de si nessas páginas construídas com amor e dedicação.



## RESUMO

A comunicação permeia o trabalho do enfermeiro no âmbito do cuidado, gerenciamento assistencial e educação em saúde como potencial para subsidiar um cuidado integral e humanizado. Por isso, é um fator que merece atenção em todos os momentos de atuação da equipe de enfermagem, como na passagem de plantão, em que a transição do cuidado de enfermagem deve acontecer por meio de uma comunicação clara e sistematizada para prevenir possíveis eventos adversos. Para tanto, percebe-se, a necessidade de implementar a educação permanente com foco na segurança do paciente por meio da organização do processo de trabalho e aderir a instrumentos de comunicação concisos que possibilitem a organização de informações relevantes. Estes devem ser construídos e validados com base em outras ferramentas consolidadas, como a utilizada pela aviação, denominada *Situation-Background-Assessment-Recommendation* (SBAR) para garantir uma comunicação efetiva entre os enfermeiros durante a passagem de plantão. Esta pesquisa objetivou validar um instrumento de comunicação de passagem de plantão entre enfermeiros. Tratou-se de um estudo metodológico baseado no polo teórico do modelo de Pasquali, cujas etapas constituíram-se em construção, análise do conteúdo por especialistas e análise semântica pelo público-alvo. Na construção do instrumento, realizou-se revisão da literatura para identificar as variáveis contidas nos instrumentos de comunicação de segurança utilizados por profissionais de saúde a fim de identificar e definir os itens do instrumento proposto. Posteriormente, fez-se a análise do conteúdo com 20 juízes (profissionais de saúde que atuam na segurança do paciente) e a análise semântica por 30 enfermeiros assistenciais que atuam em clínicas médicas e cirúrgicas. A primeira versão do instrumento constou de 48 itens distribuídos em quatro domínios englobando as variáveis referentes às seguintes questões: SITUAÇÃO - Qual a situação clínica do paciente nas últimas 12h? BREVE HISTÓRICO - Qual a evolução clínica do paciente nas últimas 12h? AVALIAÇÃO - Quais os parâmetros clínicos a serem avaliados nas próximas 12h? RECOMENDAÇÃO - Quais as recomendações/procedimentos para o paciente nas próximas 12h? Na análise de conteúdo, obteve-se CVC Global (*Scale-level Content Validity Index*) de 96% para a primeira versão do instrumento. A segunda versão do instrumento constou de 35 itens e foi submetida à análise semântica. Nesta etapa, todos os itens obtiveram índice de concordância satisfatória com o valor igual ou maior que 80%, o que evidenciou um instrumento claro e compreensível. Esse estudo resultou em um instrumento de comunicação para passagem de plantão sistematizado, conciso e capaz de contribuir com uma comunicação segura e efetiva para os enfermeiros no momento

da passagem de plantão. O estudo se deu após a aprovação do comitê de ética sob número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética: 00182418.3.0000.5208.

**Palavras-chave:** Comunicação. Serviços de Enfermagem. Segurança do Paciente. Educação Continuada. Handoffs.

## ABSTRACT

The communication permeates the work of nurses in the field of care, care management and health education as potential to support integral and humanized care. Therefore, it is a factor that deserves attention at all times of the nursing team, such as the shift change, in which the transition of nursing care should happen through clear and systematic communication to prevent possible adverse events. We realize the need to implement continuing education focused on patient safety through the organization of the work process and adhere to concise communication tools that enable the organization of relevant information. These should be built and validated on the basis of other consolidated tools, such as the one used by aviation, called Situation-Background-Assessment-Recommendation (SBAR) to ensure effective communication between nurses during shift change. This research aimed to validate a shift change communication instrument among nurses. This was a methodological study based on the theoretical pole of the Pasquali model, whose stages consisted of construction, content analysis by experts and semantic analysis by the target audience. In the construction of the instrument, a literature review was performed to identify the variables contained in the safety communication instruments used by health professionals in order to identify and define the items of the proposed instrument. Subsequently, content analysis was performed with 20 judges (health professionals who work in patient safety) and semantic analysis by 30 assisting nurses who work in medical and surgical clinics. The first version of the instrument consisted of 48 items distributed in four domains encompassing the variables related to the following questions: SITUATION - What is the patient's clinical situation in the last 12 hours?; BACKGROUND - What is the clinical evolution of the patient in the last 12 hours?; ASSESSMENT - What are the clinical parameters to be evaluated in the next 12 hours?; RECOMMENDATION - What are the recommendations / procedures for the patient in the next 12 hours? In the content analysis, we obtained CVC Global (Scale- level Content Validity Index) of 96% for the first version of the instrument. The second version of the instrument consisted of 35 items and was subjected to semantic analysis. At this stage, all items obtained satisfactory agreement index with a value equal to or greater than 80%, which evidenced a clear and understandable instrument. This study resulted in a systematized shift communication communication tool, concise and able to contribute to a safe and effective communication for nurses at shift change. The study was approved by the Ethics Committee under the Ethics Appreciation Certificate Number: 00182418.3.0000.5208.

**Keywords:** Communication. Nursing Services. Patient Safety. Education, Continuing.  
Handoffs.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Fluxograma dos passos percorridos na pesquisa conforme os procedimentos teóricos do modelo de Pasquali (2013). Recife-PE. 2019. 39
- Figura 2 – Primeira Versão do ICPPENF para Avaliação de Conteúdo dos Juízes. Recife – PE, 2019. 51
- Figura 3 – Segunda Versão do ICPPENF após Validação de Conteúdo e seguimento para Análise Semântica. Recife – PE, 2019. 69
- Figura 4 – Versão Final do ICPPENF validado quanto ao conteúdo e semântica. Recife – PE, 2019. 73

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Definições constitutivas e operacionais dos atributos. Recife-PE, 2019.	49
Quadro 2 – Alterações realizadas em itens do ICPPENF após validação de conteúdo. Recife – PE, 2019.	55
Quadro 3 – Comentários dos Juízes na Validação de Conteúdo. Recife – PE, 2019	62

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sócio profissional dos juízes. Recife-PE, 2019.	53
Tabela 2 – Valores de CVC para as 48 questões do Instrumento. Recife – PE, 2019.	54
Tabela 3 – Distribuição dos valores de CVC pelos critérios de clareza, compreensão, pertinência, relevância e domínio. Recife – PE, 2019	58
Tabela 4 – Análise e avaliação dos Juízes para a validação dos itens do instrumento referente à clareza, compreensão, pertinência, relevância e domínio. Recife - PE, 2019.	60
Tabela 5 – Caracterização da amostra. Recife – PE, 2019.	70
Tabela 6 – Índice de concordância dos itens da análise semântica. Recife-PE, 2019.	71

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ	Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação da Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CVC	Coeficiente de Validade do Conteúdo
DP	Desvio Padrão
EA	Eventos Adversos
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EUA	Estados Unidos da América
EVA	Escala Visual Analógica
HC	Hospital das Clínicas/UFPE
IAEA	<i>International Atomic Energy Agency</i>
IBSP	Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente
IC	Índice de Concordância
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
ICPPENF	Instrumento de Comunicação para Passagem de Plantão entre Enfermeiros
JCI	<i>Joint Commission International</i>
NHS	Instituto de Inovação e Melhoria
NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC	Resolução do Diretório Colegiado
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e de Segurança do Paciente
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SBAR	<i>Situation-Background-Assessment-Recommendation</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde



TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
VIGIPÓS	Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária
WHO	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	19
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	23
2.1	GERAL	23
2.2	ESPECÍFICOS	23
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	24
3.1	SEGURANÇA DO PACIENTE	24
3.2	COMUNICAÇÃO	28
<b>3.2.1</b>	<b>Comunicação de Transferência/Passagem de Plantão</b>	30
<b>3.2.2</b>	<b>Ferramenta de Comunicação SBAR</b>	32
3.3	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	34
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b>	38
4.1	TIPO DE ESTUDO	38
4.2	ETAPAS DO ESTUDO	38
<b>4.2.1</b>	<b>Fase da Teoria</b>	39
<b>4.2.2</b>	<b>Fase da Construção do Instrumento</b>	41
4.2.2.1	Análise dos Itens	42
4.2.2.1.1	<i>População, Amostra e amostragem da análise de conteúdo</i>	43
4.2.2.1.2	<i>População, Amostra e amostragem da análise semântica</i>	43
4.2.2.1.3	<i>Procedimentos de coleta de dados da análise de conteúdo</i>	44
4.2.2.1.4	<i>Procedimentos de coleta de dados da análise semântica</i>	45
4.2.2.1.5	<i>Análise dos dados da análise de conteúdo</i>	46
4.2.2.1.6	<i>Análise dos dados da análise semântica</i>	47
4.3	ASPECTOS ÉTICOS	47
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	49
5.1	FASE DA CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO	49
5.2	VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO	52
<b>5.2.1</b>	<b>Caracterização dos Juízes</b>	52
5.3	VALIDAÇÃO SEMÂNTICA	70
<b>5.3.1</b>	<b>Caracterização do Público-Alvo</b>	70
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	74
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	81

<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>82</b>
<b>APÊNDICE A - CONVITE AOS JUÍZES PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO DE PASSAGEM DE PLANTÃO ENTRE ENFERMEIROS</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS JUÍZES</b>	<b>97</b>
<b>APÊNDICE C - DOCUMENTO PARA ORIENTAÇÃO DOS JUÍZES QUANTO À ANÁLISE DO CONTEÚDO DO INSTRUMENTO DE PASSAGEM DE PLANTÃO ENTRE ENFERMEIROS</b>	<b>100</b>
<b>APÊNDICE D - DOCUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO SÓCIO- PROFISSIONAL DOS JUIZES (ANÁLISE DE CONTEÚDO)</b>	<b>102</b>
<b>APÊNDICE E - INSTRUMENTO ENVIADO AOS JUÍZES PARA A VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO</b>	<b>103</b>
<b>APÊNDICE F - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS PARA ANÁLISE SEMÂNTICA</b>	<b>107</b>
<b>APÊNDICE G - INSTRUMENTO PARA A VALIDAÇÃO SEMÂNTICA DO INSTRUMENTO DE PASSAGEM DE PLANTÃO SBAR ENTRE ENFERMEIROS</b>	<b>108</b>
<b>APÊNDICE H - INSTRUMENTO ENVIADO AOS JUÍZES PARA A VALIDAÇÃO SEMÂNTICA DO INSTRUMENTO</b>	<b>109</b>
<b>APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENFERMEIROS (ANÁLISE SEMÂNTICA)</b>	<b>112</b>
<b>ANEXO A - ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA</b>	<b>115</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma profissão comprometida com a promoção da saúde e com o respeito à dignidade da vida humana, sendo a comunicação, essencial no exercício das suas responsabilidades para qualificar o cuidado. Ademais, a comunicação, é alicerce das relações interpessoais, imprescindível à natureza humanística dessa profissão (BROCA; FERREIRA, 2012).

A comunicação permeia o trabalho do enfermeiro, no âmbito do cuidado, gerenciamento da assistência e educação em saúde. Tem potencial para subsidiar o cuidado integral e humanizado, e por isso, infere-se que este é um fator que merece atenção à promoção do atendimento seguro em todos os níveis de atenção (BOHER et al., 2016).

Ela é, portanto, um elemento gerador capaz de garantir o enriquecimento dos participantes envolvidos e a interação dinâmica entre os sujeitos. Pode ser definida como uma via propulsora diária na busca do entendimento entre os indivíduos. Entretanto, isso só se realiza quando a mensagem é compartilhada integralmente por meio de uma linguagem clara usada no pronunciamento verbal que seja conhecida pelo seu receptor e tenha como fim, o entendimento comum (AREDES et al., 2013).

Uma boa comunicação é fundamental em qualquer área e, no âmbito da saúde, ganha um destaque importante, já que pode impactar na qualidade do atendimento. Isto porque a comunicação em saúde é capaz de: influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde e evitarem riscos que a ameacem; prevenir doenças; sugerir e recomendar mudanças de comportamento; além de possibilitar informação, mobilização e conscientização (CORREIA; GOMES; SOLIDÔNIO, 2017).

A passagem de plantão é um momento relevante de comunicação entre os profissionais da saúde, é para a enfermagem, um dos mais importantes instantes de troca de informações na transição do cuidado. É nesse momento que os dados são repassados entre os profissionais durante as trocas de turnos de trabalho, o que permite um direcionamento das ações dos que iniciarão o turno subsequente. Nesse sentido, a passagem de plantão é considerada ferramenta importante para a manutenção dos cuidados de enfermagem e garantia da segurança do paciente (GONÇALVES et al., 2016).

Considera-se que durante a passagem de plantão pode acontecer a descontinuidade do cuidado, especialmente quando as informações sobre o estado de saúde do paciente não são compartilhadas de maneira completa e de forma eficiente (ILAN et al., 2012; SMEULERS; LUCAS; VERMEULEN, 2014).

Estudo preliminar indica que *Handoff* – termo atualmente utilizado em escala mundial para comunicação de entrega de turno ou de plantão (comunicação de transferência) – por meio de mensagens repassadas entre os profissionais, em lugar reservado ou à beira do leito do paciente; constitui-se em um desafio para a área da saúde em relação à qualidade e segurança. Isso porque o índice de erros na comunicação é significativo durante o compartilhamento de informações, causando danos aos pacientes (ABRAHAM et al., 2014).

As falhas na passagem de plantão são decorrentes de diversos fatores: quantidade excessiva ou reduzida de informações; limitada oportunidade para fazer questionamentos; informações inconsistentes; omissão ou repasse de informações errôneas; não utilização de processos padronizados; registros ilegíveis; falta de trabalho em equipe; interrupções e distrações; além de perdas de documentos importantes para a continuidade do cuidado ao paciente (GONÇALVES et al., 2017).

Na vigência de omissões de informações importantes pode-se incorrer em atrasos de diagnóstico e tratamentos inadequados. Nesse sentido, é de suma importância que a passagem de plantão seja realizada com exatidão, no repasse das informações clínicas, para garantir a continuidade do cuidado e a segurança do paciente (SMEULERS; LUCAS; VERMEULEN, 2014).

Considera-se que a comunicação ineficaz está entre as causas-raízes de mais de 70% dos erros na atenção à saúde. Interrupções na comunicação ou a falta de trabalho em equipe são fatores que contribuem para a ocorrência de Eventos Adversos (EA) e resultados insatisfatórios de tratamentos. Prejuízos decorrentes da falha na comunicação foram as principais causas de eventos sentinela, mostrando que a qualidade do serviço precisa ser melhorada, e que existem falhas estruturais ou assistenciais que estão causando danos aos usuários (BOHER et al., 2016).

A ocorrência de EA na assistência à saúde e a diminuição da qualidade dos cuidados são decorrentes de falhas no trabalho em equipe e processos de comunicação defeituosos (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015). Os malefícios desses eventos adversos não se resumem apenas ao campo físico. No âmbito financeiro, eles acarretam elevados gastos, atingindo um percentual de 200,5% a mais em relação aos mesmos eventos que não foram afetados por desvios evitáveis. Além disso, eles também prologam em 28,3 dias o tempo de internamento do paciente, aumentando ainda mais o potencial de riscos (DUARTE, 2015).

Os profissionais de assistência à saúde, principalmente a equipe de enfermagem, concentram a maior parte de sua prática nas instituições hospitalares e estão submetidos ao risco de cometer falhas recorrentes durante a prestação de cuidado. Assim, devem ser capacitados continuamente para fundamentar as boas práticas de segurança na assistência à saúde. A

educação permanente surge como ferramenta de trabalho no caminho a ser trilhado por estes profissionais, uma vez que possibilita reflexão e intervenção para melhorias partindo de uma realidade de falhas para experiências exitosas e desejadas com estratégias para mudanças da organização do processo de trabalho, da qualidade da gestão e da assistência (DIAS et al., 2014; SIMAN; BRITO, 2016).

A educação permanente serve-se como aliada para capacitar os profissionais no próprio ambiente de trabalho, tornando-os protagonistas da segurança do paciente por viabilizar uma melhor organização do processo de trabalho, além de contribuir com o aperfeiçoamento da qualificação profissional. Atividades educativas no ambiente de trabalho instrumentalizam os profissionais quanto ao uso de tecnologias, protocolos técnicos, ferramentas educativas e diferentes formas de atualização científica para as boas práticas de segurança na assistência à saúde e conseqüente redução dos eventos adversos (SÁ et al., 2018).

Aliando a capacitação e a qualificação contínua dos profissionais à comunicação efetiva, é possível minimizar os riscos de ocorrência dos eventos indesejáveis no processo do cuidado ao paciente. Por todos os prejuízos gerados por incidentes, a melhoria da "comunicação para a segurança" no cuidado de saúde é um imperativo mundial, e os programas para desenvolvimento de competências comunicativas podem contribuir nas mudanças de comportamento em nível individual, da equipe e da instituição, com repercussão positiva para a cultura de segurança do paciente (LEE; DORAN, 2017).

Considera-se o gerenciamento da comunicação uma das mais relevantes atribuições do enfermeiro nos serviços de saúde, a fim de aprimorar e consolidar a prática da comunicação efetiva na equipe de enfermagem no momento de passagem de plantão. Faz-se necessário que os gestores de enfermagem compreendam a cultura de segurança, instrumentalizem-se por meio de novas teorias e promovam oportunidades para desenvolver uma maior interação da equipe entre os turnos de trabalho.

Para que a passagem de plantão aconteça de forma adequada, é preciso que ela seja considerada como momento sério, exigente, que requer concentração, pontualidade, ambiente silencioso, além de organização e sistematização das informações a serem repassadas. Quando esses aspectos não são levados em consideração ocorre uma banalização desse momento imprescindível para a manutenção da qualidade e segurança da assistência de enfermagem (PEREIRA; PUGGINA, 2017). Para tanto, percebe-se a necessidade de instrumentos de comunicação estruturados, concisos e que possibilitem a organização das informações relevantes a serem repassadas durante a passagem de plantão.

Um exemplo de ferramenta utilizada para efetivar uma comunicação segura contribuindo para o gerenciamento de riscos no setor da aviação é o ‘*Situation-Background-Assessment-Recommendation* (SBAR)’ (ABRAHAM et al., 2016). Tal ferramenta foi adaptada por um médico de Oakland, Estados Unidos da América (EUA), para comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar na transição do cuidado com foco na qualidade da assistência e segurança do paciente (CHAHARSOUGH; AHRARI; ALIKHAH, 2014).

O SBAR adaptado para área de saúde se tornou uma ferramenta estruturada para comunicar as informações críticas que requer atenção e ação imediata, contribuindo para a efetiva ação de gestão e aumento da segurança do paciente. Consequentemente, seu uso reduz a barreira à comunicação efetiva em diferentes hierarquias e níveis de pessoal, atuando como um recurso para memorização imediata que incentiva a preparação para comunicação (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Por orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS), a ferramenta de comunicação SBAR deve ser utilizada para assegurar a transmissão de informações precisas e estimular o diálogo entre os profissionais de saúde (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007), permitindo uma comunicação concisa, sistematizada e mais horizontal (RANDMAA et al., 2014), assim como, permeando avanços positivos para segurança do paciente (MÜLLER et al., 2018).

Portanto, adotou-se a ferramenta de comunicação SBAR como base na elaboração de um instrumento de passagem de plantão entre enfermeiros capaz de subsidiar esses profissionais na promoção da comunicação efetiva com propósito de mitigar os eventos adversos em saúde. Nessa perspectiva, este estudo questiona: Qual a validade de um instrumento de comunicação perante especialistas e público-alvo construído para ser utilizado na passagem de plantão entre enfermeiros?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

- Validar um instrumento de comunicação de passagem de plantão entre enfermeiros.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- Elaborar um instrumento de comunicação entre enfermeiros para a passagem de plantão baseado na ferramenta SBAR;
- Validar o conteúdo do instrumento de comunicação por especialistas em segurança do paciente;
- Validar a semântica do instrumento de comunicação realizada por enfermeiros assistenciais.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente é considerada um dos pilares que alicerçam a qualidade do cuidado à saúde. Os dados mundiais trazem uma realidade bastante negativa com relação aos danos sofridos pelos pacientes em passagens pelo sistema de saúde no mundo, uma vez que demonstra que um em cada dez pacientes que recebem cuidados de saúde sofre algum evento adverso decorrente da prática insegura dos profissionais da área (DUARTE et al., 2015).

Dados europeus revelam consistentemente que falhas e eventos adversos relacionados à assistência à saúde ocorrem em 8% a 12% das hospitalizações. Enquanto 23% dos cidadãos da União Europeia afirmam ter sido diretamente afetados por alguma falha assistencial, 18% afirmam ter sofrido um evento adverso grave em um hospital e 11% relatam ter recebido medicação errada (WHO, 2018).

Essa temática, embora, com uma roupagem nova, já era apresentada pelo pai da medicina, Hipócrates, quando enunciava: “*Primum non nocere*”, ou seja, “Em primeiro lugar, não cause dano”. Evidenciando-se que o cuidado médico poderia implicar em dano ao paciente, mesmo que não intencional. A mesma inquietação observava-se na precursora da enfermagem moderna, Florence Nightingale, quando afirmava que o primeiro dever de um hospital deveria ser não causar mal ao paciente. (DICKENS; SINSABAUGH; WINGER, 2006).

Assim como estes nomes, destacaram-se vários outros pensadores que postularam sobre a segurança do paciente em tempos anteriores, tais como: *Codmam, Sweliss, Avedis Donabedian, John Wennberg e Archibald Leman Cochrane*. Estes, tornaram pública a seriedade da transmissão da infecção por meio das mãos, do desenvolvimento de padrões de qualidade em saúde, da fiscalização dos estabelecimentos de saúde, da organização do cuidado, da variação clínica e da medicina fundamentada em evidências (ANVISA, 2013; BRASIL, 2014; WACHTER, 2010).

A História comprova que o marco para a segurança do paciente foi o relatório americano *To err is human: building a safer health system*, publicado pelo *Institute of Medicine (IOM)*, em 1998, no qual mostrava que 44 e 98 mil americanos morrem por eventos adversos na atenção à saúde. A partir dessa realidade, outras organizações mundiais, lançaram outras iniciativas, como as campanhas *100.000 Lives Campaign* e *5 Million Lives Campaign*, todos em busca de implementações de melhorias para a segurança do paciente (WHO, 2006).

Em 2002, a OMS lançou campanhas mundiais pela segurança do paciente, seguindo com a *World Alliance for Patient Safety* (2004), *Clean is Safer Care* (2005) e *Safe Surgery Saves Lives* (2008). O primeiro desafio focou na prevenção e redução de infecções relacionados à assistência (IRAS), com o tema "Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura". O segundo desafio focou a segurança cirúrgica, com o tema "Cirurgia Segura Salva Vidas" com a criação do protocolo de cirurgia segura, em 2008. O terceiro desafio, iniciado em 2009, com o tema "Enfrentando a Resistência Bacteriana", desencadeou a implantação de um conjunto de intervenções, os *bundles*, que têm por finalidade reduzir a mortalidade e evitar danos decorrentes da assistência (ANVISA, 2011).

No Brasil, o movimento teve início na área de hemoterapia com os controles do hemocomponentes e prevenção de infecções hospitalares, como também os serviços de anestesiologia foram os pioneiros a fazerem mudanças para assegurar práticas seguras na assistência à saúde. A partir dessas iniciativas o Ministério da Saúde (MS) criou a rede sentinela, em 2002 e o sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (Vigipós), pela Portaria 1.660/200915 (BRASIL, 2014).

Em 2006, adaptou-se do modelo americano proposto pela *Joint Commission*, as Seis Metas Internacionais para a Segurança do Paciente passaram a ser difundidas a todos os países membros da OMS, pelo então Centro Colaborador para Soluções de Segurança de Paciente, sendo elas: identificar corretamente os pacientes; melhorar a comunicação efetiva; melhorar a segurança para os medicamentos de alto risco; garantir cirurgia em local, procedimento e paciente correto; reduzir o risco de infecções associados à assistência e reduzir o risco de dano resultante de queda (JCI, 2019). Essas metas orientam a promoção de melhorias específicas relacionadas à assistência à saúde.

O Brasil, em 2007, formalizou o compromisso com a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, pelo Ministro da Saúde, na Declaração de Compromisso na Luta contra as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (WHO, 2007). E no ano seguinte, criou-se a Rede Brasileira de Enfermagem e de Segurança do Paciente (REBRAENSP), com a participação de 12 estados brasileiros. Essa rede tem por objetivo ser um elo de articulação e de cooperação técnica entre instituições direta e indiretamente ligadas à saúde e à educação de profissionais de saúde para fortalecer a assistência de enfermagem segura e com qualidade, para o desenvolvimento de programas conforme as necessidades dos Estados e municípios no território nacional (REBRAENSP, 2009).

Outro marco para a segurança do paciente, no Brasil foi a instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), regulamentado pela Portaria MS/ GM 529 em

2013, e no mesmo ano o Ministério da Saúde ampliou as diretrizes do PNSP, por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36/2013 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2013; BRASIL, 2013).

A portaria nº 529 da ANVISA estabelece os cinco pilares que deve-se basear a cultura de segurança nas instituições de saúde brasileiras, são elas: 1- cultura na qual todos os trabalhadores assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; 2- priorizar a segurança acima de metas financeiras e operacionais; 3- encorajar e recompensar a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; na ocorrência de incidentes, 4- promover o aprendizado organizacional; 5- proporcionar recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013).

E a RDC 36/2013, ampliou as ações de segurança do paciente e exigiu a criação dos núcleos de segurança do paciente em todas as instituições de saúde do território nacional com o objetivo de realizar as ações do plano de segurança do paciente. Nesse documento constam os protocolos das seis metas internacionais de segurança compreendidas em: identificação do paciente; comunicação efetiva; prevenção de úlcera por pressão; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; cirurgia segura; prática de higiene das mãos em serviços de saúde; e prevenção de quedas e lesão por pressão (BRASIL, 2014).

Somados a esses movimentos históricos, teve-se a implantação de um sistema de informação para notificação de incidentes, que funciona através do relato voluntário dos eventos adversos (EA) identificados por pacientes e profissionais da equipe de saúde. A partir da aplicação do sistema de notificação eletrônico possibilitou-se conhecer os principais EA, assim como também identificar os tipos de ocorrência. (TORNATORE, 2017).

Os EA têm sua ocorrência diretamente relacionada ao um conjunto de falhas que implicam em práticas inadequadas, conduta profissional errônea ou despreparada e até mesmo estruturas inapropriadas (SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017).

O Brasil se destaca devido a elevada frequência de EA evitáveis. Registram-se os óbitos causados por esse motivo como a segunda causa de morte no país, perde-se apenas para as doenças do aparelho circulatório, mas supera-se todos os tipos de câncer e todas as causas externas. A prevalência dos eventos adversos varia de 6 a 18,7% e a incidência corresponde a 38,4%. Entretanto, considera-se que cerca de 66,7% desses eventos são evitáveis (BARBOSA et al., 2016).

Os malefícios causados pelos EA são inúmeros e não se resumem ao campo físico, no âmbito financeiro, acarretam elevados gastos, 200,5% a mais dos que não foram envolvidos com esses eventos, além de prolongar em 28,3 dias o internamento (DUARTE et al., 2015).

Ademais, falhas na comunicação em saúde têm contribuído para a geração de eventos adversos graves. Tal fato despertou as autoridades do ramo de segurança a aprofundarem estudos com o objetivo de encontrar alternativas para melhorar a comunicação entre os profissionais da saúde, a fim de que se torne efetivo o processo de comunicação nas instituições hospitalares (SOUSA et al., 2013).

Ante a essa realidade na saúde do Brasil, gestores, autoridades da saúde e sociedade civil, iniciaram o movimento em prol de melhorias nas práticas assistenciais da saúde visando garantir a segurança do paciente por meio do aprendizado com os erros e adoção de nova cultura de segurança que contemple todos os níveis hierárquicos na instituição.

A cultura de segurança do paciente é um dos grandes desafios do século XXI. A ocorrência de eventos adversos, evitáveis, com consequências danosas para os clientes e instituições de saúde levou a OMS a tomar providências na elaboração de estratégias que pudessem favorecer à redução dos danos ao paciente. Essas estratégias conduzem para a instituição de mudanças que objetivem as melhorias do processo de trabalho, desenvolvimento de tecnologias para o apoio à assistência e treinamento de profissionais e estudantes da área de saúde (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

No que tange à cultura de segurança, é definida por: produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e proficiência da administração de uma organização saudável e segura (HEALTH AND SAFETY COMMISSION, 1993).

O termo “cultura de segurança” difundiu-se a partir do acidente nuclear de *Chernobyl* em 1986, considerado o pior acidente na história da geração de energia nuclear; uma “cultura de segurança fraca” foi atribuída como principal causa do acidente, de acordo com a *International Atomic Energy Agency* (IAEA). Desde então, o compartilhamento dessa cultura nas instituições de saúde tem se tornado imprescindível para a redução dos eventos adversos por meio do aprendizado a partir dos erros e consequente planejamento de medidas de melhorias a fim de que outros incidentes não se repitam (HEALTHAND SAFETY COMMISSION, 1993).

A OMS mostra o caminho para as organizações de saúde cresçam em qualidade e segurança do paciente, a adoção de uma cultura de segurança baseada no estímulo à valorização profissional, o compartilhamento das responsabilidades na atenção à saúde, melhoria dos processos, aprendizado com os erros e o fim de uma cultura punitiva. (BRASIL, 2014).

Os avanços envolvendo a segurança do paciente são notórios em todo o mundo, porém o assunto é bastante complexo e requer esforços constantes dos estados, organizações de saúde, profissionais, pacientes e familiares. Dessa forma, essa temática deve embasar os princípios fundamentais das organizações de saúde, bem como das instituições de ensino superior para fomentar uma cultura de segurança madura desde o início da formação profissional.

O sucesso para a efetivação sólida da segurança do paciente por meio de uma cultura de segurança nas instituições de saúde perpassa pelo exercício de uma comunicação efetiva entre os membros da instituição. Uma comunicação clara, objetiva, concisa e oportuna pode ser o divisor de águas entre a vida e a morte, entre um incidente sem dano ou um com dano irreparável. Conhecer o processo de comunicação por inteiro e saber proceder com as técnicas e ferramentas de comunicação especializadas pode significar um passo largo para a garantia da segurança do paciente.

### 3.2 COMUNICAÇÃO

A palavra “comunicação”, originária do latim *communicatio*, é definida por “tornar comum” (PIMENTA; COLLET, 2009). Entende-se como a capacidade de dividir informações, ideias, como forma de interação social visando o bom relacionamento entre as pessoas (QUITÉRIO et al., 2016). Também pode ser considerado um processo dinâmico de compartilhamento de mensagens que pode sofrer influência e influenciar o comportamento do homem na sociedade. Esse processo é complexo e ultrapassa a necessidade das palavras, fazendo-se necessário o uso de gestos e expressões (BARBOSA et al., 2016).

A comunicação constitui-se em um movimento e reúne elementos indispensáveis para dar sentido à sua essência. São eles: emissor ou remetente, o receptor ou destinatário e a mensagem propriamente dita. O entrosamento desses elementos permitirá que ela aconteça (BARBOSA et al., 2016).

Emissor e receptor são influenciados pelas posições que ocupam na sociedade, bem como pelas características pessoais de cada um, funções que exercem, crenças e valores (BROCA; FERREIRA, 2012). Pode-se inferir que a comunicação tem formas para chegar ao destinatário, seja por gestos, expressões faciais, comumente conhecidas como linguagem não verbal ou gestual. Essa comunicação pode substituir ou contradizer a verbal e denota que o ser humano está sempre se comunicando ainda que esteja em silêncio (RAMOS; BORTAGARAI, 2012). Já na comunicação por meio formal se usa a palavra falada ou escrita, chamada comunicação verbal e deve ser clara a fim de que seja compreendida (QUITÉRIO et al., 2016).

Considera-se a comunicação um fenômeno quando a mensagem, além de transmitida com sucesso, for compreendida ou experienciada por seus receptores (PIMENTA; COLLET, 2009). A identificação do tom de voz, postura, ritmo, expressões faciais, sentimentos no comunicador, bem como o contexto das relações em que ocorrem a comunicação, esse conjunto de fatores exerce um papel relevante na compreensão da mensagem enviada (TERCIOTTI; MACARENCO, 2009).

No que se refere a comunicação interpessoal, ela é responsável pela troca de informações entre um ou mais indivíduos. Essa troca acontece considerando-se a formação educacional, influências culturais, vivências e hábitos pessoais. É graças a essa diversidade individual que cada um se comunica de modo singular (ROCHA et al., 2014).

Numa boa comunicação há envolvimento de reciprocidade entre emissor e receptor, e requer empatia, com transmissão de conteúdos emocionais e intelectuais, ambos presentes na mensagem. A escuta faz-se bastante importante a fim de alcançar o entendimento do emissor e ser possível decodificar corretamente a mensagem emitida, dessa forma a boa comunicação acontecerá (LACOMBE, 2011).

No ambiente de trabalho, como no hospital, cultivar relações comunicativas saudáveis para alcançar a segurança do paciente é uma prioridade na área da saúde. Uma relação de comunicação eficiente entre todos os envolvidos no processo (equipe de saúde, usuários e familiares) contribui na implementação de uma assistência humanizada. Desafios de comunicação no local de trabalho são comuns e afetam o bem-estar pessoal e coletivo, além de interferir nos cuidados dos pacientes. Faz-se necessário o desenvolvimento da cultura de segurança para uma fase mais amadurecida que seja capaz de implementar medidas centradas no paciente (RACHWAL et al., 2018).

Somente pela comunicação efetiva é que profissionais poderão ajudar os pacientes a enfrentar seus problemas e resolvê-los. A comunicação adequada é aquela que consegue esclarecer dúvidas, diminuir conflitos e atingir objetivos definidos para a resolução de problemas (ARAÚJO; SILVA, 2012).

A comunicação é um processo que envolve relações interpessoais, é comum que ocorram problemas, dificuldades ou restrições que impeçam que a mensagem seja transmitida corretamente (OLIVEIRA; ROCHA, 2016). Esses aspectos são considerados ruídos que impedem que o receptor entenda a mensagem de maneira completa (BERLO, 2003). Falhas nesta comunicação estão sendo indicadas, cada vez mais, como contribuintes para a descontinuidade do cuidado, para o tratamento inadequado, o que vem se tornando uma preocupação atual no que tange à segurança do paciente (BUENO et al., 2015).

Estudos mostram que o trabalho interdisciplinar em saúde há uma série de dificuldades entre os profissionais para manter uma comunicação efetiva. Essas se dão por vários motivos: formação diversificada dos profissionais, excesso de hierarquização nas relações, além da sobrecarga de trabalho dos profissionais da saúde (RANDMAA et al., 2014). Essas dificuldades se somam enquanto barreiras físicas, pessoais, fatores psicológicos, excesso de linguagem técnica, diferenças socioculturais e organizações rígidas com excesso de hierarquia tornam-se presentes no processo (ARAÚJO; SILVA, 2012).

O ambiente hospitalar é considerado bastante complexo em função das características peculiares dos serviços de atenção à saúde por ele oferecidos. São muitas informações e experiências entre profissionais a serem compartilhadas como forma de garantir a continuidade da assistência. Por isso, a comunicação necessita ser efetiva com troca de informações de forma completa, clara e objetiva capaz de oferecer dados fidedignos e que permitam o monitoramento e avaliação da qualidade do cuidado prestado (SANTOS; CAMPOS; SILVA, 2018).

Evidencia-se que os eventos adversos oriundos de falhas na comunicação no âmbito hospitalar estão relacionados a prescrições e ordens verbais, informações relacionadas a resultados de exames, como também falhas de comunicação no momento de transferência do paciente interna ou externamente à instituição. Essa realidade, somada ao alto fluxo de informações, ao contingente elevado das várias equipes assistenciais, bem como à dinâmica de atividades inerente à prática diária, implica na necessidade de transmitir informações corretas a fim de oferecer uma assistência integral, livre de danos a pacientes e familiares (ANVISA, 2017).

Ante à evidência de que falhas na comunicação desencadeiam eventos adversos graves na assistência à saúde, a OMS elencou a comunicação efetiva como a segunda meta internacional de segurança, tendo como foco principal três momentos importantes: transferências internas e externas, passagem entre os turnos de trabalho e a comunicação com o paciente e familiares (WHO, 2007). Sendo estratégico o uso de instrumentos para que a comunicação se dê de forma estruturada, clara e precisa, garantindo a qualidade e segurança do paciente.

### **3.2.1 Comunicação de transferência / Passagem de plantão**

A comunicação de transferência ou passagem de plantão (*Handoff*) é um dos tipos de comunicação que pode garantir a assistência de saúde de forma segura durante o cuidado prestado ao paciente (ROBINS, 2015).

Caracteriza-se pelo ato comunicativo de transmitir informações específicas do paciente de um cuidador para outro, de uma equipe de cuidadores para os próximos, ou de cuidadores para o paciente e a família, com o objetivo de garantir a continuidade do cuidado e segurança na assistência prestada. Esse tipo de comunicação também se aplica a transferências de informações de um tipo de organização de cuidados de saúde para outro, ou a partir da organização de cuidados de saúde ao domicílio do paciente (WHO, 2007).

Desta forma, a comunicação de transferência pode ser reconhecida como *Handoff*, uma vez que não há uma definição única encontrada na literatura, contudo todas denotam ao sentido de transferência de informação e responsabilidades de um profissional para outro como forma de manter a continuidade do cuidado ao paciente e apresentam os seguintes termos relacionados: relatório de turno, relatório *intershift*, transferências e passagem de caso ou de plantão (ERNST; MCCOMB; LEY, 2018).

Gonçalves e colaboradores (2016) caracterizam o *Handoff* como o momento de transferência de informação acerca do estado clínico do paciente, bem como intercorrências e recomendações inerentes ao tratamento que são imprescindíveis para dar continuidade à assistência de enfermagem. Essas informações devem ser repassadas ao término de cada turno de trabalho pelo profissional que está saindo àqueles que estão chegando. A continuidade da assistência exige compartilhamento de informações e responsabilidades ético profissionais entre os profissionais envolvidos.

Slade et al. (2019), *Handoff* se refere à transferência de responsabilidades profissionais e prestação de contas acerca dos cuidados prestados a determinados pacientes para outro profissional durante um turno de atividades realizadas.

Palese et al. (2019) remetem o *Handoff* ao momento da transferência de responsabilidades de algum ou todos os aspectos do cuidado do paciente para outro profissional de forma temporária ou definitiva. Sendo que a passagem de informação pode ser realizada distante do paciente ou ao lado, também chamado de passagem de cabeceira. E também é considerado um momento crucial na garantia da continuidade dos cuidados e segurança do paciente.

Quando o *Handoff* é falho ocorrem repercussões negativas como: tratamentos inadequados e retardados, erros de diagnósticos, omissões de atendimento, aumento do tempo de permanência hospitalar, reinternações evitáveis, aumento dos custos de hospitalização (PALESE et al., 2019).

A forma como estão sendo realizadas as passagens dessas informações entre os turnos de trabalho é crítica e propícia à ocorrência de eventos indesejáveis. Recomenda-se que



*Handoffs* estruturados, *rounds* ou relatórios de turnos, aconteçam de forma organizada e criteriosa entre os membros da equipe assistencial que tem a responsabilidade de manter a continuidade do cuidado. Considera-se, portanto, que habilidades de comunicação sejam trabalhadas entre a equipe por meio do engajamento de todos os integrantes da equipe para que o repasse de informações, de forma verbal ou escrita, aconteça livre de danos ao paciente (SILVA et al., 2017).

Recomenda-se que o processo de transferência seja realizado de quatro maneiras: verbal, escrita, gravada e à beira do leito. No entanto, nenhum método é melhor que qualquer outro. Para garantir a continuidade do cuidado e a segurança do paciente, a seleção do método mais adequado dependerá das condições específicas da clínica do paciente (PALESE et al., 2019).

Nos Estados Unidos, as falhas de comunicação na transição dos cuidados estão na causa-raiz de 30% das acusações de erros e más práticas. Em cinco anos, causam mais de 1.700 mortes e correspondem a US\$ 1,7 bilhões de custos de processos de negligência profissional (IBSP, 2019).

Estima-se que 4.000 transições de cuidado ou passagens de plantão por dia sejam realizadas em serviços de internamento hospitalar. Sabe-se que é nesse momento que sintomas deixam de ser monitorados, terapias são esquecidas e descontinuadas, ignoram-se exames que deveriam ser realizados. Com o objetivo de corrigir falhas que incorrem em danos ao paciente, as organizações de acreditação hospitalar como *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital* recomendam o uso de ferramentas de comunicação válidas em forma de mnemônicos (abreviações que guardam dicas de ações a serem lembradas) como estratégia para melhorar a qualidade dos *Handoffs*, tais como: SBAR e I-PASS (IBSP, 2019).

Destarte, acredita-se que fomentar pesquisas para auxiliar a efetivação da comunicação entre profissionais da assistência, através de ferramentas nos momentos críticos, como a passagem de plantão geram avanços na assistência prestada aos pacientes, perpetuando desde o cuidado direto, a gerência do serviço e a educação em saúde ao indivíduo e familiares.

### **3.2.2 Ferramenta de comunicação SBAR**

A técnica de comunicação SBAR foi desenvolvida por militares, especificamente pela marinha para uso na comunicação entre oficiais dentro de submarinos nucleares. Em 2002, no Estado do Colorado, o médico *Michael Leonard* e seus colegas *Doug Bonacum* e *Suzanne Graham*, iniciaram sua utilização na área de saúde como ferramenta de comunicação para as

equipes de resposta rápida. A partir daí, o SBAR passou a ser mais usados em serviços de saúde (AHRQ, 2016).

SBAR é um mnemônico que significa: S-*Situation* (O que está acontecendo agora?) B-*Background* (breves pertinentes informações relativas ao que aconteceu no passado e está relacionado ao presente) A-*Assessment* (Diagnóstico da situação) R-*Recommendacion* (O que Deve ser feito?) (SMEULERS et al., 2016).

Estudos evidenciaram que as falhas ocorridas em unidades de centro cirúrgicos, centro obstétricos e unidades de terapia intensiva poderiam ser causadas por desvios na comunicação, semelhantes aos que outrora ocorreram nos submarinos nucleares e aviação (LEONARD; GRAHAM; BONACUM, 2004).

Desde então, a ferramenta SBAR tem sido utilizada amplamente nos EUA. O Reino Unido também a adotou com estrutura padrão de comunicação na saúde para utilização dos profissionais, numa iniciativa do NHS, Instituto de Inovação e Melhoria e atualmente o mundo a utiliza como padronização de comunicação, principalmente, na comunicação durante as transições do cuidado em saúde (BURGER; JORDAN; KYRIACOS, 2017). Em 2012, a Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde publicou as razões para o uso do SBAR na área de saúde: 1- Diminui a comunicação hierarquizada e favorece um intercâmbio de informações mais aberta entre todos os profissionais envolvidos no processo, uma vez que oferece um modelo padronizado do que será comunicado; 2-Exercita a criação de um modelo mental das situações importantes do que será comunicado, o que auxilia na tomada de decisões seguras e eficazes sobre a assistência ao paciente; 3-Estimula a habilidade de liderança entre os membros da equipe, fazendo-os desenvolver o raciocínio clínico e uma pronta tomada de decisão acerca das condutas terapêuticas que envolvem o atendimento.

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.

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).

O SBAR tem sido usado em organizações de alto risco para tornar a comunicação mais eficaz e consistente. A OMS recomenda usá-la para a comunicação de segurança por permitir trocas de informações precisas e estimular o diálogo entre profissionais. Utilizando-se o SBAR as informações importantes são transmitidas de forma concisa e sucinta, como também consegue diminuir os efeitos negativos da hierarquia profissional no processo comunicativo dentro da instituição (RANDMAA et al., 2014).

Uma revisão sistemática feita por pesquisadores suíços e alemães, sobre a aplicação do SBAR e de seus derivados (ISBAR, SBAR-R, ISBARR e ISOBAR) evidenciou melhoras nos desfechos após utilização da ferramenta. De oito estudos e três ensaios clínicos sobre este método de comunicação estruturada, evidenciou-se aprimoramento da segurança do paciente por meio da implementação do SBAR, especialmente quando usada para estruturar a comunicação por telefone, todavia os autores ressaltaram a necessidade de estudos de alta qualidade sobre o tema (MÜLLER et al., 2018).

Comprova-se que a adoção do SBAR contribui para a melhoria da comunicação entre profissionais e ao aumento da percepção de qualidade e segurança no atendimento ao paciente. Ademais, o SBAR apresenta-se como um excelente método de comunicação estruturada para os estudantes da saúde. O uso da ferramenta é capaz de criar um modelo mental que envolve a maioria da equipe em transmitir as informações de forma completa e rápida, principalmente em se tratando de áreas críticas (SMEULERS et al., 2016).

O problema de saúde pública gerado pela ocorrência de eventos adversos durante a assistência à saúde tem sido o foco de muitos estudos. O novo modo de admitir a possibilidade de errar durante a atuação profissional tem despertado o interesse dos profissionais da saúde para buscarem formas de atualização científica, no próprio ambiente de trabalho, por meio da educação permanente em saúde. As instituições hospitalares têm encontrado na educação permanente em saúde o alicerce para reorientar seus profissionais nas vivências diárias e desenvolverem o raciocínio crítico que resulta nas mudanças de comportamento e dos processos de trabalho (OLIVEIRA et al., 2014).

### 3.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

O Ministério da Saúde do Brasil (2012, p. 19 e 20) define educação em saúde como:

Um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...] Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os

profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades.

As práticas de educação em saúde envolvem três segmentos de atores prioritários: os profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas; os gestores que apoiem esses profissionais; e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente. Tais práticas são inerentes ao cuidado em saúde, e devem ser aplicadas nas ações do cuidado à saúde. (FALKENBERG et al., 2014).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) faz parte da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) instituída pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Esta política tem por objetivo, inserir a EPS como um plano gestor para organização do SUS e uma estratégia para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. A referida portaria define educação permanente em saúde, como: A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais (BRASIL, 2009).

A PNEPS explicita:

A relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações (BRASIL, 2007).

Na década de 1980, numa iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde a EPS foi proposta visando desenvolver os recursos humanos na saúde. Apenas em 2003, o Brasil lançou a primeira política nacional de EPS, o que pode evidenciar, para alguns, como uma forma de consolidação de um SUS democrático, equitativo e eficiente (MEDEIROS et al., 2010). Ressalta-se que a década de 1980 foi marcada por mudanças que repercutiram na educação do trabalhador causadas por acontecimentos mundiais importantes, a exemplo: a queda do muro de Berlim, o fortalecimento do neoliberalismo, os questionamentos sobre o socialismo e as teses pós-modernas de “fim” da história, além do desmoronamento da união do “fordismo/taylorismo e do keynesianismo”. Foi nesse contexto histórico que a OPAS concebe o conceito de educação permanente em saúde (LEMOS, 2016).

Nesse cenário político, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), assumiu a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil. Em 2004, foi implantada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) pela Portaria 198 na qual o Ministério da Saúde assume a responsabilidade constitucional de ordenar a formação de seus recursos humanos. Em agosto de 2007, a PNEPS foi alterada pela Portaria GM/MS nº 1996 e então, se inicia a segunda fase da PNEPS com mudanças conceituais e metodológicas em relação à condução da PNEPS (BRASIL, 2009).

Essa proposta de educação no trabalho visa uma inversão do modelo ensino aprendizagem baseado na educação continuada de capacitação pontual por meio de comunicação verticalizada e distante da realidade ensino e serviço; por um modelo no qual o trabalho deve ser a fonte primária de conhecimento e o trabalhador da saúde o protagonista do sua própria formação (KOERICH; ERDMANN, 2016). Deve ser na problematização do cotidiano que a o debate do campo educacional precisa se pautar, o que gera a resolução dos problemas, reflexão crítica do processo de trabalho e proposição das melhorias a serem implementadas (GOMES; BARBOSA; FERLA, 2016).

A EPS é fruto do movimento institucionalista em educação com a figura do elemento humano nas organizações. Assim, os grupos coletivos devem se reunir e discutirem suas necessidades de aprendizagem. Ela é capaz de aglutinar as diferentes metodologias com foco na aprendizagem no ambiente de trabalho engloba, com base nas diferentes metodologias relacionadas ao aprender no trabalho por meio de ações de educação em serviço, educação continuada e educação formal de profissionais, sempre utilizando a reflexão para atingir as possibilidades de melhorias dos processos de trabalho (CECCIM, 2005).

A educação dos trabalhadores da saúde é uma área que requer empenho para o aprimoramento de métodos educativos que atinjam com eficácia a equipe multiprofissional. E, para promover o desenvolvimento do processo de trabalho é preciso criar estratégias de educação que encorajem a participação dos trabalhadores da área da saúde e possibilitem a capacitação profissional (SARDINHA et al., 2013).

A partir das exigências do mercado de trabalho solicitando profissionais competentes na área técnica como também comportamental, fez-se necessário e urgente que houvesse algo para além da graduação que pudesse capacitar os profissionais de forma eficiente e segura ao oferecer a assistência aos usuários do SUS. Por esse motivo, a educação do século XX foi marcada por um traço original, tornou-se permanente e social caracterizada por ideias, como:

“A educação estende-se pela vida e ela não é neutra, mas engajada” (FALKENBERG et al., 2014).

O MS traz duas modalidades de educação no trabalho em saúde: a educação continuada e a educação permanente. A educação continuada envolve as atividades de ensino após a graduação, possui duração definida e utiliza metodologia tradicional, tais como as pós-graduações, enquanto a educação permanente estrutura-se a partir de dois elementos: as necessidades do processo de trabalho e o processo crítico como inclusivo ao trabalho (MOTTA et al., 2002).

A academia precisa estar inserida nas atividades da EPS, pois a troca de saberes possibilita a interação do mundo da teoria e do trabalho, das práticas e das experiências o que leva à consolidação do SUS pela ordenação da formação de recursos humanos tornando capaz a intercessão da educação e saúde, segundo o previsto pelo Artigo 200, inciso três da Constituição Federal do Brasil (ADAMY et al., 2017).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem o dever constitucional de garantir a formação dos trabalhadores da saúde, a PNEPS foi uma estratégia do SUS por meio da construção coletiva para reorganizar o gerenciamento do trabalho nas instituições de saúde e por consequência, aperfeiçoar a qualidade da assistência prestada por esses profissionais (FRANÇA et al., 2017).

Na experiência prática isso se dá por meio de um trabalho em equipe que identifica os problemas e necessidades do serviço, problematiza as situações a fim de encontrar os caminhos que poderão chegar às soluções assertivas. Geralmente usam-se metodologias ativas para estimular a consciência crítica e despertar o compromisso profissional para a resolução dos próprios problemas e transformação da realidade (FRANÇA et al., 2017).

As demandas para EPS estão permeadas por aspectos subjetivos, além das questões técnicas e de conhecimento científico. Com isso reconhece-se que o espaço pedagógico não se esgota na sala de aula, mas implica a vivência no mundo do trabalho, com seus múltiplos e diferentes ambientes, enriquecidos pelas várias experiências de aprendizagens, porém necessita da pedagogia para guiar a contribuição de cada sujeito autônomo envolvido no processo (VENDRUSCOLO et al., 2016).

Assim, é necessário que os serviços de saúde revejam os métodos utilizados em educação permanente, de forma que esta seja um processo participativo para todos. Ela tem como cenário o próprio espaço de trabalho, no qual o pensar e o fazer são insumos fundamentais do aprender e do trabalhar. Essa seria uma educação muito mais voltada para a transformação social do que para a transmissão cultural.

## 4 MÉTODO

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico com abordagem quantitativa. Esse tipo de estudo destina-se a construção, validação de ferramentas e método de pesquisa. Tem sido utilizada para o desenvolvimento de novos instrumentos, que envolve métodos complexos de elaboração com fins de produzir instrumentos confiáveis para uso de pesquisadores na prática clínica (POLIT; BECK, 2011).

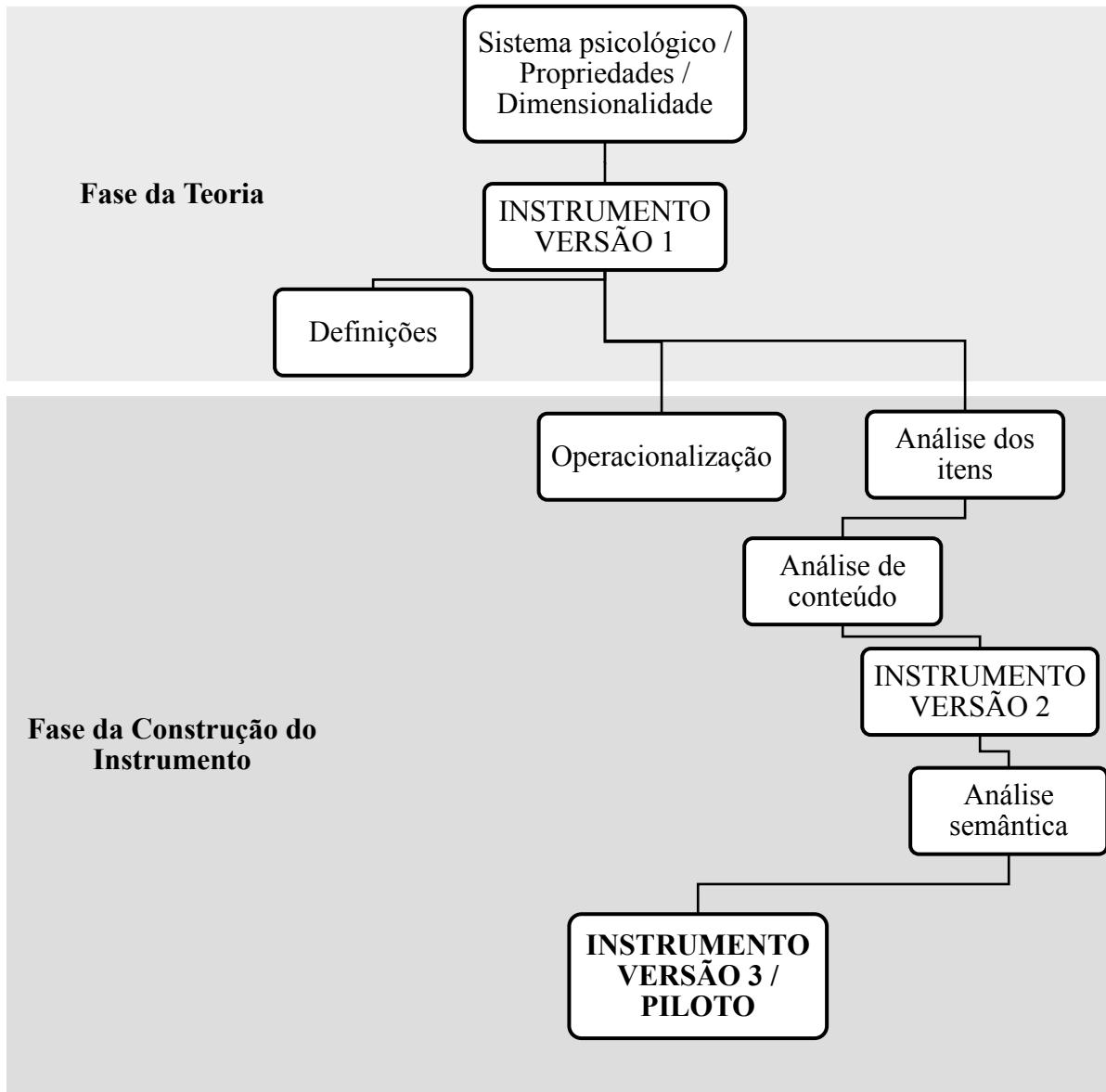
Para este estudo utilizou-se como referencial metodológico o modelo proposto por Pasquali (2013). Tal modelo, apesar de ser da psicologia e consistir na teoria da elaboração de escalas psicométricas, é observado em pesquisas de Enfermagem e envolve a teoria da elaboração de instrumentos de medida de fenômenos da ciência da enfermagem (MEDEIROS et al., 2015).

O modelo proposto por Pasquali (2013) baseia-se no desenvolvimento de três procedimentos: teóricos, empíricos (experimentais) e analíticos (estatísticos). Os teóricos apresentam duas fases, a teoria, em que se deve fundamentar o construto para o qual se deseja desenvolver um instrumento de medida e, a construção do instrumento, onde acontece a operacionalização e análise dos itens. Os empíricos consistem nas etapas e técnicas de aplicação do instrumento piloto, bem como na coleta de informações que possam avaliar as propriedades psicométricas do instrumento. Já no polo analítico, procedem-se as análises estatísticas sobre os dados para a obtenção de um instrumento preciso, válido e confiável (PASQUALI, 2013). Ressalta-se que para este estudo foram seguidos os passos dos procedimentos teóricos.

### 4.2 ETAPAS DO ESTUDO

As etapas do estudo foram conduzidas de acordo com os passos apresentados nos procedimentos teóricos do modelo Pasquali (2013), a saber: 1) sistema psicológico, 2) propriedade 3) dimensionalidade 4) definição 5) operacionalização e 6) análise dos itens, conforme figura 1.

**Figura 1 - Fluxograma dos passos percorridos na pesquisa conforme os procedimentos teóricos do modelo de Pasquali (2013). Recife-PE. 2019.**



Fonte: elaborado pela autora, 2019.

#### 4.2.1 Fase da Teoria

Nesta fase engloba-se quatro passos, a saber: sistema psicológico, propriedade, dimensionalidade e definição. Para realizar os dois primeiros deve-se realizar uma reflexão sobre o interesse em que o pesquisador se dispõe a estudar, tendo como produtos o objeto do estudo e os seus componentes, os quais são denominados de atributos. Já para os dois últimos



passos, o método a ser empregado é a busca na literatura para obter os seguintes produtos: dimensões e as declarações constitutivas e operacionais (PASQUALI, 2013).

A dimensionalidade do atributo diz respeito à estrutura interna, semântica, a compreensão do item. O atributo constitui-se uma unidade semântica única ou apresenta componentes distintos ou até independentes. Deve ser concebido como uma dimensão homogênea ou devem-se nele distinguir aspectos diferenciados (PASQUALI, 2013).

Assim, foi selecionado como objeto de estudo, a temática: Comunicação efetiva entre enfermeiros na passagem de plantão através de um instrumento baseado na ferramenta SBAR com foco na segurança do paciente. Para seus atributos foram considerados os domínios formadores do mnemônico SBAR traduzidos para o português: Situação, Breve Histórico, Avaliação e Recomendação.

Para a Situação considerou-se os dados da situação clínica do paciente (elementos do exame físico, Histórico de enfermagem, sintomatologia, presença de dispositivos invasivos e riscos assistenciais a que o paciente esteja exposto). No domínio do Breve Histórico, incluíram-se informações referentes aos parâmetros da evolução clínica do paciente nas últimas 12h de plantão (evolução clínica, comorbidades associadas e intercorrências clínicas). No domínio da Avaliação reuniram-se os itens para a avaliação clínica para as 12h subsequentes ao plantão que merecem continuar sob avaliação constante (parâmetros de exames clínicos e laboratoriais, uso de novos dispositivos invasivos). E, para o domínio Recomendação, constaram dados do plano terapêutico a ser desenvolvido (exames específicos, cirurgias, tratamentos especializados, orientações para autocuidado e alta hospitalar).

Para obter as definições constitutivas e operacionais dos atributos selecionados realizou-se uma revisão integrativa e uma vasta busca em livros, *guidelines*, portarias e resoluções ministeriais sobre a temática, dentre outros documentos.

Para a revisão de literatura procedeu-se os seguintes passos: 1) elaboração da questão de pesquisa; 2) elaboração dos critérios de inclusão e busca na literatura; 3) coleta de dados dos artigos selecionados; 4) análise crítica dos estudos incluídos; 5) discussão dos resultados; 6) apresentação final do artigo de revisão integrativa (SOUSA; SILVA; CARVALHO, 2010). O problema identificado para a busca teve como desdobramento a questão norteadora: “Quais os instrumentos de comunicação utilizados por profissionais de saúde que contribuem para a segurança do paciente?”.

Realizou-se a busca online no período de setembro a dezembro de 2017, por meio do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), nas Bases de Dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line

(MEDLINE/PubMed), Scopus, Web Of Science, CINAHL, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Utilizou-se os descritores meios de comunicação/*communications media*, erros médicos/*medical errors*, enfermagem/*nursing*, padronizados pelo Medical Subject Heading (MESH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Foram identificados 9.695 artigos dos cruzamentos realizados.

Para a seleção da amostra utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos completos nos idiomas inglês, espanhol e português que respondessem à pergunta condutora. Foi determinado um recorte temporal de 2013 a 2017, ano das publicações da portaria nº 529 do MS/13 e RDC nº 36 que dispõe sobre o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Os resumos e textos completos que não estavam disponíveis foram obtidos por meio do Programa de Comutação Bibliográfica (COMUT) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Como critérios de exclusão foram elencados: artigos de reflexão e relatos de experiência, estudos de casos, notas, carta ao editor, revisões sistemática e integrativa de literatura, dissertações, teses, editoriais de jornais sem caráter científico e artigos que não respondessem à questão da pesquisa.

Realizou-se uma análise criteriosa dos estudos encontrados, primeiramente foram lidos os títulos, em seguida, os resumos, selecionando-se artigos conforme os critérios de inclusão. No entanto, após leitura dos resumos apenas 16 foram lidos na íntegra. Totalizando uma amostra final de 14 artigos, uma vez que dois dos artigos não preenchiam os critérios de inclusão.

Assim, esses 14 artigos foram utilizados para a construção das definições constitutivas e operacionais dos atributos foram definidas conforme consta no Quadro 1 na seção de Resultados.

#### **4.2.2 Fase da Construção do Instrumento**

Pasquali (2013) recomenda dois passos para esta fase, que são: operacionalização e análise dos itens. O primeiro tem como produto os itens que farão parte do instrumento e afirma a necessidade da adoção de 12 critérios essenciais, são eles: critério comportamental (expressar comportamento); critério de objetividade (expressar desejabilidade ou preferência); critério de simplicidade: (expressar uma única ideia); Critério de Clareza (ser inteligível até para o extrato mais baixo da população); critério de relevância (ser consistente com o atributo a que se pretende medir); critério da precisão (ser distinto dos demais itens); critério de variedade (variar a linguagem); critério de modalidade (não utilizar expressões extremadas); critério de tipicidade

utilizar expressões condizentes com o atributo; critério da credibilidade (não pareça ridículo, despropositado ou infantil); critério de amplitude (deve cobrir toda a extensão da magnitude do contínuo desse atributo); e o critério de equilíbrio (deve haver itens fáceis, difíceis e médios)

Assim, com base nas definições constitutivas foram identificados os itens e agrupados em cada domínio, sendo apresentado na secção de resultados.

O instrumento foi construído seguindo as categorias da ferramenta SBAR. O domínio Situação constou de 18 itens, contendo dados das condições clínicas do paciente e dados de exame físico obedecendo a direção céfalo-caudal, conforme a maioria desse tipo de instrumento descrito na literatura. Na categoria de Breve Histórico, o instrumento possuiu cinco itens relativos às intercorrências clínicas ocorridas nas últimas 12h de plantão como também queixas e procedimentos invasivos realizados.

Na categoria Avaliação, o instrumento contemplou 11 itens dos quais se referem aos parâmetros clínicos que merecem ser avaliados nas futuras 12h de plantão, tais como: nível de consciência, sinais vitais, estado geral, padrão de dieta, diurese, eliminações intestinais, lesão, deambulação e precaução. O domínio Recomendação constou de 14 itens relativos à programação terapêutica para cada paciente, ou seja, exames a serem realizados, cirurgias eletivas, tratamentos especializados, orientações para o autocuidado, pareceres diversos, programação de transferência interna ou externa e programação de alta. O referido instrumento na versão inicial constou de 48 itens em formato de *checklist* com o objetivo de facilitar sua aplicação, em etapa posterior, pelos enfermeiros assistenciais.

#### 4.2.2.1 Análise dos itens

Esse passo busca obter os dados da análise sobre a representatividade e pertinência de cada item para o instrumento, tendo como produto a versão piloto. Para tanto, recomenda-se realizar a análise do conteúdo entre especialistas e análise semântica entre o público alvo (PASQUALI, 2013).

A análise de conteúdo objetiva a avaliação minuciosa (clareza, compreensão, pertinência, relevância e dimensionalidade) da relação do objeto de estudo com a adequação dos itens. E a semântica tem como objetivo precípua verificar se todos os itens são compreensíveis para todos os membros da população à qual o instrumento se destina. É análise que deve ser realizada pelo público alvo quanto à compreensão dos itens do instrumento que se quer medir. (PASQUALI, 2013).

Assim, foram percorridos os seguintes procedimentos para a execução da análise de conteúdo e semântica, a saber: seleção da população, amostra e amostragem; procedimentos de coleta de dados e análise dos dados.

#### 4.2.2.1.1 População, Amostra e amostragem da análise de conteúdo

Recomenda-se que a amostra para a análise de conteúdo seja de seis a vinte sujeitos dos quais são necessários, no mínimo, três indivíduos em cada grupo de profissionais escolhidos. Enfatiza-se que os juízes devem ser especialistas na área de interesse do construto, e assim poderão avaliar a representatividade ou relevância do conteúdo dos itens submetidos (PASQUALI, 2011).

Neste estudo a população para a análise de conteúdo foi de profissionais de saúde com especialização e/ou experiência profissional na área temática de qualidade e segurança do paciente. A amostra constou de 20 juízes, valor máximo recomendado por Pasquali (2013).

A amostragem se deu por meio de bola de neve que consiste em uma amostragem não probabilística, na qual utiliza cadeias de referências, ou seja, não se pode determinar a probabilidade de seleção de cada participante na pesquisa, mas é bastante útil quando o grupo a ser estudado é de difícil acesso (VINUTO, 2014).

Para iniciar a captação dos especialistas, localizou-se a coordenadora (semente) do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, esta indicou outros especialistas com o perfil desejado de modo que, por meio da abordagem de bola de neve, cada pessoa indicada pela semente indicasse novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal e profissional.

#### 4.2.2.1.2 População, Amostra e amostragem da análise semântica

Pasquali (2010) recomenda aplicar o instrumento de coleta de dados a uma amostra de 30 sujeitos da população alvo e em seguida discutir com os mesmos as dúvidas que os itens suscitaram. Assim, para esta etapa, a população foi composta de enfermeiros das enfermarias das clínicas médicas e cirúrgicas do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE).

O HC-UFPE é um hospital de ensino certificado pelo Ministério da Educação no âmbito da saúde, como órgão suplementar da universidade, atua nas áreas de ensino, pesquisa, extensão e assistência. É uma instituição prestadora de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS),

oferece atendimento médico hospitalar ambulatorial e de internação à população do Estado de Pernambuco e de outros estados da Região Nordeste, como referência de média e alta complexidade. Tem capacidade para atender 413 leitos nas diversas especialidades clínicas e cirúrgicas e conta com 198 enfermeiros no serviço hospitalar (EBSERH, 2019).

A amostra constituiu-se de 30 enfermeiros selecionados por amostragem de conveniência, atendendo aos critérios de elegibilidade, os quais foram: 1) Enfermeiro admitido por concurso público no regime estatutário ou celetista; 2) Ter ingressado na instituição há mais de um ano; 3) Desempenhar a função de enfermeiro assistencial. Excluíram-se os enfermeiros que estiveram afastados por férias ou qualquer tipo de licença formalizada por atestados médicos e/ou demandas judiciais durante o período de coleta de dados.

Segundo Pasquali (2013) a avaliação dos itens de um instrumento na fase da semântica deve ser contemplada tanto pelos participantes dos estratos mais baixo quanto do mais alto estrato de habilidade.

Os 30 enfermeiros selecionados foram divididos em dois estratos, de menor e maior grau de habilidade. Para este estudo, a habilidade correspondeu aos anos de trabalho como enfermeiro assistencial da enfermagem clínica e/ou cirúrgica. Assim, os enfermeiros que tivessem mais de 3 anos de experiência profissional na instituição foram considerados de maior habilidade e aqueles com menos de 3 anos, os de menor habilidade.

Considerou-se o período de 3 anos devido à maioria dos enfermeiros ter admissão no hospital a partir do final do ano de 2014, após realização do concurso público pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), no qual foram oferecidas 176 vagas para o cargo de enfermeiros assistenciais em regime de trabalho celetista com carga horária de 36 horas semanais (EBSERH, 2019).

#### 4.2.2.1.3 Procedimentos de coleta de dados da análise de conteúdo

Após a seleção dos juízes, os mesmos receberam, via endereço eletrônico uma carta convite para a participação no estudo (APÊNDICE A), a qual continha o objetivo do estudo juntamente com as informações sobre a origem do material a ser avaliado.

Quando a resposta era positiva para a participação no estudo, os juízes receberam por e-mail, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), questionário para caracterização dos juízes (APÊNDICE C), orientações para avaliação do instrumento de passagem de plantão (APÊNDICE D), o instrumento propriamente dito (APÊNDICE E) e o instrumento-guia de análise do conteúdo (APÊNDICE F).

Os juízes avaliaram a clareza, a compreensão, a pertinência, a relevância e o domínio de cada item do instrumento. Considerou-se a clareza como compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações; a compreensão do termo não pode haver confusão com os demais e não oferece dupla interpretação. Já pertinência analisa se o item tem valor para o instrumento e a relevância é dada pelo mérito do item em avaliar a segurança da comunicação durante a passagem de plantão entre enfermeiros (PASQUALI, 2010).

Para a avaliação de cada um dos itens atinentes aos critérios supramencionados, foi utilizada a escala de concordância: -1 (menos um) discordo, 0 (zero) nem discordo/nem concordo e 1 (um) concordo. (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). Ademais, disponibilizou-se um espaço em branco para que quando os juízes discordassem ou tivessem alguma dúvida, pudessem fazer alguma consideração por escrito naquilo que jugassem alterar em cada item do instrumento.

Foi estabelecido um prazo de 15 dias para recebimento das respostas dos juízes. Na vigência de perda do prazo, realizou-se novos contatos via eletrônica. O período de validação do conteúdo ocorreu de fevereiro a março de 2019.

#### 4.2.2.1.4 Procedimentos de coleta de dados da análise semântica

A coleta de dados aconteceu no período de fevereiro a abril de 2019. Utilizaram-se questionários para coleta dos dados de caracterização sócio profissional dos enfermeiros (APÊNDICE G) e outro destinado à análise semântica de cada item do instrumento de passagem de plantão (APÊNDICE H).

A pesquisadora deslocou-se às clínicas médicas e cirúrgicas do hospital universitário para convidar os respectivos profissionais a participarem da pesquisa. Aqueles que aceitaram o convite, receberam a explicação do processo de análise semântica e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE I).

Para essa etapa, os enfermeiros foram orientados a avaliar o nível de compreensão de cada item podendo escolher apenas uma das três alternativas: 1- compreendi totalmente e não tenho dúvidas; 0 compreendi pouco; e -1 não compreendi. No instrumento, havia espaço destinado ao registro de dúvidas e sugestões acerca de cada item, a fim de minimizar as dificuldades quanto compreensão do instrumento. Considerando a compreensão do item, como: não se confunde com os demais e não dá ideia de dupla interpretação.

#### 4.2.2.1.5 Análise dos dados da análise de conteúdo

Os dados digitados e para tabulação, utilizou-se o programa Microsoft Excel 2010, com auxílio do programa SPSS, versão 21.0. Calculou-se as frequências absolutas e relativas, média, mediana e desvio padrão (DP) para as variáveis de identificação dos especialistas.

Para cada item do instrumento foi verificado a proporção de juízes que consideraram cada item como concordo ou discordo. Aqueles classificados como menos um e zero (discordo e nem concordo/nem discordo) foram agrupados e considerados discordantes e os avaliados como um foram considerados concordantes. Em seguida, calculou-se os critérios analisados (clareza, a compreensão, a pertinência, a relevância e o domínio) pelo Coeficiente de Validade do Conteúdo (CVC).

O CVC é empregado na área da saúde para medir a proporção ou percentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e seus itens. Permite inicialmente analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo (PASQUALI, 2010).

O cálculo do CVC foi realizado conforme indicação de Pasquali (2010), em que:

- Calcula-se a média das notas de cada item ( $Mx$ ) baseado nas notas dos juízes:

$$Mx = \frac{\sum_{i=1}^j X_i}{J}$$

- Onde:  $\sum_{i=1}^j$  representa a soma das notas dos juízes e J representa o número de juízes que avaliaram o item.

- Calcula-se o CVC inicial ( $CVC_i$ ) para cada item com base na média:

$$CVC_i = Mx / V_{m\acute{a}x}$$

- Onde  $V_{m\acute{a}x}$  representa o maior valor que o item poderá receber.

- Para subtrair possibilidade de vieses dos juízes avaliadores é recomendado o cálculo do erro ( $Pe_i$ ) para cada item:

$$Pe_i = \left(\frac{1}{J}\right)^J$$

Com isso, o CVC final de cada item ( $CVC_c$ ) ficou:  $CVC_c = CVC_i - Pe_i$

- Para o cálculo o CVC total (CVCt) do instrumento, para cada um dos critérios analisados (clareza, a compreensão, a pertinência, a relevância e o domínio) foi utilizada a fórmula:  $CVCc = Mcvc_i - Mpe_i$
- Onde  $Mcvc_i$  representa a média dos coeficientes de validade de conteúdo dos itens do instrumento e  $Mpe_i$  a média dos erros dos itens do instrumento.
- Após o cálculo, recomenda-se que sejam só aceitáveis as questões com CVC  $c > 0,80$ .

O valor adotado para este estudo foi igual ou superior a 0,80 para assegurar a confiabilidade do instrumento. Assim, os itens que obtiveram pontuação menor que 0,80 em relação a pertinência e relevância foram retirados do instrumento inicial e um valor menor que 0,80 para compreensão e domínio foram reformulados conforme sugestão dos juízes.

#### 4.2.2.1.6 Análise dos dados da análise semântica

Para a análise semântica, os dados foram digitados e tabulados no programa Microsoft Excel 2010 e analisaram-vos com auxílio do programa SPSS, versão 21.0. Calcularam-se as frequências absolutas e relativas, média, mediana e desvio padrão (DP) para as variáveis de identificação dos participantes do público alvo.

O nível de compreensão da escala foi avaliado através do Índice de Concordância (IC) representado pela fórmula  $IC = NC / (NC + ND)$  onde NC, número de concordâncias em relação à alternativa da escala (1- compreendi totalmente e não tenho dúvidas) e ND, número de discordâncias, (-1 não compreendi e 0 compreendi pouco).

Considerou-se o item compreensível quando o IC alcançou 0,80, conforme recomenda, Pasquali (2013). A partir desse processo surgiu a 3ª versão (piloto) do instrumento.

### 4.3 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo fundamentou-se na Resolução CNS nº 466/2012, que dispõe sobre os aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos. Inicialmente, o projeto de pesquisa foi apresentado à gerência de ensino e pesquisa do HC-UFPE para fim de liberação da anuência pela instituição, posteriormente, realizou-se o cadastramento do projeto na Plataforma Brasil e



encaminhou-se ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, aprovado sob o parecer nº 3.007.730, CAAE nº 00182418.3.0000.5208. Aos participantes da pesquisa foram avisados que suas participações apenas se dariam segundo assinatura do TCLE, bem como todos foram devidamente cientificados sobre os objetivos da pesquisa, riscos e benefícios.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 FASE DA CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO

A revisão de literatura, por meio da construção das definições constitutivas e operacionais, identificou os itens necessários para cada domínio do instrumento de passagem de plantão, constando 48 itens divididos em quatro domínios: Situação (18 itens), Breve Histórico (5 itens), Avaliação (11 itens), Recomendação (14 itens), conforme consta no Quadro 1.

**Quadro 1 – Definições constitutivas e operacionais dos atributos. Recife-PE, 2019.**

DOMÍNIO	DEFINIÇÃO		
	CONSTITUTIVA	OPERACIONAL	REFERÊNCIAS
<b>SITUAÇÃO</b>	É a situação clínica do paciente nas últimas 12h.	Investigar elementos do exame físico, sintomatologia do paciente, histórico de enfermagem, presença de dispositivos invasivos e riscos assistenciais a que está submetido o paciente.	COFEN, 2009. SÁNCHEZ et al., 2013. POSSARI et al., 2013. ABRAHAM et al., 2014 SOUSA et al., 2014 BUENO et al., 2015. BURGER; JORDAN; KYRIACOS, 2017. OLIVEIRA et al., 2018. HEMESATH et al., 2019.
<b>BREVE HISTÓRICO</b>	É a evolução clínica do paciente nas últimas 12h.	Avaliar a evolução clínica, comorbidades associadas e intercorrências clínicas.	TANNURE; PINHEIRO, 2010. CORNELL et al., 2014. SILVA et al., 2016.
<b>AValiaÇÃO</b>	São os Parâmetros clínicos a serem avaliados nas próximas 12h.	Verificar parâmetros de avaliação clínica, laboratorial, além de uso de dispositivos invasivos.	POSSARI et al., 2013. RAYMOND; HARRISON, 2014. BUENO et al., 2015 SILVA et al., 2016. LIM; PAJARILLO, 2016. ABRAHAM et al., 2016. MACQUEEN et al., 2016. NANDA, 2018.

<b>RECOMENDAÇÃO</b>	São as recomendações e procedimentos para o paciente nas próximas 12h.	Inserir a programação terapêutica e orientações a serem dadas aos pacientes.	POSSARI et al., 2013. SOUSA et al., 2014 SILVA et al., 2017 RAYMOND; HARRISON, 2014. JOHNSTON et al, 2015. LIM; PAJARILLO, 2016. ABRAHAM et al., 2016. MACQUEEN et al., 2016. SILVA et al., 2016. SILVA et al., 2017. HEMESATH et al., 2019.
---------------------	--	--	--

Fonte: elaborado pela autora, 2019.

Para o domínio situação, considerou-se o sentido céfalo-caudal para a disposição dos itens relativos aos dados do exame físico e clínico. No que se refere ao domínio de Breve histórico, foram elencados itens relativos às intercorrências clínicas ocorridas nas últimas 12h de plantão como também queixas e procedimentos invasivos realizados.

Já no domínio avaliação, foram inseridos itens dos quais se referem aos parâmetros clínicos que merecem ser avaliados nas futuras 12h de plantão, tais como: nível de consciência, sinais vitais, padrão de dieta, diurese, entre outros. Finalmente, na categoria Recomendação, constaram os itens relativos à programação terapêutica para cada paciente, ou seja, exames a serem realizados, cirurgias eletivas, tratamentos especializados, orientações para o autocuidado, pareceres diversos, programação de alta etc.

O Instrumento de Comunicação para Passagem de Plantão entre Enfermeiros (ICPPENF) foi elaborado em formato de *checklist* para organizar o conteúdo e facilitar seu preenchimento na utilização da prática diária dos enfermeiros. A estruturação do instrumento pode ser vista na Figura 2. Após a construção, seguiu-se para os próximos passos do estudo, a saber: análise dos itens para adequação do conteúdo e, posteriormente, da semântica.

**Figura 2 – Primeira Versão do ICPPENF para Avaliação de Conteúdo dos Juízes. Recife – PE, 2019.**

SBAR – PASSAGEM DE PLANTÃO – PRIMEIRA VERSÃO			
Identificação do Paciente			
Nome: _____		Registro: _____ Setor: _____	
Data de Admissão: _____		Pulseira de Identificação: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Acompanhante: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Situação (Qual a situação clínica do paciente, nas últimas 12h?)	Breve histórico (Qual a evolução clínica do paciente, nas últimas 12h?)	Avaliação (Quais os parâmetros clínicos a serem avaliados nas próximas 12h?)	Recomendação (Quais as recomendações/ procedimentos para o paciente, nas próximas 12h?)
1. Motivo do Internamento: _____	19. Queixa: _____	Houve mudança... 24. Nível de consciência: <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	35. <input type="radio"/> Procedimentos invasivos: _____
2. Hipótese/ Diagnóstico Médico: _____	20. Comorbidades associadas: <input type="radio"/> HAS <input type="radio"/> DM <input type="radio"/> DRC <input type="radio"/> Neoplasias <input type="radio"/> DC <input type="radio"/> Doença infecciosa <input type="radio"/> Doença inflamatória <input type="radio"/> Doença autoimune	25. Nível de Orientação: <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim: _____	36. Exames: <input type="radio"/> Laboratorial <input type="radio"/> Imagem <input type="radio"/> Jejum a partir de _____ <input type="radio"/> Orientações para o exame
3. Nível de consciência: <input type="radio"/> Consciente <input type="radio"/> Inconsciente	21. Cirurgias recentes: _____	26. Estado geral: <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim: _____	37. Pré Operatório: <input type="radio"/> Jejum a partir de: _____ <input type="radio"/> Banho <input type="radio"/> Orientações
4. Nível de orientação: <input type="radio"/> Orientado <input type="radio"/> Desorientado	22. Intercorrências clínicas: <input type="radio"/> Febre <input type="radio"/> Hipertensão <input type="radio"/> Hipotensão <input type="radio"/> Sangramento <input type="radio"/> PCR <input type="radio"/> Alergias <input type="radio"/> Broncoaspiração <input type="radio"/> Vômito <input type="radio"/> Síncope <input type="radio"/> Outros: _____	27. SSVV: <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim: _____	38. <input type="radio"/> Marcação de exames. Quais: _____
5. Estado geral: <input type="radio"/> Bom <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> Grave	_____	28. Dieta: <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Sim: _____	39. <input type="radio"/> Curativos Tipo e localização: _____
6. Higiene: <input type="radio"/> Satisfatória <input type="radio"/> Insatisfatória	_____	29. Dor: <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim Local e intensidade: _____	40. <input type="radio"/> Mudança de decúbito
7. SSVV: <input type="radio"/> Estáveis <input type="radio"/> Instáveis	_____	30. Diurese: <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim: _____	41. <input type="radio"/> Repouso absoluto no leito
8. Dieta: <input type="radio"/> Zero <input type="radio"/> VO <input type="radio"/> SNG <input type="radio"/> SNE <input type="radio"/> NPT <input type="radio"/> GTT	_____	31. Eliminações intestinais: <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim: _____	42. <input type="radio"/> Estimular deambulação
9. Controle glicêmico: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	_____	32. Lesão: <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim Local e tipo de cobertura: _____	43. <input type="radio"/> Peso em jejum
10. Balanço hídrico: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	_____	33. Deambulação: <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim: _____	44. <input type="radio"/> Reavaliação clínica nas próximas _____h
11. Dor: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	23. Procedimentos invasivos realizados: <input type="radio"/> Transfusão sanguínea <input type="radio"/> Paracentese <input type="radio"/> Biópsia <input type="radio"/> Drenagem torácica <input type="radio"/> Intubação <input type="radio"/> Implante de cateter <input type="radio"/> Outros: _____	34. Precauções: <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim: _____	45. <input type="radio"/> Pareceres: _____
12. Dispositivos: TOT <input type="radio"/> TQT <input type="radio"/> AVP <input type="radio"/> AVC <input type="radio"/> CDL/CTL <input type="radio"/> PICC <input type="radio"/> GTT <input type="radio"/> Drenos <input type="radio"/> Outros <input type="radio"/>	_____	_____	46. <input type="radio"/> Orientações educativas para o auto – cuidado
13. Diurese: <input type="radio"/> Espontânea <input type="radio"/> SVD	_____	_____	47. <input type="radio"/> Programação de alta
14. Eliminações intestinais: <input type="radio"/> Espontânea <input type="radio"/> Ostomia	_____	_____	48. <input type="radio"/> Programação de transferência interna/externa: _____
15. Lesões: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	_____	_____	_____
16. Deambula: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	_____	_____	_____
17. Riscos: <input type="radio"/> Queda <input type="radio"/> Lesão por Pressão	_____	_____	_____
18. Precauções: <input type="radio"/> Contato <input type="radio"/> Aerossol <input type="radio"/> Gotícula <input type="radio"/> Reverso	_____	_____	_____
Assinatura/ Registro do Enfermeiro: _____			

Fonte: elaborado pela autora, 2019.

## 5.2 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

### 5.2.1 Caracterização dos Juízes

A amostra composta por 20 juízes foi formada por especialistas titulados em segurança do paciente e/ou profissionais com experiência profissional na área. Tais juízes deram o julgamento dos itens baseados nos seguintes critérios: clareza, compreensão, pertinência, relevância e domínio.

A respeito da caracterização desses juízes, nove estavam abaixo de 40 anos; dois entre 40 e 50 anos; cinco com faixa etária entre 51 a 60 e quatro acima de 60 anos, referente ao gênero dezoito eram do sexo feminino e dois do sexo masculino. No que se refere à formação profissional: 13 são enfermeiros, seis médicos e um farmacêutico. Quanto à titulação, quatro são doutores, dez mestres e seis especialistas na área de segurança do paciente.

Quanto à atuação profissional, 14 são da área assistencial e um desses também atua como docente; seis juízes fazem a gestão hospitalar e um deles também atua na docência. Um juiz é da região sudeste, os demais fazem parte da região nordeste. No que se refere ao tempo de atuação na área de segurança do paciente: 14 entre 3 a 5 anos e seis entre 5 a 10 anos. Os dados supracitados estão disponíveis na tabela 1.

Na análise de conteúdo, identificou-se que o perfil dos juízes possuía titulação de doutorado e mestrado, além da experiência profissional na área de segurança do paciente, o que confere maior credibilidade na avaliação, segundo Revoredo (2016).

**Tabela 1 - Caracterização sócio profissional dos juízes. Recife-PE, 2019.**

<b>Fator avaliado</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade (anos)</b>		
Abaixo de 40	9	45,0
40 a 50 anos	2	10,0
51 a 60 anos	5	25,0
Acima de 60	4	20,0
<b>Sexo</b>		
Feminino	18	90,0
Masculino	2	10,0
<b>Formação</b>		
Enfermagem	13	65,0
Farmácia	1	5,0
Medicina	6	30,0
<b>Titulação</b>		
Especialização	6	30,0
Mestrado	10	50,0
Doutorado	4	20,0
<b>Titulação em segurança do paciente</b>		
Sim	6	30,0
Não	14	70,0
<b>Área de atuação profissional</b>		
Assistência	9	45,0
CCIH	3	15,0
Gestão	4	20,0
Segurança do paciente	4	20,0
<b>Tempo de experiência profissional (anos)</b>		
3 a 5 anos	6	30,0
5 a 10 anos	14	70,0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborado pela autora, 2019.

O valor de CVC, da análise de conteúdo, foi obtido cada questão, critério, juiz e o global do instrumento como demonstram as tabelas 2, 3 e 4. Ressalta-se que o instrumento de passagem de plantão obteve CVC global de 96%, valor expressivo que evidencia a validade do instrumento.

Todos os juízes concordaram quanto à relevância dos itens, verificado pela concordância e valores de CVC satisfatórios, de acordo com o mínimo (de 6 a 20 juízes) recomendado na literatura para considerar o instrumento válido (PASQUALI, 2013). Nenhum item foi retirado do instrumento, apenas foram reorganizados a fim de torná-lo mais coerente, claro e compreensível à população-alvo.

A tabela 2 apresenta o valor do CVC por cada questão das 48 contidas na versão 1 do Instrumento. Foi evidenciado que todas as questões tiveram CVC acima de 80%. O CVC mais

baixo foi de 0,88% referente a quatro questões, a saber: 1, 15, 20 e 21, relativas à motivo do internamento, lesões, comorbidades associadas e cirurgias, respectivamente.

Os motivos pelos quais esses itens obtiveram valores mais baixos de CVC, embora ainda acima do recomendado por Pasquali (2013) para considerar o item válido, podem ser atribuídos a várias justificativas, como: para o item 1, "motivo do internamento", alguns juízes consideraram repetitivo, que o mesmo deveria fazer parte da identificação, que deveria ser substituído por hipótese diagnóstica. Quanto á ao item 15, sobre as lesões, um dos juízes considerou repetitivo, dois outros sugeriram acrescentar o tipo de lesão e outros três juízes consideraram ser importante colocar a localização da lesão. Relativo ao item 20, sobre as comorbidades associadas, três juízes consideraram que este fizesse parte da avaliação. Já para o item 21, sobre cirurgia, sugeriu-se modificar o item.

**Tabela 2 – Valores de CVC para as 48 questões do Instrumento. Recife – PE, 2019.**

<b>Questão</b>	<b>CVC</b>	<b>Questão</b>	<b>CVC</b>
<b>1</b>	0,88	<b>25</b>	0,98
<b>2</b>	0,97	<b>26</b>	0,94
<b>3</b>	0,99	<b>27</b>	0,98
<b>4</b>	1	<b>28</b>	1
<b>5</b>	0,94	<b>29</b>	0,98
<b>6</b>	0,97	<b>30</b>	0,96
<b>7</b>	0,87	<b>31</b>	1
<b>8</b>	0,98	<b>32</b>	0,92
<b>9</b>	0,94	<b>33</b>	0,9
<b>10</b>	0,87	<b>34</b>	0,96
<b>11</b>	0,96	<b>35</b>	0,99
<b>12</b>	0,96	<b>36</b>	0,96
<b>13</b>	0,91	<b>37</b>	0,98
<b>14</b>	0,94	<b>38</b>	0,95
<b>15</b>	0,88	<b>39</b>	0,98
<b>16</b>	0,99	<b>40</b>	0,95
<b>17</b>	0,97	<b>41</b>	0,96
<b>18</b>	1	<b>42</b>	0,96
<b>19</b>	0,93	<b>43</b>	0,95
<b>20</b>	0,88	<b>44</b>	1
<b>21</b>	0,88	<b>45</b>	0,95
<b>22</b>	0,99	<b>46</b>	0,95
<b>23</b>	0,98	<b>47</b>	0,98
<b>24</b>	0,97	<b>48</b>	0,99

Fonte: elaborado pela autora, 2019.

No que tange o CVC dos critérios, a maioria obteve CVC acima de 80%, conforme demonstra a tabela 3. Os itens 7 (sinais vitais) e 15 (lesões) foram considerados inadequados

nos critérios clareza, com CVC de 60% e 75%, respectivamente, já para o critério compreensão, obteve-se o CVC de 75% para ambos itens. Diante de tais resultados, os itens foram reescritos a fim de tornar mais claro o objetivo, não sendo necessário serem retirados do instrumento. Outro item que apresentou valor de CVC insatisfatório (60%) no critério domínio foi o de número 20 (comorbidades associadas), que também foi reorganizado no sentido de discutir as intercorrências clínicas existentes nas últimas 12h de plantão. O quadro 2 demonstra as intervenções realizadas nos itens após a validação do conteúdo.

**Quadro 2 – Alterações realizadas em itens do ICPENF após validação de conteúdo. Recife – PE, 2019.**

Item (CVC)	Como era	O que foi feito	Como ficou
1 (0,88)	Motivo do Internamento: _____	Encaminhado para o cabeçalho	Igual
2 (0,97)	Hipótese/Diagnóstico Médico: _____	Encaminhado para o cabeçalho	Igual
5 (0,94)	Estado Geral: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Grave	Alteração de “grave” para “mau”	Estado Geral: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mau
7 (0,87)	SSVV: <input type="checkbox"/> Estáveis <input type="checkbox"/> Instáveis	Termo reescrito sem abreviação	Sinais Vitais: <input type="checkbox"/> Estáveis <input type="checkbox"/> Instáveis
9 (0,94)	Controle glicêmico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Acrescentou-se nova opção de resposta ao item	Faz controle glicêmico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Apresenta disglycemia. Valores: _____
10 (0,87)	Balanço hídrico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Reescrito	Controle de balanço hídrico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
11 (0,96)	Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Acrescentou-se nova opção de resposta ao item	Dor: <input type="checkbox"/> Sim. Local: _____ Escala de EVA: ____ <input type="checkbox"/> Não
12 (0,96)	Dispositivos: <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TQT <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> CDL/CTL <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Drenos <input type="checkbox"/> Outros	Acrescentou-se nova opção de resposta ao item	Dispositivos: <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TQT <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> CDL/CTL/CTI <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Drenos <input type="checkbox"/> Outros



13 (0,91)	Diurese: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD	Acrescentou-se nova opção de resposta ao item	Diurese: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> Cistostomia
-----------	--	---	---

Continua na próxima página.

(Continuação)

**Quadro 2 – Alterações realizadas em itens do ICPPENF após validação de conteúdo.  
Recife – PE, 2019.**

Item (CVC)	Como era	O que foi feito	Como ficou
14 (0,94)	Eliminações intestinais: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ostomia	Acrescentou-se nova opção de resposta ao item	Eliminações intestinais: <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ostomia
15 (0,88)	Lesões: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Reescrito	Lesões cutâneas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Tipo: _____ Local: _____)
16 (0,99)	Deambula: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Reescrito	Deambula: <input type="checkbox"/> Sim, com ajuda: _____ <input type="checkbox"/> Sim, sem ajuda <input type="checkbox"/> Não
17 (0,97)	Riscos: <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Lesão por pressão	Acrescentou-se nova opção de resposta ao item	Riscos: <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Lesão por pressão <input type="checkbox"/> Flebite
19 (0,93)	Queixa: _____ _____	Encaminhado para o domínio Situação	Igual.
20 (0,88)	Comorbidades associadas: <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> DRC <input type="checkbox"/> Neoplasias <input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/> Doença Infecciosa <input type="checkbox"/> Doença Inflamatória <input type="checkbox"/> Doença Autoimune	Opções de resposta distribuídas no item 19 da Segunda Versão do ICPPENF	Intercorrências clínicas: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Broncoaspiração <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Síncope <input type="checkbox"/> Outros
21 (0,88)	Cirurgias recentes: _____	Incorporado ao item 23	Igual
23 (0,98)	Procedimentos invasivos realizados: <input type="checkbox"/> Transfusão sanguínea <input type="checkbox"/> Paracentese <input type="checkbox"/> Biopsia <input type="checkbox"/> Drenagem Torácica <input type="checkbox"/> Intubação <input type="checkbox"/> Implante de cateter	Acrescentou-se nova opção de resposta ao item	Procedimentos invasivos realizados: <input type="checkbox"/> Transfusão sanguínea <input type="checkbox"/> Paracentese <input type="checkbox"/> Biopsia <input type="checkbox"/> Drenagem Torácica <input type="checkbox"/> Intubação

			<input type="checkbox"/> Implante de cateter <input type="checkbox"/> Sondagem <input type="checkbox"/> Cirurgia
39 (0,98)	Curativos Tipo e localização: _____	Acrescentou-se nova opção de resposta ao item	Curativos Tipo e localização: _____ Cobertura a ser utilizada: _____

**Tabela 3 – Distribuição dos valores de CVC pelos critérios de clareza, compreensão, pertinência, relevância e domínio. Recife – PE, 2019.**

Fonte: elaborado pela autora, 2019.

Item	CLAREZA		COMPREENSÃO		PERTINÊNCIA		RELEVÂNCIA		DOMÍNIO	
	n (%)	CVC	n (%)	CVC	n (%)	CVC	n (%)	CVC	n (%)	CVC
1	17 (85%)	0,85	17 (85%)	0,85	18 (90%)	0,9	18 (90%)	0,9	18 (90%)	0,9
2	20(100%)	1	19 (95%)	0,95	20 (100%)	1	20(100%)	1	18 (90%)	0,9
3	20(100%)	1	20 (100%)	1	19 (95%)	0,95	20(100%)	1	20(100%)	1
4	20(100%)	1	20(100%)	1	20(100%)	1	20(100%)	1	20(100%)	1
5	17 (85%)	0,85	19 (95%)	0,95	19 (95%)	0,95	19 (95%)	0,95	20(100%)	1
6	20(100%)	1	20 (100%)	1	17 (85%)	0,85	20(100%)	1	20(100%)	1
7	12(60%)	0,6	15(75%)	0,75	20 (100%)	1	20(100%)	1	20(100%)	1
8	20(100%)	1	20 (100%)	1	20 (100%)	1	20(100%)	1	18 (90%)	0,9
9	17 (85%)	0,85	18 (90%)	0,9	19 (95%)	0,95	20(100%)	1	20(100%)	1
10	16(80%)	0,8	18 (90%)	0,9	17 (85%)	0,85	17 (85%)	0,85	19 (95%)	0,95
11	19 (95%)	0,95	19 (95%)	0,95	20 (100%)	1	20(100%)	1	18 (90%)	0,9
12	19(95%)	0,95	19(95%)	0,95	20(100%)	1	20(100%)	1	18(90)	0,9
13	18(90%)	0,9	18(90%)	0,9	19(95%)	0,95	19(95%)	0,95	17(85%)	0,85
14	19(95%)	0,95	19(95%)	0,95	18(90%)	0,9	19(95%)	0,95	19(95%)	0,95
15	15(75%)	0,75	15(75%)	0,75	20(100%)	1	20(100%)	1	18(90%)	0,9
16	20(100%)	1	20(100%)	1	19(95%)	0,95	20(100%)	1	20(100%)	1
17	19(95%)	0,95	19(95%)	0,95	19(95%)	0,95	20(100%)	1	20(100%)	1
18	20(100%)	1	20(100%)	1	20(100%)	1	20(100%)	1	20(100%)	1
19	18(90%)	0,9	18(90%)	0,9	20(100%)	1	20(100%)	1	17 (85%)	0,85
20	17 (85%)	0,85	20(100%)	1	20(100%)	1	19(95%)	0,95	12(60%)	0,6
21	18(90%)	0,9	18(90%)	0,9	17 (85%)	0,85	18(90%)	0,9	17 (85%)	0,85
22	20(100%)	1	20(100%)	1	20(100%)	1	20(100%)	1	19 (95%)	0,95
23	20(100%)	1	20(100%)	1	20(100%)	1	20(100%)	1	18(90%)	0,9
24	19(95%)	0,95	19(95%)	0,95	20(100%)	1	20(100%)	1	19 (95%)	0,95
25	20(100%)	1	20(100%)	1	19(95%)	1	20(100%)	1	19 (95%)	0,95
26	19(95%)	0,95	19(95%)	0,95	18(90%)	0,9	19(95%)	0,95	19 (95%)	0,95
27	20(100%)	1	19(95%)	0,95	20(100%)	1	20(100%)	1	19(95%)	0,95
28	20(100%)	1	20(100%)	1	20(100%)	1	20(100%)	1	20(100%)	1
29	19(95%)	0,95	19(95%)	0,95	20(100%)	1	20(100%)	1	20(100%)	1

30	19(95%)	0,95	19(95%)	0,95	19(95%)	0,95	20(100%)	1	19(95%)	0,95
31	20(100%)	1	20(100%)	1	20(100%)	1	20(100%)	1	20(100%)	1
32	16(80%)	0,8	17 (85%)	0,85	19(95%)	0,95	20(100%)	1	20(100%)	1
33	18(90%)	0,9	18(90%)	0,9	18(90%)	0,9	18(90%)	0,9	18(90%)	0,9
34	19(95%)	0,95	19(95%)	0,95	19(95%)	0,95	20(100%)	1	19(95%)	0,95
35	19(95%)	0,95	20(100%)	1	20(100%)	1	20(100%)	1	20(100%)	1
36	19(95%)	0,95	19(95%)	0,95	20(100%)	1	20(100%)	1	18(90%)	0,9
37	19(95%)	0,95	19(95%)	0,95	20(100%)	1	20(100%)	1	20(100%)	1
38	19(95%)	0,95	19(95%)	0,95	18(90%)	0,9	19(95%)	0,95	20(100%)	1
39	19(95%)	0,95	19(95%)	0,95	20(100%)	1	20(100%)	1	20(100%)	1
40	18(90%)	0,9	18(90%)	0,9	19(95%)	0,95	20(100%)	1	20(100%)	1
41	19(95%)	0,95	19(95%)	0,95	20(100%)	1	20(100%)	1	18(90%)	0,9
42	19(95%)	0,95	19(95%)	0,95	19(95%)	0,95	19(95%)	0,95	20(100%)	1
43	18(90%)	0,9	19(95%)	0,95	19(95%)	0,95	19(95%)	0,95	20(100%)	1
44	20(100%)	1	20(100%)	1	20(100%)	1	20(100%)	1	20(100%)	1
45	18(90%)	0,9	19(95%)	0,95	19(95%)	0,95	19(95%)	0,95	20(100%)	1
46	18(90%)	0,9	19(95%)	0,95	19(95%)	0,95	19(95%)	0,95	20(100%)	1
47	20(100%)	1	20(100%)	1	19(95%)	0,95	19(95%)	0,95	20(100%)	1
48	20(100%)	1	20(100%)	1	20(100%)	1	19(95%)	0,95	20(100%)	1

Já na tabela 4, percebe-se que os 20 juízes apresentaram um elevado nível de concordância dos itens propostos. Todos apresentaram CVC acima de 80%, o que revela que o instrumento é válido.

**Tabela 4 - Análise e avaliação dos Juízes para a validação dos itens do instrumento referente à clareza, compreensão, pertinência, relevância e domínio. Recife - PE, 2019.**

Juiz	CVC	Juiz	CVC
1	0,93	11	0,98
2	0,98	12	0,96
3	0,97	13	0,82
4	0,95	14	0,84

<b>5</b>	1	<b>15</b>	0,92
<b>6</b>	0,96	<b>16</b>	0,93
<b>7</b>	0,96	<b>17</b>	0,98
<b>8</b>	0,98	<b>18</b>	0,96
<b>9</b>	0,97	<b>19</b>	0,97
<b>10</b>	0,95	<b>20</b>	0,94

**Global: 0,95**

---

Fonte: elaborado pela autora, 2019.

Sugestões importantes foram dadas pelos juízes a fim de aprimorar o instrumento e deixá-lo factível para aplicação posteriormente (Quadro 3).

**Quadro 3 – Comentários dos Juízes na Validação de Conteúdo. Recife – PE, 2019.**

Itens da primeira versão	Considerações dos Juízes	Itens da segunda versão
1. Motivo de internamento	Juiz 3: acrescentar opções como tratamento, diagnóstico Juiz 9: item repetitivo Juiz 11: colocá-lo na identificação. Juiz 12: acrescentar motivo do internamento atual. Juiz 15: modificar diagnóstico à admissão ou hipótese diagnóstica à admissão Juiz 16: este item se confunde com o 2, retirar um dos dois. Juiz 18: inserir esse item no campo de identificação. Juiz 20: esse item está repetitivo.	Item 1: Colocar o motivo do internamento no cabeçalho.
2. Hipótese/Diagnóstico médico	Juiz 4: inserir espaço maior. Juiz 11: retirar e colocar na identificação	Item permanece. Será realocado.
3. Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente	Juiz 4: acrescentar sedação. Juiz 12: inserir estados intermediários.	
4. Nível de Orientação: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado.	Juiz 2: acrescentar algo desorientado.	
5. Estado geral: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> grave	Juiz 4: acrescentar comprometido. Juiz 9: inserir ruim ou decaído antes de grave, já que é progressivo. Juiz 11: inserir outros estados intermediários.	Item 5: inserir estados intermediários.
6. Higiene: <input type="checkbox"/> satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória		
7. Sinais Vitais: <input type="checkbox"/> Estáveis <input type="checkbox"/> Instáveis	Juiz 3: Se instáveis, quais? Juiz 4: Escrever por extenso e acrescentar uso de drogas vasoativas. Juiz 9: Inserir os valores instáveis. Juiz 10: Evitar o uso de siglas. Juiz 15: Definir instável e estável. Juiz 17: Deve conter o valor dos parâmetros.	Item 7: Quanto aos sinais vitais instáveis, sugeriu-se colocar espaço para especificar os valores dos parâmetros.
8. Dieta: <input type="checkbox"/> ZERO <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> GTT	Juiz 10: acrescentar outros	
9. Controle glicêmico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Juiz 1 e 9: acrescentar disglucemias.	Acrescentar disglucemias
10. Balanço hídrico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Juiz 1: acrescentar positivo e negativo. Juiz 13: inserir um verbo, como realizar	Acrescentar o verbo REALIZ AR.
11. Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Juiz 2: acrescentar resultado da escala de EVA. Juiz 3: acrescentar local .	Acrescentar o local e espaço para os valores da escala de EVA.
12. Dispositivos: <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TQT <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> CDL/CTL <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> DRENOS <input type="checkbox"/> OUTROS	Juiz 19: acrescentar cti.	Acrescentar CTI.

Continua na próxima página.

**Quadro 3 – Comentários dos Juizes na Validação de Conteúdo. Recife – PE, 2019.**

(Continuação)

Itens da primeira versão	Considerações dos Juizes	Itens da segunda versão
13. Diurese: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD	Juiz 9: inserir sva e cistostomias. Juiz 2: acrescentar sva Juiz 13: acrescentar cistostomia Juiz 20: acrescentar outros e retirar svd. Acrescentar sva e cistostomia.	Inserir SVA e cistostomias.
14. Eliminações intestinais: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ostomia	Juiz 1: acrescentar ausente. Juiz 13: acrescentar s( ) n( ) aspectos normais e diarreia.	
15. Lesões: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Juiz8: inserir o local da lesão. Juiz 9:especificar o tipo de lesão. Juiz 10: acrescentar grau I,II,III. Juiz 11:repetitivo. Juiz 12:especificar o tipo de lesão . Juiz 13: inserir o local. Juiz 15: acrescentar lesões cutâneas. Juiz 18: inserir tipo e local da lesão .	Acrescentar “cutâneas” e local .
16. Deambula: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Juiz 11: repetitivo Juiz 13:/acrescentar com ajuda.	
17. Riscos: <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Lesão por pressão	Juiz 2: acrescentar riscos assistenciais Juiz 13: acrescentar broncoaspiração.	
18. Precauções Contato <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aerossol <input type="checkbox"/> Gotícula <input type="checkbox"/> Reverso	Juiz 13: acrescentar precaução padrão	Acrescentar às precauções o tipo “padrão”.
19. Queixa: _____	Juiz 15: esse item deverá fazer parte da avaliação. Juiz 19: esse item deverá ir para situação.	Deverá ser deslocado para situação.
20. Comorbidades associadas: <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> DRC <input type="checkbox"/> NEOPLASIAS <input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/> DOENÇA INFECCIOSAS <input type="checkbox"/> DOENÇAS INFLAMATÓRIAS <input type="checkbox"/> DOENÇAS AUTOIMUNESS .	Juiz 1: deveria estar na avaliação Juiz 2:por se tratar de comorbidades, não deveria fazer parte da avaliação Juiz 4:acrescentar doenças psíquicas e uso de prótese cardíacas. Juiz 10: acrescentar outros. Juiz 13: acrescentar alergias. Juiz 17:esse item deverá ser da situação. Não deverá usar siglas. Juiz 18:inserir legendas das siglas. Juiz 19:inserir na avaliação.	Como sugerido, esse item foi pra a avaliação e ficará como espaço a ser preenchido, só na necessidade.

Continua na próxima página.



**Quadro 3 – Comentários dos Juízes na Validação de Conteúdo. Recife – PE, 2019.**

(Continuação)

Itens da primeira versão	Considerações dos Juízes	Itens da segunda versão
21. Cirurgias recentes: _____	Juiz 15: modificar para: realizou cirurgia nas últimas 12h ou cirurgias nas últimas 12h. Juiz 19: retirar esse item.	
22. Intercorrências clínicas: <input type="checkbox"/> SANGRAMENTO <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ALERGIAS <input type="checkbox"/> BRONCOASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> VÔMITO <input type="checkbox"/> SÍNCOPE	Juiz 19: retirar febre, hipertensão, hipotensão, pois já está na situação.	Sugeriu-se retirar febre, hipertensão e hipotensão por já fazer parte da situação.
23. Procedimentos invasivos <input type="checkbox"/> Transfusão sanguínea <input type="checkbox"/> Paracentese <input type="checkbox"/> Biopsia <input type="checkbox"/> Drenagem Torácica <input type="checkbox"/> Intubação <input type="checkbox"/> Implante de cateter	Juiz 12: acrescentar sitio de inserção do cateter. Juiz 13: acrescentar realizados. Juiz 15: incluir sondagem vesical . Juiz 16: Juiz 18: incluir flebotomia terapêutica e aférese	Inserir um campo pra sondagem e deixar um espaço para OUTROS, caso haja necessidade.
24. Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____	Juiz 13: acrescentar sono noturnos ( ) n( ) adequado s( ) n( Juiz 19: juntar os itens 24 e 25.	Do item 24 ao 34 referentes ao domínio AVALIAÇÃO, acataram-se as sugestões dos juízes: Deixar um espaço em branco e, caso haja necessidade em avaliar algum dos parâmetros clínicos e ou laboratorial, que se utilize para tal.
25. Nível de Orientação: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:	Juiz 10: esse já está na situação? Juiz 16: deveria ficar em aberto para colocar se houver necessidade.	AVALIAÇÃO
26. Estado geral: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____	Juiz 16: esse item repetitivo, deveria deixar espaço só pra colocar se for necessário. Juiz 18: retirar, não considero parâmetro clínico prioritário. Retirar esse item, pois pode se somar a outros	AVALIAÇÃO
27. SSVV: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____	Juiz 15: item se repete na situação. Juiz 16: repetitivo Juiz 18: item repetitivo	AVALIAÇÃO
28. Dieta: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____	Juiz 16: item repetitivo, deixar espaço para só colocar quando for necessário. Juiz 20: repetitivo	AVALIAÇÃO
29. Dor: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____ Local e intensidade: _____	Juiz 13: item repetitivo com a situação. Juiz 15: acrescentar local e intensidade e avaliação de escala de dor. Juiz 16: repetitivo. Deixar espaço em branco pra só colocar S/N.	AVALIAÇÃO

Continua na próxima página.

**Quadro 3 – Comentários dos Juizes na Validação de Conteúdo. Recife – PE, 2019.**

(Continuação)

Itens da primeira versão	Considerações dos Juizes	Itens da segunda versão
30. Diurese: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Juiz 12: acrescentar volume urinário. Juiz 15: Repetitivo Juiz 16: Deixar espaço pra só colocar se houver necessidade Juiz 18: inserir cor/colúrica /hemática/limpida.	AVALIAÇÃO
31. Eliminações intestinais: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _	Juiz 18: acrescentar normais, diarréia, melena, sangramento vivo. Juiz 19: repetitivo.	AVALIAÇÃO
32. Lesão cutânea: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:	Juiz 13: acrescentar o tipo de lesão, mas o item se repete. Juiz 13: especificar o tipo Juiz 15: especificar o tipo de lesão. Juiz 18: o tipo e local da lesão deveriam estar compilados juntos, evitar a repetição.	AVALIAÇÃO
33. Deambulação: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____	Juiz 12: repetitivo Juiz 13: acrescentar com ajuda. Juiz 19: acrescentar o risco para quedas nesse item	AVALIAÇÃO
34. Precauções: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _ Tipo: _____	Juiz 13: acrescentar o tipo, mas também se repete. Juiz 16: repetitivo, considero deixar espaço em branco para colocar S/N.	AVALIAÇÃO
35. procedimentos invasivos	Juiz 16: repetitivo, deixar espaço vazio pra colocar S/N. Juiz 18: acrescentar programados. Juiz 13/acrescentar medicação pré- procedimento- desnecessário?	
36. Exames <input type="checkbox"/> Laboratorial <input type="checkbox"/> Imagem <input type="checkbox"/> Jejum a partir de: _____	Juiz 9: acrescentar outros em exames Juiz 12: acrescentar dar orientações pré-operatórias. Juiz 19: acrescentar culturas em exames. Juiz 20: acrescentar solicitados	
37. Pré Operatório: <input type="checkbox"/> Jejum a partir de: _____ <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Orientações	Juiz 15: especificar a coleta e realização de exames.	
38. <input type="checkbox"/> Marcação de exames Quais: _____	Juiz 4: colocar esse item próximo ao item 36. Juiz 15: especificar a coleta e realização de exames.	
39. <input type="checkbox"/> Curativos/ Tipo e localização:	Juiz 19: acrescentar tipo de cobertura utilizada.	Inserir o tipo de cobertura utilizada no curativo.
40. <input type="checkbox"/> Mudança de Decúbito: sim <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	Juiz 2: inserir os horários Juiz 12: esse item está vago.	Inserir o verbo “realizar” e o intervalo de tempo da mudança de decúbito
41. <input type="checkbox"/> Repouso Absoluto no Leito		

Continua na próxima página.

**Quadro 3 – Comentários dos Juízes na Validação de Conteúdo. Recife – PE, 2019.**

(Conclusão)

Itens da primeira versão	Considerações dos Juízes	Itens da segunda versão
42. Estimular Deambulação		
43. <input type="checkbox"/> Peso em jejum	Juiz 19: inserir o valor. Juiz 20: inserir o local pra o valor.	
44. <input type="checkbox"/> Reavaliação clínica nas próximas h.	Juiz 12: inserir os horários.	
45. <input type="checkbox"/> Pareceres:	Juiz 4: especificar as clínicas Juiz 9: especificar o tipo do parecer. Juiz 13: especificar as clínicas a quem se destinam os pareceres. Juiz 20: especificar as clínicas.	
46. Reavaliação clínica nas próximas h.		
47. <input type="checkbox"/> Programação de alta <input type="checkbox"/> Orientação educativas para o autocuidado		Inserir o verbo “Oferecer” orientações educativas para o autocuidado.
48. Programação de transferência interna/externa: _____		

Fonte: elaborado pela autora, 2019.

Finalizada a etapa de validação do conteúdo do instrumento de Comunicação para passagem de Plantão entre Enfermeiros (ICPPENF), elaborou-se a segunda versão do instrumento para ser validada quanto à semântica com o público-alvo.

Na análise do conteúdo do ICPPENF, os juízes sugeriram diversas contribuições de acordo com cada domínio. Em relação ao Domínio situação, as sugestões se referiram à repetição de alguns itens, como “motivo do internamento” e “diagnóstico médico”, indicando a transferência de um dos itens para o cabeçalho. Relativo aos sinais vitais, sugeriu-se que fosse aberto um espaço para inserir os valores dos que estavam instáveis; para o controle glicêmico, que contemplasse as disglucemia; aos dispositivos, que acrescentassem o Cateter Totalmente Implantado (CTI); no campo de eliminações urinárias, que fossem acrescentados cistostomia e Sonda Vesical de Alívio (SVA). E em relação às lesões, sugeriu-se que fossem acrescentados o termo “cutâneas” e inseridos os campos para a localização e o grau dessas.

As sugestões para o Domínio histórico foram relativas ao uso de siglas que deveria ser evitado e outros itens que se repetiam no Domínio situação, como febre, hipo e hipertensão e assim deveriam ser retirados. Nos itens de procedimentos invasivos, as sugestões foram para acrescentar a localização do sítio de inserção do cateter implantado, incluir sondagem vesical e um campo para procedimentos realizados. No Domínio avaliação, foi sugerido que deixasse um espaço em branco para que se, houvesse necessidade de avaliar algum parâmetro clínico nas 12h de plantão, esse fosse notificado por escrito a fim de evitar a repetição dos itens e tornar o instrumento mais sucinto na sua apresentação. Ademais, poderia ter um campo para a evolução de enfermagem.

No Domínio recomendação, foram indicadas para o item de procedimentos invasivos, acrescentar “programados”; no item 36, dos exames laboratoriais, acrescentar os termos “outros”, “culturas” e “solicitados”. No item 39, referente à curativo, incluir o “tipo de cobertura a ser utilizada”. Acrescentar, no item 40, relativo à mudança de decúbito, o intervalo de tempo para a realização do mesmo. Já para o item 44, da reavaliação clínica, inserir o espaço para o tempo que deve ser feita a reavaliação pelo profissional médico. No item 47, inserir o verbo “oferecer” quando se refere às orientações educativas para o autocuidado.

Foi acatada a sugestão relacionada a transferência do motivo do internamento ser transferido para o cabeçalho. Quanto aos sinais vitais, reconheceu-se a importância de ter notificado o valor do sinal instável. Igualmente, consideraram-se aceitas as sugestões

quanto a acrescentar: disglycemias, cistostomia, SVA, como também o termo “cutâneas”, e localização para o item relativo às lesões.

Acataram-se totalmente as sugestões do Domínio breve histórico, uma vez que se reconheceu a repetição dos itens que já tinham sido contemplados no Domínio situação, assim como, a importância para a segurança do paciente em indicar o sítio de inserção do cateter que foi implantado, e o registro dos procedimentos realizados de forma geral. Relativo às sugestões para avaliação, foi de grande relevância, pois o instrumento encontrava-se com muitos itens repetidos, o que poderia torna-lo exaustivo no preenchimento. Portanto, a sugestão de deixar um espaço em branco para notificar a avaliação dos parâmetros clínicos apenas nas necessidades foi de grande valia.

No Domínio das recomendações, acataram-se todas as sugestões propostas, considerando-se que todo o conjunto beneficiou o ICPENF no sentido de deixá-lo ainda mais completo na comunicação de segurança, como por exemplo: o tipo de cobertura utilizada no curativo a ser realizado, ou o registro do intervalo de tempo que um determinado paciente deverá ser avaliado pelo médico, indicam elementos imprescindíveis para garantir uma boa comunicação de segurança.

**Figura 3 - Segunda Versão do ICPPENF após Validação de Conteúdo e seguimento para Análise Semântica. Recife – PE, 2019.**

SBAR – PASSAGEM DE PLANTÃO – SEGUNDA VERSÃO			
Identificação do Paciente			
Nome: _____		Registro: _____	
Data de admissão: _____		Setor: _____	
Diagnóstico Médico: _____		Motivo do Internamento: _____	
Pulseira de Identificação: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Acompanhante: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
Situação (Qual a situação clínica do paciente, nas últimas 12h?)	Breve histórico (Qual a evolução clínica do paciente, nas últimas 12h?)	Avaliação (Quais os parâmetros clínicos a serem avaliados nas próximas 12h? Se houver, liste-os abaixo.)	Recomendação (Quais as recomendações/ procedimentos para o paciente, nas próximas 12h?)
1. Queixa: _____	19. Houve intercorrências Clínicas: <input type="radio"/> Febre <input type="radio"/> Hipertensão <input type="radio"/> Hipotensão <input type="radio"/> Sangramento <input type="radio"/> PCR <input type="radio"/> Alergias <input type="radio"/> Broncoaspiração <input type="radio"/> Vômito <input type="radio"/> Síncope <input type="radio"/> Outros: _____	_____	21. <input type="radio"/> Procedimentos invasivos programados: _____
2. Nível de consciência: <input type="radio"/> Consciente <input type="radio"/> Inconsciente	_____	_____	22. Exames solicitados: <input type="radio"/> Laboratorial <input type="radio"/> Imagem <input type="radio"/> Jejum a partir de _____ <input type="radio"/> Orientações para o exame
3. Nível de orientação: <input type="radio"/> Orientado <input type="radio"/> Desorientado	_____	_____	23. Pré Operatório: <input type="radio"/> Jejum a partir de: _____ <input type="radio"/> Banho <input type="radio"/> Orientações
4. Estado geral: <input type="radio"/> Bom <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> Mau	_____	_____	24. <input type="radio"/> Marcação de exames. Quais: _____
5. Higiene: <input type="radio"/> Satisfatória <input type="radio"/> Insatisfatória	_____	_____	25. <input type="radio"/> Curativos Tipo e localização: _____ Cobertura a ser utilizada: _____
6. Sinais vitais: <input type="radio"/> Estáveis <input type="radio"/> Instáveis: _____	_____	_____	26. <input type="radio"/> Realizar mudança de decúbito a cada _____ / _____ h
7. Padrão respiratório: <input type="radio"/> Eupnéico <input type="radio"/> Dispneico	_____	_____	27. <input type="radio"/> Repouso absoluto no leito
8. Dieta: <input type="radio"/> Zero <input type="radio"/> VO <input type="radio"/> SNG <input type="radio"/> SNE <input type="radio"/> NPT <input type="radio"/> GTT	_____	_____	28. <input type="radio"/> Estimular deambulação
9. Faz controle glicêmico: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Apresenta disglycemia. Valores: _____	_____	_____	29. <input type="radio"/> Peso em jejum
10. Controle de balanço hídrico: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	_____	_____	30. <input type="radio"/> Reavaliação clínica a cada _____ h
11. Dor: <input type="radio"/> Sim (Local: _____ Escala de EVA: _____) <input type="radio"/> Não	20. Houve procedimentos invasivos realizados: <input type="radio"/> Transfusão sanguínea <input type="radio"/> Paracentese <input type="radio"/> Biópsia <input type="radio"/> Drenagem torácica <input type="radio"/> Intubação <input type="radio"/> Implante de cateter <input type="radio"/> Sondagem: _____ <input type="radio"/> Cirurgia: _____ <input type="radio"/> Outros: _____	_____	31. <input type="radio"/> Pareceres: _____
12. Dispositivos: <input type="radio"/> TOT <input type="radio"/> TQT <input type="radio"/> AVP <input type="radio"/> AVC <input type="radio"/> CDL/CTL/CTI <input type="radio"/> PICC <input type="radio"/> GTT <input type="radio"/> Drenos <input type="radio"/> Outros	_____	_____	32. <input type="radio"/> Oferecer orientações educativas para o auto – cuidado
13. Diurese: <input type="radio"/> Espontânea <input type="radio"/> SVD <input type="radio"/> SVA <input type="radio"/> Cistostomia	_____	_____	33. <input type="radio"/> Programação de alta
14. Eliminações intestinais: <input type="radio"/> Presentes <input type="radio"/> Ausentes <input type="radio"/> Espontânea <input type="radio"/> Ostomia	_____	_____	34. <input type="radio"/> Programação de transferência interna/externa: _____
15. Lesões cutâneas: <input type="radio"/> Sim (Tipo: _____ Local: _____) <input type="radio"/> Não	_____	_____	35. <input type="radio"/> Outros: _____
16. Deambula: <input type="radio"/> Sim, sem ajuda. <input type="radio"/> Sim, com ajuda (_____ ) <input type="radio"/> Não	_____	_____	
17. Riscos: <input type="radio"/> Queda <input type="radio"/> Lesão por Pressão <input type="radio"/> Flebite	_____	_____	
18. Precauções: <input type="radio"/> Padrão <input type="radio"/> Contato <input type="radio"/> Aerossol <input type="radio"/> Gotícula <input type="radio"/> Reverso	_____	_____	
		Assinatura e Registro do Enfermeiro: _____	

Fonte: elaborado pela autora, 2019.

### 5.3 VALIDAÇÃO SEMÂNTICA

#### 5.3.1 Caracterização do Público-alvo

A análise semântica deu-se a partir da amostra de 30 enfermeiros assistenciais das clínicas médicas e cirúrgicas. A maioria era do sexo feminino, na faixa etária de 31 a 40 anos, possuía a titulação de especialista e vínculo empregatício de celetista pela EBSERH. Quanto aos anos de experiência na instituição obtiveram o mesmo percentual para aqueles que estavam no período de mais de 2 anos até 3anos e os que estavam entre mais de 3 anos até 5 anos (Tabela 5).

**Tabela 5 – Caracterização da Amostra. Recife – PE, 2019.**

<b>Fator avaliado</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade (anos)</b>		
20 a 30 anos	10	33,4
31a 40 anos	14	46,6
41 a 50 anos	06	20,0
<b>Sexo</b>		
Feminino	28	93,3
Masculino	02	6,7
<b>Titulação</b>		
Especialização	20	13,3
Mestrado	10	86,7
<b>Vínculo Empregatício</b>		
UFPE	04	13,3
EBSERH	26	86,7
<b>Tempo de Serviço na Instituição</b>		
Entre 1 e 2 anos	04	13,3
Mais de 2 até 3 anos	11	36,7
Mais de 3 até 5 anos	11	36,7
Mais de 5 anos	04	13,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborado pela autora, 2019.

A validade da aparência ou semântica consiste na avaliação do instrumento quanto à clareza, compreensão, e facilidade da adequação dos itens ao entendimento do público-alvo a quem se destina a tecnologia produzida (PASQUALI, 2016). A tabela 6 apresenta a média do Índice de Concordância (IC) para o público-alvo.

**Tabela 6 - Índice de Concordância dos itens da análise semântica. Recife-PE, 2019.**

<b>Itens</b>	<b>IC</b>
1. Queixa: _____	0,96
2. Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente	1
3. Nível de Orientação: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado	1
4. Estado geral: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mau	0,93
5. Higiene: <input type="checkbox"/> satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória	1
6. Sinais Vitais: <input type="checkbox"/> Estáveis <input type="checkbox"/> Instáveis: _____	1
7. Padrão Respiratório: <input type="checkbox"/> eupnéico <input type="checkbox"/> dispneico	0,96
8. Dieta: <input type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> GTT	0,96
9. Faz controle glicêmico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Apresenta disglucemia Valores: _____	0,96
10. Controle de Balanço hídrico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	1
11. Dor: <input type="checkbox"/> Sim (Local: _____ Escala de EVA _____) <input type="checkbox"/> Não	0,8
12. Dispositivos: <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TQT <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> CDL/CTL/CTI <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Drenos <input type="checkbox"/> Outros	1
13. Diurese: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> Cistostomia	1
14. Eliminações intestinais: <input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ostomia	1
15. Lesões cutâneas: <input type="checkbox"/> Sim (Tipo: _____ Local: _____) <input type="checkbox"/> Não	1
16. Deambula: <input type="checkbox"/> Sim, sem ajuda. <input type="checkbox"/> Sim, com ajuda <input type="checkbox"/> Não	1
17. Riscos: <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Lesão por pressão <input type="checkbox"/> Flebite	1
18. Precauções: <input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Aerossol <input type="checkbox"/> Gotícula <input type="checkbox"/> Reverso	1
19. Houve intercorrências clínicas: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Broncoaspiração <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Síncope <input type="checkbox"/> Outros: _____	1
20. Procedimentos invasivos realizados: <input type="checkbox"/> Transfusão sanguínea <input type="checkbox"/> Paracentese <input type="checkbox"/> Biopsia <input type="checkbox"/> Drenagem Torácica <input type="checkbox"/> Intubação <input type="checkbox"/> Implante de cateter <input type="checkbox"/> Sondagem _____ <input type="checkbox"/> Cirurgia: _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____	1
21. <input type="checkbox"/> Procedimentos invasivos programados: _____	1
22. Exames: <input type="checkbox"/> Laboratorial <input type="checkbox"/> Imagem <input type="checkbox"/> Jejum a partir de: _____ <input type="checkbox"/> Orientações para o exame	1
23. Pré Operatório: <input type="checkbox"/> Jejum a partir de: _____ <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Orientações	1
24. <input type="checkbox"/> Marcação de exames Quais: _____	0,96
25. <input type="checkbox"/> Curativos/Tipo e localização: _____ Cobertura a ser utilizada: _____	1
26. <input type="checkbox"/> Realizar Mudança de Decúbito a cada _____ h/ _____ h	1
27. <input type="checkbox"/> Repouso Absoluto no Leito	1
28. <input type="checkbox"/> Estimular Deambulação	1
29. <input type="checkbox"/> Peso em jejum	1
30. <input type="checkbox"/> Reavaliação clínica a cada _____ h.	1
31. <input type="checkbox"/> Pareceres _____	1
32. <input type="checkbox"/> Oferecer orientação educativa para o auto-cuidado	1
33. <input type="checkbox"/> Programação de alta	1
34. <input type="checkbox"/> Programação de transferência interna/externa: _____	1
35. Outros: _____	1

Fonte: elaborado pela autora, 2019.

Na assistência nas enfermarias de clínica médica e cirúrgica de hospital público, o IC foi acima de 80% para todos os itens do instrumento, revelando que o mesmo está claro e compreensível na totalidade, o que torna sua aplicação prática e factível.



Os itens que apresentaram maiores dúvidas foram de número 4 relativo ao estado geral, quando a semiologia classifica o mesmo como: BOM, REGULAR e RUIM (PORTO, 2014), contudo, entre os enfermeiros não é comum usar o adjetivo RUIM para referenciar o estado geral de pior nível, usualmente, usa-se GRAVE em substituição ao RUIM. Assim, justifica-se o estranhamento do termo pelos enfermeiros.

O outro item gerador de dúvidas foi o de número 11, referente a um dos tipos de escala de dor, a Escala Visual e Analógica (EVA), que permite medir a intensidade da dor consistindo em uma classificação de 0 a 10 dor, sendo 0 ausência de dor e 10 dor insuportável (MARTINEZ; GRASSI; MARQUES, 2011). Evidenciou-se que há um desconhecimento dessa sigla entre alguns dos enfermeiros. Sugeriu-se substituir por escala de dor e abrir um espaço para colocar os valores numéricos. Acatou-se a sugestão de inserir apenas os valores numéricos.

Reconhece-se a importância da avaliação da dor de forma multidimensional que abrange parâmetros fisiológicos, inespecíficos com mensuração objetiva baseada em escalas padronizadas para proporcionar informações sobre respostas individuais à dor (MARTINEZ; GRASSI; MARQUES, 2011). Além disso, a falta de conhecimento clínico, a carência de estudos e o desconhecimento dos efeitos adversos provocados por opioides tornam o manejo efetivo da dor uma prática incomum (LETIERI et al., 2013).

Finalizaram-se os procedimentos teóricos de análise de conteúdo e semântica e elaborou-se a 3ª versão do ICPPENF constando de 35 itens distribuídos nos quatro domínios da ferramenta SBAR, baseada nas considerações realizadas pelos juízes e público alvo tendo em vista o aperfeiçoamento do instrumento. Essa foi considerada a versão final do ICPPENF (Figura 4).

**Figura 4 – Versão Final do ICPPENF validado quanto ao conteúdo e semântica. Recife – PE, 2019.**

SBAR – ICPPENF – VERSÃO FINAL			
Identificação do Paciente			
Nome: _____		Registro: _____	Setor: _____
Diagnóstico Médico: _____		Data de Admissão: _____	
		Pulseira de Identificação: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
		Acompanhante: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Situação (Qual a situação clínica do paciente, nas últimas 12h?)	Breve histórico (Qual a evolução clínica do paciente, nas últimas 12h?)	Avaliação (Quais os parâmetros clínicos a serem avaliados nas próximas 12h? Se houver, liste-os abaixo.)	Recomendação (Quais as recomendações/procedimentos para o paciente, nas próximas 12h?)
1. Queixa: _____	19. Intercorrências Clínicas: <input type="radio"/> Febre <input type="radio"/> Hipertensão <input type="radio"/> Sangramento <input type="radio"/> PCR <input type="radio"/> Alergias <input type="radio"/> Broncoaspiração <input type="radio"/> Vômito <input type="radio"/> Síncope <input type="radio"/> Outros: _____	_____	21. <input type="radio"/> Procedimentos invasivos programados: _____
2. Nível de consciência: <input type="radio"/> Consciente <input type="radio"/> Inconsciente	_____	_____	22. Exames solicitados: <input type="radio"/> Laboratorial <input type="radio"/> Imagem <input type="radio"/> Jejum a partir de _____ <input type="radio"/> Orientações para o exame
3. Nível de orientação: <input type="radio"/> Orientado <input type="radio"/> Desorientado	_____	_____	23. Pré Operatório: <input type="radio"/> Jejum a partir de: _____ <input type="radio"/> Banho <input type="radio"/> Orientações
4. Estado geral: <input type="radio"/> Bom <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> Ruim	_____	_____	24. <input type="radio"/> Marcação de exames. Quais: _____
5. Higiene: <input type="radio"/> Satisfatória <input type="radio"/> Insatisfatória	_____	_____	25. <input type="radio"/> Curativos Tipo e localização: _____ Cobertura a ser utilizada: _____
6. Sinais vitais: <input type="radio"/> Estáveis <input type="radio"/> Instáveis	_____	_____	26. <input type="radio"/> Realizar mudança de decúbito a cada ____ / ____ h
7. Padrão respiratório: <input type="radio"/> Eupnéico <input type="radio"/> Dispneico	_____	_____	27. <input type="radio"/> Repouso absoluto no leito
8. Dieta: <input type="radio"/> Zero <input type="radio"/> VO <input type="radio"/> SNG <input type="radio"/> SNE <input type="radio"/> NPT <input type="radio"/> GTT	_____	_____	28. <input type="radio"/> Estimular deambulação
9. Faz controle glicêmico: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Apresenta disglucemia. Valores: _____	_____	_____	29. <input type="radio"/> Peso em jejum
10. Controle de balanço hídrico: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	_____	_____	30. <input type="radio"/> Reavaliação clínica a cada ____ h
11. Dor: <input type="radio"/> Sim (Local: _____ Escala de dor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) <input type="radio"/> Não	20. Procedimentos invasivos realizados: <input type="radio"/> Transfusão sanguínea <input type="radio"/> Paracentese <input type="radio"/> Biópsia <input type="radio"/> drenagem torácica <input type="radio"/> Intubação <input type="radio"/> Implante de cateter <input type="radio"/> Sondagem: _____ <input type="radio"/> Cirurgia: _____ <input type="radio"/> Outros: _____	_____	31. <input type="radio"/> Pareceres: _____
12. Dispositivos: TOT <input type="radio"/> TQT <input type="radio"/> AVP <input type="radio"/> AVC <input type="radio"/> CDL/CTL/CTI <input type="radio"/> PICC <input type="radio"/> GTT <input type="radio"/> Drenos <input type="radio"/> Outros <input type="radio"/>	_____	_____	32. <input type="radio"/> Oferecer orientações educativas para o auto-cuidado
13. Diurese: <input type="radio"/> Espontânea <input type="radio"/> SVD <input type="radio"/> SVA <input type="radio"/> Cistostomia	_____	_____	33. <input type="radio"/> Programação de alta
14. Eliminações intestinais: <input type="radio"/> Presentes <input type="radio"/> Ausentes <input type="radio"/> Espontânea <input type="radio"/> Ostomia	_____	_____	34. <input type="radio"/> Programação de transferência interna/externa: _____
15. Lesão cutânea: <input type="radio"/> Sim (Tipo: _____ Local: _____) <input type="radio"/> Não	_____	_____	35. <input type="radio"/> Outros: _____
16. Deambula: <input type="radio"/> Sim, sem ajuda <input type="radio"/> Sim, com ajuda (_____) <input type="radio"/> Não	_____	_____	
17. Riscos: <input type="radio"/> Queda <input type="radio"/> Lesão por Pressão <input type="radio"/> Flebite	_____	_____	
18. Precauções: <input type="radio"/> Padrão <input type="radio"/> Contato <input type="radio"/> Aerosol <input type="radio"/> Gotícula <input type="radio"/> Reverso	_____	_____	
		Assinatura/ Registro do Enfermeiro: _____	

Fonte: elaborado pela autora, 2019.

VO: Via Oral. SNG: Sonda Nasogástrica. SNE: Sonda Nasoenteral. NPT: Nutrição Parenteral. GTT: Gastrostomia. TOT: Tubo Orotraqueal. TQT: Traqueostomia. AVP: Acesso Venoso Periférico. AVC: Acesso Venoso Central. CDL/CTL/CTI: Catéter Duplo/Triplo Lúmem e Totalmente Implantado. PICC: Cateter Central de Inserção Periférica. SVD/SVA: Sonda Vesical de Demora/Alívio.

## 6 DISCUSSÃO

Construção de instrumentos que visam a padronização da comunicação entre os profissionais de saúde seguem critérios rigorosos e recomendações de organizações internacionais que promovem a segurança do paciente no mundo, como: Organização Mundial de Saúde (OMS), *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), *The Joint Commission* (JCI) e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), (ANVISA, 2013; BRASIL, 2013; SHIMAMOTO et al., 2014; WHO, 2009). Tais instrumentos são ferramentas importantes para a prevenção dos eventos adversos e na promoção da segurança do paciente mediante os resultados das pesquisas da área em questão (ACHREKAR et al., 2016; LEE, 2015; MERKEL; VON DOSSOW; ZWIBLER, 2017).

A qualidade de um instrumento a ser utilizado para uma comunicação efetiva entre profissionais de saúde é essencial para comprovar a legitimidade e a credibilidade, (MEDEIROS et al., 2014). Sabe-se que antes de serem considerados aptos para uso, os instrumentos devem passar por rigoroso processo de análise e validação com resultados cientificamente robustos (SOUZA, ALEXANDRE, GUIRARDELLO, 2017).

Assim, buscou-se nesta pesquisa oferecer aos enfermeiros o Instrumento de Comunicação para Passagem de Plantão entre Enfermeiros (ICPPENF), orientado pelo Processo de Enfermagem (PE), norteado pela estrutura da ferramenta de comunicação SBAR e estruturado por *checklist* com avaliação céfalo caudal.

A elaboração de itens para um instrumento de passagem de plantão teve como suporte a sistematização da assistência de enfermagem por meio do PE, articulando a presença de itens sobre a identificação do paciente, alterações e intercorrências clínicas, queixas de dor, terapêutica, agendamento de exames e procedimentos a serem realizados, dentre outros (LLAPA RODRÍGUEZ et al., 2013).

O PE é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional e organiza-se em etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: Coleta de dados de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento de Enfermagem; Implementação; e Avaliação de Enfermagem (COFEN, 2009). Para a construção dos itens do ICPPENF buscou-se através do PE a sistematização das informações necessárias para a passagem de plantão, permitindo ao enfermeiro discorrer as cinco etapas. Ademais, os itens foram agrupados nos domínios do SBAR.

O SBAR é a ferramenta mais utilizada por profissionais de saúde para oferecer uma comunicação segura e efetiva. O processo de comunicação deve ser implementado perpassando pelas quatro categorias: Situação, Breve Histórico, Avaliação e Recomendação. Inicialmente, o locutor deverá se identificar e descrever em palavras sucintas a situação encontrada. Depois, coloca-se um breve contexto/histórico da situação. Em seguida, faz-se uma análise sobre a situação e seus desdobramentos futuros, finalizando com recomendação (WHO, 2007; IHI, 2004).

Trata-se de uma ferramenta de comunicação que pode ser usada nos momentos críticos da área da saúde, tais como: passagem de plantão, transferência de pacientes entre unidades internas ou externas de internação ou nas passagens de casos clínicos entre equipes profissionais.

Estudos que utilizaram o SBAR associado ao modelo de *checklist* confirmam que essa modalidade de instrumento de comunicação agiliza o processo de preenchimento além de sistematizar as informações relevantes para serem repassadas na troca de turno e de unidades (BUENO et al., 2015; GARCÍA-SÁNCHEZ et al., 2014). Desta maneira, acredita-se que o modelo *checklist* adotado, proporcione ao enfermeiro responsável por um número elevado de pacientes, a exemplo das enfermarias de clínica médica e cirúrgica em hospitais públicos, a otimização do tempo.

A avaliação clínica do paciente na sequência céfalo-caudal vem sendo seguida por vários instrumentos de passagem de *plantão* por permitir uma análise dos sistemas em ordem, refletindo uma organização clara dos determinantes causais das condições de cada paciente. Ademais, deve incluir itens de identificação do paciente, dados administrativos, lista de problemas, avaliação e plano terapêutico, medicamentos e tratamentos, dispositivos invasivos, e resultados de laboratório (ABRAHAM et al., 2016).

Um instrumento estruturado guiado por suporte metodológico, para favorecer a comunicação efetiva no âmbito hospitalar, uma vez que a mesma minimiza dificuldades e sofrimentos, fortalece a segurança e as relações entre equipes e clientes (FONSECA; PETERLINE; COSTA, 2014). Para tanto, é necessário capacitar os profissionais para implementarem um processo comunicativo eficaz, via ferramentas padronizadas que favoreça e facilite um bom entrosamento entre os envolvidos.

Treinamentos de enfermeiros, médicos e estudantes da área de saúde para desenvolverem habilidades de comunicação em segurança têm sido realizados em todo o mundo por meio de educação permanente a fim de preencher as lacunas deixadas pela formação inicial (SLADE et al., 2019). Contudo, observa-se que as iniciativas para redução de falhas decorrentes

de distorções na comunicação, como o uso de diretrizes internacionais, uso dos *guidelines* terapêuticos e outras medidas, ainda não foram suficientes para uma assistência livre de danos (PALESE et al., 2019).

Nessa perspectiva, foi fundamental que a construção de um instrumento a ser utilizado por enfermeiros na passagem de plantão fosse submetida ao processo de avaliação por especialistas na segurança do paciente bem como por enfermeiros. O diferencial do ICPPENF está no fato dele ter sido validado por especialistas em segurança do paciente e analisado quanto à semântica com o público-alvo, além de se basear em uma ferramenta de comunicação consolidada pela OMS, o que garante uma comunicação completa, concisa e sistematizada para o momento de transição do cuidado entre enfermeiros e a equipe de enfermagem.

O ICPPENF contribuiu para aumentar o número de estudos metodológicos na área de comunicação em enfermagem, na qual se evidencia uma escassez de publicações no tocante à validação de instrumentos para comunicação de segurança, sobretudo quando se refere à ferramenta SBAR de comunicação.

O ICPPENF obteve o CVC global de 96%, tendo apenas dois itens com valores abaixo de 80% para os critérios clareza e compreensão, e um item com 60% para o critério domínio. Contudo, os especialistas pontuaram sugestões em vários itens e foram acatadas, de acordo com o texto descrito nos resultados.

Os níveis adequados de CVC podem ter sido influenciados pelo embasamento teórico realizado através da literatura consultada, bem como pela experiência profissional da pesquisadora como enfermeira do Núcleo de Segurança do Paciente de um hospital universitário de grande porte, o que subsidiou a construção abrangente dos itens elementares para uma passagem de plantão, que retratavam o mais perto da realidade as situações clínicas, intercorrências, procedimentos realizados, parâmetros clínicos de avaliação e o planejamento terapêutico futuro, consideradas informações relevantes para uma comunicação de transição do cuidado.

Pesquisas ratificam a importância da construção de instrumento por meio de suporte teórico metodológico, oferecendo assim um arcabouço para o empreendimento científico que se deseja elaborar. Dessa forma, instrumentos de medidas devem ser dimensionados para minimizarem as falhas dos resultados pretendidos, pois estes contribuem para a avaliação de benefícios de intervenções dos profissionais de saúde e podem determinar mudanças da prática do cuidado (ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2017). Esse dimensionamento também pode ser dado pela análise subjetiva dos itens por especialistas, já

que o posicionamento de um *expert* na área do constructo contribuirá no fortalecimento do instrumento como ferramenta para uma práxis de enfermagem.

Assim, confirmou-se a opinião congruente dos juízes quando consideraram 95% de concordância para a maioria dos itens do estudo.

Outro ponto relevante foram as sugestões dos juízes referentes ao Domínio da avaliação, quando 25% dos juízes sugeriram a mesma modificação para deixar espaço em branco no domínio “Avaliação” e só registrar os dados avaliativos de acordo com a necessidade do paciente, dessa forma evitou-se a repetição dos itens e deixou o ICPPENF mais claro em sua apresentação.

Os itens do Domínio “recomendações” foram os que receberam o maior nível de CVC, variando de 0,95 a 1% entre os itens 35 ao 48. Pode-se inferir que, para os especialistas de segurança do paciente, a necessidade de cumprir com a programação de tratamentos, exames diagnósticos, terapias especializadas, bem como orientações para o autocuidado seja uma das maiores preocupações para proteger os pacientes de eventos indesejados.

De acordo com a distribuição abrangente dos itens em cada um dos Domínios do ICPPENF, verifica-se a possibilidade desse tornar-se um registro permanente da assistência de enfermagem com possibilidade de anexá-lo aos outros documentos que fazem parte do prontuário do paciente, tal a sua completude e relevância também do ponto de vista ético legal, uma vez que por ser um documento escrito já lhe confere o caráter subjacente.

Em estudo de validação de protocolo assistencial de enfermagem para pacientes em cuidados paliativos (SANTOS; OLIVEIRA; FEIJÃO, 2016) encontrou-se uma disposição semelhante dos Domínios contendo os dados do Histórico de enfermagem: nível de consciência, sinais vitais, hidratação, eliminação vesical, balanço hídrico, eliminação intestinal, higiene corporal. No ICPPENF, estes estão elencados no Domínio ‘situação’ e são dados essenciais para descrever a como se encontra o paciente do ponto de vista clínico.

Os juízes sugeriram para o item 9, acrescentar o registro do termo disglícemia, expressão de uso técnico referente ao nível anormal de glicose no sangue, que pode ser um sinal preditivo de Diabetes Mellitus. A comunicação escrita dessa alteração é importante para o acompanhamento clínico dos pacientes internados. De acordo com a OMS, existem mais de 347 milhões de diabéticos no mundo, tornando-se relevante o papel do enfermeiro em reconhecer a vulnerabilidade desses doentes com relação ao manejo e tratamento da doença (JN, 2014). A verificação e o registro fidedigno das alterações na glicemia, como também saber prevenir complicações decorrentes desses eventos, bem como oferecer orientações e treinar esses pacientes para o correto uso da insulínaterapia, além de dar orientações para o autocuidado

é papel central do enfermeiro assistencial com a finalidade de controlar a doença (NASCIMENTO, 2018).

Outra sugestão considerada significativa foi inserir o Cateter Totalmente Implantado (CTI) no item dos dispositivos invasivos, visto que esse tipo de cateter é comum e uma opção que permite a infusão de agentes quimioterápicos, soluções, transfusões sanguíneas, nutrição e coleta de exames de forma segura para ser usado, principalmente, no paciente oncológico, uma vez que a rede venosa desses pacientes é muito utilizada, seja para aplicação da quimioterapia propriamente dita ou para outras necessidades terapêuticas (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2016).

O CTI consiste em um acesso venoso central que possui um reservatório subcutâneo feito de silicone ou titânio geralmente implantado na região infraclavicular. O uso do cateter vascular pode acarretar no desenvolvimento de várias complicações, ocasionadas durante e/ou após a inserção do dispositivo, bem como na retirada do mesmo. Essas complicações podem oferecer risco à vida desses pacientes. A enfermagem diante de um paciente com CTI deve considerar o risco de infecção que esse paciente está submetido bem como deve adotar medidas preventivas que impossibilite a ocorrência dessas infecções e de outras complicações mecânicas que podem ocorrer (PINTO et al., 2015).

No tocante ao item de eliminações urinárias, foram acrescentadas Sonda Vesical de Alívio (SVA) e cistostomias, conforme sugerido pelos juízes. Percebe-se que pacientes clínicos e cirúrgicos utilizam esses dispositivos. Estudo realizado em pacientes paliativos corrobora com o uso de tais ferramentas para ofertar maior qualidade de vida aos mesmos (SANTOS; OLIVEIRA; FEIJÃO, 2016).

Com relação às lesões, os juízes referiram a importância de acrescentar o tipo e local da lesão. A sugestão foi acatada, considerando o respaldo da literatura quando reitera que o cuidado de enfermagem com lesões de pele necessita de atenção especial por parte dos profissionais de saúde, destacando-se o enfermeiro, que busca novos conhecimentos para fundamentar sua prática. Torna-se necessária a sistematização do cuidado e avaliação da ferida para escolha da terapêutica adequada (FAVRETO et al., 2017).

Outro ponto de destaque no domínio “situação” é com relação à dieta, encontrada no item 8, onde todas as opções para identificar a forma da dieta oferecida ao paciente foram disponíveis. Para os casos em que o mesmo apresente qualquer dificuldade em aceitação ou intercorrência relacionada, estas poderão ser descritas no espaço em branco no domínio “Avaliação”. Sabe-se que o cuidado nutricional é essencial para a recuperação do paciente durante a hospitalização, visto que as implicações da desnutrição atuam como coadjuvantes no desenvolvimento de complicações. Por isso, é necessário um aporte nutricional adequado a ser

oferecido ao paciente com a finalidade de contribuir na recuperação e/ou manutenção da sua saúde (SILVA; MATOS E OLIVEIRA, 2016).

No domínio recomendação, foram indicadas para o item de procedimentos invasivos, acrescentar “programados”; no item dos exames laboratoriais, acrescentar os termos “outros”, “culturas” e “solicitados”. No item referente à curativo, incluir o “tipo de cobertura a ser utilizada”. Acrescentar, no item de mudança de decúbito o intervalo de tempo pra a realização do mesmo. Já para o item de reavaliação clínica inserir o espaço para o tempo que deve ser feita a reavaliação pelo profissional médico. No item 47, inserir o verbo “oferecer” quando se refere às orientações educativas para o autocuidado.

Ainda no domínio das Recomendações, acataram-se todas as sugestões propostas, considerando-se que todo o conjunto beneficiou o ICPPENF no sentido de deixá-lo ainda mais completo na comunicação de segurança. O tópico das recomendações foi o mais elogiado pelos juízes por reconhecer a sua importância na manutenção da programação terapêutica individualizada para os pacientes. Esse Domínio trata da reunião dos itens acerca da programação de exames, procedimentos, tratamentos específicos, pareceres, como também a preparação para alta com as orientações necessárias ao autocuidado e retornos para o acompanhamento ambulatorial. Estudo validou o conteúdo de um plano multiprofissional de alta em terapia intensiva e reconheceu que o processo de validação permitiu o alinhamento das condutas e o registro completo das informações relevantes do plano terapêutico de cada paciente que passou pela Unidade de Terapia Intensiva (AMARAL et al., 2018).

No que se refere à análise semântica com o público alvo, ou seja, enfermeiros atuantes na assistência nas enfermarias de clínica médica e cirúrgica de hospital público, o IC foi acima de 80% para todos os itens do instrumento, revelando que o mesmo está claro e compreensível na totalidade, o que torna sua aplicação prática e factível.

Outro estudo de validação da semântica com o público-alvo também demonstrou níveis altos de IC, no qual a maioria dos itens obteve valores acima de 0,90% na validação de instrumento, o que conferiu possibilidade de utilização na avaliação do conhecimento de escolares sobre aleitamento materno (MARTINS et al., 2017).

Estudo mostra que, os EAS decorrentes de uma comunicação defeituosa, perfazem 70% das causas-raízes dos incidentes que levam ao óbito ou dano funcional do órgão durante à prestação do cuidado (OLIVEIRA et al., 2018). Essas falhas de comunicação são relativamente comuns na transição do cuidado, ou seja, no momento da passagem de plantão, devido a frequência intensa que acontece como pela complexidade das informações a serem repassadas,



dentre outras causas. Em cada entrega, existe a possibilidade de um erro e ou omissão crucial na comunicação (SLADE et al., 2019).

Nesse aspecto é imperativo ter avanços nas pesquisas sobre comunicação de transferência para que minimizem as lacunas nos processos de comunicação integrados entre os profissionais da assistência, fato que incorre na geração dos eventos adversos graves (SLADE et al., 2019).

No Brasil, pesquisas nessa área ainda são incipientes, o que desperta para a importância do aperfeiçoamento de processo de padronização de comunicação eficaz. Essa padronização possibilita os itens de segurança que são necessários na comunicação de transição (HEMESATH et al., 2019).

O ICPENF mostrou-se oportuno na sua criação tendo em vista que o mesmo foi idealizado a partir da experiência prática da pesquisadora em segurança do paciente quando constatou falhas na comunicação entre enfermeiros na transição do cuidado, o que poderia gerar a ocorrência de eventos adversos evitáveis. Nessa perspectiva, o instrumento construído e validado com especialistas poderá ser testado em futuras pesquisas científicas completando as etapas psicométricas sugeridas por Pasquali (2013), com fins de garantir uma comunicação sistematizada e segura para o momento de passagem de plantão.

## 7 CONCLUSÃO

O ICPPENF, instrumento de comunicação para passagem de plantão entre enfermeiros nos moldes da ferramenta SBAR, foi considerado válido quanto ao conteúdo e compreensível pela semântica após análise de especialistas em segurança do paciente e enfermeiros atuantes em clínicas médicas e cirúrgicas (público-alvo) de um hospital universitário.

Esse instrumento favorecerá a comunicação de segurança em um dos momentos mais importantes da transição do cuidado na assistência de enfermagem. Trata-se de um instrumento de fácil aplicação, sistematizado e conciso que permite a reunião das informações relevantes acerca do estado clínico e da terapêutica do paciente, com fins de contribuir com a segurança do paciente e subsidiar o enfermeiro para proceder a comunicação de transferência do cuidado de forma responsável e científica.

Recomendam-se outros estudos a serem realizados no que se refere à avaliação das propriedades psicométricas do instrumento de passagem de plantão. Torna-se fundamental pesquisar e implementar a temática da comunicação efetiva entre os profissionais da saúde. Ademais, é necessário envidar esforços no sentido de fazer uso apropriado das tecnologias existentes, das ferramentas de comunicação padronizadas, incentivar os registros completos, bem como, estimular a participação de toda equipe com fins de desenvolver uma cultura de segurança que enfatiza o aprendizado a partir das falhas cometidas. A passagem de plantão entre enfermeiros requer comunicação completa e precisa das informações do paciente para garantir a continuidade do cuidado e o planejamento da terapêutica futura.

## REFERÊNCIAS

ABRAHAM, J. *et al.* Characterizing the structure and content of nurse handoffs: Sequential Conversational Analysis approach. **J Biomed Inform**, [S. l.], v. 59, n. 1, p. 76-88, fev. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2015.11.009>. Acesso em: 28 nov. 2017.

ABRAHAM, J. *et al.* Comparative evaluation of the content and structure of communication using two handoff tools: implications for patient safety. **J Crit Care**, [S. l.], v. 29, n. 2, abr. 2014. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0883-9441\(13\)00451-6](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0883-9441(13)00451-6). Acesso em: 28 nov. 2017.

ACHREKAR, M. S. *et al.* Introduction of Situation, Background, Assessment, Recommendation into Nursing Practice: a prospective study. **Asia Pac J Oncol Nurs**, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 45-50, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27981137>. Acesso em: 4 jan. 2019.

ADAMY, E. K. *et al.* Tecendo a educação permanente em saúde no contexto hospitalar: relato de experiência. **Rev. Enferm. Centro-Oeste Mineiro**, [S. l.], v. 7, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1924>. Acesso em: 21 jun. 2019.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA (Brasil). **Boletim Informativo**. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, jan-jul, 2011. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/272031/Boletim+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+e+Qualidade+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+n%C2%BA+01+Jan-Jul+de+2011/aa36fe6e-f5d5-46ae-9eb6-e93af520fafc>. Acesso em: 2 set. 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA (Brasil). **Ministério da Saúde e Anvisa anunciam ações para aumentar segurança do paciente**. [S. l.], 1 abr. 2013. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/programasecampanhas/31999-31ministerio-da-saude-e-anvisa-anunciam-aco-es-para-aumentar-seguranca-do-paciente>. Acesso em: 28 nov. 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA (Brasil). **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%Aancia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373>. Acesso em: 10 mai. 2018.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY – AHQR. **Suspected UTI SBAR Toolkit**. Nursing Home Antimicrobial Stewardship Guide. Rockville, 2016. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/nhguide/toolkits/determine-whether-to-treat/toolkit1-suspected-uti-sbar.html>. Acesso em: 18 dez. 2018.

AMARAL, T. L. M. *et al.* Construção e validação de conteúdo do plano multiprofissional de alta em terapia intensiva. **Rev. Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 39-48, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.177651/1983-1870.2018v11n1p39-48>. Acesso em: 21 jun. 2019.

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300014>. Acesso em: 19 jan. 2018.

AREDES, M. A. *et al.* Communication between the health team in a surgical clinic: the look of professional of a program of multiprofessional residence in health. **J. res. fundam. care. online**, [S. l.], v. 5, n. 4, p. 458-466, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2013.v5i4.458-466>. Acesso em: 10 mai. 2019.

BARBOSA, A *et al.* O processo de comunicação na Telenfermagem: revisão integrativa. **Rev. bras. enferm.**, [S. l.], v. 169, n. 4, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672016000400765&script=sci\\_abstract&tlng=p t](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672016000400765&script=sci_abstract&tlng=p t). Acesso em: 9 jul. 2017.

BERLO, D.K. **O processo da comunicação**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fundo da cultura, 2003. 296p.

BOHER, C.D. *et al.* Comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar: visão da equipe multiprofissional. **Rev. Enferm. UFSM**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 50-60, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769219260>. Acesso em: 19 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 44 p. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_gestao\\_trabalho\\_2ed.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_gestao_trabalho_2ed.pdf). Acesso em: 21 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>. Acesso em: 21 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**, Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranc a.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranc a.pdf). Acesso em: 16 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2013. 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). Acesso em: 15 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, 2007. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html). Acesso em: 21 jun. 2019.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65 n. 1 p. 93-107, Fev. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000100014>. Acesso em: 20 jan. 2019.

BUENO, B. R. M. *et al.* Caracterização da passagem de plantão entre o Centro Cirúrgico e a Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. SOBECC**, [S. l.], v. 20, n. 3, p. 512-518, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i3.40274>. Acesso em: 15 mar. 2019.

BURGER, D.; JORDAN, S.; KYRIACOS, U. Validation of a modified early warning score-linked Situation-Background-Assessment-Recommendation communication tool: a mixed methods study. **J Clin Nurs.**, [S. l.], v. 26, n. 17, p. 2794-2806, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28401657>. Acesso em: 4 fev. 2019.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400020>. Acesso em: 21 jun. 2019.

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. **J Caring Sci**, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 141-147, 1 jun. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25276757>. Acesso em: 6 mai. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem**. Brasília-DF, 2009. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html). Acesso em: 10 ago. 2018.

CORNELL, P. *et al.* Impact of SBAR on Nurse Shift Reports and Staff Rounding. **MEDSURG Nursing**, [S. l.], v. 23, n. 5, p. 334-342, 2014. Disponível em: <https://insights.ovid.com/medsurg-nursing/mednu/2014/09/000/impact-sbar-nurse-shift-reports-staff-rounding/12/00008484>. Acesso em: 11 fev. 2019.

CORREIA, A. A.; GOMES, F. O. S.; SOLIDÔNIO, E. G. Comunicación para la salud: factor importante en implicaciones por tracoma. **Razón y Palabra**, [S. l.], v. 20, n. 4, p. 347-357, 2017. Disponível em: <http://www.revistarazonypalabra.org/index.php/ryp/article/view/825>. Acesso em: 28 mar. 2019.

CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME (CASP). 10 questions to help you make sense of a review, 2013. Disponível em: [http://media.wix.com/ugd/dded87\\_ebad01cd736c4b868abe4b10e7c2ef23.pdf](http://media.wix.com/ugd/dded87_ebad01cd736c4b868abe4b10e7c2ef23.pdf). Acesso em: 10 de mai. 2018.

DIAS, J. D. Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação. **Rev Min Enferm.**, [S. l.], v. 18, n. 4, p. 866-873, 2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/969>. Acesso em: 22 jun. 2019.

DICKENS, D.; SINSABAUGH, D.; WINGER, B. Primum non nocere. **Arch Pediatr Adolesc Med.**, [S. l.], v. 160, n. 11, p. 1185, nov. 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17088525>. Acesso em: 10 fev. 2019.

DUARTE, S. C. M. *et al.* Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 144-154, 2015. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0144.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0144.pdf). Acesso em: 13 abr. 2018.

ECHEVARRIA-GUANILO, M. E. ; GONCALVES, N.; ROMANOSKI, P. J. Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Medidas: bases conceituais e métodos de avaliação - parte I. **Texto contexto - enferm.**, [S. l.], v. 16, n. 4, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001600017>. Acesso em: 12 abr. 2019.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSEH. HOSPITAL DAS CLÍNICAS - HC-UFPE. **Conheça o HC-UFPE**. [S. l.], 2019. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hc-ufpe>. Acesso em: 7 mai. 2019.

ERNST, K. M.; MCCOMB, S. A.; LEY, C. Nurse-to-nurse shift handoffs on medical-surgical units: a process within the flow of nursing care. **J Clin Nurs.**, [S. l.], v. 27, n. 5-6, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29314328>. Acesso em: 18 ago. 2018.

FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>. Acesso em: 21 jun. 2019.

FAVRETO, F. J. L. *et al.* O papel do enfermeiro na prevenção, avaliação e tratamento das lesões por pressão. **Rev. Gestão & Saúde.**, [S. l.], v. 17, n. 2, p. 37-47, 2017. Disponível em: <http://www.herrero.com.br/files/revista/filea2aa9e889071e2802a49296ce895310b.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2019.

FONSECA, A. S.; PETERLINE, F. L.; COSTA, D. A. **Segurança do Paciente**. São Paulo: Martinari, 2014. 276p.

FRANÇA, T. *et al.* Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1817-1828, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1817.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2019.

GALVÃO, C. M. Níveis de evidência. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 2, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000200001>. Acesso em: 22 abr. 2018.

GARCÍA-SÁNCHEZ, M. J. *et al.* Calidad del registro escrito del médico anestesiólogo durante la transferencia de pacientes postoperados: influencia de la aplicación de una herramienta de comunicación estructurada. **Rev. Esp. Anestes y Reanimación**, [S. l.], v. 61, n. 1, p. 1-60, 2014. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-anestesiologia-reanimacion-344-articulo-calidad-del-registro-escrito-del-S0034935613002594>. Acesso em: 28 set. 2018.

GOMES, L. B; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. **A Educação Permanente em Saúde e as Redes Colaborativas**: conexões para a produção de saberes e práticas. 1. ed. Porto Alegre – RS: Rede UNIDA, 2016. 272 p.

GONÇALVES, M. I. *et al.* Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. **Texto Contexto Enferm**, [S. l.], v. 25, n. 1, 2016. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-2310014.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-2310014.pdf). Acesso em: 2 mar. 2019.

GONÇALVES, M. I. *et al.* Patient Safety and Change-Of-Shift Reporting In Neonatal Intensive Care Units. **Rev Baiana Enferm**, [S. l.], v. 31, n. 2, 2017. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/download/17053/14635>. Acesso em: 11 fev. 2019.

HEALTH AND SAFETY COMMISSION. **Third Report**: Organizing for Safety. ACSNI Study Group of Human Factors. London: HMSO, 1993. 100 p.

HEMESATH, M. S. *et al.* Comunicação eficaz nas transferências temporárias do cuidado de pacientes hospitalizados. **Rev. Gaúcha Enferm.**, [S. l.], 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180325>. Acesso em: 22 abr. 2019.

ILAN, R. *et al.* Handover Patterns: on a observational study of critical care physicians. **BMC Health Serv Res.**, [S. l.], v. 12, n. 11, 10 jan. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22233877>. Acesso em: 24 abr. 2019.

INSTITUTE OF HEALTHCARE IMPROVEMENT – IHI. **Campaign 5 Million Lives**. Extraído do discurso plenário do Dr. Berwick no 16º Fórum Nacional Anual do IHI sobre Melhoria da Qualidade em Cuidados de Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/>. Acesso em: 30 set. 2018.

INSTITUTE OF HEALTHCARE IMPROVEMENT – IHI. **SBAR toolkit**. Cambridge, MA: IHI; 2011. Disponível em: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SBARToolkit.aspx>. Acesso em: 30 set. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE – IBSP. **Como usar o método SBAR na transição do cuidado**. São Paulo, Jan. 2019. Disponível em: <https://www.segurancadopaciente.com.br/qualidade-assist/como-usar-o-metodo-sbar-na-transicao-do-cuidado/>. Acesso em: 18 dez. 2018.

JOHNSTON, M. J. *et al.* A systematic review to identify the factors that affect failure to rescue and escalation of care in surgery. **PlumX Metrics**, [S. l.], v. 157, n. 4, p. 752–763, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.surg.2014.10.017>. Acesso em: 7 dez. 2018.

JOINT COMMISSION INTERNATINAL – JCI. **About JCI**. [S. l.], 2019. Disponível em: <http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/About-JCI/>. Acesso em: 28 mai. 2019.

JORNAL DE NOTÍCIAS (JN). 347 milhões de pessoas no mundo sofrem de diabetes. **Jornal de Notícias**, [S. l.], p. 1-2, 7 nov. 2014. Disponível em: <https://www.jn.pt/sociedade/saude/interior/347-milhoes-de-pessoas-no-mundo-sofrem-de-diabetes-4226408.html>. Acesso em: 22 jun. 2019.

LACOMBE, F. J. M. **Recursos Humanos: princípios e tendências**. 2 ed. São Paulo: Saraiva, 2011. 440p.

KOERICH, C.; ERDMANN, A. L. Gerenciando práticas educativas para o cuidado de enfermagem qualificado em cardiologia. **Rev. Bras. Enferm.**, [S. l.], v. 69, n. 5, p. 872-880, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/0034-7167-reben-69-05-0872.pdf>. Acesso em 15 out. 2018.

LEE, C. T.; DORAN, D. M. The Role of Interpersonal Relations in Healthcare Team Communication and Patient Safety: a Proposed Model of Interpersonal Process in Teamwork. **Can J Nurs Res.**, [S. l.], v. 49, n. 2, p. 75-93, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28841059>. Acesso em: 26 nov. 2018.

LEE, J. Y. Effective communication for patient safety. **J Korean Med Assoc.**, [S. l.], v. 58, n. 2, p. 100-104, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5124/jkma.2015.58.2.100>. Acesso em: 11 dez. 2018.



LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182015>. Acesso em: 21 jun. 2019.

LEONARD, M.; GRAHAM, S.; BONACUM, D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. **Qual Saf Health Care**, [S. l.], v. 13, p. 85-90, 2004. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15465961?ordinalpos=127&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_RVDocSum](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15465961?ordinalpos=127&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum). Acesso em: 17 nov. 2018.

LETIERI, R. V. *et al.* Dor, qualidade de vida, autopercepção de saúde e depressão de pacientes com fibromialgia, tratados com hidrocinestoterapia. **Rev Bras Reumatol**, [S. l.], v. 53, n. 6, p. 494-500, 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0482500413000089>. Acesso em: 4 out. 2018.

LLAPA RODRÍGUEZ, E. O. *et al.* Mapeamento da passagem de plantão sob a ótica dos profissionais de enfermagem. **Enferm. glob.**, [S. l.], v. 12, n. 31, p. 219-231, 2013. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 27 fev. 2019.

MACQUEEN, S. *et al.* A resource for teaching emergency care communication. **Clin Teach.**, [S. l.], v. 13, n. 3, p. 192-196, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26183768>. Acesso em: 9 mar. 2018.

MARTINEZ, J. E.; GRASSI, D. C.; MARQUES, L. G. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. **Rev Bras Reumatol.**, [S. l.], v. 51, n. 4, p. 299-308, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v51n4/v51n4a02>. Acesso em: 28 ago. 2018.

MARTINS, F. D. P. *et al.* Construção e validação de instrumento avaliativo do conhecimento de escolares sobre amamentação. **Acta paul. enferm.**, [S. l.], v. 30, n. 5, p. 466-478, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700068>. Acesso em: 28 ago. 2018.

MEDEIROS, A. C. *et al.* Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000100007>. Acesso em: 22 jun. 2019.

MEDEIROS, R. K. S. *et al.* Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. **Rev. Enf. Ref.**, [S. l.], v. 4, n. 4, p. 127-135, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14009>. Acesso em: 5 nov. 2018.

MERKEL, M. J.; VON DOSSOW, V.; ZWIBLER, B. Strukturierte Patientenübergabe in der perioperativen Medizin. **Der Anaesthetist**, [S. l.], v. 66, n. 6, p. 396-403, 2017. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00101-017-0320-6>. Acesso em: 20 nov. 2018.

MOTTA, J. I. J. *et al.* Educação permanente em saúde. **Olho Mágico**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 67-78, 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000198&pid=S1414-3283201100040001900016&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000198&pid=S1414-3283201100040001900016&lng=pt). Acesso em: 21 jun. 2019.

MÜLLER, M. *et al.* Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. **BMJ Open**, [S. l.], v. 8, n. 8, 2018. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/8/8/e022202>. Acesso em: 27 ago. 2018.

NASCIMENTO, R. A. *et al.* Associação entre autoeficácia e variáveis sociodemográficas e clínicas em pacientes com Diabetes Mellitus. **Medicina Online**, [S. l.], v. 51, n. 2, p. 112-120, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v51i2p112-120>. Acesso em: 21 jun. 2019.

NARGES, T. C.; SHAHNAZ, A.; SHAHNAZ A. Comparison the Effect of Teaching of SBAR Technique with Role Play and Lecturing on Communication Skill of Nurses. **Journal of caring sciences**, [S. l.], v. 3, n. 2, 2014.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, [S. l.], v. 20, n. 3, 1 jan. 2015. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40016>. Acesso em: 5 mar. 2018.

OLIVEIRA, J. G. A. D. *et al.* Interrupções nas passagens de plantão de enfermagem na terapia intensiva: implicações na segurança do paciente. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/33877/26833>. Acesso em: 17 dez. 2018.

OLIVEIRA, M. C.; ROCHA, R. G. M. Reflexão acerca da passagem de plantão: implicações na continuidade da assistência de enfermagem. **Enfermagem Revista**, [S. l.], v. 19, n. 2, 2016. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/13154/10302>. Acesso em: 26 mar. 2018.

OLIVEIRA, T. F.; RODRIGUES, M. C. S. Enfermagem na prevenção de infecção em Cateter Totalmente Implantado no paciente oncológico. **Cogitare**, [S. l.], v. 21, n. 2, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45523>. Acesso em: 21 jun. 2019.

OLIVEIRA, R. M. *et al.* Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.18, n. 1, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>. Acesso em: 21 jun. 2019.

PALESE, A. *et al.* Nursing students' involvement in shift-to-shift handovers: Findings from a national study. **Nurse Educ Today**, [S. l.], v. 75, p. 13-21, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30669021>. Acesso em: 30 abr. 2019.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. 4.ed. Petrópolis – RJ: Vozes, 2013.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. 5. ed. Petrópolis - RJ: Vozes, 2016. 392 p.

PEREIRA, T. J.; PUGGINA, A. C. Validation of the self-assessment of communication skills and professionalism for nurses. **Rev. Bras. Enferm.**, [S. l.], v. 70, n. 30, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672017000300588](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000300588). Acesso em: 26 nov. 2018.

PIMENTA, E. A. G.; COLLET, N. Dimensão cuidadora da enfermagem e da família na assistência à criança hospitalizada: concepções da enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 622-629, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300018>. Acesso em: 5 mar. 2018.

PINTO, A. H. *et al.* Cateter Totalmente Implantado e o conhecimento da equipe de enfermagem oncológica. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 9, n. 11, p.9663-9670, 2015. Disponível em: <http://educacao.heufpel.com.br/wp-content/uploads/sites/2/2017/08/Cateter-Totalmente-Implantado-e-o-conhecimento-da-Equipe-de-Enfermagem-Oncol%C3%B3gica.-Revista-de-Enfermagem-UFPE-On-Line.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2019.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2011. 456p.

PORTO, C. C. **Semiologia Médica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. 881p.

POSSARI, J. F. *et al.* Padronização das atividades em centro cirúrgico oncológico segundo a Classificação das Intervenções de Enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, [S. l.], v. 47, n. 3, p. 600-606, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000300011>. Acesso em: 10 jan. 2019.

QUITÉRIO, L. M. *et al.* Eventos Adversos Por Falhas De Comunicação Em Unidades De Terapia Intensiva. **Espacios**, [S. l.], v. 37, n. 30, p. 19-29, 2016. Disponível em: <https://www.revistaespacios.com/a16v37n30/16373020.html>. Acesso em: 28 ago. 2017.

RACHWAL, C. M. *et al.* Navigating Communication Challenges in Clinical Practice: a new approach to team education. **CriticalCareNurse**, [S. l.], v. 38, n. 6, 2018. Disponível em: <http://ccn.aacnjournals.org/content/38/6/15.full>. Acesso em: 29 nov. 2017.

RAMOS, A. P.; BORTAGARAI, F. M. A COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL NA ÁREA DA SAÚDE. **Rev. CEFAC**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 164-170, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v14n1/186\\_10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v14n1/186_10.pdf). Acesso em: 21 set. 2017.

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. **BMJ Open**, [S. l.], v. 4, n. 1, e004268, 21 jan. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24448849>. Acesso em: 26 nov. 2018.

RAYMOND, M.; HARRISON, M. C. The structured communication tool SBAR (Situation, Background, Assessment and Recommendation) improves communication in neonatology. **S Afr Med J**, [S. l.], v. 104, n. 12, p. 850-852, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26042265>. Acesso em: 13 nov. 2018.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE – REBRAENSP. **Estratégias para a Segurança do Paciente**. Manual para Profissionais da Saúde. Porto Alegre – RS. 133p. Disponível em: [https://www.rebraensp.com.br/images/publicacoes/manual\\_seguranca\\_paciente.pdf](https://www.rebraensp.com.br/images/publicacoes/manual_seguranca_paciente.pdf). Acesso em: 28 nov. 2018.

REVOREDO, L. S. Validação de conteúdo de um instrumento para identificação de violência contra criança. **Acta paul. enferm.**, [S. l.], v. 29, n. 2, p. 205-217, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002016000200205&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002016000200205&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 30 maio 2019.

ROBBINS, S. P. **Comportamento organizacional**. 9. ed. São Paulo: Anhanguera Educacional, 2007.

ROCHA, F. L. R. *et al.* The organizational culture of a Brazilian public hospital. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000016>. Acesso em: 17 nov. 2017.

SÁ, A. C. M. G. N. *et al.* Contribuições da Educação Permanente para Qualificação da Assistência de Enfermagem em um Hospital Público. **Rev. Bras. Cienc. Saúde**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 87-94, 2018. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/880997/contribuicoes-da-educacao-permanente-para.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2019.

SANTOS, E. V.; OLIVEIRA, I. C. M.; FEIJÃO, A. R. Validação de protocolo assistencial de enfermagem para pacientes em cuidados paliativos. **Acta Paul Enferm**, [S. l.], v. 29, n. 4, p. 363-373, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600051>. Acesso em: 23 jan. 2019.

SANTOS, G. R. S.; CAMPOS, J. F.; SILVA, R. C. Comunicação no handoff na terapia intensiva: nexos com a segurança do paciente. **Esc Anna Nery**, [S. l.], v. 22, n. 2, 2018.

Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n2/pt\\_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0268.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n2/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0268.pdf). Acesso em: 23 jan. 2019.

SARDINHA, L. P. *et al.* Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Rev. Eletron. Enfermeria Global**, [S. l.], v. 1, n. 13, p. 324-338, 2013. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt\\_revision1.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt_revision1.pdf). Acesso em: 22 jun. 2019.

SHIMAMOTO, K *et al.* The Japanese Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension: JSH 2014. **Hypertens Res**, [S. l.], v. 37, n. 4, p. 253-390, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24705419>. Acesso em: 3 jan. 2019.

SILVA, M. T. G.; MATOS E OLIVEIRA, M. A importância da terapia nutricional nas Unidades de Terapia Intensiva. **BRASPEN J.**, [S. l.], v. 31, n. 4, p. 347-356, 2016. Disponível em: <http://www.braspen.com.br/home/wp-content/uploads/2017/02/12-AO-A-importância-da-terapia-nutri.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2019.

SILVA, M. F. *et al.* Transferência entre Unidades Hospitalares: implicações da comunicação na segurança do paciente pediátrico. **Rev enferm UFPE on line.**, [S. l.], v. 11, n. 10, p. 3813-3820, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/25217/24300>. Acesso em: 20 jan. 2019.

SILVA, R. R. *et al.* Construção e validação de diagnósticos de enfermagem para pessoas em cuidados paliativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1862.2914>. Acesso em: 11 fev. 2019.

SIMAN, A. G.; BRITO, M. J. M. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Rev Gaúcha Enferm**, [S. l.], v. 37, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68271>. Acesso em: 22 jun. 2019.

SIMAN, A. G.; CUNHA, S. G. S.; BRITO, M. J. M. The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 51, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016045503243>. Acesso em: 5 mar. 2019.

SLADE, D. *et al.* Nurses' perceptions of mandatory bedside clinical handovers: An Australian hospital study. **J Nurs Manag**, [S. l.], v. 27, n. 1, p. 161-171, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30198619>. Acesso em: 30 abr. 2019.

SMEULERS, M. *et al.* Safe and effective nursing shift handover with NURSEPASS: An interrupted time series. **Appl Nurs Res.**, [S. l.], v. 32, p. 199-205, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27969028>. Acesso em: 31 out. 2018.

SMEULERS, M.; LUCAS, C.; VERMEULEN, H. Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. **Cochrane Database Syst**,

[S. l.], v. 24, n. 6, 24 jun. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24957503>. Acesso em: 23 fev. 2019.

SOUSA, C. S. *et al.* Comunicação efetiva entre o Centro Cirúrgico e a Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 44-50, 2014. Disponível em: <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/sobecc.2014.004>. Acesso em: 10 nov. 2018.

SOUSA, M. R. G. *et al.* Eventos adversos em hemodiálise: relatos de profissionais de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100010>. Acesso em: 8 jun. 2018.

SOUZA, A. C.; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiol. Serv. Saúde**, [S. l.], v. 26, n. 3, p. 649-659, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022>. Acesso em: 22 dez. 2017.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. 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). Acesso em: 22 jun. 2019.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem**: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro – RJ: Guanabara Koogan, 2010. 298 p.

TERCIOTTI, S. H.; MACARENO, I. **Comunicação Empresarial na Prática**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2009. 220p.

TORNATORE, A. L. R. M. **Avaliação da Notificação de Eventos Adversos em um Hospital Universitário do Interior de Minas Gerais**. 2017. Dissertação (Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto - SP, 2017. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde-27032018-201015/pt-br.php>. Acesso em: 20 out. 2018.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. 2005. Dissertação (Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Universidade de São Paulo) - Programa de Enfermagem Fundamental, São Paulo, 2005.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* Integração ensino-serviço e sua interface no contexto da reorientação da formação na saúde. **Interface**, [S. l.], v. 20, n. 59, p.1015-1025, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0768>. Acesso em: 21 jun. 2019.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas - SP, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014. Disponível em: <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144/1637>. Acesso em: 8 fev. 2019.

WACHTER, R. M. **Compreendendo A Segurança do Paciente**. 1ª Ed.. ed. Porto Alegre: Amgh, 2010. 478 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. 10 facts on patient safety. **Feature Stories**, março 2018. Disponível em: [https://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/en/](https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/). Acesso em: 18 mai. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Communication During Patient Hand-Overs. **Patient Safety Solutions**: Collaborating Centre for Patient Safety Solutions, maio 2007. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>. Acesso em: 19 out. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**, janeiro 2009. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf). Acesso em: 25 nov. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **World Alliance for Patient Safety**. Forward Programme 2006-2007. Geneva: WHO Press, 2006. 56p. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/worldalliance/>. Acesso em: 10 mai. 2019.

## **APÊNDICE A - CONVITE AOS JUÍZES PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO DE PASSAGEM DE PLANTÃO ENTRE ENFERMEIROS**

Prezado (a) Juiz (a),

Como aluna do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, e juntamente com a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vânia Pinheiro Ramos e Coorientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão, estamos realizando o estudo intitulado Validação de instrumento de comunicação para passagem de plantão entre Enfermeiros. Diante do reconhecimento de sua experiência profissional, convidamos V. S.<sup>a</sup> a emitir seu parecer sobre a primeira versão do instrumento, construído para ser utilizado na pesquisa respondendo a etapa de validação do conteúdo que consta no material entregue, a fim de contribuir para que se atinja o objetivo desta pesquisa.

O instrumento contém 48 itens, distribuídos em quatro domínios: situação, background, assessment, recomendação formadores do mnemônico SBAR. A utilização deste instrumento permitirá uma comunicação efetiva no momento de transição do cuidado entre enfermeiros. Os itens do instrumento foram construídos com base em uma revisão integrativa da literatura, posteriormente realizou-se pesquisa na literatura de: *Guidelines*, resoluções, portarias e literatura atualizada sobre segurança do paciente. Para a validação de conteúdo, solicito sua colaboração para leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; visualização do instrumento e preenchimento do formulário com os itens para validação. Após a avaliação da versão inicial, serão vistas todas as considerações fornecidas pelo grupo de juízes no processo de validação e, com base nisso, será realizada a organização da versão final do material.

Desde já, agradecemos a sua disponibilidade em compartilhar a experiência e conhecimento para a emissão de sua opinião sobre o instrumento de comunicação para passagem de plantão entre enfermeiros a ser utilizado na validação semântica com o público alvo. Solicitamos que a avaliação seja feita no prazo máximo de 15 dias, para atendimento aos prazos de execução da pesquisa. Estamos à disposição para maiores esclarecimentos.



Cordialmente,

---

**Adélia Cristina M Pereira Maciel**

Mestranda PPGENF/UFPE  
Fone: (81) 99729-4505/3037-6102  
E-mail: adeliacmonteiro@hotmail.com

---

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Vânia P. Ramos**

Orientadora, Docente do PPGEnfermagem/UFPE e  
Professora Titular do Departamento de Enfermagem/UFPE  
Fone: 21263661/21268566  
E-mail: vpinheiroramos@uol.com.br

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão**

Coorientadora, Docente do PPGEnfermagem/UFPE e  
Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem/UFPE  
Fone: 21263661/21268566  
E-mail: ceciliamfqueiroz@gmail.com

## **APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS JUÍZES**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS JUÍZES DA ANÁLISE DO CONTEÚDO DO INSTRUMENTO DE PASSAGEM DE PLANTÃO ENTRE ENFERMEIROS.**

Convidamos V. S.<sup>a</sup> para participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada Validação de instrumento de comunicação para passagem de plantão entre enfermeiros.

Esta pesquisa está sob a minha responsabilidade, Adélia Cristina M Pereira Maciel, residente na rua Dr José Maria 1135apto1801 Tamarineira, Recife-PE, CEP:52041800. Sou aluna do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Meus números de telefone são (81) 992267733 (81)32691127e meu endereço eletrônico [adeliacmonteiro@hotmail.com](mailto:adeliacmonteiro@hotmail.com). Também participa desta pesquisa, como orientadora, a Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vânia Pinheiro Ramos, com número de telefones 21263661/21268566, e endereço eletrônico: [vpinheiroramos@uol.com.br](mailto:vpinheiroramos@uol.com.br) e Coorientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão, com número de telefones 21263661/21268566, e endereço eletrônico: [ceciliamfqueiroz@gmail.com](mailto:ceciliamfqueiroz@gmail.com).

Em caso de dúvidas, após leitura do material, você pode esclarecê-las, por correspondência, com as pesquisadoras e, apenas ao final, quando todos os esclarecimentos do estudo forem dados e você concorde em participar da pesquisa, pedimos que marque o campo que vem em seguida ao documento para expressar que está ciente das informações repassadas e sua decisão em ser participante do estudo. Caso não aceite em participar do estudo, não haverá penalização alguma. Se concordar participar, o consentimento poderá ser retirado a qualquer momento, também sem qualquer prejuízo. O objetivo do estudo é Construir e Validar um instrumento de passagem de plantão entre enfermeiros baseado na ferramenta de comunicação SBAR com fins de permitir uma comunicação efetiva no momento de transição do cuidado. O instrumento será construído fundamentado em uma revisão integrativa da literatura, referente à temática estudada, documentos oficiais nacionais e internacionais e trabalhos acadêmicos que envolveram a construção e/ou utilização de instrumento direcionados à comunicação de segurança. Para que a validação de conteúdo aconteça, é necessário que haja um processo de avaliação, com o objetivo de conhecer a concordância entre os avaliadores e relevância dos

itens relacionados à comunicação efetiva entre os enfermeiros no momento de passagem de plantão.

O seu parecer na condição de juiz será emitido por meio de respostas às perguntas contidas na escala. Será necessário que você tenha tempo disponível para a pesquisa e utilize um local tranquilo para respondê-lo. Serão enviados: carta-convite para participação na pesquisa, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cópia da versão inicial do instrumento, questionário para levantamento do perfil profissional do juiz e instrumento para validação de conteúdo com instruções de preenchimento. Após a etapa de coleta de dados, esses materiais serão devolvidos à pesquisadora responsável por meio de correio eletrônico.

Os riscos envolvidos na realização do estudo serão mínimos e compreendem algum constrangimento ou desgaste originados da avaliação do material. Para minimizá-los, sugerimos que as respostas sejam fornecidas em local reservado, seremos objetivos dando ênfase aos conteúdos que dizem respeito ao estudo. Os benefícios estão relacionados à troca de conhecimento entre os envolvidos durante a coleta de dados, além de proporcionar a confiabilidade de uma ferramenta que se torne referência para enfermeiro no momento de passagem de plantão a fim de oferecer uma assistência de qualidade e livre de danos evitáveis.

Essas informações serão confidenciais. A divulgação acontecerá apenas em eventos ou publicações científicas. Certifico-lhe de que o seu anonimato será garantido, sendo a sua identificação revelada apenas entre os responsáveis pelo estudo. Os dados coletados por meio de formulário eletrônico ficarão armazenados em computadores, sob a responsabilidade da autora do estudo, por um período mínimo de cinco anos.

Não haverá cobrança e/ou pagamento para a sua participação na pesquisa, pois a aceitação é voluntária. Em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos do estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa/CCS/UFPE, situado na Avenida da Engenharia, s/n, 1º andar, sala 4, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, com o telefone (81) 21268588 e e-mail [cepcss@ufpe.br](mailto:cepcss@ufpe.br).

---

ADÉLIA CRISTINA M. PEREIRA MACIEL.

Eu, \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_,

abaixo assinado, após a leitura deste documento e esclarecimento das dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar da pesquisa acima referida, como voluntário (a). Declaro que fui esclarecido(a) sobre a pesquisa, os procedimentos envolvidos e sobre os riscos e benefícios envolvidos com minha participação no estudo. Foi garantido que eu posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que leve a alguma penalidade.

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do (a) participante

Presenciamos a solicitação de assentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do(a) voluntário (a) em participar:

---

Assinatura Testemunha 1

---

Assinatura Testemunha 2

**APÊNDICE C - DOCUMENTO PARA ORIENTAÇÃO DOS JUÍZES QUANTO À  
ANÁLISE DO CONTEÚDO DO INSTRUMENTO DE PASSAGEM DE PLANTÃO  
ENTRE ENFERMEIROS**

**(profissionais de saúde com especialização e/ou experiência profissional na área temática  
de qualidade e segurança do paciente)**

Sabendo-se da magnitude do problema gerado pela falta de segurança no contexto da assistência à saúde e que mais de 70% dos eventos adversos graves são decorrentes da comunicação defeituosa entre profissionais de saúde, principalmente no momento de transição do cuidado, elaborou-se um instrumento de passagem de plantão entre enfermeiros baseado na ferramenta de comunicação SBAR.

O SBAR é um método estruturado para comunicar informações críticas que requer atenção e ação imediata, contribuindo para a efetiva escalção de gestão e aumento da segurança do paciente. Reduz as barreiras à comunicação efetiva em diferentes hierarquias e níveis de pessoal, atuando como um recurso para memorização imediata que incentiva a preparação para comunicação (WHO, 2007; IHI, 2011).

A técnica SBAR tornou-se um padrão de comunicação no treinamento de Equipes e é mundialmente conhecida. Incorpora virtualmente vários de seus fundamentos. Promove interação entre os comunicadores por meio de documento padronizado, o que facilita a memorização das informações essenciais a serem repassadas livres de lapsos de memórias. O SBAR originado nas forças armadas e é largamente utilizado nas organizações de alta confiabilidade.

Para a elaboração do instrumento SBAR, procedeu-se uma revisão integrativa da literatura que confirmou o uso da ferramenta como referência na promoção de uma comunicação efetiva entre profissionais de saúde em âmbito mundial. Além dela, buscou-se em legislações nacionais sobre segurança do paciente, diretrizes clínicas e periódicos científicos, o conteúdo dos itens para elaboração do instrumento de comunicação de transferência de turno entre enfermeiros.

O instrumento finalizado, contempla as 4 categorias formadoras do mnemônico SBAR:

**Situation:** Como “situação” será elencado itens pertinentes ao exame físico e dados clínicos do paciente nas últimas 12h de plantão.

**Background:** Para representar a categoria “breve histórico” estão os itens referentes às intercorrências clínicas nas últimas 12h de plantão, bem como comorbidades associadas que tenham relação com clínica atual do paciente.

**Assesment:** Na categoria “avaliação”, os itens referem-se aos parâmetros de exame físico, dados laboratoriais, presença de dispositivos invasivos, balanço hídrico, etc.

**Recomendation:** Na categoria “recomendação” os itens são relativos à programação terapêutica prevista para as próximas 12h de plantão seguintes, tais como: cirurgias, sessões de hemodiálise, exames laboratoriais e radiológicos, procedimentos invasivos, alta hospitalar, transferências internas ou externas.

Com o instrumento SBAR de comunicação, pretende-se oferecer informações imprescindíveis para garantir a qualidade da assistência e segurança do paciente durante a passagem de plantão entre enfermeiros.

Assim, solicitamos a sua colaboração para proceder a avaliação rigorosa de cada item que se encontra enumerado de acordo com os critérios abaixo descritos:

- **CLAREZA (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidades de outras interpretações)**
- **COMPREENSÃO (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)**
- **PERTINÊNCIA (analisa a importância do item para o instrumento)**
- **RELEVÂNCIA (analisa a importância do item para avaliar o conteúdo do instrumento de passagem de plantão entre enfermeiros)**
- **DOMÍNIO (investiga a adequação do item ao instrumento SBAR para de passagem de plantão entre enfermeiros nos domínios situação, histórico, avaliação e recomendação)**

Para a avaliação dos itens de acordo com os critérios mencionados acima, utilize a escala de concordância:

**-1= discordo**

**0 =nem discordo /nem concordo**

**1=concordo**

Caso assinale -1 e 0, por favor, dê sugestões que considerar mais adequadas.

Agradecemos sua participação e empenho em contribuir com a nossa pesquisa. Colocamos-nos à disposição para qualquer esclarecimento que se faça necessário.

Atenciosamente,  
Adélia Monteiro

**APÊNDICE D - DOCUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-  
PROFISSIONAL DOS JUIZES (análise de conteúdo).**

**PARTE 1 - CARACTERIZAÇÃO DO JUIZ**

1. Sexo: 1. ( ) Feminino 2. ( ) Masculino
2. Idade (anos completos): \_\_\_\_\_
3. Cidade em que trabalha: \_\_\_\_\_
4. Categoria profissional: \_\_\_\_\_
5. Último nível de Titulação: 1. ( ) Graduação 2.( ) Especialista 3.( ) Mestre 4.( )  
Doutor 5.( ) Pós Doutor

Tema de estudo: \_\_\_\_\_

Área de estudo: \_\_\_\_\_

6. Ocupação atual: \_\_\_\_\_
7. Tempo de experiência profissional na área temática de qualidade e segurança do paciente (anos completos): \_\_\_\_\_
8. Nos últimos 12 meses, onde exerceu suas atividades profissionais?  
a. ( ) Hospital b. ( ) Instituição de ensino c. ( ) Unidade básica de saúde d. ( )  
outro \_\_\_\_\_
9. Utiliza ou utilizou o conhecimento da segurança do paciente em sua prática profissional?  
a. ( ) Sim. b. ( ) Não.

**APÊNDICE E - INSTRUMENTO ENVIADO AOS JUÍZES PARA A VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO.**

<p align="center"><b>SITUAÇÃO</b></p> <p>Qual a situação clínica do paciente nas últimas 12h?</p>	<p align="center"><b>Clareza</b> (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações).</p>			<p align="center"><b>Compreensão</b> (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação).</p>			<p align="center"><b>Pertinência</b> (analisa a importância do item para o instrumento).</p>			<p align="center"><b>Relevância</b> (analisa a importância do item para avaliar a passagem de plantão entre enfermeiros).</p>			<p align="center">Este item pertence ao domínio <b>BACKGROUND</b>.</p>		
	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
1. Motivo de internamento: _____															
2. Hipótese/Diagnóstico médico: _____															
3. Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente															
4. Nível de Orientação: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado															
5. Estado geral: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Grave															
6. Higiene: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória															
7. SSVV: <input type="checkbox"/> Estáveis <input type="checkbox"/> Instáveis															
8. Dieta: <input type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> GTT															
9. Controle glicêmico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não															
10. Balanço hídrico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não															
11. Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não															
12. Dispositivos: <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TQT <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> CDL/CTL <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Drenos <input type="checkbox"/> Outros															
13. Diurese: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD															
14. Eliminações intestinais: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ostomia															
15. Lesões: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não															
16. Deambula: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não															
17. Riscos: <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Lesão por pressão															
18. Precauções: <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Aerossol <input type="checkbox"/> Gotícula <input type="checkbox"/> Reverso Alergias: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim															
OBSERVAÇÕES:															



<b>BACKGROUND</b> Qual a evolução clínica do paciente, nas últimas 12h?	<b>Clareza</b> (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações).			<b>Compreensão</b> (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação).			<b>Pertinência</b> (analisa a importância do item para o instrumento).			<b>Relevância</b> (analisa a importância do item para avaliar a passagem de plantão entre enfermeiros).			Este item pertence ao domínio <b>BACKGROUND</b> .		
	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
19. Queixa: _____															
20. Comorbidades associadas: <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> DRC <input type="checkbox"/> Neoplasias <input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/> Doença Infecciosas <input type="checkbox"/> Doenças Inflamatórias <input type="checkbox"/> Doenças Autoimunes <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Broncoaspiração <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Síncope <input type="checkbox"/> Outros: _____															
21. Cirurgias recentes: _____															
22. Intercorrências clínicas: <input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Broncoaspiração <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Síncope															
23. Procedimentos invasivos: <input type="checkbox"/> Transfusão sanguínea <input type="checkbox"/> Paracentese <input type="checkbox"/> Biopsia <input type="checkbox"/> Drenagem Torácica <input type="checkbox"/> Intubação <input type="checkbox"/> Implante de cateter <input type="checkbox"/> Outros: _____															
OBSERVAÇÕES:															

<b>AVALIAÇÃO</b> Quais os parâmetros clínicos foram avaliados do paciente nas últimas 12h?	<b>Clareza</b> (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações).			<b>Compreensão</b> (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação).			<b>Pertinência</b> (analisa a importância do item para o instrumento).			<b>Relevância</b> (analisa a importância do item para avaliar a passagem de plantão entre enfermeiros).			Este item pertence ao domínio <b>BACKGROUND</b> .		
	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Houve mudança...															
24. Nível de Consciência: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____															
25. Nível de Orientação: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____															
26. Estado geral: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____															
27. SSVV: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____															
28. Dieta: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____															
29. Dor: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____															
Local e intensidade															
30. Diurese: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____															
31. Eliminações intestinais: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____															
32. Lesão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____															
Local e tipo de cobertura: _____															
33. Deambulação: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____															
34. Precauções: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____															
OBSERVAÇÕES:															

<b>RECOMENDAÇÃO</b> Quais as recomendações/procedimentos para o paciente nas próximas 12h?	<b>Clareza</b> (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações).			<b>Compreensão</b> (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação).			<b>Pertinência</b> (analisa a importância do item para o instrumento).			<b>Relevância</b> (analisa a importância do item para avaliar a passagem de plantão entre enfermeiros).			Este item pertence ao domínio <b>BACKGROUND</b> .		
	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
35. <input type="checkbox"/> Procedimentos invasivos: _____															
36. Exames: <input type="checkbox"/> Laboratorial <input type="checkbox"/> Imagem <input type="checkbox"/> Jejum a partir de: _____ <input type="checkbox"/> Orientações: _____															
37. Pré-Operatório <input type="checkbox"/> Jejum a partir de: _____ <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Orientações															
38. <input type="checkbox"/> Marcação de exames Quais: _____															
39. <input type="checkbox"/> Curativos/Tipo e localização: _____															
40. <input type="checkbox"/> Mudança de Decúbito															
41. <input type="checkbox"/> Repouso Absoluto no Leito															
42. <input type="checkbox"/> Estimular Deambulação															
43. <input type="checkbox"/> Peso em jejum															
44. <input type="checkbox"/> Reavaliação clínica nas próximas ____ h															
45. <input type="checkbox"/> Pareceres															
46. <input type="checkbox"/> Orientações educativas para o auto-cuidado															
47. <input type="checkbox"/> Programação de alta															
48. <input type="checkbox"/> Programação de transferência interna/externa: _____															
OBSERVAÇÕES:															

**APÊNDICE F - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-PROFISSIONAL DOS  
ENFERMEIROS PARA ANÁLISE SEMÂNTICA**

**PARTE 1 - CARACTERIZAÇÃO DO JUIZ**

1. Sexo: 1. ( ) Feminino 2. ( ) Masculino
2. Idade (anos completos): \_\_\_\_\_
3. Há quanto tempo exerce a função de enfermeiro assistencial na instituição?
4. Vínculo empregatício: 1. ( ) Estatutário 2. ( ) Celetista
5. Último nível de Titulação: 1.( ) Graduação 2.( ) Especialista 3.( ) Mestre 4.( ) Doutor 5.( ) Pós Doutor
6. Tempo de experiência profissional:
7. Utiliza ou utilizou o conhecimento da segurança do paciente em sua prática profissional? a. ( ) Sim. b. ( ) Não.

## **APÊNDICE G - INSTRUMENTO PARA A VALIDAÇÃO SEMÂNTICA DO INSTRUMENTO DE PASSAGEM DE PLANTÃO SBAR ENTRE ENFERMEIROS.**

Este instrumento trata-se de uma proposta de comunicação de transferência durante a passagem de plantão entre enfermeiros atuantes nas clínicas médica e /ou cirúrgicas de unidades hospitalares. É um instrumento elaborado pela pesquisadora como produção final do programa de pós-graduação em enfermagem, mestrado acadêmico, do departamento de enfermagem da UFPE. O instrumento constitui-se em uma proposta de passagem de plantão baseada na ferramenta SBAR.

Para cada uma das afirmações deve-se dar apenas uma resposta utilizando a escala gradual a seguir:

**-1: não compreendi**

**0: compreendi pouco e tenho dúvidas**

**1: compreendi tudo e não tenho dúvidas.**

Caso não compreenda totalmente, dê sua sugestão ou reescreva o item, a fim de conferir maior clareza ao instrumento. Suas respostas deverão ser conforme o seu entendimento das palavras e expressões contidas no instrumento SBAR de passagem de plantão entre enfermeiros.

**APÊNDICE H - INSTRUMENTO ENVIADO AOS JUÍZES PARA A VALIDAÇÃO SEMÂNTICA DO INSTRUMENTO.**

<b>SITUAÇÃO</b>			
Qual a situação clínica do paciente nas últimas 12h?			
	-1 (Não compreendi)	0 (Compreendi pouco/ Tenho dúvidas)	+1 (Compreendi tudo e não tenho dúvidas)
1. Queixa: _____			
2. Nível de consciência: (Consciente (Inconsciente			
3. Nível de Orientação: (Orientado (Desorientado			
4. Estado geral: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mau			
5. Higiene: (satisfatória (Insatisfatória			
6. Sinais Vitais: (Estáveis (Instáveis: _____			
7. Padrão Respiratório: <input type="checkbox"/> eupnéico <input type="checkbox"/> dispneico			
8. Dieta: (ZERO( VO( SNG( SNE ( NPT(GTT			
9. Faz controle glicêmico: (Sim (Não <input type="checkbox"/> Apresenta disglucemia Valores: _____			
10. Controle de Balanço hídrico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
11. Dor: <input type="checkbox"/> Sim (Local: _____ Escala de EVA _____ ) <input type="checkbox"/> Não			
12. Dispositivos: (TOT(TQT (AVP(AVC (CDL/CTL/CTI(PICC (GTT (DRENOS (OUTROS			
13. Diurese: (Espontânea (SVD (SVA (Cistostomia			
14. Eliminações intestinais: (Presentes (Ausentes/ (Espontânea (Ostomia			
15. Lesões cutâneas: <input type="checkbox"/> Sim (Tipo: _____ Local: _____ ) <input type="checkbox"/> Não			
16. Deambula: <input type="checkbox"/> Sim, sem ajuda. ( Sim, com ajuda <input type="checkbox"/> Não			
17. Riscos: (Queda(Lesão por pressão (Flebite			

<b>BACKGROUND</b>			
Qual a evolução clínica do paciente nas últimas 12h?			
	-1 (Não compreendi)	0 (Compreendi pouco/ Tenho dúvidas)	+1 (Compreendi tudo e não tenho dúvidas)
1. Houve intercorrências clínicas: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Broncoaspiração <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Síncope <input type="checkbox"/> Outros: _____			
2. Houve procedimentos invasivos realizados: <input type="checkbox"/> Transfusão sanguínea <input type="checkbox"/> Paracentese <input type="checkbox"/> Biopsia <input type="checkbox"/> Drenagem Torácica <input type="checkbox"/> Intubação <input type="checkbox"/> Implante de cateter <input type="checkbox"/> Sondagem _____ <input type="checkbox"/> Cirurgia: _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____			
3. Precauções: ( Padrão (Contato ( Aerossol(Gotícula( Reverso			
<b>RECOMENDAÇÃO</b>			
Quais as recomendações/procedimentos para o paciente nas próximas 12h?			
	-1 (Não compreendi)	0 (Compreendi pouco/ Tenho dúvidas)	+1 (Compreendi tudo e não tenho dúvidas)
1. <input type="checkbox"/> Procedimentos invasivos programados: _____			
2. Exames: <input type="checkbox"/> Laboratorial <input type="checkbox"/> Imagem <input type="checkbox"/> Jejum a partir de: _____ <input type="checkbox"/> Orientações para o exame			
3. Pré Operatório: <input type="checkbox"/> Jejum a partir de: _____ <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Orientações			
4. <input type="checkbox"/> Marcação de exames Quais: _____			
5. <input type="checkbox"/> Curativos/Tipo e localização: _____ Cobertura a ser utilizada: _____			
6. <input type="checkbox"/> Realizar Mudança de Decúbito a cada _____ h/ _____ h			
7. <input type="checkbox"/> Repouso Absoluto no Leito			
8. <input type="checkbox"/> Estimular Deambulação			
9. <input type="checkbox"/> Peso em jejum			

10. <input type="checkbox"/> Reavaliação clínica a cada ____ h.			
11. <input type="checkbox"/> Pareceres _____			
12. <input type="checkbox"/> Oferecer orientação educativas para o auto-cuidado			
13. <input type="checkbox"/> Programação de alta			
14. <input type="checkbox"/> Programação de transferência interna/externa: _____			
15. Outros: _____			



## **APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENFERMEIROS (ANÁLISE SEMÂNTICA)**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENFERMEIROS**

Convidamos V. S.<sup>a</sup> para participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada “Validação de instrumento de comunicação para passagem de plantão entre enfermeiros”. Esta pesquisa está sob a minha responsabilidade, Adélia Cristina M Pereira Maciel, residente na rua Dr José Maria 1135apto1801 Tamarineira, Recife-PE, CEP:52041800. Sou aluna do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Meus números de telefone são (81) 992267733 (81)32691127e meu endereço eletrônico [adeliacmonteiro@hotmail.com](mailto:adeliacmonteiro@hotmail.com). Também participa desta pesquisa, como orientadora, a Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vânia Pinheiro Ramos, com número de telefones 21263661/21268566, e endereço eletrônico: [vpinheiroramos@uol.com.br](mailto:vpinheiroramos@uol.com.br) e Coorientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão, com número de telefones 21263661/21268566, e endereço eletrônico: [ceciliamfqueiroz@gmail.com](mailto:ceciliamfqueiroz@gmail.com).

Em caso de dúvidas, após leitura do material, você pode esclarecê-las, por correspondência, com as pesquisadoras e, apenas ao final, quando todos os esclarecimentos do estudo forem dados e você concorde em participar da pesquisa, pedimos que marque o campo que vem em seguida ao documento para expressar que está ciente das informações repassadas e sua decisão em ser participante do estudo. Caso não aceite em participar do estudo, não haverá penalização alguma. Se concordar participar, o consentimento poderá ser retirado a qualquer momento, também sem qualquer prejuízo. O objetivo do estudo é Construir e Validar um instrumento de passagem de plantão entre enfermeiros baseado na ferramenta de comunicação SBAR com fins de permitir uma comunicação efetiva no momento de transição do cuidado. O instrumento será construído fundamentado em uma revisão integrativa da literatura, referente à temática estudada, documentos oficiais nacionais e internacionais e trabalhos acadêmicos que envolveram a construção e/ou utilização de instrumento direcionados à comunicação de segurança. Para que a análise semântica aconteça é necessário que haja um processo de avaliação, com o objetivo de entender o sentido e o significado das palavras e/ou expressões de cada item que compõe o instrumento de comunicação para passagem de plantão entre os enfermeiros.

O seu parecer na condição de avaliador será emitido por meio de respostas às perguntas contidas no formulário da análise semântica. Será necessário que você tenha tempo disponível para a pesquisa e utilize um local tranquilo para respondê-lo.

Os riscos envolvidos na realização do estudo serão mínimos e compreendem algum constrangimento ou desgaste originados da avaliação do material. Para minimizá-los, sugerimos que as respostas sejam fornecidas em local reservado, seremos objetivos dando ênfase aos conteúdos que dizem respeito ao estudo. Os benefícios estão relacionados à troca de conhecimento entre os envolvidos durante a coleta de dados, além de proporcionar a confiabilidade de uma ferramenta que se torne referência para enfermeiro no momento de passagem de plantão a fim de oferecer uma assistência de qualidade e livre de danos evitáveis.

Essas informações serão confidenciais. A divulgação acontecerá apenas em eventos ou publicações científicas. Certifico-lhe de que o seu anonimato será garantido, sendo a sua identificação revelada apenas entre os responsáveis pelo estudo. Os dados coletados por meio de formulário eletrônico ficarão armazenados em computadores, sob a responsabilidade da autora do estudo, por um período mínimo de cinco anos.

Não haverá cobrança e/ou pagamento para a sua participação na pesquisa, pois a aceitação é voluntária. Em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos do estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa/CCS/UFPE, situado na Avenida da Engenharia, s/n, 1º andar, sala 4, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, com o telefone (81) 21268588 e e-mail [cepcss@ufpe.br](mailto:cepcss@ufpe.br).

---

ADÉLIA CRISTINA M.PEREIRA MACIEL.

Eu, \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura deste documento e esclarecimento das dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar da pesquisa acima referida, como voluntário (a). Declaro que fui esclarecido(a) sobre a pesquisa, os procedimentos envolvidos e sobre os riscos e benefícios envolvidos com minha participação no estudo. Foi garantido que eu posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que leve a alguma penalidade.

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do (a) participante

Presenciamos a solicitação de assentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do(a) voluntário (a) em participar:

---

Assinatura Testemunha 1

---

Assinatura Testemunha 2

## ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Validação de instrumento de comunicação para passagem de plantão entre enfermeiros

**Pesquisador:** ADELIA CRISTINA MONTEIRO PEREIRA MACIEL

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 00182418.3.0000.5208

**Instituição Proponente:** CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.071.900

**Apresentação do Projeto:**

Projeto de Dissertação de Mestrado - PPG de Enfermagem

Mestranda: Adelia Cristina Monteiro Pereira Maciel

Orientadora: Vânia Pinheiro Ramos

Co-orientadora: Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão

Desenho do Estudo: "...metodológico com abordagem quantitativa que será pautado no subitem construção do instrumento do polo teórico do modelo de Pasquali (2010)". A pesquisa será realizada em duas etapas. Na primeira, já realizada, foi feita uma revisão da literatura para elaborar os itens do instrumento. Na segunda etapa, duas modalidades de análise do instrumento elaborado, serão realizadas; "a) análise de conteúdo por juízes e b) análise semântica dos itens. Para cada análise serão estabelecidos a seleção da população, amostra e amostragem; procedimentos de coleta de dados e análise de dados".

Local da Pesquisa: HC da UFPE População: total = 50 enfermeiros sendo 20 com especialização e/ou experiência profissional na área temática de qualidade e segurança do paciente que funcionarão como juízes e 30, selecionados por conveniência aleatória, das enfermarias clínicas médicas e cirúrgica do HC. Esses últimos, com os quais serão feitas entrevistas para preencher o instrumento, serão divididos "nos grupos de menor e maior grau de habilidade" (menos e mais de 3 anos de exercício profissional).

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 50.740-600

**UF:** PE

**Município:** RECIFE

**Telefone:** (81)2126-8588

**E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.071.900

### **Objetivo da Pesquisa:**

Geral :

- Validar instrumento de comunicação para passagem de plantão entre enfermeiros.

Específicos:

- "• Elaborar instrumento para a sistematização da comunicação entre enfermeiros durante a passagem de plantão, baseado na ferramenta SBAR.
- Analisar o conteúdo do instrumento de comunicação com juízes,
- Analisar a semântica do instrumento de comunicação com enfermeiros".

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Ressalta-se que esta pesquisa poderá implicar em risco mínimo aos enfermeiros e aos juízes relacionado ao possível constrangimento do participante no preenchimento do instrumento ou no momento da entrevista. O referido estudo cumprirá os princípios básicos da bioética. Os benefícios diretos da pesquisa se destinam a reduzir os danos à saúde decorrentes de um processo de comunicação defeituoso.

Benefícios:

Espera-se com a produção desse instrumento de comunicação, contribuir com os enfermeiros que atuam na prática clínica, para tornar o momento da passagem de plantão conciso e sistematizado, a fim de mitigar eventos adversos decorrentes de um processo de comunicação defeituoso.

Ademais, embasar outras pesquisas, ofertando um instrumento de comunicação validado, útil para a comunicação de transferência de enfermeiros atuantes na enfermagem médica e cirúrgica.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa proposta poderá contribuir efetivamente para a melhoria da qualidade do trabalho cotidiano dos profissionais de enfermagem.

A metodologia encontra-se descrita detalhadamente.

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta a documentação exigida.

### **Recomendações:**

Nenhuma.

### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.071.900

#### Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento

#### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1228174.pdf	01/12/2018 13:45:57		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Corrigido.doc	01/12/2018 13:45:38	ADELIA CRISTINA MONTEIRO PEREIRA MACIEL	Aceito
Outros	resposta_pendencia.docx	01/12/2018 13:45:02	ADELIA CRISTINA MONTEIRO PEREIRA MACIEL	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	02/10/2018 14:42:37	ADELIA CRISTINA MONTEIRO	Aceito

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br





Continuação do Parecer: 3.071.900

Cronograma	CRONOGRAMA.docx	02/10/2018 14:42:37	MACIEL	Aceito
Outros	Termo_Confidencialidade.pdf	02/10/2018 14:39:12	ADELIA CRISTINA MONTEIRO PEREIRA MACIEL	Aceito
Outros	Lattes_Cecilia.pdf	02/10/2018 14:38:18	ADELIA CRISTINA MONTEIRO PEREIRA MACIEL	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	02/10/2018 14:37:35	ADELIA CRISTINA MONTEIRO PEREIRA MACIEL	Aceito
Outros	Lattes_Adelia.pdf	02/10/2018 12:11:48	ADELIA CRISTINA MONTEIRO PEREIRA MACIEL	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA_HC.pdf	02/10/2018 12:09:19	ADELIA CRISTINA MONTEIRO PEREIRA MACIEL	Aceito
Outros	Lattes_Vania.pdf	02/10/2018 12:02:43	ADELIA CRISTINA MONTEIRO PEREIRA MACIEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ENFERMEIROS.docx	02/10/2018 12:01:23	ADELIA CRISTINA MONTEIRO PEREIRA MACIEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_JUIZES.docx	02/10/2018 12:01:07	ADELIA CRISTINA MONTEIRO PEREIRA MACIEL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	02/10/2018 11:45:53	ADELIA CRISTINA MONTEIRO PEREIRA MACIEL	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 11 de Dezembro de 2018

Assinado por:  
**LUCIANO TAVARES MONTENEGRO**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br