

ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE VÍDEO EDUCATIVO PARA PREVENÇÃO DE QUEDA EM CRIANÇA HOSPITALIZADA

Débora Câmara de Campos¹ 

Liliane Faria da Silva¹ 

Adriana Teixeira Reis² 

Fernanda Garcia Bezerra Góes³ 

Juliana Rezende Montenegro Medeiros de Moraes⁴

Rosane Cordeiro Burla de Aguiar⁵ 

¹Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

²Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, Brasil.

³Universidade Federal Fluminense, Departamento de Enfermagem de Rio das Ostras. Rio das Ostras, Rio de Janeiro, Brasil.

⁴Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

⁵Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

RESUMO

Objetivo: elaborar e validar tecnologia educacional (vídeo educativo) voltado para os profissionais de saúde sobre prevenção de queda em criança hospitalizada.

Método: pesquisa metodológica, realizada entre dezembro de 2017 e janeiro de 2019, em cinco etapas: identificação dos temas a partir da revisão de literatura e do Protocolo de prevenção de queda do Ministério da Saúde, elaboração do vídeo educativo e validação deste por juízes-especialistas em saúde da criança, segurança do paciente e comunicação social, validação pelo público-alvo, representado por profissionais de saúde de um Instituto de Pediatria do Rio de Janeiro e adequação do material. Para validação foi utilizada escala *Likert* sendo considerados validados os itens com índices de concordância maior ou igual a 70%.

Resultados: o vídeo “Prevenção de queda em criança hospitalizada” foi elaborado e validado com índice médio de concordância de adequação de 86% entre os juízes, e de 99,3% entre o público-alvo. Apenas um item, referente ao tamanho adequado aos títulos e tópicos, não foi validado pelos juízes e foi modificado com base nas sugestões dos mesmos.

Conclusão: o vídeo foi validado pelos juízes e pelo público-alvo e poderá ter aplicação prática na educação/capacitação de profissionais de saúde na atenção à saúde da criança.

DESCRITORES: Estudo de validação. Tecnologia educacional. Filmes e vídeos educativos. Acidentes por quedas. Criança hospitalizada.

COMO CITAR: Campos DC, Silva LF, Reis AT, Góes FGB, Moraes JRMM, Aguiar RCB. Elaboração e validação de vídeo educativo para prevenção de queda em criança hospitalizada. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2021 [acesso MÊS ANO DIA]; 30:e20190238. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0238>

DEVELOPMENT AND VALIDATION OF AN EDUCATIONAL VIDEO TO PREVENT FALLS IN HOSPITALIZED CHILDREN

ABSTRACT

Objectives: to develop and validate an educational technology (educational video) oriented toward health professionals and addressing fall prevention in hospitalized children.

Methods: methodological study carried out between December 2017 and January 2019 in five steps: identification of themes based on a literature review and the examination of the Brazilian Ministry of Health Fall Prevention Protocol; development of an educational video; validation of the material by referees specialized in children's health, patient safety, or social communication; validation by the target audience, made up of health professionals at a pediatrics institute in Rio de Janeiro, Brazil; and material adjustment. A Likert-like scale was used to validate the video, with items showing agreement indexes equal to or higher than 70% considered validated.

Results: the video "Fall prevention in hospitalized children" was produced and validated with an average adequacy agreement index of 86% among the referees and 99.3% among the target audience. Only one item, related to adequate size of titles and topics, was not validated by the referees and was modified based on their suggestions.

Conclusion: The video was validated by the referees and the target audience and may have practical application in education and training of health professionals who work in the children's health field.

DESCRIPTORS: Validation study. Educational technology. Instructional film and video. Accidental falls. Hospitalized child.

ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DE VIDEO EDUCATIVO SOBRE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN NIÑOS HOSPITALIZADOS

RESUMEN

Objetivo: elaborar y validar tecnología educacional (video educativo) orientado a profesionales de salud sobre prevención de caídas en niños hospitalizados.

Método: investigación metodológica realizada entre diciembre de 2017 y enero de 2019, en cinco etapas: identificación de temas a partir de revisión de literatura y del Protocolo de prevención de caídas del Ministerio de Salud; elaboración del video educativo y validación por jurados-especialistas en salud infantil; seguridad del paciente y comunicación social; validación del público objetivo, representado por profesionales de salud de un instituto pediátrico de Rio de Janeiro; y adecuación del material. Para validación fue utilizada la escala Likert, considerándose validados aquellos ítems con índice de concordancia mayor o igual al 70%.

Resultados: el video "Prevención de caídas en niños hospitalizados" fue elaborado y validado con índice promedio de concordancia en su adecuación del 86% entre los jurados, y del 99,3% entre el público objetivo. Solo un ítem referente al tamaño adecuado de títulos y tópicos no fue validado por los jurados, habiendo sido modificado conforme sus sugerencias.

Conclusión: el video fue validado por los jurados y por el público objetivo, y podrá ser aplicado en la práctica de educación/capacitación de profesionales de salud abocados a la salud infantil.

DESCRIPTORES: Estudio de validación. Tecnología educacional. Película y videos educativos. Accidentes por caídas. Niño hospitalizado.

INTRODUÇÃO

A queda é um dos eventos adversos mais comuns no ambiente hospitalar, mesmo sendo um incidente muitas vezes prevenível. No Brasil, por exemplo, ele representa o terceiro evento adverso mais notificado pelo Sistema Notivisa da Agência Nacional de Vigilância Sanitária¹. Em crianças hospitalizadas, a queda pode causar lesões, além de provocar o aumento do tempo de internação hospitalar, como também dos custos associados à internação².

Crianças hospitalizadas estão duplamente sujeitas à ocorrência de quedas. Em primeiro lugar, porque as quedas ao solo têm maior ocorrência nos extremos etários². Crianças estão em desenvolvimento cognitivo e motor, não tem adequada percepção de riscos e, frequentemente, apresentam comportamentos desafiadores²⁻³. Em segundo lugar, crianças hospitalizadas são ainda mais propensas à queda devido ao uso de medicamentos que alteram o sensorio e o cognitivo, além de artefatos e equipamentos a elas conectados e, ainda, por conta do próprio ambiente hospitalar, que lhes é estranho³.

Apesar de o tema segurança do paciente frequentemente remeter à segurança medicamentosa ou às taxas de infecção hospitalar, a prevenção de quedas não deve ser esquecida, já que trata de um incidente comum e grave. A temática é, inclusive, uma das metas internacionais de segurança do paciente estabelecidas pela *Joint Commission International* (JCI), em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁴. Além disso, no Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente⁴ também a institui como um dos aspectos relevantes e um indicador da qualidade da assistência prestada ao paciente.

A prevenção da queda envolve o manejo dos fatores de risco do paciente, a otimização do espaço físico hospitalar e a atenção da equipe multiprofissional,⁵ que deve ser alvo de constantes estratégias de capacitação. Por meio de intervenções educativas voltadas para os profissionais, é possível que estes obtenham maior compreensão sobre o fenômeno da queda, de maneira a contribuir para o desenvolvimento das melhores práticas em saúde⁵⁻⁶, na prevenção e no manejo deste evento. Levando em conta que cabe aos profissionais de saúde orientar pacientes e familiares a respeito da queda no ambiente hospitalar, é imprescindível que haja tecnologias educacionais que os instrumentalizem para este fim⁷.

No que diz respeito às tecnologias educacionais (TE) produzidas com vistas à prevenção de queda em criança hospitalizada, são observadas predominantemente programas educacionais multifacetados visando à prevenção de queda no ambiente hospitalar⁸⁻⁹ e escalas de identificação de fatores de risco¹⁰. Os programas incluem: educação com cartazes, orientação aos familiares pelos profissionais de saúde e checagem regular das condições ambientais, entre outras medidas. Já as escalas, além de auxiliar a identificação de crianças sob risco de queda (tecnologia assistencial), também se tornam estratégia para capacitação/ensino dos profissionais que as utilizam¹⁰.

Ainda é necessário o desenvolvimento de tecnologias educacionais digitais com vistas à prevenção de queda. Vídeos educativos, por exemplo, podem ser muito úteis por seu caráter atraente, atual e dinâmico¹¹. De uma maneira geral, as tecnologias de informação e comunicação de maneira geral já estão presentes na rotina das pessoas, quer em atividades pessoais ou profissionais. Na área da saúde, vídeos têm sido elaborados com a finalidade de capacitar alunos, instruir profissionais e/ou informar o público em geral. No entanto, nem sempre o conteúdo deste material está de acordo com o que a literatura preconiza, tendo em vista o barateamento das produções audiovisuais e a facilidade tanto de criá-los quanto de reproduzi-los através de *Smartphone*¹². Por isso, vídeos educativos voltados para o ensino de profissionais e/ou para orientação de pacientes têm sido desenvolvidos e validados, tanto no que diz respeito ao seu conteúdo quanto em relação à sua aparência, assim como é feito com tecnologias educacionais como jogos, manuais educativos, etc¹².

Assim, este estudo objetivou elaborar e validar tecnologia educacional (vídeo educativo) voltado aos profissionais de saúde sobre prevenção de queda em criança hospitalizada.

MÉTODO

Pesquisa do tipo metodológica, realizada em cinco etapas no período de dezembro de 2017 a janeiro de 2019. A primeira etapa versou na busca dos temas, isto é, a definição dos temas a serem abordados na TE; a segunda, na elaboração do vídeo; a terceira, na validação por juízes-especialistas; a quarta, na validação pelo público-alvo; e, a quinta, na adequação da tecnologia educacional.

Na primeira etapa, com o intuito de definir os tópicos essenciais a serem abordados no vídeo e embasá-los cientificamente, utilizou-se o Protocolo de Prevenção de Queda do Ministério da Saúde¹³ e uma revisão integrativa de literatura realizada nas bases de dados LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) e BDNF (Base de Dados Bibliográficos de Enfermagem), via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e no Portal PUBMED com os descritores “acidentes por quedas” e “crianças hospitalizadas”, em dezembro de 2017. Nesta etapa, buscou-se responder três questões, a saber: o que as publicações apontam sobre a queda em criança hospitalizada? Quais são os fatores de risco de queda em criança hospitalizada e suas consequências mais comuns descritos na literatura? Quais são as estratégias descritas para prevenção da queda em criança hospitalizada?

Foram incluídos na revisão artigos e/ou teses que apontavam o assunto “queda” durante a hospitalização no título ou resumo, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos os artigos que tratavam do assunto “queda” durante a hospitalização, exclusivamente em adultos ou idosos, bem como artigos que tratavam de queda de crianças fora do ambiente hospitalar, assim como duplas publicações. Não foi delimitado período de publicação.

A segunda etapa, de elaboração do vídeo, se deu na interação entre a pesquisadora, primeira autora, e o *videomaker*, a partir do roteiro gerado na etapa anterior. Primeiramente, foi utilizada uma adaptação do espelho de cinco colunas, instrumento gratuitamente disponibilizado na internet, o qual objetiva a elaboração de roteiros de vídeos simples¹⁴.

O roteiro contém: o texto a ser falado, baseado nos resultados da compilação da literatura, o texto que aparece escrito na tela (*lettering*) e as sugestões de cena do vídeo. Esses três aspectos se apresentam alinhados quando a proposta indica que aconteçam simultaneamente no vídeo. O objetivo era construir um vídeo em que um profissional de saúde (representado por desenho animado) faria uma exposição a seus colegas de trabalho a respeito da prevenção de queda em crianças hospitalizadas, englobando diferentes espaços do hospital e todas as faixas etárias da infância. Objetivou-se utilizar o cenário hospitalar, a fim de exemplificar o conteúdo falado e projetar frases curtas para reforçar os tópicos mais importantes.

A partir do roteiro, ainda na pré-produção do vídeo, foi elaborado, pelo *videomaker*, um *storyboard*, no qual se descrevem as cenas no formato de história em quadrinhos, permitindo a visualização e planejamento das cenas de animação. Este propicia a conciliação entre a imaginação do produtor audiovisual e o objetivo do escritor do roteiro.

Em seguida, foi executada a locução do vídeo, em uma velocidade ideal para a enunciação de *audiobooks*, entre 150 e 160 palavras por minuto¹⁴. Por fim, a criação e a animação do vídeo utilizaram os seguintes programas: *Illustrator*® para a criação de alguns personagens e desenhos; *Adobe After Effects*® para animação dos personagens e efeitos; e *Adobe Premiere*® para edição do vídeo.

A terceira etapa consistiu na validação do material por juízes especialistas quanto aos itens objetivos, estrutura, apresentação e relevância. Os juízes foram captados pela Plataforma Lattes da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) e por amostragem não probabilística em bola de neve, a partir de indicação deles. Os critérios de inclusão eram: ser da área de atenção à saúde da criança, da área de segurança do paciente ou da área de comunicação

social e alcançar, pelo menos, cinco pontos no sistema de classificação adaptado dos critérios de *Fehring*¹⁵. Este sistema busca garantir a expertise do juiz na temática da TE em análise, pontuando conforme sua qualificação profissional, mediante os itens: título de doutor (4 pontos), título de mestre (3 pontos), publicação em periódico indexado sobre a temática de interesse do estudo (2 pontos), especialização na área de interesse do estudo (2 pontos), prática clínica de no mínimo cinco anos na área de interesse do estudo (2 pontos), participação em evento científico nos últimos dois anos sobre a temática de interesse do estudo (1 ponto)¹⁵. Eram excluídos os participantes que não retornavam o instrumento preenchido durante o período estabelecido para tal. Os especialistas foram convidados a participar via *e-mail*. Ao aceitarem, receberam também por e-mail um *link* que continha o vídeo educativo e o instrumento para avaliação. Este instrumento é do tipo escala *Likert*, composto por vinte e dois itens, divididos em três blocos a partir dos quais se busca avaliar a TE com relação a seus objetivos, estrutura e apresentação e relevância e, além disso, contém espaços para observações e sugestões cursivas. Trinta e um especialistas foram convidados a participar, entre duas a três vezes o número desejado de especialistas (4 de cada área). Destes, treze concluíram a participação, sendo 4 especialistas em comunicação social, 4 em segurança do paciente e 5 em saúde da criança.

Na quarta etapa, ocorreu a validação, pelo público-alvo, quanto aos itens clareza, compreensão, aparência e motivação, em uma unidade de pacientes internos de um hospital universitário no Rio de Janeiro, com capacidade para 46 crianças internadas, divididas entre enfermarias para lactentes, pré-escolares e escolares, cirúrgicos e em tratamento hemato-oncológico.

Neste cenário, representantes do público-alvo, profissionais de saúde, foram selecionados por conveniência e individualmente abordados pela pesquisadora, a partir do critério de inclusão: ser profissional de saúde atuante na unidade de pacientes internos. O grupo do público-alvo deveria ser composto por 9 a 12 representantes, com perfil convergente do público-alvo da tecnologia educacional e que, preferencialmente, sejam de diferentes níveis de escolaridade¹⁶. Sendo assim, optou-se por convidar, no mínimo, 3 profissionais de nível médio, 3 profissionais de nível superior não enfermeiros e 3 enfermeiros. Isto foi realizado com o intuito de garantir a participação de profissionais de diferentes categorias e níveis de formação, já que há predominância de profissionais de enfermagem no setor.

Neste momento, a pesquisadora apresentou breve explicação verbal a respeito do objetivo da pesquisa e do método da coleta de dados, seguido do convite à participação. Após o aceite, foi enviado o *link* contendo o vídeo e o instrumento de avaliação. O instrumento de avaliação entregue ao público-alvo tem cinco blocos, com vinte e seis itens, os quais avaliam a TE quanto aos objetivos, organização, estilo da mídia, aparência e motivação¹⁶.

Os instrumentos de avaliação empregados na terceira e quarta etapa já foram validados previamente para avaliação de tecnologias educacionais impressas, como cartilhas, manuais, guias e protocolos¹⁶. Além disso, estes já foram utilizados previamente em estudo de validação de vídeo, no qual os autores fizeram pequenas adequações, como utilizar a expressão “mídia audiovisual” para facilitar a aplicabilidade do instrumento¹⁷.

A análise quantitativa das respostas foi feita segundo as diferentes valorações: o total das respostas de Totalmente Adequado (TA); de Adequado (A); de Parcialmente Adequado (PA), e de Inadequado (I). A análise foi realizada por meio do cálculo da porcentagem de opções de respostas positivas, somando TA e A, em relação à pontuação máxima possível se todos os avaliadores julgassem positivamente todos os itens. Para isso, multiplica-se o número de itens do instrumento de avaliação pelo número de avaliadores, obtendo a pontuação máxima possível. Foram considerados validados os itens que obtiveram nas respostas índices de concordância entre os avaliadores maior ou igual a 70%¹⁶⁻¹⁷.

Adequação do vídeo educativo, quinta etapa, foi planejada para ser realizada em dois momentos: após a validação pelos juízes-especialistas e após o público-alvo, modificando e corrigindo os itens que não atingissem índice de concordância mínimo¹⁶.

Este estudo foi aprovado respeitando os princípios da Resolução 466/12 do CONEP.

RESULTADOS

Seguem as etapas do estudo que culminaram com a elaboração e validação do vídeo “Prevenção de queda em criança hospitalizada”.

Etapa 1

Da revisão de literatura emergiram doze artigos que assim como o Protocolo de Prevenção de Queda do Ministério da Saúde, subsidiaram a elaboração do vídeo. Os temas que emergiram desses materiais deram origem aos conteúdos abordados no vídeo, sendo eles: caracterização dos incidentes de queda em criança hospitalizada, cuja maioria é registrada à noite, nas unidades de internação do tipo enfermarias, predominantemente a partir do leito ou da própria altura, mesmo na presença de acompanhantes, culminando em contusões, cortes, hematomas e escoriações; fatores de risco associados, como idade menor que 3 anos, sexo masculino, diagnóstico neurológico na internação, alteração cognitiva, uso de medicamentos como sedativos, laxantes e diuréticos, baixa instrução/adequação dos acompanhantes para prevenção de quedas e estratégias de prevenção, como conhecer e identificar os fatores de risco, criar um ambiente seguro, garantir movimentação segura dos pacientes e uso de vestuário e calçados adequados, além de orientar os acompanhantes responsáveis.

Etapa 2

O vídeo foi elaborado em animação 2D, com imagens ilustrativas (Figura 1) e textos escritos, sem exposição de seres humanos, com duração de 6 minutos e 15 segundos, contendo caracterização dos incidentes de queda em criança hospitalizada, fatores de risco associados e estratégias de prevenção, bem como os desfechos mais comuns e a atuação esperada dos profissionais de saúde frente à queda. Esse conteúdo é apresentado por um profissional de saúde (representado em animação 2D, como previsto), num cenário hospitalar. Foram feitas duas versões do vídeo. A primeira, que foi avaliada pelos juízes especialistas; e a segunda, que incluiu as alterações solicitadas pelos juízes; esta segunda versão foi submetida à avaliação pelo público alvo, mas não precisou de nenhum ajuste posterior, passando a ser a versão final. A versão final encontra-se disponível no *link* <http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/573128> e ainda em <https://www.youtube.com/watch?v=PhVAKUIAOA8>.



Figura 1 – Imagens do vídeo “Prevenção de queda em criança hospitalizada”. *Design* das autoras. Niterói, RJ, Brasil. 2019.

Etapa 3

Do grupo de 13 juízes-especialistas, 70% era composto por pessoas do sexo feminino, 77% com idade superior a 40 anos, 85% residentes no Rio de Janeiro, 15% em São Paulo, 30% da área de comunicação social e 70% da área da saúde. A participação paritária de experts das três áreas de interesse do estudo (saúde da criança, segurança do paciente e comunicação social) foi essencial para uma avaliação com diferentes e complementares olhares. Dos profissionais da saúde, 100% eram enfermeiros, embora tenham sido convidados a participar outros profissionais de saúde da área da criança.

Quanto ao nível de formação acadêmica: 23% pós-doutores, 54% doutores, 23% mestres e 8% especialistas; 30% referiram atuar na área de sua especialidade há mais de 20 anos; 30,8% atuam na área por um período entre 10 e 20 anos, sendo que nenhum participante tinha menos que cinco anos de atuação, por ser um critério para considerar a expertise; 85% dos juízes possuem artigo publicado em alguma(s) das áreas de interesse do estudo, e 100% referiu ter participado de evento científico relacionado ao estudo nos últimos dois anos; 77% dos juízes referiram atuar na formação ou educação permanente de profissionais como sendo sua principal função ou cargo no atual período.

O instrumento utilizado para avaliação da TE pelos juízes possui, ao total 22 itens, sendo 13 juízes, a pontuação máxima para validação seria 286. Portanto, das 286 opções de resposta (100%), 247 (86%) foram para Totalmente Adequada e Adequada (Tabela 1).

Tabela 1 – Respostas dos juízes especialistas quanto aos objetivos, estrutura e apresentação e relevância do vídeo educativo. Niterói, RJ, 2018.

Itens	Escore n = 13				Índice de concordância por item
	TA*	A [†]	PA [‡]	I [§]	
1. Objetivos	Nº respostas	Nº respostas	Nº respostas	Nº respostas	
1.1 As informações/ conteúdos são ou estão coerentes com as necessidades cotidianas do público-alvo da TE	9	3	1	0	92,3%
1.2 As informações/ conteúdos são importantes para a qualidade do trabalho do público-alvo da TE	10	3	0	0	100%
1.3 Convida e/ou instiga às mudanças de comportamento e atitude	7	4	2	0	84,6%
1.4 Pode circular no meio científico da área	8	3	2	0	84,6%
1.5 Atende aos objetivos de instituições que trabalham com o público-alvo da TE	8	3	2	0	84,6%
Total Bloco 1	42	16	7	0	89,2%
2. Estrutura e apresentação	Nº respostas	Nº respostas	Nº respostas	Nº respostas	
2.1 A mídia educativa é apropriada para o público-alvo da TE	9	2	2	0	84,6%
2.2 As mensagens estão apresentadas de maneira clara e objetivas	7	3	3	0	84,6%
2.3 As informações apresentadas estão cientificamente corretas	8	4	0	1	92,3%
2.4 O material está apropriado ao nível sociocultural do público alvo da TE	9	3	0	1	92,3%
2.5 Há uma sequência lógica de conteúdo proposto	9	3	1	0	92,3%
2.6 As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia	8	5	0	0	100%
2.7 O estilo da redação/ apresentação corresponde ao nível de conhecimento do público alvo	5	5	2	1	76,9%
2.8 As informações de sumário, agradecimentos e/ou apresentação são coerentes	9	3	0	1	100%

Tabela 1 – Cont.

Escores n = 13					
2.9 O tamanho do título e dos tópicos estão adequados	8	1	4	0	69,2%
2.10 As ilustrações estão expressivas e suficientes	8	2	3	0	76,9%
2.11 O material (mídia áudio visual) está apropriado	7	3	3	0	76,9%
2.12 O tempo está adequado	7	4	2	0	84,6%
Total Bloco 2	94	38	20	4	91,6%
3. Relevância	Nº respostas	Nº respostas	Nº respostas	Nº respostas	
3.1 Os temas retratam aspectos-chave que devem ser reforçados	10	2	1	0	92,3%
3.2 O material permite a transferência e generalização do aprendizado a diferentes contextos (diferentes cenários hospitalares)	7	5	0	1	92,3%
3.3 A TE propõe a construção de conhecimento	6	5	2	0	84,6%
3.4 O material aborda os assuntos necessários para o saber do público-alvo da TE	9	3	1	0	92,3%
3.5 Está adequado para ser usado por qualquer profissional público-alvo da TE	8	2	2	1	76,9%
Total Bloco 3	40	17	6	2	87,6%
Total	176	71	33	6	86%

*Totalmente Adequado, †Adequado, ‡Parcialmente Adequado, §Inadequado. ‖A avaliadora considerou que este item de avaliação não se aplica. Sendo assim, esta resposta não foi considerada como inadequada, de forma que o item é 100% adequado ou totalmente adequado.

Observando as respostas bloco a bloco, pode-se detalhar melhor a avaliação desta TE.

Bloco 1: quanto aos objetivos do vídeo educativo, o bloco alcançou índice de concordância de 89,2% entre os juízes, assim todos os itens foram validados. Nos espaços para sugestões, os juízes destacaram que o vídeo é bastante informativo e útil para o público-alvo ao qual está destinado, sendo abrangente tanto para a equipe multiprofissional da área da saúde quanto para os acompanhantes, com repercussão positiva e provável adesão.

Bloco 2: quanto à estrutura e apresentação do vídeo educativo, o item 2.9 foi o único não validado, com 69,2% e foi devidamente adequado. Sua avaliação negativa se deve ao fato de que na primeira versão do vídeo não havia tempo suficiente para leitura de alguns textos. Isto foi alterado para a segunda versão do vídeo, que veio a ser a versão final. Levando em conta que a solicitação dos juízes com relação a este quesito foi atendida, a segunda versão do vídeo não foi enviado a eles, e sim, seguiu para a próxima etapa (validação pelo público-alvo).

Bloco 3: no que diz respeito à relevância, 87,6% foram respostas positivas, o que confere aprovação ao bloco. Segundo os juízes, para melhorar neste item, foi sugerido que fossem sinalizados outros setores de unidades hospitalares, além de adequar as observações referentes ao conteúdo, citadas acima.

Etapa 4

O grupo do público-alvo foi constituído por 3 profissionais de nível médio, 3 profissionais de nível superior não enfermeiros e 3 enfermeiros; 83% por pessoas do sexo feminino; 83% com idade entre 31 e 50 anos; 25% profissionais de nível médio, 25% graduados, 33% especialistas, 17% mestres, com tempo de atuação na área de atenção à saúde da criança variável: 17% referiu ter de 1 a 5 anos de atuação; 33% de 6 a 10 anos; 25% de 11 a 15 anos; e 25% mais de 15 anos de atuação. Quando questionados sobre acesso prévio a material educativo sobre prevenção de queda em criança hospitalizada, 50% responderam positivamente, elencando principalmente palestras e treinamentos em serviço.

O instrumento do público-alvo avaliado foi composto por cinco blocos, divididos em 26 itens, possibilitando um total de 312 opções de resposta (100%). Destas, 310 (99, 3%) respostas positivas, entre totalmente adequado e adequado (Tabela 2).

Tabela 2 – Respostas do público-alvo quanto aos objetivos, organização, estilo da mídia audiovisual, aparência e motivação do vídeo educativo. Niterói, RJ, 2019.

Itens	Escore n = 12				Índice de concordância por item
	TA*	A†	PA‡	I§	
	Nº respostas	Nº respostas	Nº respostas	Nº respostas	
1.Objetivos					
1.1 Atende aos objetivos do público-alvo da TE	11	1	0	0	100%
1.2 Ajuda durante o trabalho do público-alvo da TE	10	2	0	0	100%
1.3 Está adequado para ser usado por qualquer profissional que trabalhe no campo do público-alvo da TE	11	1	0	0	100%
Total Bloco 1	32	4	0	0	100%
2. Organização					
2.1 A mídia é atraente e indica o conteúdo do material	9	2	1	0	91,6%
2.2 O tamanho do título e do conteúdo nos tópicos está adequado	10	2	0	0	100%
2.3 Os tópicos tem sequência	11	1	0	0	100%
2.4 Há coerência entre as informações do sumário, agradecimentos e/ou apresentação	12	0	0	0	100%
2.5 O material (mídia audiovisual) está apropriado	8	4	0	0	100%
2.6 O tempo está adequado	5	6	1	0	91,6%
2.7 Os temas retratam aspectos importantes	12	0	0	0	100%
Total Bloco 2	67	15	2	0	97,6%

Tabela 2 – Cont.

Itens	Escore n = 12				Índice de concordância por item
	TA*	A [†]	PA [‡]	I [§]	
	Nº respostas	Nº respostas	Nº respostas	Nº respostas	
3. Estilo da mídia audiovisual					
3.1 A mídia audiovisual está em estilo adequado	10	2	0	0	100%
3.2 O texto é interessante. O tom é amigável.	10	2	0	0	100%
3.3 O vocabulário é acessível	9	3	0	0	100%
3.4 Há associação do tema de cada sessão ao texto/fala correspondente	11	1	0	0	100%
3.5 O texto/ roteiro falado está claro	10	2	0	0	100%
3.6 O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo	10	2	0	0	100%
Total Bloco 3	60	12	0	0	100%
4. Aparência					
4.1 As seções parecem organizadas	11	1	0	0	100%
4.2 As ilustrações são simples	12	0	0	0	100%
4.3 As ilustrações servem para complementar os textos	11	1	0	0	100%
4.4 As ilustrações estão expressivas e suficientes	11	1	0	0	100%
Total Bloco 4	45	3	0	0	100%
5. Motivação					
5.1 O material é apropriado para o perfil do público-alvo da TE	11	1	0	0	100%
5.2 Os conteúdos da TE se apresentam de forma lógica	12	0	0	0	100%
5.3 A interação é convidada pelo roteiro. Sugere ações.	11	1	0	0	100%
5.4 A TE aborda os assuntos necessários para o dia-a-dia do público-alvo da TE	12	0	0	0	100%
5.5 Convida/ instiga às mudanças de comportamento e atitude	9	3	0	0	100%
5.6 A TE propõe conhecimentos para o público-alvo	11	1	0	0	100%
Total Bloco 5	66	6	0	0	100%
Total	270	40	2	0	99, 3%

*Totalmente Adequado, †Adequado, ‡Parcialmente Adequado, §Inadequado.

No espaço destinado a anotações cursivas, muitos dos representantes do público-alvo evidenciaram os pontos positivos desta TE. Estes, pontuaram seu caráter informativo e didático, sua linguagem acessível, assim como sua riqueza de informação. Alguns reiteraram sua utilidade para diferentes cenários onde há crianças internadas e sua importância para a previsão de eventos adversos. Mais de um participante também sugeriu que o vídeo seja aplicável para instrução de acompanhantes de crianças hospitalizadas ou familiares de crianças em domicílio, embora estes não tenham sido pensados inicialmente como público-alvo da TE, ao contrário, optou-se por produzir um material voltado para o profissional de saúde, visto ser ele o propagador/educador das medidas de prevenção de queda.

Etapa 5

Quanto à adequação do vídeo educativo, considerando a *expertise* dos juízes e o objetivo de maior adequação possível do material, optou-se por fazer os ajustes sugeridos, mesmo em alguns itens que alcançaram 70 % de concordância positiva, desde que não contrastassem com os objetivos do vídeo ou alterassem demasiadamente o tempo de duração.

Sendo assim, algumas alterações sugeridas e realizadas no vídeo foram: 1) Quanto aos objetivos: acrescentar a distância preconizada entre as grades e a avaliação da cena na ocorrência de quedas, destacar a exceção de que crianças com déficit no crescimento devem ser colocadas em berço, destacar a proteção de escadas e janelas, bem como de objetos que possam servir como degraus, esclarecer o ator responsável pela realização do exame físico na ocorrência de quedas e delimitar o tempo de observação clínica após a ocorrência de quedas; 2) Quanto à estrutura e apresentação: ler a definição de queda da OMS, utilizar mais cores quentes, como vermelho e laranja, trocar a cor de fontes escuras quando o fundo também for escuro, diminuir o número de efeitos de transição, sincronizar as cenas com o texto e regravar o áudio; 3) Quanto à relevância: utilizar mais itens hospitalares nas cenas e sinalizar mais setores hospitalares.

Após as alterações sugeridas pelos juízes, o vídeo se apresentava em sua segunda versão. Esta foi avaliada pelo público-alvo. Após esta etapa de validação, não se fez necessário adequar novamente o material, de forma que a segunda versão do vídeo veio a ser a versão final.

DISCUSSÃO

A enfermagem tem se engajado na produção de vídeos educativos utilizando a metodologia de elaboração e validação de tecnologias educacionais, por observar a possibilidade que o material audiovisual oferece de instrumentalizar a educação permanente e a capacitação de seus profissionais, bem como viabilizar e fortalecer a educação de seus pacientes, na promoção da saúde e do autocuidado e também na prevenção de agravos¹⁸.

É importante que o desenvolvimento destes vídeos educativos seja voltado para a realidade a que se propõem, de forma a ser o mais assertivo possível no que diz respeito ao conteúdo e o mais atraente possível no que diz respeito à sua aparência. Por outro lado, é igualmente importante que tais vídeos sejam submetidos a um processo de validação, para considerar se o pesquisador atingiu seus objetivos educacionais ao final da elaboração de seu material. A validação permite inferir legitimidade e confiabilidade para uma prática produtora de cuidado qualificado, pois um material educativo bem produzido e validado pode contribuir para modificar a realidade dos sujeitos¹⁸.

A pesquisa avaliativa exige uma perícia metodológica e teórica importante, que deve ser confiada a pesquisadores que são externos à intervenção. Parece não haver um consenso sobre a adequada seleção dos juízes-especialistas, de forma que se faz necessário escolher um sistema de classificação/pontuação que demonstre a expertise deles, tendo em vista sua qualificação e experiência, assim como sua aderência com a área de interesse do estudo¹⁵.

Não é raro observar em estudos de validação que alguns especialistas não efetivam sua participação na pesquisa, seja por não aceitar o convite por motivos pessoais ou por não considerar que a TE tenha aderência à sua área de atuação, seja por não devolver o material no prazo estipulado¹⁹.

Por outro lado, é importante buscar a participação de um número de avaliadores que viabilize a análise do material conforme a metodologia proposta¹⁶. Da mesma forma, a heterogeneidade do grupo de especialistas é aconselhada para assegurar a validade dos resultados, já que a multidisciplinaridade permite obter consensos preditivos mais válidos²⁰.

Ainda assim, deve-se ter em mente que a informação extraída de uma avaliação seja considerada como uma ferramenta de negociação entre interesses múltiplos e não como uma verdade absoluta, ou seja, deve se considerar majoritariamente as avaliações e opiniões concordantes entre os juízes, ao passo que as opiniões individuais podem ser contestadas e acatadas (ou não) mediante objetivos e métodos do pesquisador responsável^{16,20-21}.

De qualquer forma, tem se mostrado válido permitir aos avaliadores, quer sejam *experts* ou representantes do público-alvo, a possibilidade de escrever livremente suas opiniões, sem ater-se somente a responder numericamente o solicitado no instrumento de avaliação da tecnologia educacional. Isso porque as anotações apresentadas, para além do que consta no instrumento avaliativo, podem ser úteis para obtenção de críticas e sugestões, assim como para o esclarecimento de pontuações atribuídas no instrumento, além de facilitar a compreensão da perspectiva do avaliador^{16,18}.

Cabe destacar que, ao elaborar uma tecnologia educacional do tipo digital, é importante atentar para aspectos como organização e visualização, além de observar a quantidade de informação contida em cada tela, tamanho e tipo de fonte, escolha das cores e contrastes entre elas, entre outros aspectos que culminem na fácil apresentação dos conteúdos²².

Deve-se buscar manter a clareza e a fluidez do vídeo, visto que estas são qualidades que o tornam um instrumento capaz de modificar atitudes e comportamentos dos indivíduos¹².

Há estudos que abordam a capacidade dos vídeos de promover a mudança de comportamentos para prevenção de quedas. Não foram encontrados estudos que tratassem da utilização desta tecnologia para prevenção de quedas em crianças. Em adultos, no entanto, o uso de estratégias multimídia já é recomendado como uma intervenção efetiva para melhorar comportamento de prevenção frente às ameaças de queda. Estudo conduzido com idosos da comunidade em Detroit, nos Estados Unidos da América, refere 94,3% de adesão a pelo menos um novo comportamento de prevenção de queda entre participantes adultos submetidos à educação baseada em tecnologia multimídia, como vídeos²³.

Outro estudo randomizado, na Austrália, compara a eficácia de material educacional idêntico sobre prevenção de quedas apresentados em um DVD ou em uma cartilha/manual²⁴. Os participantes randomizados para receber o DVD tiveram um maior risco de queda auto percebido e níveis mais altos de confiança e motivação para se engajar em estratégias de autoproteção do que os participantes que receberam o manual. Uma proporção maior de participantes que receberam qualquer forma de educação forneceu respostas “desejadas”, comparado aos participantes do grupo de controle, que havia recebido educação habitual.

Criar uma representação mental com experiências multissensoriais, ou seja, produzir apresentações que envolvam mais de um ou dois dos sentidos eleva a capacidade de recordação das informações e, portanto, de adesão às proposições, o que endossa o uso de multimídia na educação em saúde, de forma geral^{12,25}. Sobre a capacidade de uma mídia educacional ser capaz de instigar a mudanças de atitudes, um estudo com acadêmicos de enfermagem que avaliaram uma hipermídia educacional sobre punção venosa periférica consideraram o recurso multimídia como um facilitador do processo de ensino-aprendizagem. Neste cenário, a comparação entre os alunos antes e após o uso da hipermídia, através de pré e pós-testes, revelou mudanças positivas em relação à aquisição e reforço do conhecimento dos estudantes sobre a temática apresentada na hipermídia²².

Um estudo canadense²⁶ concluiu que vídeos educacionais são uma ferramenta importante disponível para pesquisadores que buscam traduzir recomendações baseadas em evidências em práticas de prevenção de quedas²⁶.

Deseja-se que o vídeo educativo resultante deste estudo seja útil na educação permanente de profissionais de saúde de diversas categorias na atenção à saúde da criança, na medida em que a segurança do paciente é um eixo transversal e multidisciplinar⁶. Sendo o vídeo disponibilizado na internet, este poderá ser utilizado tanto em aulas do ensino formal das diversas categorias da saúde, assim como em treinamentos em serviço e na educação continuada. Pesquisas adicionais são necessárias para determinar o impacto desta tecnologia educacional na prática.

Como limitação do estudo, destaca-se que apenas uma categoria de profissionais de saúde participou como juiz especialista.

CONCLUSÃO

O vídeo educativo elaborado “Prevenção de queda em criança hospitalizada” mostrou-se válido quanto ao conteúdo e à aparência tanto pelos juízes quanto pelo público-alvo, com potencial para mediar práticas educativas em contexto hospitalar.

Espera-se que o conteúdo abordado agregue conhecimento aos profissionais e que o veículo mídia audiovisual seja útil para mudança de comportamentos frente aos riscos, prevenção e manejo de queda. São os profissionais de saúde que podem intervir sobre os fatores ambientais hospitalares que contribuem para a queda, identificar e minimizar fatores de risco fisiológicos e orientar os familiares quanto aos cuidados necessários.

REFERÊNCIAS

1. Breves I. Queda é um dos eventos adversos evitáveis mais notificados no país. Rio de Janeiro, RJ(BR): ProQualis Aprimorando as Práticas de Saúde; 2017 [acesso 2019 Jul 10]. Disponível em: <https://proqualis.net/noticias/queda-é-um-dos-eventos-adversos-evitáveis-mais-notificados-no-país>
2. Vieira GLC, Campos IML, Fernandes BSM, et al. Quedas entre crianças e adolescentes internados em hospitais: revisão integrativa de literatura. Rev Enferm Centro Oeste Mineiro [Internet]. 2019 [acesso 2020 Mar 1];9:e2709. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v9i0.2709>
3. AlSowailmi BA, AlAkeely MH, AlJutaily HI, Alhasoon MA, Omair A, AlKhalaf HA. Prevalence of fall injuries and risk factors for fall among hospitalized children in a specialized children’s hospital in Saudi Arabia. Ann Saudi Med [Internet]. 2018 [acesso 2020 Mai 02];38(3):225-9. Disponível em: <https://doi.org/10.5144/02564947.2018.225>
4. Ministério da Saúde (BR). Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília, DF(BR): Ministério da Saúde; 2014 [acesso 2019 Jul 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
5. Gurgel SS, Ferreira MKM, Sandoval LJS, Araújo PR, Galvão MTG, Lima FET. Nursing competences in the prevention of falls in children in light of the galway consensus. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2017 [acesso 2020 Mai 02];26(4):e03140016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720170003140016>
6. Wegner W, Silva SC, Kantorski KJC, Predebon CM, Sanches MO, Pedro ENR. Education for culture of patient safety: implications to professional training. Esc Anna Nery [Internet]. 2016 [acesso 2020 Mai 02];20(3):e20160068. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160068>

7. Lasater K; Cotrell V, McKenzie G, Simonson W, Morgove MW, Long EE, et al. Collaborative falls prevention: interprofessional team formation, implementation, and evaluation. *J Contin Educ Nurs* [Internet]. 2016 [acesso 2020 Mai 02];47(12):545-50. Disponível em: <https://doi.org/10.3928/00220124-20161115-07>
8. Kramlich DL, Dende D. Development of a pediatric fall risk and injury reduction program. *Pediatr Nurs* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Oct 10];42(2):77-82. Disponível em: <https://www.pediatricnursing.net/issues/16marapr/>
9. Bandeira LE, Wegner W, Gerhardt LM, Pasin SS, Pedro ENR, Kantorski KJC. Educational conducts on patient safety to family members of hospitalized children: multiprofessional team records. *Reme Rev Min Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Mai 02];21:e-1009. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20170019>
10. McNeely HL, Thomason KK, Tong S. Pediatric fall risk assessment tool comparison and validation study. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Mar 1];41:96-103. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.02.010>
11. Rocha EP, Oliveira APP, Esteves AV. Validação das tecnologias educacionais na área de Enfermagem: uma revisão integrativa. *Scientia Amazonia* [Internet]. 2015 [acesso 2019 Fev 22];4(3):41-7. Disponível em: <http://scientia-amazonia.org/wp-content/uploads/2016/06/v4-n3-41-47-2015.pdf>
12. Fonseca LMM, Tsai ML, Dias DMV, Scochi CGS, Fernandes AM, Martins JCA, et al. Emotional design and its contributions to digital educational technology in health and nursing: integrative review. *Rev Enf Ref* [Internet]. 2015 [acesso 2020 Mai 02];ser IV(6):141-9. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV14011>
13. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Fundação Oswaldo Cruz. Anexo 1: Protocolo de Prevenção de Quedas. Brasília, DF(BR): Ministério da Saúde; 2013 [acesso 2019 Jul 10]. Disponível em: <https://proqualis.net/protocolo/protocolo-de-prevencao-de-queadas>
14. Riedo CRF. Dicas para a criação de roteiros curtos [Internet]. Campinas (SP): Unicamp; 2018. [acesso 2018 Dez 10]. Disponível em: <https://www.blogs.unicamp.br/apedra/2018/08/30/dicas-para-a-criacao-de-roteiros-curtos/>
15. Melo RP, Moreira RP, Fontenele FC, Aguiar ASC, Joventino ES, Carvalho EC. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. *Rev Rene* [Internet]. 2011 [acesso 2020 Mar 1];12(2):424-31. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4254>
16. Teixeira E, Mota VMSS. Tecnologias educacionais em foco. São Caetano do Sul, SP(BR): Editora Difusão; 2011.
17. Padilha JMFO. Tecnologia educacional como estratégia para o uso de luvas pelos profissionais de enfermagem visando a precaução de contato [dissertação]. Niterói (RJ): Universidade Federal Fluminense, Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial; 2015.
18. Rosa BVC, Girardon-Perlini NMO, Guerrero Gamboa NS, Nietzsche EA, Beuter M, Dalmolin A. Desenvolvimento e validação de tecnologia educativa audiovisual para famílias e pessoas com colostomia por câncer. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Mai 02];28:e20180053. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0053>
19. Saraiva NCG, Medeiros CCM, Araujo TL. Serial album validation for promotion of infant body weight control. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Mai 02];26:e2998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2194.2998>
20. Everling M, Mont'Alvão CR. A Técnica Delphi e Análise de Conteúdo como Estratégias de Obtenção do Consenso em dinâmicas de design participativo. *DeT* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Mar 1];9(19):18-28. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/det/index.php/det/article/view/539>

21. Galindo-Neto NM, Alexandre ACS, Barros LM, Sá GGM, Carvalho KM, Caetano JÁ. Creation and validation of an educational video for deaf people about cardiopulmonary resuscitation. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Mar 1];27:e3130. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2765.3130>
22. Frota NM, Barros LM, Araújo TM, Lopes MVO, Almeida PC, Caetano JA. Validation of educational hypermedia about peripheral venipuncture. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [acesso 2020 Mar 1];24(2):353-61. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015003480013>
23. Schepens SL, Panzer V, Goldberg A. Randomized controlled trial comparing tairoling methods of multimedia-based fall prevention education for community-dwelling older adults. *Am J Occup Ther* [Internet]. 2011 [acesso 2020 Mar 1];65(6):702-9. Disponível em: <https://doi.org/10.5014/ajot.2011.001180>
24. Hill AM, McPhail S, Hoffmann T, Hill K, Oliver D, Beer C, et al. A randomized trial comparing digital video disc with written delivery of falls prevention education for older patients in hospital. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2009 [acesso 2020 Mar 1];57(8):1458-63. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02346.x>
25. Krau SD. Technology in nursing: the mandate for new implementation and adoption approaches. *Nurs Clin North Am* [Internet]. 2015 [acesso 2020 Mar 1];50(2):xi-xii. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2015.03.011>
26. Dilley LB, Gray SM, Zecevic A, et al. An educational video to promote multi-factorial approaches for fall and injury prevention in long-term care facilities. *BMC Med Educ* [Internet]. 2014 [acesso 2020 Mar 1];14:102. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-102>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da dissertação - Elaboração e validação de vídeo educativo para prevenção de queda em criança hospitalizada, apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial, da Universidade Federal Fluminense, em 2019.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Campos DC, Silva LF.

Coleta de dados: Campos DC.

Análise e interpretação dos dados: Campos DC, Silva LF.

Discussão dos resultados: Reis AT, Góes FGB, Aguiar RCB.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Moraes JRMM.

Revisão e aprovação final da versão final: Campos DC, Silva LF.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, parecer n. 2.875.550/2018, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 91363418.2.3001.5264.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

EDITORES

Editores Associados: Selma Regina de Andrade, Gisele Cristina Manfrini, Melissa Orlandi Honório Locks, Ana Izabel Jatobá de Souza.

Editor-chefe: Roberta Costa.

HISTÓRICO

Recebido: 03 de outubro de 2019.

Aprovado: 22 de maio de 2020.

AUTOR CORRESPONDENTE

Débora Câmara de Campos

deborac.campos@hotmail.com

