






ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO BRADEN QD SCALE PARA USO EM NEONATOS NO BRASIL

Simone Vidal Santos¹ 
Jéssica Rodrigues Silveira² 
Roberta Costa³ 
Luís Manuel da Cunha Batalha⁴ 
Manuela Beatriz Velho⁵ 

¹Universidade Federal de Santa Catarina, Hospital Universitário. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

²Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes. São José, Santa Catarina, Brasil.

³Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

⁴Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem. Coimbra, Portugal.

⁵Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

RESUMO

Objetivo: adaptar transculturalmente e validar o instrumento *Braden QD Scale* para uso em neonatos no Brasil.

Método: estudo metodológico de adaptação transcultural e estudo transversal observacional de validação, realizado entre dezembro de 2017 a agosto de 2021. Participaram 10 especialistas, 38 enfermeiros e 105 recém-nascidos. O processo de adaptação transcultural envolveu a tradução inicial, síntese, retrotradução, comitê de especialistas, pré-teste e aprovação da versão adaptada pela autora do instrumento original. A validação verificou as propriedades psicométricas de validade, confiabilidade e consistência interna, a partir da aplicação do instrumento adaptado por dois avaliadores, de forma simultânea e independente, e avaliação temporal a partir de vídeo de cinco neonatos em dois momentos distintos. Os testes estatísticos foram o Índice de Validade de Conteúdo, alfa de Cronbach e coeficiente Kappa.

Resultados: o processo de tradução da *Braden QD scale* resultou na versão em português adaptada para a cultura brasileira. O índice de validade de conteúdo do comitê de especialistas foi ≥ 0.90 e do pré-teste foi ≥ 0.80 . Na confiabilidade interobservador todos os itens obtiveram coeficiente Kappa $> 0,90$. O alfa de Cronbach do avaliador 1 foi de 0,773 e do Avaliador 2 foi de 0,769, sendo confiável o alfa de Cronbach $> 0,6$. Na concordância intraobservador a média dos escores, na prática, não foram diferentes.

Conclusão: o instrumento foi adaptado transculturalmente para uso em neonatos e crianças no Brasil. A versão brasileira apresentou níveis estatísticos de validade e confiabilidade, mostrando-se válida para uso em neonatos no Brasil.

DESCRITORES: Métodos. Estudos de validação. Enfermagem neonatal. Enfermagem pediátrica. Lesão por pressão. Medição de riscos.

COMO CITAR: Santos SV, Silveira JR, Costa R, Batalha LMC, Velho MB. Adaptação transcultural e validação do instrumento Braden QD Scale para uso em neonatos no Brasil. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2022 [acesso MÊS ANO DIA];31:e20200442. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0044pt>

CROSS-CULTURAL ADAPTATION AND VALIDATION OF THE BRADEN QD SCALE FOR USE WITH NEONATES IN BRAZIL

ABSTRACT

Objective: to cross-culturally adapt and validate the Braden QD Scale for use with neonates in Brazil.

Method: a methodological study of cross-cultural adaptation and observational cross-sectional validation study, carried out between December 2017 and August 2021. The participants were 10 specialists, 38 nurses and 105 newborns. The cross-cultural adaptation process involved the initial translation, synthesis, back-translation, expert committee, pre-test and approval of the adapted version of the original instrument by the author. Validation verified the validity, reliability and internal consistency psychometric properties, from simultaneous and independent application of the adapted instrument by two evaluators, and based on time evaluation from the video of five neonates at two different moments. The statistical tests performed were Content Validity Index, Cronbach's alpha and Kappa coefficient.

Results: the Braden QD scale translation process resulted in the Portuguese version adapted for the Brazilian culture. The expert committee's Content Validity Index was ≥ 0.90 and that of the pre-test was ≥ 0.80 . In interobserver reliability, all items obtained Kappa coefficients > 0.90 . Cronbach's alpha was 0.773 and 0.769 for Evaluators 1 and 2, respectively, with Cronbach's alpha > 0.6 considered as reliable. In intraobserver agreement, the mean scores were not different in the practice.

Conclusion: the instrument was cross-culturally adapted for use with neonates and children in Brazil. The Brazilian version presented statistical validity and reliability levels, proving to be valid for use in neonates in Brazil.

DESCRIPTORS: Methods. Validation studies. Neonatal nursing. Pediatric nursing. Pressure injury. Risk measurement.

ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO *BRADEN QD SCALE* PARA SU USO CON NEONATOS EN BRASIL

RESUMEN

Objetivo: adaptar transculturalmente y validar el instrumento *Braden QD Scale* para su uso con neonatos en Brasil.

Método: estudio metodológico de adaptación transcultural y estudio transversal y observacional de validación, realizados entre diciembre de 2017 y agosto de 2021. Los participantes fueron 10 especialistas, 38 enfermeros y 105 recién nacidos. El proceso de adaptación transcultural abarcó lo siguiente: traducción inicial, síntesis, retrotraducción, comité de especialistas, pre-test y aprobación de la versión adaptada a cargo de la autora del instrumento original. La validación verificó las propiedades psicométricas de validez, confiabilidad y consistencia interna, a partir de la aplicación del instrumento adaptado por parte de dos evaluadores, en forma simultánea e independiente, además de una evaluación temporal a partir de un video de cinco neonatos en dos momentos distintos. Las pruebas estadísticas correspondieron al Índice de Validez de Contenido, Alfa de Cronbach y Coeficiente Kappa.

Resultados: el proceso de traducción de la escala Braden QD tuvo como resultado la versión en portugués adaptada para la cultura de Brasil. El índice de validez de contenido del comité de especialistas fue ≥ 0.90 , mientras que el del pre-test fue ≥ 0.80 . Al analizar la confiabilidad interobservador, todos los ítems obtuvieron coeficientes Kappa $> 0,90$. Los valores del Alfa de Cronbach fueron 0,773 y 0,769 para los evaluadores 1 y 2, respectivamente, donde Alfa de Cronbach $> 0,6$ se considera confiable. Al analizar la concordancia intraobservador, la media de las puntuaciones no difirió en la práctica.

Conclusión: el instrumento fue adaptado transculturalmente para su uso con neonatos y niños en Brasil. La versión brasileña presentó niveles estadísticos de validez y confiabilidad, demostrando así ser válida para su uso con neonatos en Brasil.

DESCRIPTORES: Métodos. Estudios de validación. Enfermería neonatal. Enfermería pediátrica. Lesión por presión. Medición de riesgos.

INTRODUÇÃO

Ações voltadas à proteção da pele são essenciais na rotina de trabalho do enfermeiro, com o objetivo de prevenir lesões. No que se refere às lesões de pele adquiridas, principalmente em hospitais, destaca-se a lesão por pressão (LP), conceituada como um dano que se localiza na pele e/ou tecidos moles subjacentes, podendo se manifestar como pele íntegra ou lesão aberta, que decorre da pressão intensa e/ou prolongada ou da associação entre esta e o cisalhamento, ocorrendo geralmente sobre uma proeminência óssea ou associada ao uso de dispositivo médico ou outro aparato¹⁻².

Cabe destacar que a LP é um evento evitável e se destaca como um indicador de qualidade da assistência de enfermagem³. Reduzir o risco e a incidência de LP faz parte das boas práticas do cuidado, portanto, deve ser uma prioridade da equipe de saúde⁴.

ALP é passível de preocupação e atenção constante, pois, o alto custo representa um problema de saúde pública. Além disso, pode levar a transtornos físicos irreparáveis, além de influenciar na morbidade e mortalidade devido suas complicações gerais⁵. Estudos sobre LP são importantes, pois permitem elucidar os fatores de risco, as características das lesões, as formas de prevenção e tratamento, a fim de contribuir com a redução do tempo de internação, dos custos hospitalares, dos índices de infecções e óbitos dos doentes⁶⁻⁷.

Em relação ao recém-nascido (RN), a integridade da pele contribui para a sua sobrevivência, porém, devido ao nascimento, muitas vezes precoce, este tegumento se apresenta imaturo, fino e delicado, sendo facilmente suscetível ao desenvolvimento de lesões e expondo o neonato ao risco de infecções⁸. Há diferenças entre a pele do RN pré-termo (RNPT) e do RN termo, porém, durante a internação em uma Unidade Neonatal (UN), todos estão expostos à riscos, dentre eles a LP. A incidência de LP em RN é de aproximadamente 14%, destas, mais de 60% estão relacionadas ao uso dispositivos médicos e menos de 40% à imobilidade⁹.

Já em pacientes pediátricos, a taxa de incidência de LP é de 21,8%, destas, mais de 70% se relacionam à imobilidade e menos de 30% ao uso de dispositivos¹⁰. Dentre os fatores de risco, encontram-se as doenças neurológicas crônicas que dificultam o reposicionamento, a ventilação mecânica, o uso de drogas vasomotoras e a hospitalização por período superior a um mês¹⁰⁻¹¹.

A utilização de instrumentos para avaliação do risco de desenvolvimento de LP por enfermeiros é uma importante estratégia de cuidado, pois propicia alicerces para prática assistencial, contribui para organizar o trabalho, garante assistência de qualidade e segurança, no entanto, deve ser combinado ao raciocínio clínico do profissional^{6,12}.

A fim de contribuir com a prevenção de LP, a Dra. Martha Curley, professora da Universidade da Pensilvânia nos Estados Unidos, construiu e validou, junto com sua equipe, um instrumento preditivo para avaliar o risco de LP em pacientes internados em terapia intensiva, denominado "*Braden QD Scale*."¹³ Este foi concebido para corrigir algumas falhas na *Braden Q Scale*¹⁴, que avalia o risco de LP relacionado à imobilidade em crianças com idade entre 21 dias e 8 anos e não inclui pacientes com cardiopatia congênita¹⁴. Diferentemente, a *Braden QD Scale* combina a avaliação do risco de LP relacionado à imobilidade e ao uso de dispositivos médicos, englobando desde RN pré-termo (RNPT) até indivíduos com 21 anos de idade, com condições clínicas variadas, inclusive cardiopatias e doenças neurológicas^{13,15}.

A *Braden QD Scale* foi adaptada transculturalmente para o chinês, holandês, inglês, francês canadense, francês suíço, italiano, coreano, tailandês, dinamarquês e finlandês até o momento, demonstrando que existe uma preocupação mundial dos profissionais acerca da prevenção das LP.

A validação da *Braden QD Scale* foi realizada em um estudo de coorte prospectivo multicêntrico de 625 crianças hospitalizadas, com idades que variaram de RNPT até 21 anos (média de 6 anos), demonstrou uma ocorrência de 86 LP adquiridas no hospital (sensibilidade de 86% em um escore de

corte de 13), sendo 22 relacionadas à imobilidade e 64 decorrentes do uso de dispositivos médicos, o que denota o risco elevado de desenvolvimento de LP em pacientes neonatais e pediátricos¹³. Por esse motivo, o enfermeiro deve buscar instrumentos que contribuam para a prevenção de lesões, a fim de promover a segurança do paciente e a qualidade da assistência.

Deste cenário, considerando a necessidade de utilizar instrumentos confiáveis que possam auxiliar na identificação do RN e da criança em risco de desenvolver LP e, o fato de que a *Braden QD Scale* até o momento não ter sido validada para a língua portuguesa do Brasil, optou-se pela elaboração deste estudo, como objetivo de adaptar transculturalmente e validar o instrumento *Braden QD Scale* para uso em neonatos no Brasil.

MÉTODO

Estudo realizado em duas etapas distintas: 1) estudo metodológico de adaptação transcultural do instrumento *Braden QD Scale*¹³, do seu idioma original, o inglês americano, para o português do Brasil. Este processo seguiu os procedimentos metodológicos propostos por Beaton e colaboradores¹⁶ buscando alcançar a equivalência de linguagem entre a versão original e a versão alvo, do mesmo modo que garanta a validade de seu conteúdo em diferentes culturas. E 2) validação clínica para uso em neonatos, que consistiu na aplicação da versão final em português por profissionais na prática clínica, para verificar as propriedades psicométricas de validade, confiabilidade e consistência interna da versão brasileira da *Braden QD Scale*, por meio de estudo transversal observacional.

A autorização para realizar o processo de adaptação transcultural e validação foi concedida pela autora principal da *Braden QD Scale* via correspondência eletrônica em dezembro de 2017, quando o estudo original ainda estava em vias de publicação. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina. A mesma obedeceu aos preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes e o responsável legal pelo RN assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e o termo de autorização para uso de imagem. Os mesmos foram assegurados quanto ao sigilo, anonimato, liberdade de participação e possibilidade de desistência em qualquer momento.

Para melhor compreensão do método utilizado nesta pesquisa, serão apresentados, separadamente a seguir, detalhes sobre o instrumento original, bem como as etapas de adaptação transcultural e de validação.

Instrumento original

A *Braden QD Scale* é composta por sete subescalas, organizadas em três dimensões. A dimensão *intensity and duration of pressure* contempla os itens *mobility* e *sensory perception*. A dimensão *tolerance of the skin and supporting structure* inclui os itens *friction & shear*, *nutrition* e *tissue perfusion & oxygenation*. Finalmente, a dimensão *medical devices*, contempla os itens, *number of medical devices* e *repositionability/ skin protection*^{13,15}.

Com exceção da subescala relacionada ao número de dispositivos médicos, pontuada de acordo com a quantidade de dispositivos, até um máximo de 8, todas as outras subescalas são pontuadas de 0 a 2, de acordo com as condições apresentadas pelo paciente. A pontuação total da escala pode variar entre 0 e 20 pontos, sendo que a pontuação mais alta denota maior risco de LP. O estudo de validação do instrumento original demonstrou uma sensibilidade de 86% e especificidade de 59%¹³.

Com base nos critérios da *Braden QD Scale*, considera-se alto risco de lesão para escore total maior ou igual a 13 pontos. As intervenções de enfermagem para prevenir LP devem ter seu foco voltado para cada subescala que receber a pontuação maior ou igual a 1. A avaliação quanto ao risco de LP deve ser realizada dentro de 24 horas após a internação hospitalar e repetida sempre que houver alteração na condição clínica do paciente¹⁶. Pacientes mais graves em quadro agudo podem necessitar de avaliações mais frequentes do que os doentes crônicos em condição clínica estável^{13,15}.

Adaptação transcultural

O processo de adaptação transcultural da *Braden QD Scale* ocorreu no período de julho de 2018 a janeiro de 2020 e foi desenvolvido em seis etapas: tradução inicial; síntese das traduções; retrotradução; comitê de especialistas; pré-teste; e, envio da versão adaptada para aprovação do autor do instrumento original¹⁶.

A tradução inicial da versão original (inglês americano) da *Braden QD Scale* para a versão alvo (português do Brasil) foi realizada de forma independente por dois tradutores (Tradutor 1 e Tradutor 2), bilíngues, que possuíam o português como língua materna. O Tradutor 1 (T1) possuía conhecimento na área da saúde, e foi informado sobre os objetivos da *Braden QD Scale* e sobre os conceitos envolvidos, isto propiciou adaptações em uma perspectiva mais clínica, podendo produzir uma tradução mais confiável do instrumento¹⁶. O Tradutor 2 (T2) não possuía conhecimento na área de saúde, não foi informado acerca dos objetivos da *Braden QD Scale* e tampouco dos conceitos que foram sendo quantificados.

Na segunda etapa, foi produzida uma síntese das traduções, que resultou em uma única tradução. Nesta etapa, além do tradutor 1 e tradutor 2, um dos pesquisadores foi incluído no grupo, a fim de mediar as discussões sobre as diferenças entre as traduções. Esta etapa deu origem à primeira versão em português da *Braden QD Scale* (T12).

Na etapa de retrotradução, a versão traduzida da *Braden QD Scale* (T12) foi novamente traduzida para o idioma original (inglês americano), por dois tradutores independentes (T3 e T4), bilíngues, que possuem como língua materna o inglês americano, totalmente às cegas à versão original e aos conceitos do construto, gerando duas versões retraduzidas (RT1 e RT2). Os dados das etapas de tradução, síntese e retrotradução foram organizados em uma tabela do *Microsoft Word*®, sendo analisadas as convergência e divergência das palavras e dos termos.

Na quarta etapa, a versão síntese (T12) foi submetida a um comitê de especialistas, que analisou a equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual do instrumento original, das traduções e das retrotraduções. Para compor o comitê foram convidados 10 *experts*. Com exceção dos quatro tradutores, os demais participantes foram escolhidos de forma intencional, através de uma busca ativa na plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), utilizando-se da pesquisa avançada por assunto, a fim de incluir profissionais com conhecimento na área neonatal ou pediátrica de diferentes regiões do Brasil.

Fizeram parte do comitê, uma professora com experiência em adaptação transcultural de instrumentos na área da saúde neonatal; uma enfermeira com experiência em lesão de pele (estomaterapeuta) em crianças; uma enfermeira com experiência em pediatria; uma enfermeira com experiência em neonatologia; uma docente da área neonatal; uma docente da área pediátrica; os dois tradutores e os dois retrotradutores.

Cada participante recebeu uma carta explicativa com informações acerca do objetivo do estudo, etapas do processo de adaptação transcultural e orientações sobre o processo de avaliação. Os participantes receberam também os documentos produzidos nas etapas anteriores e o formulário de registro de revisão por comitê de especialistas, desenvolvido em *Microsoft Word*®, contemplando 33 itens para avaliação, contendo: título do instrumento, todas as dimensões com seus respectivos itens e suas pontuações, bem como as orientações sobre o escore de risco. Cada item foi pontuado em uma escala do tipo *Likert* para a análise de equivalência, com opção de quatro pontos ordinais sendo: (1) nada equivalente; (2) quase equivalente; (3) equivalente e (4) totalmente equivalente. Além de espaço para sugestões. Esta fase deu origem à versão pré-final do instrumento.

O pré-teste foi realizado a fim de verificar a clareza do instrumento no que se refere ao entendimento dos seus itens, suas palavras e da utilização e/ou escolha dos escores. O referencial

utilizado sugere que a versão pré-final do instrumento seja aplicada em 30 a 40 representantes da população alvo¹⁶, ou seja, o RN e a criança internadas. Entretanto, a *Braden QD Scale* é um instrumento de medida, onde o usuário final é o enfermeiro. Por esse motivo, optou-se por realizar o pré-teste com esta população.

Os profissionais foram escolhidos de forma intencional, inicialmente através de busca no CNPq e em grupos de pesquisa em enfermagem nas áreas de pediatria e neonatologia da Instituição onde a pesquisa foi desenvolvida. Participaram 34 enfermeiros, sendo 19 com experiência em assistência neonatal e 15 com experiência pediátrica. Foram incluídos enfermeiros que atuavam na área específica há pelo menos um ano e que estavam trabalhando no período de coleta dos dados.

Os enfermeiros avaliaram a compreensão e a clareza dos itens, das respostas e as dificuldades para preencher o instrumento. Os participantes receberam a versão pré-final do instrumento e o *link* para acessar o formulário de registro da testagem da versão pré-final, desenvolvido online no *Google Forms*®, contendo 33 itens que contemplavam as dimensões, itens, pontuações e escores do instrumento, avaliados em forma de uma escala do tipo *Likert* com a seguinte pontuação: (1) nada claro; (2) pouco claro; (3) claro e (4) totalmente claro. Os profissionais registraram suas impressões sobre cada item, bem como dúvidas e sugestões para melhorar a compreensão do instrumento.

Os dados da etapa do comitê de especialistas e do pré-teste foram tabulados em planilha do *Microsoft Excel*® e analisados a partir do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), onde: $IVC = \text{soma do número de respostas 3 e 4} / \text{número total de respostas}$. Considerou-se como adequado 0,90 para o comitê de especialistas e 0,80 para o pré-teste. Os itens que não alcançassem o IVC seriam reformulados e reenviados para nova avaliação.

Na sexta etapa, a versão final do instrumento foi enviada via endereço eletrônico para a Dra. Martha Curley, autora do instrumento original, a fim de avaliar se uma tradução adequada foi alcançada.

Validação clínica

A etapa de validação clínica do instrumento para uso em neonatos foi realizada por meio de estudo transversal observacional, desenvolvido entre abril e agosto de 2021 em duas instituições de saúde localizadas na Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Para avaliação das propriedades psicométricas, optou-se por selecionar 15 sujeitos para cada item do instrumento. Como a Escala apresenta sete itens, a amostra foi composta por 105 RN internados em UN. Como critérios de inclusão, o RN deveria ter no mínimo 24 horas de vida; utilizar ao menos um dispositivo médico; e, estar internado em sala de cuidados intensivos. Foram excluídos os RN que apresentassem qualquer tipo de lesão no momento do recrutamento e os neonatos com indicação para não serem reanimados.

Para a caracterização da amostra, elaborou-se um instrumento com questões acerca das variáveis de nascimento e variáveis maternas. Estes dados foram preenchidos a partir do prontuário dos pacientes. Como variáveis deste estudo, incluiu-se ainda os itens que compõe a Escala Braden QD: mobilidade, percepção sensorial, fricção e cisalhamento, nutrição, perfusão tecidual e oxigenação, número de dispositivos médicos, reposicionabilidade/ proteção da pele.

Para aplicar o instrumento adaptado, foram selecionados quatro enfermeiros, ou seja, dois de cada instituição participante (duplas pareadas). Como critério de inclusão os enfermeiros deveriam trabalhar na instituição há pelo menos seis meses. Cada enfermeiro recebeu o instrumento final adaptado e o treinamento para aplicar o protocolo de pesquisa conforme recomendação das autoras do instrumento original¹⁷. As avaliações foram realizadas pelos enfermeiros duas vezes por semana, de forma simultânea e independente, iniciando-se no momento da admissão do RN na pesquisa e sendo finalizada após transferência, alta ou óbito do mesmo.

Para avaliar a confiabilidade interobservador, dois enfermeiros avaliaram os mesmos RN de forma simultânea e independente, pontuando cada um dos itens da Escala Braden QD, cuja somatória apresenta o escore total, que indica a existência ou não do risco para o desenvolvimento de LP¹⁸⁻¹⁹. Para avaliar a confiabilidade intraobservador (avaliação temporal), cinco RN foram filmados durante a avaliação à beira do leito. Os mesmos enfermeiros avaliaram o RN no momento da filmagem (teste) e 15 dias após a primeira avaliação (reteste)¹⁸⁻¹⁹.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. As variáveis quantitativas foram representadas pela média e desvio-padrão, enquanto as categóricas foram representadas pela frequência absoluta e relativa. Para cada item do instrumento, calculou-se o percentual de concordância e o coeficiente de Kappa²⁰.

O coeficiente Kappa foi utilizado para verificar a concordância ou reprodutibilidade dos avaliadores, este teste avalia a proporção de concordância que varia de “menos 1” a “mais 1”; quanto mais próximo de 1, melhor o nível de concordância. Como critério de aceitação, estabeleceu-se uma concordância mínima de 0,80. Foi calculado o escore total dos itens, somando-se os resultados de cada item para cada paciente.

A comparação entre os avaliadores foi realizada pelo teste t pareado. O Coeficiente Alfa de Cronbach foi calculado para avaliar a consistência interna, sendo considerado confiável o alfa de Cronbach (α)>0,6²¹. O nível de significância adotado foi de 0,05. Utilizou-se o *software* IBM-SPSS, versão 25.

RESULTADOS

A escala Braden QD foi considerada adaptada culturalmente a partir da obtenção de IVC \geq 0.90 na primeira rodada pelo comitê de especialistas e com IVC \geq 0.80 no pré-teste com enfermeiros pediátricos e neonatais.

Os participantes do comitê de especialistas residiam nas regiões sul, sudeste, centro-oeste e nordeste do Brasil. Os participantes forneceram sugestões sobre alterações semânticas e estruturais de itens do instrumento, conforme Quadro 1.

Após os ajustes, a versão pré-final do instrumento seguiu para o pré-teste onde participaram 34 enfermeiros, distribuídos nas regiões sul, sudeste e norte do Brasil. Foram 19 enfermeiros com experiência neonatal, destes, um doutor, quatro mestres e sete especialistas. A média de experiência na área foi de quatro anos. Prosseguindo com 15 enfermeiros com experiência em pediatria, destes, quatro doutores, três mestres e quatro especialistas. A média de experiência foi de seis anos.

Poucos participantes realizaram sugestões isoladas. Um participante sugeriu incluir uma escala de risco mínimo, médio e máximo ao invés de apenas o valor considerado em risco, porém, o instrumento original não inclui diferentes graus de risco, por esse motivo, a sugestão não foi atendida. A versão final do instrumento brasileiro, denominada Escala Braden QD, é apresentada no Quadro 2.

A Escala Braden QD seguiu então para o processo de validação clínica. Os enfermeiros participantes estavam na faixa etária de 25 a 40 anos, com experiência de assistência em UN variando de seis meses a dois anos. Esta etapa foi desenvolvida entre abril e agosto de 2021, a amostra final foi composta por 105 RN, não houve perda amostral, totalizando 152 avaliações a beira leito e cinco avaliações por vídeo.

A caracterização dos RN que participaram da etapa de validação foi efetuada a partir das variáveis neonatais e obstétricas, conforme Tabela 1.

Para avaliar a escala foram realizadas 152 observações à beira do leito e para cada item da Braden QD foi realizado o cálculo do percentual de concordância interobservador (Tabela 2) através do coeficiente de Kappa. Foi calculado o escore total dos itens, somando os resultados de cada item para cada paciente.

Quadro 1 - Sugestões do comitê de especialistas a partir da tradução e retradução da *Braden QD Scale*. Florianópolis, SC, Brasil, 2019-2020.

Item avaliado	Descrição/Consenso de tradução	Sugestão	Resultado final	Comentário
Percepção sensorial 0. Nenhum déficit	Responsivo e não possui <i>déficit</i> sensorial que limita a capacidade de sentir ou comunicar desconforto.	Colocar letra "E" em caixa alta e destaque.	Responsivo E não possui déficit sensorial que limita a capacidade de sentir ou comunicar.	Solicitação aceita
Fricção e cisalhamento	Fricção: ocorre quando a pele se move contra as superfícies de apoio. Cisalhamento: ocorre quando a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra.	Alterar a palavra "superfícies" por "estrutura."	Fricção: ocorre quando a pele se move contra as superfícies de apoio. Cisalhamento: ocorre quando a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra.	Não alterado devido a definição de fricção usar o termo "superfície" em sua descrição.
0. Nenhum problema	Possui força suficiente para se erguer completamente durante um movimento. Mantém boa posição corporal na cama/cadeira o tempo todo. É possível erguer o paciente completamente durante o reposicionamento.	Alterar "boa posição" para "adequada."	Possui força suficiente para se erguer completamente durante um movimento. Mantém posição adequada do corpo na cama/cadeira o tempo todo. É possível levantar o paciente completamente durante o reposicionamento.	Sugestão aceita.
Nutrição	Dieta normal para a idade – avaliar o padrão dos últimos três dias consecutivos.	Alterar "normal" para "usual."	Dieta usual para a idade – avaliar o padrão dos últimos três dias consecutivos.	Sugestão aceita.
0. Adequada	Dieta normal para a idade, fornecendo uma quantidade adequada de calorias e proteínas para promover o metabolismo e o crescimento.	Remover vírgula. Colocar letra "E" em caixa alta e destaque.	Dieta para a idade fornecendo quantidade adequada de calorias E proteínas para promover o metabolismo e o crescimento.	Sugestão aceita.
Perfusão tecidual e oxigenação 0. Adequada	Normotensa para a idade, e saturação de oxigênio $\geq 95\%$, e nível de hemoglobina normal, e enchimento capilar ≤ 2 segundos.	Colocar letra "E" em caixa alta e destaque. Alterar "nível de hemoglobina normal" para "nível normal de hemoglobina" Troca de termos no feminino para o masculino.	Normotensa para a idade, E saturação de oxigênio $\geq 95\%$, E nível normal de hemoglobina, E tempo de enchimento capilar ≤ 2 segundos.	Sugestão aceita.

Quadro 2 - Versão brasileira da Escala Braden QD após adaptação transcultural. Florianópolis, SC, Brasil, 2020*.

ESCALA BRADEN QD				
Intensidade e duração da pressão				Score
Mobilidade Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo de forma independente	0. Nenhuma limitação Faz mudanças significativas e frequentes na posição do corpo ou das extremidades de forma independente.	1. Limitado Faz pequenas e infrequentes mudanças na posição do corpo ou das extremidades OU é <u>incapaz</u> de reposicionar-se de forma independente (inclui crianças jovens demais para rolar).	2. Completamente imóvel Não faz nem pequenas mudanças na posição do corpo ou das extremidades de forma independente.	
Percepção sensorial Capacidade de responder significativamente, de acordo com o grau de <u>desenvolvimento</u> , ao desconforto relacionado à pressão.	0. Nenhum déficit Responsivo E não possui déficit sensorial que limita a capacidade de sentir ou comunicar desconforto.	1. Limitado Nem sempre consegue comunicar desconforto relacionado à pressão OU possui algum déficit sensorial que limita a capacidade de sentir desconforto relacionado à pressão.	2. Completamente limitado Não é responsivo devido ao nível de consciência reduzido ou à sedação OU possui déficit sensorial que limita a capacidade de sentir desconforto relacionado à pressão na maior parte da superfície do corpo.	
Tolerância da pele e estrutura de suporte				
Fricção e cisalhamento <u>Fricção</u> : ocorre quando a pele se move contra as superfícies de apoio. <u>Cisalhamento</u> : ocorre quando a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra.	0. Nenhum problema Possui força suficiente para se erguer completamente durante um movimento. Mantém posição adequada do corpo na cama/cadeira o tempo todo. É possível levantar o paciente completamente durante o reposicionamento.	1. Problema potencial Requer pouca assistência para se mover. Desliza ocasionalmente na cama/cadeira, exigindo reposicionamento. Durante o reposicionamento, a pele geralmente desliza contra a superfície.	2. Problema Requer assistência total ao se mover. Desliza com frequência e exige reposicionamento. É impossível levantar o paciente totalmente sem que a pele deslize contra a superfície OU espasticidade, contraturas, prurido ou agitação causa fricção quase constante.	
Nutrição Dieta <u>usual</u> para a idade – avaliar o padrão dos últimos três dias consecutivos.	0. Adequada Dieta para a idade fornecendo quantidade adequada de calorias E proteínas para promover o metabolismo e o crescimento.	1. Limitada Dieta para a idade fornecendo quantidade inadequada de calorias OU de proteínas para promover o metabolismo e o crescimento OU recebendo nutrição suplementar em qualquer momento do dia.	2. Pobre Dieta para a idade fornecendo quantidade inadequada de calorias E proteínas para promover o metabolismo e o crescimento.	
Perfusão tecidual e oxigenação	0. Adequada Normotenso para a idade, E saturação de oxigênio $\geq 95\%$, E nível normal de hemoglobina, E tempo de enchimento capilar ≤ 2 segundos.	1. Problema potencial Normotenso para a idade com saturação de oxigênio $< 95\%$ OU nível de hemoglobina < 10 g/dl OU tempo de enchimento capilar > 2 segundos.	2. Comprometida Hipotenso para a idade OU hemodinamicamente instável ao mudar de posição.	
Dispositivos médicos				
Número de dispositivos médicos	Marque 1 ponto para cada dispositivo médico* - até 8 (máximo 8 pontos).			
Reposicionabilidade/ proteção da pele	0. Nenhum dispositivo médico	1. Problema potencial Todos os dispositivos médicos podem ser reposicionados OU a pele sob cada dispositivo está protegida.	2. Problema Um ou mais dispositivos médicos não podem ser reposicionados OU a pele sob o dispositivo não está protegida.	
Total:				
(Score total ≥ 13 : paciente considerado em risco)				

*Qualquer dispositivo diagnóstico ou terapêutico que esteja fixado/conectado **ou** que atravessa a pele ou a membrana mucosa do paciente.

Nota: Os pacientes são pontuados em cada uma das 7 subescalas. As pontuações das subescalas são então somadas. A pontuação total ≥ 13 identifica pacientes em risco de lesão por pressão adquirida no hospital. O risco do paciente é avaliado 24 horas após a internação hospitalar e repetido com alterações na condição do paciente. Intervenções para gerenciar o risco são direcionadas para as subescalas com pontuação ≥ 1 .

*Adaptada com permissão da Profa. Dra. Martha Curley, *University of Pennsylvania School of Nursing*.

Tabela 1 - Caracterização dos recém-nascidos na validação clínica da Escala Braden QD, Florianópolis, SC, Brasil, 2021. (n=105)

Variáveis		n (%)	
Sexo	Masculino	53 (50,5)	
	Feminino	52 (49,5)	
Via de nascimento	Cesariana	77 (73,3)	
	Parto vaginal	28 (26,7)	
Indicação operação cesariana	Sofrimento fetal	27 (25,7)	
	Apresentação Pélvica	11 (10,5)	
	Síndrome Hipertensiva	10 (9,5)	
	Descolamento prematuro placenta	6 (5,7)	
	Gemelaridade	6 (5,7)	
	Diabetes Mellitus Gestacional/Macrossomia	3 (2,9)	
	Malformação	2 (1,9)	
	Eletiva	2 (1,9)	
	Trabalho parto prematuro	2 (1,9)	
	COVID	2 (1,9)	
	Iteratividade	1 (1)	
	Doença infecciosa	1 (1)	
Diagnósticos	Prematuridade	55 (52,4)	
	Pulmonar	27 (25,7)	
	Outros	10 (9,5)	
	Neurológico	5 (4,8)	
	Cardiovascular	4 (3,8)	
	Prematuridade e Pulmonar	3 (2,9)	
	Músculo esquelético	1 (1,0)	
	média (DP†)	P50‡ [P25; P75]	min - máx
Peso	2.238,8 (993,3)	2.100 [1.580; 2.720]	480 - 4.600
IG* por ultrassom em semanas	34,1 (4,0)	34 [32; 37]	23 - 41
IG por capurro em semanas	33,6 (5,9)	34 [32; 37]	2 - 41

*IG= Idade Gestacional; †DP=desvio-padrão; ‡P50=intervalo quartelítico.

Tabela 2 - Análise de concordância interobservadores dos recém-nascidos na validação clínica da Escala Braden QD. Florianópolis, SC, Brasil, 2021. (n=152)

	Concordância n (%)	Discordância n (%)	Kappa
Mobilidade	152 (100)	0 (0)	1,000
Percepção	147 (96,7)	5 (3,3)	0,839
Fricção	150 (98,7)	2 (1,3)	0,964
Nutrição	144 (94,7)	8 (5,3)	0,907
Perfusão	146 (96,1)	6 (3,9)	0,921
Número	151 (99,3)	1 (0,6)	0,992
Reposicionar	152 (100)	0 (0)	1,000
Risco	145 (96,7)	5 (3,3)	0,882

*Análise de Concordância - Índice de Kappa

Para avaliar a confiabilidade intraobservador (avaliação temporal), cinco RN foram filmados durante a avaliação à beira do leito. Os mesmos enfermeiros avaliaram o RN no momento da filmagem (teste) e 15 dias após a primeira avaliação (reteste). Para cada item da Braden QD foi realizado o cálculo do percentual de concordância (teste-reteste) através do coeficiente de Kappa. Foi calculado o escore total dos itens, somando os resultados de cada item para cada paciente, conforme a Tabela 3.

Também foi realizada a comparação entre as médias das somas dos itens da escala por avaliador, sendo a comparação realizada pelo teste t pareado (Tabela 4).

Foi calculado o alfa de Cronbach para medir a consistência interna dos itens do questionário, ou seja, a confiabilidade do instrumento. O alfa encontrado no Avaliador 1 foi de 0,773 e no Avaliador 2 o alfa foi de 0,769. Ao se comparar a média das somas dos itens da escala entre o mesmo avaliador em tempos diferentes, não foram encontradas diferenças entre as medidas realizadas (Tabela 5).

Tabela 3 - Análise de concordância intraobservadores dos recém-nascidos na validação clínica da Escala Braden QD. Florianópolis, SC, Brasil, 2021. (n=5)

	Avaliador 1 (teste-reteste)			Avaliador 2 (teste-reteste)		
	Concordância	Discordância	Kappa	Concordância	Discordância	Kappa
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Mobilidade	5 (100)	0 (0)	–	5 (100)	0 (0)	–
Percepção	5 (100)	0 (0)	–	5 (100)	0 (0)	–
Fricção	5 (100)	0 (0)	–	5 (100)	0 (0)	–
Nutrição	5 (100)	0 (0)	–	5 (100)	0 (0)	–
Perfusão	5 (100)	0 (0)	–	5 (100)	0 (0)	–
Número	3 (60)	2 (40)	0,444	4 (80)	1 (20)	0,688
Reposicionar	5 (100)	0 (0)	–	5 (100)	0 (0)	–
Risco	4 (80)	1 (20)	–	4 (80)	1 (20)	–

*Análise de Concordância – Índice de Kappa

Tabela 4 - Comparação das médias dos avaliadores nas somas dos itens da escala. Florianópolis, SC, Brasil, 2021. (n=152)

Avaliador 1	Avaliador 2	Dif* (DP†)	r‡ (P)	p-valor§
média (DP)	média (DP)			
9,66 (3,05)	9,69 (3,04)	0,033 (0,389)	0,992 (<0,001)	0,299

*Dif =diferença entre os avaliadores; †DP=desvio-padrão; ‡r=correlação de Pearson; §Teste T pareado.

Tabela 5 - Comparação das médias dos avaliadores nas somas dos itens do questionário. Florianópolis, SC, Brasil, 2021. (n=5)

	Teste	Reteste	Dif* (DP†)	r§ (P)	P
	média (DP)	média (DP)			
Avaliador 1	10,4 (1,82)	10,8 (1,92)	0,4 (0,548)	0,959 (<0,001)	0,178
Avaliador 2	10,4 (1,82)	10,6 (2,07)	0,2 (0,447)	0,982 (0,003)	0,374

*Mesmo avaliador - tempos diferentes; †Dif=diferença entre os avaliadores; ‡DP=desvio-padrão; §r=correlação de Pearson; ||P=valor P do teste T pareado.

DISCUSSÃO

As LP vêm sendo uma preocupação para a equipe de enfermagem em todo o mundo há muito tempo. Embora alguns profissionais acreditem que RN e crianças não apresentem risco de desenvolver LP, elas se encontram vulneráveis, seja pela prematuridade ou pelas características anatômicas e fisiológicas da pele, principalmente quando necessitam de cuidados intensivos, onde existe maior necessidade de uso dos dispositivos médicos. Além disso, esta população é incapaz de comunicar dor ou desconforto causados pela pressão²².

Pesquisa realizada em uma Unidade Neonatal (UN) de um hospital público do Brasil, com uma população de 85 RN, demonstrou que 62 (72,9%) desenvolveram LP na pele ou na mucosa, relacionadas ao uso de dispositivos médicos²³. Pesquisas evidenciam ainda que, quanto maior o número de dispositivos, maior a chance de desenvolver LP²³⁻²⁴, denotando a necessidade de lançar mão de medidas para prevenir estas lesões. No que se refere à LP, o uso de instrumentos preditivos é o padrão ouro do cuidado.

Considerando os instrumentos preditivos de lesão de pele disponíveis para avaliar RN e crianças no Brasil, poucos foram construídos e/ou adaptados e validados. Atualmente, existem apenas três ferramentas disponíveis. A Escala *Braden Q* adaptada e validada em 2011²⁵, já mencionada neste artigo. A Escala de Condição da Pele do RN (ECPRN) adaptada e validada em 2014²⁶ avalia ressecamento, eritema e lesão na pele de neonatos, não incluindo crianças maiores. A Escala de *Braden Q* Neonatal/Infantil adaptada e validada em 2016²⁷ avalia o risco de LP em neonatos.

Embora os instrumentos citados anteriormente contribuam para avaliar o risco de lesão de pele em neonatos e/ou crianças, nenhum contempla um importante fator de risco, ou seja, o uso de dispositivos médicos, essenciais para a assistência em saúde, em contrapartida, já configurado como um dos maiores vilões para o desenvolvimento de LP nesta população. Destaca-se que os dispositivos para oxigenação, alimentação, monitorização, terapêutica e eliminação, como prongas nasais, tubo endotraqueal, cateteres vasculares, eletrodos, cateteres para alimentação e para eliminação, aliados às condições fisiológicas, predispõe à ocorrência de lesões na pele^{22,28}.

Nesta perspectiva, reforça-se a importância de desenvolver estudos que possam contribuir com a mudança deste cenário, a fim de instrumentalizar o enfermeiro para a prevenção de LP na população neonatal e pediátrica. As propriedades psicométricas descritas na *Braden QD Scale* levam em consideração diversos aspectos que permeiam a internação do público neonatal e pediátrico e se adaptam às necessidades avaliativas que possibilitam uma melhor assistência de enfermagem. Neste sentido, a adaptação transcultural da *Braden QD Scale* vem ao encontro desta necessidade.

A adaptação transcultural da *Braden QD Scale* seguiu um método rigoroso, buscando obter a equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual, entre a versão original e a nova versão, denominada Escala Braden QD, bem como avaliar sua clareza e compreensão, a fim de assegurar que o instrumento esteja totalmente adaptado para uso em todo o território brasileiro.

O processo de adaptação transcultural de instrumentos em saúde é um procedimento criterioso, composto de etapas que consideram aspectos textuais e técnicos que corroboram na instrumentalização da assistência em saúde²⁹. A avaliação realizada pelo comitê de especialistas, contemplando participantes de diferentes regiões do Brasil, assegurou que o instrumento obtivesse a equivalência textual necessária, a fim de que pudesse ser utilizado pelos profissionais de enfermagem.

Em pesquisas que envolvem avaliação por comitê de especialistas, a participação de profissionais de diferentes regiões do Brasil propicia múltiplos olhares sobre o tema em questão, permitindo que os termos sejam uniformizados para atender a diversidade cultural do país, conferindo confiabilidade ao instrumento³⁰.

As sugestões realizadas pelos participantes auxiliaram no aprimoramento da versão pré-final, que seguiu para o pré-teste. Os termos *superfície de suporte* e *dispositivos médicos* encontram-se

nos *Guidelines* de prevenção e tratamento de LP internacionalmente reconhecidos, inclusive, já foram traduzidos e são utilizados no Brasil³¹. Por esse motivo, os pesquisadores optaram por não os modificar. Na etapa de pré-teste, a partir do IVC obtido e das poucas sugestões apresentadas, evidenciou-se a clareza e a compreensão dos itens do instrumento, dispensando alterações textuais ou estruturais, confirmando a versão final da Escala Braden QD.

A etapa de validação clínica foi aplicada a uma amostra de 105 RN, sendo que não houve diferença estatística entre a população que compõe este estudo em relação ao sexo. A via de nascimento em sua maioria foi por cesárea (73,3%), devido ao sofrimento fetal (25,7%). A Idade Gestacional (IG) variou entre 23 e 42 semanas de nascimento. Os motivos de internação foram à prematuridade (52,4%), seguido de alterações respiratórias (25,7%).

Esta etapa demonstrou que a Escala *Braden QD* foi de fácil aplicação pelos enfermeiros durante a avaliação do RN a beira leito, observando-se um alto grau de concordância. O menor percentual de concordância entre os avaliadores foi de 94,9% no item Nutrição, ou seja, houve discordância em apenas oito das 152 avaliações realizadas neste item. O Kappa para essa avaliação foi de 0,910. No item mobilidade e reposicionamento os avaliadores tiveram concordância máxima (100% das avaliações), índice Kappa = 1. A literatura recomenda que valores abaixo de 0,4 são considerados de baixa confiabilidade, de 0,4 a 0,75 como confiabilidade regular ou boa, e valores superiores a 0,75 como confiabilidade excelente³². A maioria dos itens avaliados atingiu um Kappa >90%. Isso se deve provavelmente ao público neonatal possuir características físicas e clínicas muito específicas, que facilitam a sua avaliação.

Em questão de escore final, não foi encontrada diferença significativa entre os avaliadores ($p=0,299$). Uma diferença ínfima entre os avaliadores foi encontrada (diferença = 0,032). O alfa de Cronbach encontrado no Avaliador 1 foi de 0,773 e no Avaliador 2 foi de 0,769, que corresponde a existência de consistência interna. Estudo realizado na Indonésia com 51 pacientes pediátricos, que testou a validade e confiabilidade da Escala Braden QD, considerou confiável o alfa de Cronbach (α) > 0,6²¹.

Já a concordância intraobservador, mesmo avaliador em tempos diferentes, mostrou apenas no item “número de dispositivos” e conseqüentemente “risco”, casos diferentes entre tempos. A média dos escores, na prática não foi diferente, tanto estatística quanto na prática clínica. Mas, chama atenção esta divergência no item relacionado ao número de dispositivos, entendendo que está é uma questão objetiva e que não poderia gerar dúvida. Entretanto, atribuímos essa diferença ao fato de que a primeira avaliação foi realizada presencialmente, durante a gravação do vídeo, e a segunda feita por meio do vídeo.

Outra questão a ser considerada se relacionada à impossibilidade de realizar a avaliação do vídeo em um local reservado e no qual o profissional pudesse se dedicar integralmente a análise, pois, esta avaliação se deu no momento em que o enfermeiro estava de plantão na UN. Também pode ter ocorrido alguma falha de qualidade em relação à filmagem do RN.

Ressalta-se que o enfermeiro, como responsável pelo cuidado, deve estar capacitado para prestar assistência adequada e reconhecer potenciais características ou agentes que possam causar dano ao paciente. Neste caso, tratando-se do público neonatal, que apresenta características bem definidas, o mesmo deve ser o diferencial entre uma assistência prestada de forma correta com um paciente livre de lesões evitáveis. Nesta perspectiva, considerando que a avaliação e manutenção da integridade da pele é uma das principais responsabilidades do enfermeiro e deve ser prioridade em sua prática diária³³.

Considerando que Escala *Braden QD* engloba RNPT até adolescentes de 21 anos, este estudo traz contribuições para a área da saúde e da enfermagem, pois instrumentaliza o enfermeiro para a identificação precoce dos pacientes em risco de desenvolver LP, fornecendo subsídios para o planejamento de estratégias de prevenção.

Como limitação deste estudo, no processo de adaptação transcultural, destaca-se a dificuldade de recrutamento de participantes para coleta de dados, observado pela recusa de pesquisadores para compor a etapa do pré-teste, necessitando ampliar o número de convites para obtermos uma amostra representativa de todo país. Na etapa de validação, destaca-se o fato do reteste ter sido realizado apenas em uma instituição de saúde, bem como os RN já terem sido avaliados anteriormente a beira do leito pelos mesmos avaliadores, o que poderia ocasionar um viés de memória, porém, devido ao grande número da amostra e a alta rotatividade de pacientes na UN, acredita-se que este fato não tenha interferido nas avaliações.

CONCLUSÃO

A versão em português da Escala Braden QD foi considerada transculturalmente adaptada para uso em pacientes neonatais e pediátricos no Brasil e foi validada para uso na assistência aos neonatos internados em UN deste país, podendo ser usada com segurança, visando contribuir para a prevenção de LP, para a monitorização da qualidade dos cuidados e para a segurança do paciente, bem como, permitindo alocação de recursos para esse fim e norteando ações voltadas para a redução dos riscos da assistência na saúde de cada paciente. Considerando que este é um instrumento equivalente ao original, pesquisas internacionais podem ser empreendidas, a fim de comparar os resultados.

REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST); Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE). Classificação das lesões por pressão – Consenso NPUAP 2016 – Adaptada culturalmente para o Brasil [Internet]. São Paulo: SOBEST, SOBENDE. 2016 [acesso 2021 Jan 20]. Disponível em: <http://www.sobest.org.br/textod/35>
2. Sousa FGF, Ponte VA, Brandão MGSA, Silva ASJ, Barros LM, Araújo TM. Análise histórica de diagnósticos de enfermagem relacionados a feridas e lesões de pele. REAID [Internet]. 2019 [acesso 2021 Set 15];90(28). Disponível em: <http://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.90-n.28-art.536>
3. Marufu TC, Setchell B, Cutler E, Wesley EDT, Banks A, Chatten M, et al. Pressure injury and risk in the inpatient paediatric and neonatal populations: a single centre point-prevalence study. J Tissue Viability [Internet]. 2021 [acesso 2021 Dez 10];30(2):231-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2021.02.004>
4. Gefen A, Alves P, Ciprandi G, Coyer F, Milne CT, Ousey K, et al. Device-related pressure ulcers: SECURE prevention. J Wound Care [Internet]. 2020 [acesso 2021 Ago 12];29(Sup2a):S1-S52. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/jowc.2020.29.Sup2a.S1>
5. Padula WV, Delarmente BA. The national cost of hospital-acquired pressure injuries in the United States. Int Wound J [Internet]. 2019 [acesso 2021 Set 12];16(3):634-40. Disponível em: <http://doi.org/10.1111/iwj.13071>
6. Zhang H, Ma Y, Wang Q, Zhang X, Han L. Incidence and prevalence of pressure injuries in children patients: a systematic review and meta-analysis. J Tissue Viability [Internet]. 2021 [acesso 2022 Fev 9];31(1):142-51. Available from: <http://doi.org/10.1016/j.jtv.2021.07.003>
7. Triantafyllou C, Chorianopoulou E, Kourkouni E, Zaoutis TE, Kourlaba G. Prevalence, incidence, length of stay and cost of healthcare-acquired pressure ulcers in pediatric populations: a systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud [Internet]. 2021 [acesso 2022 Jan 10];115:103843. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103843>

8. Teófilo FKS, Silva AVS, Lima KJ, Dantas APF, Silva VA. Lesões de pele em recém-nascido: revisão integrativa. REAID [Internet]. 2019 [acesso 2021 Nov 21];86(24):1-10. Disponível em: <http://doi.org/10.31011/reaid-2018-v.86-n.24-art.126>
9. Broom M, Dunk AM, Mohamed ALE. Predicting neonatal skin injury: the first step to reducing skin injuries in neonates. Health Serv Insights [Internet]. 2019 [acesso 2021 Dez 12];12:1178632919845630. Disponível em: <http://doi.org/10.1177/1178632919845630>
10. Pellegrino DMS, Chacon JMF, Blanes L, Ferreira LM. Prevalence and incidence of pressure injuries in pediatric hospitals in the city of São Paulo, SP, Brazil. J Tissue Viability [Internet]. 2017 [acesso 2021 Dez 9];26(4):241-5. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.jtv.2017.07.001>
11. Vocci MC, Onary ASS, Castro MCN, Spadotto AFO, Fontes CMB. Análise retrospectiva da aplicação da escala de Braden Q em terapia intensiva pediátrica. ESTIMA, Braz J Enterostomal Ther [Internet]. 2020 [acesso 2021 Dez 15];18:e2820. Disponível em: https://doi.org/10.30886/estima.v18.941_PT
12. Razmus IS, Keep SM. Neonatal intensive care nursing pressure injury prevention practices: a descriptive survey. J Wound Ostomy Continence Nurs [Internet]. 2021 [acesso 2021 Dez 12];48(5):394-402. Disponível em: <http://doi.org/10.1097/WON.0000000000000805>
13. Curley MAQ, Hasbani NR, Quigley SM, Stellar JJ, Pasek TA, Shelley SS, et al. Predicting pressure injury risk in pediatric patients: the Braden QD Scale. J Pediatr [Internet]. 2018 [acesso 2021 Out 10];192:189-95. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.09.045>
14. Curley MA, Quigley SM, Lin M. Pressure ulcers in pediatric intensive care: incidence and associated factors. Pediatr Crit Care Med [Internet]. 2003 [acesso 2021 Dec 9];4(3):284-90. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.PCC.0000075559.55920.36>
15. Puspitasari JD, Nurhaeni N, Waluyanti FT. Testing of Braden QD Scale for predicting pressure ulcer risk in the pediatric intensive care unit. Pediatr Rep [Internet]. 2020 [acesso 2021 Dez 12];12(Suppl 1):8694. Disponível em: <http://doi.org/10.4081/pr.2020.8694>
16. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & Quick DASH outcome measures [Internet]. Toronto: Institute for Work & Health; 2007 [acesso 2018 Set 12]. Disponível em: http://www.dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf
17. Chamblee TB, Pasek TA, Caillouette CN, Stellar JJ, Quigley SM, Curley MAQ. How to predict pediatric pressure injury risk with the Braden QD Scale. Am J Nurs [Internet]. 2018 [acesso 2022 Abr 23];118(11):34-43. Disponível em: <https://doi.10.1097/01.naj.0000547638.92908.de>
18. Polit DF, Yang FM. Measurement and the measurement of change. China: Wolters Kluwer; 2016. 350 p.
19. Echevarría-Guanilo ME, Gonçalves N, Romanoski PJ. Propriedades psicométricas de instrumentos de medidas: bases conceituais e métodos de avaliação - parte I. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2017 [acesso 2022 Abr 23];26(4):e1600017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001600017>
20. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics [Internet]. 1977 [acesso 2019 Jan 15];33(1):159-74. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/2529310>
21. Puspitasari JD; Nurhaeni N, Waluyanti FT. Testing of Braden QD Scale for predicting pressure ulcer risk in the pediatric intensive care unit. Pediatr Rep [Internet]. 2020 [acesso 2022 Abr 23];12(Suppl 1):8694. Disponível em: <https://doi.org/10.4081/pr.2020.8694>
22. Delmore B, Deppisch M, Sylvia C, Luna-Anderson C, Nie AM. A pressure injuries in the pediatric population: a national pressure ulcer advisory panel white paper. Adv Skin Wound Care [Internet]. 2019 [acesso 2021 Nov 14];32(9):394-408. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000577124.58253.66>

23. De Faria MF, Ferreira MBG, Felix MMDS, Calegari IB, Barbosa MH. Factors associated with skin and mucosal lesions caused by medical devices in newborns: observational study. *J Clin Nurs* [Internet]. 2019 [acesso 2021 Out 18];28(21-22):3807-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.14998>
24. Stellar JJ, Hasbani NR, Kulik LA, Shelley SS, Quigley S, Wypij D, et al. Medical Device–Related Pressure Injuries in Infants and Children. *J Wound Ostomy Continence Nurs* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Dez 19];47(5):459-69. Disponível em: <http://doi.org/10.1097/WON.0000000000000683>
25. Maia ACAR, Pelegrino DMS, Blanes L, Dini GM, Ferreira LM. Tradução para a língua portuguesa e validação da escala de Braden Q para avaliar o risco de úlcera por pressão em crianças. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2011 [acesso 2021 Nov 19];29(3):405-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-05822011000300016>
26. Schardosim JM, Ruschel LM, Motta GCP, Cunha MLC. Cross-cultural adaptation and clinical validation of the neonatal skin condition score to Brazilian Portuguese. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2014 [acesso 2021 Nov 14];22(5):834-41. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3456.2487>
27. Lima EL, Brito MJA, Souza DMST, Salomé GM, Ferreira LM. Cross-cultural adaptation and validation of the neonatal/infant Braden Q risk assessment scale. *J Tissue Viability* [Internet]. 2016 [acesso 2021 Dez 12];25(1):57-65. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.jtv.2015.12.004>
28. Domingos JEP, Tavares ARBS, Santos MSN, Abreu CCT, Chaves EMC. Fatores de risco associados a lesão por dispositivos médicos em neonatos. *REaid* [Internet]. 2021 [acesso 2021 Dez 15];95(34):e-21094. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1098>
29. Lino CRM, Bruggemann OM, Souza ML, Barbosa SFF, Santos EKA. Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa conduzida pela enfermagem do Brasil: uma revisão integrativa. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2021 Dez 14];26(4):e1730017. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0104-07072017001730017>
30. Santos SV, Ramos FRS, Costa R, Batalha LMC. Validation of nursing interventions to prevent skin lesions in hospitalized newborns. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Jan 18];30:e20190136. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0136>
31. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevenção e tratamento de úlceras/lesões por pressão: guia de consulta rápida [Internet]. EPUAP/NPIAP/PPPIA; 2019 [acesso 2021 Nov 20]. 46 p. Disponível em: <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2020/11/qrg-2020-brazilian-portuguese.pdf>
32. McGraw KO, Wong SP. Forming inference about some intraclass correlation coefficients. *Psychol Methods* [Internet]. 1996 [acesso 2022 Abr 23];1(1):30-46. Disponível em: <http://doi.org/10.1037/1082-989X.1.1.30>
33. Salgado LP, Pontes APM, Costa MM, Gomes ENF. Escalas preditivas utilizadas por enfermeiros na prevenção de lesão por pressão. *Rev Saber Digital* [Internet]. 2018 [acesso 2022 Fev 03];11(1):18-35. Disponível em: <http://revistas.faa.edu.br/index.php/SaberDigital/article/view/468>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da dissertação - Adaptação transcultural e validação clínica do instrumento Braden QD Scale para uso em neonatos no Brasil, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, em 2021.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Santos SV, Silveira JR, Costa R.

Coleta de dados: Santos SV, Silveira JR, Costa R.

Análise e interpretação dos dados: Santos SV, Silveira JR, Costa R.

Discussão dos resultados: Santos SV, Silveira JR, Costa R, Batalha LMC, Velho MB.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Santos SV, Silveira JR, Costa R, Batalha LMC, Velho MB.

Revisão e aprovação final da versão final: Santos SV, Silveira JR, Costa R, Batalha LMC, Velho MB.

FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, parecer n. 3.321.779/2019 e n. 4.581.040/2021, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 11413019.5.0000.0121.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

EDITORES

Editores Associados: Clemente Neves de Sousa, Ana Izabel Jatobá de Souza.

Editor-chefe: Roberta Costa.

HISTÓRICO

Recebido: 09 de fevereiro de 2022.

Aprovado: 23 de maio de 2022.

AUTOR CORRESPONDENTE

Simone Vidal Santos

simonevidal75@gmail.com

