

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003320016>

VALIDAÇÃO TEÓRICA DE ESCALA DE ATITUDES DAS ENFERMEIRAS SOBRE DIREITOS DA CRIANÇA EM TERAPIA INTENSIVA¹

Elena Araujo Martinez², Isabel Cristina dos Santos Oliveira³, Ana Carolina Monnerat Fioravanti Bastos⁴, Pedro Paulo Pires dos Santos⁵, Tania Vignuda de Souza⁶, Juliana Rezende Montenegro Medeiros de Moraes⁷

¹ Artigo extraído da tese - Os direitos da criança na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: atitudes das enfermeiras, apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil, em 2015.

² Doutora em Enfermagem. Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: elena.araujo.martinez@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento Médico-Cirúrgica da EEAN/UFRJ. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: chabucris5@gmail.com

⁴ Doutora em Psicologia e Neurociências. Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF) - Polo Universitário de Rio das Ostras. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: ana@fioravantiana.org

⁵ Doutor em Psicologia. Professor do Departamento de Psicologia da UFF - Polo Universitário de Rio das Ostras. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: ppires85@gmail.com

⁶ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da EEAN/UFRJ. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: tvignuda2013@gmail.com

⁷ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da EEAN/UFRJ. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: jumoraes333@gmail.com

RESUMO

Objetivo: construir e validar o conteúdo teórico da escala de atitudes das enfermeiras frente aos direitos da criança na unidade de terapia intensiva pediátrica.

Método: estudo metodológico que descreve a construção e validação teórica da escala mediante revisão bibliográfica, análise semântica e validação de conteúdo por juízes/enfermeiros, utilizando o coeficiente de validade de conteúdo e coeficiente de correlação intraclass.

Resultados: a Escala de Atitudes das Enfermeiras frente aos Direitos da Criança na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica foi validada por 15 enfermeiros especialistas na área da saúde da criança, distribuídos pelas cinco regiões do Brasil, e ficou composta por 99 itens, distribuídos pelas dimensões dos componentes cognitivo, afetivo e comportamental da atitude. O coeficiente de validade de conteúdo de cada dimensão foi de 0,91, 0,86 e 0,89, respectivamente, e o coeficiente de correlação intraclass final da escala de $r=0,76$.

Conclusão: a Escala apresentou evidências de validade de conteúdo e os itens abordaram as atitudes das enfermeiras na prática assistencial em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, o que permitirá a avaliação dos direitos da criança hospitalizada.

DESCRIPTORIOS: Enfermagem pediátrica. Criança hospitalizada. Unidades de terapia intensiva pediátrica. Direitos da criança. Atitude. Validade dos testes.

THEORETICAL VALIDITY OF THE NURSING ATTITUDE SCALE REGARDING THE RIGHTS OF CHILDREN UNDER INTENSIVE CARE

ABSTRACT

Objective: build and validate the theoretical content of a nursing attitude scale regarding child rights in pediatric intensive care units.

Method: methodological study describing the construction and theoretical validation of the scale through a bibliographical review, semantic analysis and content validation by experts/nurses, employing the content validity coefficient and the intraclass correlation coefficient.

Results: the Nursing Attitude Scale regarding Rights of Children in Pediatric Intensive Care Units was validated by 15 nursing specialists in the child health field, distributed throughout Brazil's five regions. It comprises 99 items, distributed among the cognitive, affective and behavioral components of attitudes. The content validity coefficients for each dimension were 0.91, 0.86 and 0.89, respectively, and the final intraclass correlation coefficient for the scale was $r=0.76$.

Conclusion: the scale presented content validity evidence and the items addressed the attitudes of nurses when practicing care at pediatric intensive care units, which will enable the evaluation of the rights of hospitalized children.

DESCRIPTORS: Pediatric nursing. Hospitalized child. Pediatric intensive care unit. Child advocacy. Attitude. Test validation.

VALIDACIÓN TEÓRICA DE ESCALA DE ACTITUDES DE LAS ENFERMERAS SOBRE DERECHOS DE LA NIÑEZ EN TERAPIA INTENSIVA

RESUMEN

Objetivo: construir y validar el contenido teórico de la escala de actitudes de las enfermeras frente a los derechos de la niñez en la unidad de terapia intensiva pediátrica.

Método: estudio metodológico que describe la construcción y validación teórica de la escala mediante revisión bibliográfica, análisis semántico y validación de contenido por jueces/enfermeros, utilizando el coeficiente de validez de contenido y coeficiente de correlación intraclase.

Resultados: la Escala de Actitudes de las Enfermeras frente a los Derechos de la Niñez en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica fue validada por 15 enfermeros especialistas en el área de la salud del niño, distribuidos por las cinco regiones de Brasil, y quedó compuesta por 99 ítems, distribuidos por las dimensiones de los componentes cognitivos, afectivos y conductuales de la actitud. El coeficiente de validez de contenido de cada dimensión fue de 0,91, 0,86 y 0,89, respectivamente, y el coeficiente de correlación intra-clase final de la escala de $r = 0,76$.

Conclusión: la Escala presentó evidencias de validez de contenido y los ítems abordaron las actitudes de las enfermeras en la práctica asistencial en Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, lo que permitirá la evaluación de los derechos del niño hospitalizado.

DESCRIPTORES: Enfermería pediátrica. Niño hospitalizado. Unidades de terapia intensiva pediátrica. Derechos del niño. Actitud. Validez de las pruebas.

INTRODUÇÃO

A criança é um ser vulnerável, necessita de cuidados especiais e deve ser protegida. Quando adoece, vivencia múltiplas experiências e, dependendo da evolução da doença, por vezes a hospitalização é inevitável.¹⁻³ Para a criança, a doença significa uma condição de fraqueza e dependência, além da experiência de sofrimento orgânico e psicológico.⁴ No momento em que esta fica gravemente enferma e a doença ameaça a sua vida, torna-se necessário um tratamento rigoroso e a internação em unidade de terapia intensiva pediátrica (UTIP).⁵

A experiência de internação é extremamente difícil e pode deixar marcas nas crianças devido às mudanças em sua rotina de vida e de ambiente, tais como: afastamento de seus brinquedos e acompanhamento escolar, estresse e traumas vividos durante o tratamento, rompimento do vínculo afetivo com sua família e amigos, e a sensação de abandono. Tudo isso gera um grande desgaste físico e emocional, medo de sentir dor e da morte, ansiedade e mudanças em seu comportamento.²⁻⁴

Todos esses sentimentos e comportamentos se intensificam quando a internação ocorre na UTIP – local caracterizado pela criança e sua família como um espaço relacionado ao sofrimento. Diante desse contexto, a enfermeira tem um papel fundamental em minimizar os efeitos da hospitalização na criança e sua família.⁶⁻⁸

Para o desenvolvimento de uma assistência integral e humanizada, a enfermeira deve atuar na preservação e proteção da vida da criança com adequada compreensão e reconhecimento de suas necessidades biopsicossociais e espirituais, além de garantir a efetivação na prática assistencial dos direitos da criança instituídos pela Lei.^{1,9-10}

No Brasil, os direitos de proteção à infância só foram efetivados com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que foi um grande avanço para a garantia dos direitos da criança.¹¹ Contudo, o que marcou definitivamente o progresso dos direitos da criança na sociedade, como também durante a hospitalização, foi a promulgação da Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).¹²

Diante da preocupação específica de proteção à criança durante a hospitalização, outro avanço foi conquistado no Brasil, no que concerne aos 20 itens sobre os direitos da criança e do adolescente hospitalizados. Esta conquista se efetivou a partir de um projeto da Sociedade Brasileira de Pediatria, elaborado em 1995, aprovado pela 27ª Assembleia Extraordinária do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e promulgado na Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995.¹³

A literatura aponta que, apesar de todo esse avanço com relação aos direitos da criança hospitalizada, existe ainda a necessidade de um maior empenho por parte do Estado, das instituições hospitalares e profissionais no sentido de garantir a efetivação na prática dos direitos já instituídos pela lei.^{1,14-15}

Constata-se que, mesmo após 26 anos de promulgação do ECA e passados 20 anos de implementação da Resolução nº 41 do CONANDA, ainda existem dificuldades para a garantia desses direitos durante a hospitalização. A enfermeira, como líder de equipe, tem um papel de suma importância nesta garantia.

Revisitando estudos que abordam a assistência à criança na UTIP, identifica-se que os direitos da criança hospitalizada ainda apresentam barreiras para sua efetivação. Tais dificuldades estão relacionadas à assistência centrada na doença, a não permanência do familiar/acompanhante por

tempo integral junto à criança na UTIP, a ausência de sistematização para avaliação e manejo da dor, a verticalização das informações sobre a hospitalização da criança, restrições de atividades lúdicas e falta de estratégias para vivenciar o processo de morte e o morrer.¹⁵⁻¹⁸

Apesar da identificação de atitudes positivas, por parte das enfermeiras, no que se refere aos direitos da criança, ainda se observa, na literatura, que uma parcela das profissionais está vinculada ao modelo assistencial centrado na patologia, no qual os aspectos de cuidar do corpo adoecido predominam sobre as necessidades de saúde da criança.^{1,16}

Diante dessa realidade, torna-se imprescindível analisar as atitudes das enfermeiras frente aos direitos da criança na UTIP, pois, considera-se que essas atitudes são capazes de influenciar o cuidado prestado à criança e sua família.

Segundo a conceituação da Psicologia Social, as atitudes de um indivíduo são derivadas de processos comuns de aprendizagem e pela experiência, e são, frequentemente, provenientes de características individuais de personalidade ou pela influência de determinantes do ambiente, como também por consequência de interações ou experiências anteriores vividas.¹⁹ A atitude apontada neste estudo é definida como multidimensional, pois engloba os componentes cognitivo, afetivo e comportamental na sua constituição.¹⁹

Para analisar as atitudes das enfermeiras, é relevante a construção e utilização de instrumentos capazes de avaliar a prática assistencial de enfermagem, o que permitirá a elaboração de estratégias para a oferta de uma assistência integral a criança a partir de seus resultados.

Considerando a reduzida quantidade de estudos científicos sobre os direitos da criança na UTIP como tema central; a carência de instrumentos na literatura nacional e internacional, que avaliem as atitudes de enfermeiras na prática assistencial da criança na UTIP, com destaque para a efetivação de seus direitos; e a escassez de pesquisas com escalas para adaptação transcultural e que apresentem a descrição de forma didática das etapas de construção de instrumentos,^{1,15} este estudo teve como objetivo construir e validar o conteúdo teórico da Escala de Atitudes das Enfermeiras frente aos Direitos da Criança na unidade de terapia intensiva pediátrica (EAEDC-UTIP).

MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico,²⁰ que descreve a construção e a validação teórica da

EAEDC-UTIP, realizada no período de outubro de 2013 a fevereiro de 2014. Essas duas etapas foram desenvolvidas mediante revisão bibliográfica, análise semântica e validação de conteúdo por juízes, enfermeiros especialistas em enfermagem pediátrica, respeitando as etapas do polo teórico, que correspondeu à teoria que fundamentou o construto.²¹⁻²²

O polo teórico corresponde à definição do construto que vai ser avaliado; definição das propriedades desse construto; definição constitutiva, identificação de sua dimensionalidade e definição operacional; construção dos itens que irão compor o instrumento e validação de conteúdo desses itens.²¹

Em observância aos critérios e preceitos éticos com pesquisas envolvendo seres humanos, da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery e Hospital Escola São Francisco de Assis pelo parecer de nº 404.554/2013 e CAAE 20837713.9.0000.5238.

A construção da escala ocorreu mediante revisão bibliográfica com descritores cadastrados na Biblioteca Virtual em Saúde que se relacionavam à temática: unidades de terapia intensiva pediátrica, criança hospitalizada, equipe de enfermagem, enfermagem pediátrica, direitos da criança e enfermeiras. Esses descritores foram conjugados em pares, utilizando o operador booleano *and*.

A busca eletrônica foi realizada nos bancos de dados: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Como critério de inclusão, foi estabelecido que as publicações deveriam ser do tipo artigo de pesquisa, dissertação ou tese; literatura nacional, visto que o fundamento desse estudo são as leis brasileiras que garantem os direitos da criança hospitalizada; estar disponível na íntegra; e serem desenvolvidos com profissionais de saúde, em destaque a equipe de enfermagem. Os critérios de exclusão foram as publicações que não continham resumo nos bancos de dados; fossem pesquisas de revisão, relatos de experiência, pesquisas de cunho histórico e documental. Assim, foram selecionadas 2.372 publicações, das quais nove contemplaram os critérios do levantamento.

Para a etapa da definição constitutiva,²¹ foi realizada a análise temática das nove publicações

selecionadas, respeitando as seguintes etapas: seleção dos recortes temáticos dos estudos; identificação dos temas emergentes dos recortes temáticos; agrupamento dos temas; estabelecimento da recorrência dos temas; e elaboração dos itens com base nos temas recorrentes.

Após a análise da literatura, foram delimitados os conceitos constitutivos,²¹ de acordo com os componentes das atitudes,¹⁹ para alicerçar a estrutura da escala, que foram as dimensões: componente cognitivo; componente afetivo; componente comportamental.

Para a definição operacional,²¹ foi extraída da revisão bibliográfica uma variedade de conceitos operacionais, que representassem tais atitudes frente aos direitos da criança na UTIP: interação/comunicação entre a enfermeira e a criança; presença/permanência dos pais na UTIP; criança em fase terminal / morte da criança na UTIP; cuidados prestados à criança na UTIP; equipe de enfermagem da UTIP; ambiente da UTIP; relação entre a enfermeira e a família; dor da criança na UTIP; procedimentos realizados na criança; o lúdico e o brincar na UTIP; formação da enfermeira pediatra intensivista; interação da criança na UTIP; e valores espirituais da criança e sua família.

Uma vez definida a representação comportamental das atitudes, seguiu-se para a etapa de elaboração do instrumento – escala do tipo Likert –, que foi construída com base na listagem de categorias comportamentais expressas em tarefas unitárias e específicas, denominadas de itens.²¹⁻²² Na escala tipo Likert, aplicada a esse estudo, os participantes terão de expressar sua opinião em cinco graus: concordo totalmente, concordo parcialmente, indeciso, discordo parcialmente, discordo totalmente.

A primeira versão da EAEDC-UTIP foi estruturada em três dimensões, com base nos componentes das atitudes, e foram construídos 198 itens em função das definições constitutiva e operacional das atitudes das enfermeiras, intercalando construto semântico direto (positivo), favorável à prática, e construto semântico reverso (negativo), desfavorável à prática.

Do total de 198 itens construídos, 79 são da dimensão do componente cognitivo, 55 do componente afetivo e 64 do componente comportamental. Todos foram construídos em forma de frases, expressando as atitudes das enfermeiras.

Para a etapa de validação teórica da escala, foram convidados 62 juízes, enfermeiros especialistas em enfermagem pediátrica, selecionados a partir do currículo Lattes, com base em sua forma-

ção acadêmica, considerando: ser enfermeiro; com doutorado em enfermagem na saúde da criança e especialização em enfermagem pediátrica; e/ou ser enfermeiro, com mestrado e doutorado na saúde da criança.

Em outubro de 2013, os enfermeiros selecionados receberam, via correio eletrônico, uma “carta aos juízes” contendo os objetivos para a participação na validação teórica da escala; a primeira versão da EAEDC-UTIP; e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Dos 62 juízes, 15 retornaram e atenderam aos objetivos propostos, sendo considerados juízes peritos na área do construto. O quantitativo de participantes aprovados (15) estava adequado ao recomendado pela literatura.²²

Para a etapa de análise semântica, o painel de enfermeiros especialistas foi convidado a se posicionar descritivamente em um campo aberto ao lado de cada item da escala, quanto à adequação semântica, clareza de linguagem e facilidade de compreensão, apontando possíveis necessidades de reposicionamento, reformulação ou exclusão dos itens.

A validação de conteúdo da EAEDC-UTIP teve como objetivo analisar o grau de relevância teórica de cada item das três dimensões da escala, assim como verificar a qualidade de cada dimensão no que concerne à validade de conteúdo. Para essa etapa, os juízes foram convidados a avaliar cada item quanto à sua relevância para mensurar as atitudes das enfermeiras frente aos direitos da criança na UTIP, se posicionando nos níveis de concordância: concordo totalmente, concordo parcialmente, indeciso, discordo parcialmente e discordo totalmente. Para a análise, foi utilizado o coeficiente de validade de conteúdo (CVC).²³ O CVC foi criado com o objetivo de prover informações sobre a forma como um grupo de especialistas avalia uma escala e seus itens. O índice foi utilizado para dois diferentes níveis de análise: (1) coeficiente de validade de conteúdo do item (CVCi) e (2) coeficiente de validade de conteúdo de cada dimensão (CVCd).

O CVCi foi calculado através da razão entre a média dos julgamentos de cada avaliador para os diferentes itens pelo valor máximo da última categoria da escala. E o CVCd foi calculado através da diferença entre a média dos índices de CVCi e a razão entre 1 e o número absoluto de juízes, elevado pelo mesmo valor. De acordo com a literatura, o valor aceitável de CVC deve ser igual ou superior a 0,80. Caso o item analisado apresente CVC inferior a 0,80, recomenda-se que o mesmo seja eliminado ou reformulado pelos juízes, para melhor compreensão da população alvo.²³ Os índices de CVC foram cal-

culados com apoio do *software* Excel 2016.

Como análise complementar, o coeficiente de correlação intraclasse (CCI) foi calculado para cada dimensão/subescala do instrumento e formato final da escala. O CCI é uma forma de avaliar o grau de concordância entre juízes.²⁴ Para os autores, valores de CCI entre 0,40 e 0,75 representam um nível de concordância “justo” ou “bom”. O coeficiente foi calculado no *software* SPSS® v.23.²⁵

RESULTADOS

Os juízes participantes deste estudo eram todos do sexo feminino (100%), com idade média de 47,6 anos e tempo de formação médio de 23,9 anos (variando de nove a 44 anos). Os 15 juízes selecionados estavam distribuídos pelas cinco regiões do Brasil, sendo nove da Região Sudeste, três da Região Sul, um da Região Norte, um do Nordeste e um do Centro-Oeste. Dos 15 juízes, 86,6% atuava na docência e 13,4%, na assistência, sendo que 100% possuíam mestrado e doutorado desenvolvidos na área de saúde da criança, e 73,3% tinham especialização em enfermagem pediátrica.

Na análise semântica, os juízes se posicionaram avaliando os 198 itens que compuseram a escala em sua estrutura inicial. Desses, 68 itens foram considerados adequados para compor a EAEDC-U-

TIP sem modificações em sua estrutura e 130 itens receberam considerações por parte dos avaliadores.

Desses 130 itens, 99 tiveram considerações também por parte dos juízes, em que foram identificados itens com informações repetidas, redação confusa, solicitações para melhorar a redação, informações com duplo sentido, não entendimento do item e várias atitudes para serem analisadas no mesmo item. Considerando tais apontamentos, os itens foram excluídos. Dos 31 itens restantes daquele total de 130, os juízes deram sugestões para a reformulação da redação, a fim de dar objetividade à escrita, facilitar a compreensão do item ou adequá-lo à dimensão correspondente na EAEDC-UTIP.

Por consenso, foram reposicionados os itens “49 - do componente cognitivo” e “31 - do afetivo”, pois correspondiam a uma atitude comportamental, segundo a sugestão dos juízes.

A EAEDC-UTIP, após análise semântica pelos juízes, ficou composta por 99 itens, sendo 38 da dimensão do componente cognitivo, 28 do componente afetivo e 33 do componente comportamental.

Na validação de conteúdo pelos juízes, quanto à relevância teórica dos 99 itens, foram calculados os CVCi. Em 86 itens, os valores foram superiores a 0,80 e em 13 itens os valores foram inferiores ao recomendado pela literatura, como apresentado nos quadros 1, 2 e 3.

Quadro 1 - Itens da dimensão componente cognitivo da EAEDC-UTIP e CVCi

Itens da dimensão - componente cognitivo	CVCi
1 - A criança em coma ou sedada não me escuta durante a assistência prestada.	0,96
3 - A decoração da UTIP distrai a criança que está acordada.	0,97
11- Os leitos da UTIP em que atuo não são adequados de acordo com a faixa etária da criança.	0,59*
16 - O estresse da criança é inevitável durante o período de internação na UTIP, por vivenciar mudança de ambiente, ausência dos pais, medo, dor e longos períodos sem dormir.	0,84
20 - A minha atuação como enfermeira me exige competência técnica, conhecimento científico e atualização constante na área da saúde da criança.	1,00
22 - Reconheço que a criança está sofrendo e sentindo dor por seu comportamento, seus gestos e expressões faciais.	0,96
25 - O modelo assistencial centrado na doença e a “luta pela vida a qualquer custo” ainda é vivenciado no dia a dia da UTIP.	0,87
31- Desconheço os métodos de tratamento e avaliação da dor em pediatria.	0,83
32 - Quando a criança tem melhora do seu quadro clínico, na UTIP em que atuo, ela é transferida prontamente para outra unidade de menor complexidade, juntamente com sua família.	0,76*
34 - Reconheço que a criança na UTIP tem direito a receber visitas de familiares e amigos.	0,95
37 - A dinâmica do cuidado na UTIP prejudica o direito a programas de educação para saúde e acompanhamento do currículo escolar para a criança acordada e lúcida, internada por tempo prolongado	0,89
38 - Acredito que a dor da criança deve ser avaliada e tratada constantemente durante a internação na UTIP.	0,92

Itens da dimensão - componente cognitivo	CVCi
40 - Reconheço que a permanência do familiar/acompanhante junto à criança na UTIP facilita na avaliação da dor, pois ele oferece informações sobre o comportamento da criança.	0,97
41 - A associação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, como a sucção não nutritiva e sucção adocicada, não são eficazes para o tratamento da dor da criança na UTIP.	0,92
42 - A padronização do tratamento e avaliação da dor facilitaria na minha tomada de decisão para alívio da dor na criança na UTIP.	0,89
44 - Identifico como comportamentos de dor na criança: o choro, agitação, testa franzida, olhos cerrados e irritabilidade.	0,99
45 - A realização de atividades recreativas como o brincar, a leitura e a música, dentre outros, são desvalorizadas devido às características do cuidado na UTIP e ao quadro clínico da criança.	0,99
46 - Quando utilizo o brinquedo e atividades lúdicas, percebo que a criança extravasa seus sentimentos e interage de maneira mais tranquila.	1,00
47 - Acredito que a permanência dos pais/responsável na UTIP prejudica a recuperação da criança.	0,95
50 - A permanência integral dos pais/responsável na UTIP é um direito da criança.	1,00
51 - O familiar/acompanhante, quando permanece na UTIP junto à criança, desconhece o cotidiano hospitalar e a terapêutica utilizada na criança.	0,89
52 - No leito da criança na UTIP tem um local para permanência por tempo integral do familiar/acompanhante, com uma cadeira para repouso.	0,61*
53 - A família da criança não é parte integrante dos cuidados que desenvolvo na UTIP.	0,95
54 - Considero o familiar/acompanhante como uma fonte de informação sobre os hábitos, costumes e história de vida da criança.	0,95
55 - Reconheço que a família da criança tem um papel periférico e passivo na assistência, em que a tomada de decisões é vertical e centrada na equipe da unidade.	0,85
60 - Considero que a permanência e participação dos familiares na assistência devem ser incentivadas visando à valorização das heranças culturais e à troca de experiências entre a criança, família e equipe de saúde.	0,97
61 - Reconheço que nem todos os pais têm condições de permanecer com seu filho durante a internação na UTIP.	0,83
62 - Reconheço que o grupo de apoio à família da criança facilita na relação com a equipe, diminui o estresse e uniformiza as informações a serem transmitidas.	0,95
65 - Acredito que a família dificulta a inter-relação entre a criança e a equipe.	0,97
66 - Minha relação com a família da criança tem por finalidade trocar e discutir ideias, dialogar e conversar de maneira sensível, empática e honesta, com vista ao bom entendimento entre a equipe e a família.	0,93
68 - Identifico que o apoio espiritual é um recurso utilizado pela criança e sua família para minimizar o sofrimento e enfrentar o período da doença na UTIP.	0,99
70 - Reconheço que a família precisa ser preparada para vivenciar a morte da criança, sendo apoiada emocionalmente, orientada quanto ao quadro clínico da criança e a não possibilidade de cura.	0,97
71 - A graduação em enfermagem prepara a enfermeira para o enfrentamento da morte da criança.	0,99
72 - Acredito que o preparo da equipe de saúde para o enfrentamento da morte facilita a aceitação da irreversibilidade do quadro clínico da criança e alicerça nas tomadas de decisões para ajudar a família.	0,97
73 - Reconheço que existe um déficit de conhecimento na formação da enfermeira com relação aos direitos da criança hospitalizada.	0,97
75 - Considero que a UTIP não é um local adequado para permanência de crianças em fase terminal de vida.	0,83
76 - Reconheço que a criança em fase terminal de vida deva permanecer junto a sua família, em ambiente favorável, garantindo privacidade e conforto.	0,97
79 - Acredito que brinquedos e outros objetos trazidos de casa aumentam os índices de infecção hospitalar.	0,85

*Itens com CVCi inferior a 0,80.

Quadro 2 - Itens da dimensão componente afetivo da EEADC-UTIP e CVCi

Itens da dimensão - componente afetivo	CVCi
3 - Percebo que a criança que é separada dos pais, sente medo e fica muito ansiosa durante a internação na UTIP.	0,99
4 - Prefiro cuidar de crianças graves e sedadas, do que as que estão acordadas e se comunicam.	0,83
6 - Percebo que trabalhar com a criança na UTIP não gera desgaste psíquico para a equipe de saúde.	0,89
7 - Valorizo a opinião da criança internada na UTIP durante o desenvolvimento da assistência.	0,96
11 - Gosto de atuar na UTIP pela possibilidade de trabalhar com equipamentos para a manutenção da vida e da possibilidade de recuperação da criança gravemente enferma.	0,73*
12 - A criança internada na UTIP em que atuo não tem suporte assistencial de um profissional de psicologia para ajudá-la enfrentar o período de internação com menos ansiedade.	0,59*
14 - Sinto falta na UTIP do desenvolvimento de atividades recreativas para criança, como a leitura, o brincar, doutores da alegria, dentre outros.	0,89
16 - Sinto que a criança fica mais agitada após as atividades recreativas na UTIP.	0,95
17 - Identifico que as crianças sedadas ou com comprometimentos neurológicos são estimuladas com atividades lúdicas.	0,68*
18 - Sinto que a permanência do familiar/acompanhante na UTIP deixa a criança mais agitada.	0,91
19 - Sinto a necessidade de dar atenção ao familiar/acompanhante conversando e dialogando com ele.	0,99
21 - Sinto segurança durante a realização dos cuidados à criança na UTIP, com a presença do familiar/acompanhante.	0,95
22 - Sinto que a equipe de enfermagem é resistente à permanência 24 horas da família na UTIP.	0,80
23 - Valorizo a permanência do familiar/acompanhante na UTIP, pois eles oferecem amor e carinho à criança.	0,99
24 - Percebo que a relação da equipe de enfermagem com o familiar/acompanhante não tem conflitos.	0,71*
25 - Conviver com a permanência do familiar/acompanhante na UTIP me deixa mais sensibilizada com a história de vida da criança e sua família.	0,93
26 - Sinto dificuldades para atender as necessidades de informação do familiar/acompanhante.	0,80
27 - Valorizo os momentos de conversa, escuta atenta e orientação à família durante o período de internação da criança na UTIP.	0,97
28 - Percebo que o primeiro contato do familiar/acompanhante com a criança na UTIP é traumatizante devido ao uso extensivo de equipamentos e procedimentos invasivos.	0,93
29 - Valorizo o familiar/acompanhante como um parceiro e colaborador na assistência de enfermagem prestada à criança na UTIP.	0,93
30 - Não compreendo o estado emocional do familiar/acompanhante da criança e prefiro o afastamento.	0,88
34 - Identifico que as necessidades biopsicossociais do familiar da criança não são valorizadas na UTIP.	0,71*
35 - Me sensibilizo com o sofrimento da criança e sua família e valorizo a permanência do familiar/acompanhante na UTIP.	0,91
43 - Valorizo a permanência no leito de imagens, orações, dentre outros objetos referentes ao apoio espiritual da família e da criança.	0,91
44 - Percebo que o relacionamento da equipe multiprofissional com o familiar da criança é frio e distante.	0,68*
46 - Observo que são poucos os profissionais que se preocupam em se aproximar da família para conversar e ouvi-la.	0,79*
48 - Minhas atividades como enfermeira se esgotam com a morte da criança, pois não tenho tempo para apoiar a família depois que o corpo da criança sai da UTIP.	0,87
52 - Tenho um sentimento de inconformismo e impotência, nos casos de morte por doença aguda, em que a criança é previamente hígida.	0,85

*Itens com CVCi inferior a 0,80.

Quadro 3 - Itens da dimensão componente comportamental da EEADC-UTIP e CVCi

Itens da dimensão - componente comportamental	CVCi
3 - Antes da realização dos cuidados, explico para a criança sedada ou em coma tudo o que será realizado.	0,92
4 - O aporte tecnológico disponível na UTIP para manutenção da vida da criança grave me distancia de um cuidado mais sensível.	0,84
5 - De acordo com a idade da criança, explico o que será feito e pergunto sua opinião, como por exemplo: em qual mão ela gostaria que eu puncionasse a veia.	0,97
7 - Atendo todas as necessidades de saúde da criança na UTIP oferecendo assistência de maneira individualizada e humanizada.	0,87
8 - Tenho dificuldades de me comunicar com a criança em coma ou sedada e em uso de ventilação mecânica.	0,88
10 - Realizo o procedimento na criança grave e não explico para ela o que estou fazendo.	0,88
11 - Ofereço assistência à criança na UTIP, contemplando os aspectos biológicos, psicológicos e espirituais.	0,93
13 - Escrevo todos os procedimentos realizados na criança na evolução de enfermagem, sem restrição de informações.	0,96
15 - De acordo com a idade da criança, informo sobre sua enfermidade e todos os cuidados terapêuticos a que será submetida.	0,95
17 - Estabeleço uma interação com a criança na UTIP utilizando brinquedos, desenhos e músicas.	0,92
18 - Retiro brinquedos e objetos pessoais da criança do leito, pois a comissão de infecção hospitalar orienta que os mesmos aumentam os índices de infecção.	0,85
21 - Quando penso que a criança fica mais tranquila junto do familiar/acompanhante, permito sua entrada na UTIP fora do horário de visitas.	0,85
22 - Não realizo procedimentos na criança quando o familiar/acompanhante está presente.	0,92
23 - Durante a realização de procedimentos na UTIP, utilizo o brinquedo para distrair a criança.	0,92
26 - Nas situações de conflitos entre a equipe e o familiar/acompanhante, me apoio nas normas e rotinas institucionais para manter a ordem no setor.	0,73*
27 - Respeito a opinião de crianças lúcidas internadas na UTIP.	0,95
28 - Solicito ao familiar/acompanhante que permaneça fora da UTIP, durante o desenvolvimento de procedimentos na criança.	0,61*
29 - Participo das decisões sobre o tratamento da criança e condutas a serem tomadas mediante discussões com a equipe multiprofissional da UTIP.	0,91
31 - Convido o familiar/acompanhante para auxiliar no banho da criança na UTIP.	0,88
33 - Explico para a equipe de enfermagem quanto à importância da permanência do familiar/acompanhante na UTIP junto à criança.	0,99
34 - Informo ao familiar/acompanhante apenas o que julgo necessário sobre os cuidados terapêuticos realizados na criança.	0,85
35 - Demonstro para o familiar/acompanhante o meu interesse pela história de vida da criança.	0,99
36 - Afasto-me da família quando ela é muito questionadora.	0,85
37 - Ao identificar, na UTIP, que a criança sofre maus tratos aciono o conselho tutelar.	0,88
41 - Permito que o familiar/acompanhante da criança na UTIP expresse seus sentimentos.	0,99
43 - No caso de doença crônica da criança, em que o período de internação na UTIP normalmente é mais prolongado, desenvolvo um relacionamento mais próximo com a criança e sua família compartilhando experiências boas e ruins do dia-a-dia.	0,96
44 - Não informo com antecedência ao familiar/acompanhante sobre os procedimentos que serão realizados na criança.	0,83
49 - Incentivo que a família traga os objetos pessoais da criança, como brinquedos.	0,93
59 - Permito a entrada na UTIP, sem restrições, do apoiador espiritual da criança e sua família.	0,87

Itens da dimensão - componente comportamental	CVCi
60 - Tenho dificuldades de compreender os valores espirituais e a prática religiosa da criança e sua família na UTIP.	0,99
61 - Depois de constatado o óbito, permito que a família tenha um último contato com a criança e se despeça dela ainda na UTIP.	1,00
31** - Nos casos de crianças com menos gravidade e que choram, permito a permanência do familiar/acompanhante na UTIP.	0,93
49** - Por perder muito tempo explicando o cuidado desenvolvido, não incentivo que familiar/acompanhante participe dos cuidados à criança na UTIP.	0,72*

*Itens com CVCi inferior a 0,80; **Itens reposicionados.

Considerando a relevância teórica do conteúdo dos itens para a temática desenvolvida na pesquisa e o atendimento dos objetivos propostos, os 13 itens com CVCi inferiores a 0,80 foram reavaliados de acordo com a sugestão dos juízes, sem modificação da ideia central. Oito itens sofreram ajustes quanto à clareza e facilidade de compreensão, como apresentados no quadro 04, e cinco itens (24 e 44 do componente afetivo; 26, 28 e 49 (reposicionado) do

componente comportamental) foram mantidos com a mesma estrutura.

Vale destacar que a opção da manutenção dos itens com valores de CVC inferiores ao recomendado também levou em conta que a escala será submetida, em estudos subsequentes, a novas análises que conferirão sua validade de construto e confiabilidade.

Quadro 4 - Resultado da contribuição dos juízes para reformulação dos itens

Item Elaborado	Item Modificado
Dimensão do Componente Cognitivo	
11 - Os leitos da UTIP em que atuo não são adequados de acordo com a faixa etária da criança.	11 - Reconheço que os leitos da UTIP não são adequados à faixa etária da criança.
32 - Quando a criança tem melhora do seu quadro clínico, na UTIP em que atuo, ela é transferida prontamente para outra unidade de menor complexidade, juntamente com sua família.	32 - Quando a criança tem melhora do seu quadro clínico ela é transferida prontamente para outra unidade de menor complexidade, juntamente com sua família.
52 - No leito da criança na UTIP tem um local para permanência por tempo integral do familiar/acompanhante, com uma cadeira para repouso.	52 - É direito da criança que na UTIP tenha um local para permanência por tempo integral do familiar/acompanhante, com uma cadeira para repouso.
Dimensão do Componente Afetivo	
11 - Gosto de atuar na UTIP pela possibilidade de trabalhar com equipamentos para a manutenção da vida e da possibilidade de recuperação da criança gravemente enferma.	11 - Gosto de atuar na UTIP pela possibilidade de trabalhar com equipamentos para a manutenção da vida que possibilitam a recuperação da criança gravemente enferma.
12 - A criança internada na UTIP em que atuo não tem suporte assistencial de um profissional de psicologia para ajudá-la enfrentar o período de internação com menos ansiedade.	12 - Sinto falta de suporte assistencial de um profissional de psicologia para ajudar a criança internada na UTIP a enfrentar o período de internação com menos ansiedade.
17 - Identifico que as crianças sedadas ou com comprometimentos neurológicos são estimuladas com atividades lúdicas.	17 - Crianças sedadas ou com comprometimentos neurológicos devem ser estimuladas com atividades lúdicas.
34 - Identifico que as necessidades biopsicossociais do familiar da criança não são valorizadas na UTIP.	34 - Sinto que as necessidades biopsicossociais do familiar da criança não são valorizadas na UTIP.
46 - Observo que são poucos os profissionais que se preocupam em se aproximar da família para conversar e ouvi-la.	46 - Sinto que são poucos os profissionais que se preocupam em se aproximar da família para conversar e ouvi-la.

Após a verificação do CVC dos itens, foi calculado o CVC de cada dimensão da escala. A dimensão do componente cognitivo apresentou CVCd de 0,91, 0,86 do componente afetivo e 0,89 do componente comportamental.

Além do coeficiente de validade de conteúdo, foram calculados também os coeficientes de correlação intraclasse para cada dimensão da escala e formato final. Foi observado que todas as subescalas apresentaram valores recomendados pela literatura.²⁴ Para os itens da dimensão do componente cognitivo, foi obtido um CCI de $r=0,78$ (C.I.95% [0,66;0,87], $p<0,001$). O CCI para a dimensão do componente afetivo foi de $r=0,78$ (C.I.95% [0,64;0,88], $p<0,001$). A dimensão do componente comportamental atingiu o coeficiente de correlação intraclasse do conjunto de medidas para um valor de $r=0,70$ (C.I.95% [0,52;0,83], $p<0,001$).

O formato final da EAEDC-UTIP apresentou o CCI de $r=0,76$ (C.I.95% [0,69;0,83], $p<0,001$).

DISCUSSÃO

É importante destacar que este estudo é pioneiro na construção de uma escala de atitudes de enfermeiras frente aos direitos da criança na UTIP. Todo desenvolvimento de construção e validação teórica da EAEDC-UTIP foram pautados rigorosamente em procedimentos que permitiram evidenciar sua validade de conteúdo.²¹

As dimensões da EAEDC-UTIP propostas inicialmente e pautadas nos componentes da atitude, permitiram verificar na dimensão do componente cognitivo o conhecimento e crenças das enfermeiras em relação à assistência à criança e sua família na UTIP, e aspectos relacionados aos direitos. Correspondeu ao que a enfermeira conhece, reconhece, considera e acredita ser adequado ou não no desenvolvimento de sua prática de acordo com suas experiências.

Na dimensão do componente afetivo, verificou-se os sentimentos positivos e negativos que a enfermeira apresenta no desenvolvimento de suas atividades e as relações estabelecidas com a criança e sua família na UTIP, os quais podem ser um facilitador ou não na garantia dos direitos da criança, destacando o que é valorizado, a capacidade de estabelecer relações e a demonstração de interesse e afeição pelo outro. A dimensão do componente comportamental correspondeu ao comportamento da enfermeira, o seu fazer no desenvolvimento da prática assistencial na UTIP, ou seja, como ela se posiciona, age e reage frente às questões da prática

durante a assistência para a garantia dos direitos, e na relação com a criança e sua família.

A validação teórica concedeu à EAEDC-UTIP uma característica de extrema relevância, pois esta foi validada por juízes de todo Brasil que tiveram como responsabilidade a decisão de verificar se os itens se referiam ou não a temática proposta, além de posicionarem-se para o aperfeiçoamento da redação dos itens e adequação da escala. Essa amplitude de olhares e saberes proveniente de espaços distintos de atendimento à criança no país permitiu que a escala fosse construída levando em consideração a realidade de prática das enfermeiras e seu contexto de atuação. Desta forma há uma garantia mais robusta do nível de representação da escala.

Vale destacar ainda que os itens trouxeram elementos que apontaram para o direito da criança hospitalizada mediante aspectos da prática cotidiana da enfermeira na UTIP e que a amplitude de aspectos incorporados nos itens tornou-se evidente pela necessidade de uma maior compreensão acerca da temática em questão.

Estes aspectos focalizaram o respeito e a dignidade da criança como ser humano e um ser de direitos, com a preservação de sua integridade física, psíquica e moral; direito de proteção à vida e à saúde; de ser acompanhada por familiar/acompanhante integralmente durante todo período de internação na UTIP; direito de brincar e participar de atividades lúdicas; direito à informação para a criança e sua família, tendo conhecimento adequado sobre sua enfermidade, tratamento, cuidados prestados e a participação dos mesmos; direito a não ser ou permanecer hospitalizado desnecessariamente; à preservação de sua autonomia de valores, dos espaços e objetos pessoais; direito de não sentir dor; direito a receber apoio espiritual e religioso; direito à proteção contra maus tratos; e direito à uma morte digna.¹²⁻¹³

Sobre os resultados atingidos com a presente pesquisa, o CVCd e os CCI apresentaram resultados satisfatórios²³⁻²⁴ e permitiram uma aproximação empírica sobre o consenso do olhar de especialistas. Foi possível, desta forma, reduzir o número de variáveis de acordo com o seu nível de representatividade e relevância para o constructo, assim como assegurar que outras retratem de forma adequada o objeto em questão. É importante lembrar que no processo de construção de escalas, itens correspondem a comportamentos observáveis, enquanto constructos são avaliados na forma de fatores ou variáveis não-observáveis. Isso significa que objetos psicológicos ou atitudinais são constituídos no sentido formativo

em que um conjunto de itens oscila de acordo com a representação deste último.²⁶

Ainda que a EAEDC-UTIP apresente boas características de validade de conteúdo, ressalta-se que o estudo apresentou limitações por aceitar a presença de itens com CVCi inferiores ao recomendado pela literatura. Assim, a escala necessita ser aplicada na população alvo, nesse caso em enfermeiras de UTIP, e ser submetida a vários procedimentos psicométricos para ser considerada um instrumento com validade de constructo, o que permitirá a verificação de atitudes das enfermeiras de UTIP. Considerou-se também como limitador do estudo a restrição da aplicação da escala no cenário da UTIP.

É importante mencionar que a validade de conteúdo correspondeu apenas a uma fase da criação de instrumentos, que foi especialmente direcionada em função do conhecimento dos especialistas sobre o propósito de avaliação da escala. Faz-se necessário ainda um estudo de validade de constructo com o objetivo de averiguar a interação entre constructos e comportamentos na esfera empírica isenta de controle ou conhecimento direto dos profissionais sobre os fatores envolvidos. Procedimentos fatorialis oferecem a oportunidade de construir instrumentos não apenas pensando nas teorias estáticas da literatura, mas também considerando a representação mental dos atributos dentro da variabilidade das respostas.²⁶⁻²⁷

Além da validade de conteúdo e de constructo, também é do interesse da presente equipe de pesquisa averiguar quais aspectos da prática profissional a EAEDC-UTIP é capaz de prever. Nesse sentido, o cálice sagrado de instrumentos e escalas consiste na capacidade de prever eventos reais.²⁸ Na literatura, o atributo é denominado validade preditiva e outros atributos de interesse a serem investigados ainda deverão envolver a probabilidade de manifestação de cada item – denominado parâmetro de dificuldade – assim como a capacidade do instrumento de discriminar os sujeitos ao longo dos traços problematizados.²⁹

CONCLUSÃO

A EAEDC-UTIP apresentou evidências de validade de conteúdo e os itens abordaram as atitudes das enfermeiras na prática assistencial na UTIP, o que permitirá a avaliação dos direitos da criança hospitalizada. A construção desta escala como instrumento de avaliação da prática de enfermeiras é de extrema relevância diante da escassez de estudos que abordam a temática dos direitos da criança na UTIP.

Destaca-se como contribuição desse estudo, a apresentação de forma didática das etapas de

construção de uma escala de atitudes, permitindo o direcionamento de outros pesquisadores na construção de instrumentos de medidas capazes de avaliar a prática e fornecer subsídios para a tomada de decisões mediante à apresentação de resultados cientificamente confiáveis.

Esta pesquisa foi a primeira fase da construção e validação de conteúdo da EAEDC-UTIP.

Espera-se a aplicação da EAEDC-UTIP ofereçam subsídios para o estabelecimento de estratégias voltadas para o atendimento dos direitos da criança na UTIP, como por exemplo, a instituição de normas, projetos, programas e diretrizes que garantam a efetivação dos direitos da criança hospitalizada contidos na legislação de promoção à saúde infantil no país.

REFERÊNCIAS

1. Kelly M, Jones S, Wilson V, Lewis P. How children's rights are constructed in family-centred care: a review of the literature. *J Child Health Care* [Internet]. 2012 Jun [cited 2015 Feb 10]; 16(2):190-205. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22363046>
2. Costa TS, Morais AC. Child hospitalization: child living from graphical representations. *J Nurs UFPE* [Internet]. 2017 Jan [cited 2017 Feb 05]; 11(Suppl. 1):358-67. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/10524/pdf_2394
3. Andrade RD, Santos JS, Pina JC, Furtado MCC, Mello DF. Integrality of actions among professionals and services: a necessity for child's right to health. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2013 [cited 2015 Nov 20]; 17(4):772-80. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20130023>
4. Caleffi CCF, Rocha PK, Anders JC, Souza AJJ, Burciaga VB, Serapião LS. Contribution of structured therapeutic play in a nursing care model for hospitalised children. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 Jun [cited 2017 Feb 05]; 37(2):e58131. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58131>
5. Pontes EP, Couto DL, Lara HMS, Santana JCB. Non-verbal communication in the pediatric intensive care unit: perception of the multidisciplinary team. *REME - Rev Min Enferm* [Internet]. 2014 Jan-Mar [cited 2016 Jan 15]; 18(1):152-7. Available from: <http://www.reme.org.br/exportar-pdf/915/v18n1a12.pdf>
6. Majdalani MN, Doumit MA, Rahi AC. The lived experience of parents of children admitted to the pediatric intensive care unit in Lebanon. *Inter J Nurs Stud* [Internet]. 2014 Feb [cited 2016 Jan 15]; 51(2):217-25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.06.001>
7. Mortensen J, Simonsen BO, Eriksen SB, Skovby P, Dall R, Elklit A. Family-centred care and traumatic symptoms in parents of children admitted to PICU.

- Scand J Caring Sci [Internet]. 2015 Sep [cited 2016 Jan 15]; 29(3):495-500. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25236928>
8. Silva ACO, Santos DMA, Silva DCM, Sousa FGM, Lima HRFO, Moura MRLA. Identifying the needs of support, safety, information, proximity and comfort of families of children hospitalized. *Rev Enferm UFPI* [Internet]. 2014 [cited 2016 Feb 10]; 3(2):42-8. Available from: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/viewFile/1700/pdf>
 9. Rodrigues AC; Calegari T. Assistance humanization in pediatric intensive care unit: perspective of nursing staff. *REME - Rev Min Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 05]; 20:e933. Available from: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160003>
 10. Angelo M, Prado SI, Cruz AC, Ribeiro MO. Nurses' experiences caring for child victims of domestic violence: a phenomenological analysis. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 Jul-Set [cited 2016 Aug 23]; 22(3):585-92. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/en_v22n3a03.pdf
 11. Manole EJE. Constituição Federal. Atualizada até a EC n. 95/2016. 9ª ed. São Paulo (SP): Manole, 2017.
 12. Nucci GS. Estatuto da Criança e do Adolescente / Comentado: Em busca da Constituição Federal das Crianças e dos Adolescentes. 3ª ed. São Paulo (SP): Gen/Forense, 2017.
 13. Brasil. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução n. 41, de 13 de outubro de 1995: dispõe sobre os direitos da criança e do adolescente hospitalizados. Resoluções, junho de 1993 a setembro de 2004. Secretaria Executiva do Conanda [Internet]. Brasília (DF): Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2004 [cited 2015 Nov 05]. Available from: <http://dh.sdh.gov.br/download/resolucoes-conanda/res-1-a-99.pdf>
 14. Lira SFL. O desrespeito aos direitos das crianças e adolescentes no ambiente hospitalar. *Univ JUS Brasília* [Internet]. 2010 Jul-Dez [cited 2016 Mar 22]; 21(1):129-43. Available from: <http://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/index.php/jus/article/view/675>
 15. Bisogni S, Aringhieri C, McGreevy K, Olivini N, Lopez JRG, Ciofi D, et al. Actual implementation of sick children's rights in Italian pediatric units: a descriptive study based on nurses' perceptions. *BMC Medical Ethics* [Internet]. 2015 May [cited 2016 May 18]; 13:16-33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25964120>
 16. Amaral LFP, Calegari T. Humanization of nursing care for the family at the pediatric intensive care unit. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2016 Jul-Sep [cited 2017 Feb 06]; 21(3):. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i3.44519>
 17. Mattsson J, Forsner M, Castrén M, Arman M. Caring for children in pediatric intensive care units: an observation study focusing on nurses' concerns. *Nurs Ethics* [Internet]. 2013 Aug [cited 2015 Nov 30]; 20(5):528-38. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23329781>
 18. Halal GMAE, Piva JP, Lago PM, Halal MGE, Cabral FC, Nilson C, et al. Parents' perspectives on the deaths of their children in two Brazilian paediatric intensive care units. *Int J Palliat Nurs* [Internet]. 2013 [cited 2016 Jan 26]; 19: 495-502. Available from: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/ijpn.2013.19.10.495>
 19. Rodrigues A, Assmar EML, Jablonski B. *Psicologia social*. 32ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2015.
 20. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. 7ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011.
 21. Pasquali L, organizador. *Instrumentação psicológica: fundamentos e oráticas*. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.
 22. Medeiros, RKS, Júnior MAF, Pinto DPSR, Vitor AF, SantosVEP, Barichello E. Pasquali's model of content validation in the Nursing researches. *Rev Enf Ref* [Internet]. 2015 Feb [cited 2016 May 06]; serIV(4):127-35. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000100014&lng=pt.
 23. Hernández-Nieto, RA. *Contributions to Statistical Analysis*. Mérida (VE): Universidad de Los Andes; 2002.
 24. Shrout PE, Fleiss JL. Intraclass correlation: uses in assessing rater reliability. *Psychol Bull* [Internet]. 1979 [cited 2016 May 10]; 86(2):420-8. Available from: http://www.aliquote.org/cours/2012_biomed/biblio/Shrout1979.pdf
 25. IBM. *SPSS Statistics for Windows, Version 23.0*. Armonk (US): IBM Corp; 2015.
 26. Tucker LR, MacCallum RC. *Exploratory factor analysis*. Unpublished manuscript, Columbus (US): Ohio State University; 1997.
 27. Hair J, Black W, Babin B, Anderson R, Tatham R. *Multivariate Data Analysis*. 7th ed. Upper Saddle River (NJ): Pearson Educational; 2010.
 28. Cohen RJ, Swerdlik ME, Sturman ED. *Testagem e avaliação psicológica: introdução a testes e medidas*. 8ª ed. Porto Alegre (RS): AMGH; 2014.
 29. Pasquali L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. 5ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2013.

Correspondência: Elena Araujo Martinez
 Rua Joaquim Méier, 426, apto 302
 20725-050 – Méier, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
 E-mail: elena.araujo.martinez@gmail.com

Recebido: 25 de agosto de 2016
 Aprovado: 20 de março de 2017