**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

PAULA ANDREA SHINZATO FERREIRA MARTINS

**SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES NA
ESPECIALIDADE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA:
VALIDAÇÃO CLÍNICA**

**SÃO PAULO
2007**

PAULA ANDREA SHINZATO FERREIRA MARTINS

**SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES NA
ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA: VALIDAÇÃO CLÍNICA**

**Tese apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de
São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Enfermagem**

Área de concentração: Enfermagem

**Orientadora:
Prof^a.Dr^a. Evalda Cançado Arantes**

**SÃO PAULO
2007**

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Martins, Paula Andréa Shinzato Ferreira.

Sistema de classificação de pacientes na especialidade
enfermagem psiquiátrica: validação clínica. / Paula Andréa
Shinzato Ferreira Martins. – São Paulo, 2007.

123 p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de
São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Evalda Cançado Arantes

1. Assistência de enfermagem (classificação) 2. Enfermagem
psiquiátrica 3. Reprodutibilidade de resultados. I. Título.

DEDICATÓRIA

...torna-se essencial dedicar este trabalho à
Prof^a. Dr^a. Evalda Cançado Arantes...
sua dedicação na busca profícua pelo desenvolvimento científico da
Assistência de Enfermagem Psiquiátrica
não cessou até o presente momento...
no auge de seus "alguns anos" mantém sua produção e contribuição
fundamental e admirável...

AGRADECIMENTOS

que bom serem tantos agradecimentos... quem vivencia o processo de formação sabe exatamente como é lidar com metas e prazos nesta trajetória acadêmica que nos fascina e nos exaure, em busca da superação dos desafios; desta forma, não posso deixar de citar cada uma das pessoas que, particularmente me permitiram concluir mais esta fase, mesmo me fazendo prometer iniciar uma outra daqui há alguns anos...agradeço assim...

a meu marido, **Hilário**, cúmplice velado, que esteve lá e cá o tempo todo na retaguarda;

à minha filha, **Bianca**, que chegou a verbalizar, com seus quatro anos de idade, perceber-me "muito nervosa com a vida" e às custas de sua dermatite atópica sempre aguda, suportou-me e admirou-me como sua mãe;

a meu filho, **Guilherme**, que "se ajeitou" nesse começo de vida, alternando momentos de total "dependência" com outros de "total independência";

à minha comadre, **Adla**, madrinha de meus filhos, que se manteve hóspede permitindo ausentar-me por mais horas seguidas, sobretudo, no período da coleta de dados;

à minha avó, **Jacyra**; minha tia, **Toyoco**; minha afilhada, **Giovanna**; minha cunhada, **Renata** e meu irmão, **Sérgio**, pelos jantares de 5ª feira, tradição nesta família, que significaram momentos de descanso deste assunto para darmos valor a outros assuntos, também, importantes;

à "nossa" babá, **Alessandra**, que passou a "**Emily**" e que ao aproximar-se de nós, evidenciou que lhe poderíamos confiar, nossos preciosos tesouros, estando sempre disponível para "mais um pouquinho";

... os agradecimentos estendem-se àqueles que, trouxeram boas notícias e disponibilidade para me ouvir, atender e até me amparar...assim, agradeço...

à **Jane Manzolli Tannuri**, por se tornar amiga e estar sempre "ali";

à professora **Hideko Takeuchi Forcella**, pela companhia, co-orientação e, também, pelos florais estabilizantes das relações familiares;

à professora **Raquel Rapone Gaidzinski**, pela manutenção do apoio incondicional ao tema e incentivo, além da co-orientação;

à professora **Maria Fernanda Togero Fugulin**, muito disponível e interessada em contribuir e receber-me;

à bibliotecária **Nadir**, por me indicar saídas para problemas tão simples essenciais nas buscas e referências bibliográficas;

aos professores **José Marcos Barbosa** e **Ivone Borelli**, por suas construções e correções;

às **secretárias da pós-graduação**, que sempre me chamaram pelo nome, reconhecendo-me e respeitando-me como aluna desta escola;

*... como não citar a memória de minha mãe, que dividiu tantos e tão bons momentos de minha vida e que agora me acompanha de um outro prisma...
muito obrigada!*

**“Embora seja loucura, (*ainda*)
há método nela”.**

William Shakespeare
Hamlet, 2º ato.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	-Relação do percentual (%) de divergências por indicadores críticos, entre as respostas dos Enfermeiros, em ordem decrescente - São Paulo - 2006.....	60
Tabela 2	-Analítico das divergências encontradas nos Instrumentos para Classificação do Nível de Dependência em Enfermagem Psiquiátrica - São Paulo - 2006.....	62
Tabela 3	-Distribuição de freqüências da quantidade de divergências por indicador.....	62
Tabela 4	-Geral das comparações entre as respostas dos enfermeiros – Kappa Geral.....	64
Tabela 5	-Distribuição dos Níveis de Dependência por Instrumentos Preenchidos.....	73
Tabela 6	-Distribuição de freqüência do somatório dos pontos obtidos após tabulação do Instrumento que avalia o grau de dependência da amostra de 100 pacientes.....	73
Tabela 7	-Pontuação obtida pelos pacientes internados - São Paulo - 2006.....	74
Tabela 8	-Distribuição dos resultados de cada indicador frente ao nível de dependência - São Paul - 2006.....	76
Tabela 9	-Média de escore obtido pelo grupo amostral de 100 instrumentos preenchidos - São Paulo - 2006.....	79

LISTA DE QUADROS E DE FIGURAS

Quadro 1	-Apresentação dos dados coletados na Fase 1 - São Paulo – 2006.....	51
Quadro 2	-Apresentação dos dados coletados na Fase 3 - São Paulo – 2006.....	53
Quadro 3	-Análise descritiva dos resultados obtidos com o Instrumento para Classificação do Nível de Dependência em Enfermagem Psiquiátrica - São Paulo - 2006.....	57
Quadro 4	-Analítico (resumido) dos valores do coeficiente de Spearman obtidos na comparação entre as respostas dos 100 pacientes em relação aos graus de dependência apresentados na coleta de dados do Local do Estudo – outubro de 2006.	83
Figura 1	-Gráficos “Barra e Pizza”. Número e porcentual das divergências entre os Indicadores Críticos, após aplicação do Instrumento de Classificação do Nível de Dependência de Enfermagem Psiquiátrica.....	60
Figura 2	-Gráfico “Barra”. Frequência das respostas de escores obtidos na coleta de dados, fase 3.....	75
Figura 3	-Gráfico “Dispersão” - Escore obtido pelo grupo amostral – agosto de 2006.....	80

Martins PASF. Sistema de Classificação de Pacientes na especialidade Enfermagem Psiquiátrica: validação clínica [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2007.

RESUMO

A escassez de publicações a respeito de dimensionamento de pessoal na enfermagem psiquiátrica motivou o desenvolvimento de um Instrumento para Classificar o Nível de Dependência na Enfermagem Psiquiátrica, etapa inicial para o estabelecimento do número ideal de profissionais na Equipe de Enfermagem da especialidade. Para tornar público um Sistema de Classificação de Pacientes, o pesquisador deve garantir a validade de conteúdo e do constructo, além da confiabilidade da ferramenta, permitindo à comunidade científica sua adoção como método, ou mesmo, como material de referência no desenvolvimento de novos modelos. Desta forma, o instrumento foi construído e teve seu conteúdo validado em estudo anterior. Assim, seus objetivos buscaram a validação clínica, por meio de testes de confiabilidade e validade do constructo, além da verificação de sua aplicabilidade na prática gerencial do enfermeiro. Duas amostras foram utilizadas, sendo n=40 pares de instrumentos preenchidos na Fase 1 da coleta de dados e n=100 instrumentos preenchidos na Fase 3 do estudo, tendo sido aplicados cinco diferentes critérios estatísticos, entre eles: o coeficiente Kappa e a correlação de Spearman. O Instrumento para Classificar o Nível de Dependência na Enfermagem Psiquiátrica foi considerado confiável com índices satisfatórios de concordância e o constructo foi validado, determinando o grau de dependência do paciente portador de transtornos mentais, internado aos cuidados da equipe de enfermagem psiquiátrica.

Descritores: Pessoas mentalmente doentes (classificação). Enfermagem Psiquiátrica. Reprodutibilidade dos testes. Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde.

Martins PASF. Patient system classification in psychiatric nursing: clinical validation [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2007.

ABSTRACT

The shortage of publications about personnel dimensioning in psychiatric nursing motivated the development of an instrument to Classify the Dependence Level in Psychiatric Nursing, initial stage to the establishment of an ideal number of professionals in the Nursing Crew of the specialty. In order to make public a Patient Classification System, the researcher must guarantee the validity of the content and of the construct, besides the reliability of the tool, allowing to the scientific community its adoption as a method, or even, as a reference material in the development of new models. Thus, the instrument was built and had its content validated in a previous study. Thus, its purposes aimed at the clinical validation by reliability and construct validity tests, besides the checking of its applicability in the managing practice of the nurse. Two samples were used, being n=40 pairs of instruments filled in Stage 1 of data collection and n= 100 instruments filled in Stage 3 of the study, five different statistical criteria were applied, among them, the Kappa coefficient and the Spearman correlation. The instrument to Classify the Dependence Level in Psychiatric Nursing was considered reliable with good indicators of agreement and the construct was validated, determining the degree of dependence of the patient bearing mental disorders, interned under the cares of the psychiatric nursing crew.

Descriptors: Mentally Ill Persons (Classification). Psychiatric Nursing. Reproducibility of Results, Needs Assessment.

Martins PASF. Sistema de Clasificación de Pacientes en la especialidad Enfermería Psiquiátrica: validación clínica [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2007.

RESUMEN

La escasez de publicaciones al respecto del dimensionamiento de personal en la enfermería psiquiátrica motivó el desarrollo de un Instrumento para Clasificar el Nivel de Dependencia en la Enfermería Psiquiátrica, etapa inicial para el establecimiento del número ideal de profesionales en el Equipo de Enfermería de la especialidad. Para tornar público un Sistema de Clasificación de Pacientes, el investigador debe garantizar la validez del contenido y la del constructo, además de la confiabilidad de la herramienta, permitiendo a la comunidad científica su adopción como método, o como material de referencia en el desarrollo de nuevos modelos. De esta forma, el instrumento fue construido y tuvo su contenido validado en un estudio anterior. Asimismo, sus objetivos buscaron la validez clínica, por medio de pruebas de confiabilidad y validez del constructo, además de la verificación de su aplicabilidad en la práctica gerencial del enfermero. Fueron utilizados dos muestras, siendo $n=40$ pares de instrumentos llenados en la Fase 1 de la recolecta de datos y $n=100$ instrumentos llenados en la Fase 3 del estudio, y aplicados cinco diferentes criterios estadísticos, entre ellos, el coeficiente Kappa y la correlación de Spearman. El Instrumento para Clasificar el Nivel de Dependencia en la Enfermería Psiquiátrica fue considerado confiable con índices satisfactorios de concordancia y el constructo fue validado, determinando el grado de dependencia del paciente portador de trastornos mentales, internado a los cuidados del equipo de enfermería psiquiátrica.

Descriptores: Enfermos Mentales (Classificación). Enfermería Psiquiátrica. Reproducibilidad de Resultados. Evaluación de Necesidades.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas	
Lista de Quadros e Figuras	
Resumo	
Abstract	
Resumen	
1 APRESENTAÇÃO	14
2 SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES	20
3 SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES NA ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA	25
4 OBJETIVOS	31
5 TRAJETO METODOLÓGICO	33
5.1 Primeira Fase da coleta de dados – confiabilidade do instrumento	35
5.1.1 Procedimento para coleta de dados	37
5.1.2 Descrição do local do estudo	37
5.1.3 Descrição da coleta de dados	37
5.1.4 Descrição dos sujeitos da pesquisa	38
5.1.5 Confiabilidade e Concordância de um Instrumento	39
5.2 Segunda Fase da coleta de dados – observações dos enfermeiros sobre o instrumento	43
5.3 Terceira Fase da coleta de dados – validação do constructo	45
5.3.1 Validade do constructo de um instrumento	45
6 APRESENTAÇÃO DOS DADOS COLETADOS	50
7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS COLETADOS	56
7.1 Concordância e Confiabilidade	57
7.1.1 Análise descritiva – divergências entre as respostas	57
7.1.2 Coeficiente Kappa	63
7.2 Validação do constructo	71
7.2.1 Distribuição dos escores obtidos	71
7.2.2 Análise horizontal dos indicadores críticos	76
7.2.3 Teste de Correlação de Spearman entre os indicadores críticos	79
8 RESULTADOS	88
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
10 REFERÊNCIAS	96
11 BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	101
ANEXOS	105

1 APRESENTAÇÃO

Desde o início da década de 90 do século XX, a área de Psiquiatria e Saúde Mental vem evoluindo no Brasil, impulsionada por políticas específicas, aprovações de leis relacionadas ao funcionamento da rede de atendimento, bem como pelos movimentos sociais que buscam a humanização do atendimento recebido pelos indivíduos acometidos por transtornos mentais.

Com a aprovação da Lei nº. 10.216 de 6 de abril de 2001⁽¹⁾, os atendimentos intra-hospitalares para tratamento de pacientes psiquiátricos têm sido considerados não recomendáveis, sendo indicados apenas quando os recursos extra-hospitalares, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Hospitais-Dia – HD e lares abrigados mostram-se insuficientes.

No cotidiano da especialidade é possível perceber que apesar dos esforços políticos e públicos, os recursos extra-hospitalares podem ser escassos, ineficazes e insuficientes.

Escassos, pois o número de vagas oferecidas nos CAPS não atende à demanda da população nem há tal dispositivo em algumas localidades, tornando o atendimento irregular. Quando há o dispositivo, falta aderência do paciente ao tratamento, sem que haja meios para “buscá-lo” em sua residência.

A ineficácia traduz o limite do transtorno mental em si, considerando os episódios agudos dependentes ou não de tratamento continuado, ou seja, ainda que o portador faça uso regular do serviço, o mesmo pode apresentar um episódio grave desta agudização e a internação psiquiátrica pode ser o único recurso para sua preservação.

Ainda, há de se comentar sobre a população que permanece no desconhecimento dos serviços oferecidos, pois muitos continuam no trajeto “casa” – “pronto socorro” e “pronto-socorro” – “hospital”, o que parece demonstrar aqui a fragilidade do sistema.

Por estas razões, não é possível negar a necessidade da existência ou manutenção de hospitais especializados “lotados” com pacientes internados, recebendo atenção integral de enfermagem por apresentarem episódios agudos e graves de transtornos mentais variados.

Ao atuar na área de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental há mais de dez anos, conheci serviços que se incomodam com a qualidade do atendimento prestado ao paciente, qualidade que está intimamente relacionada à equipe de enfermagem atuante a seu dimensionamento e à qualificação dos profissionais.

No cenário nacional, a equipe de Enfermagem é composta por Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem ⁽²⁾.

Ao pensarmos na qualidade e na quantidade da força de trabalho de Enfermagem Psiquiátrica, esbarramos no fato de que a parcela numericamente significativa da especialidade é representada pelos Auxiliares de Enfermagem formados sem os conteúdos teóricos e/ou práticos de Psiquiatria.

Desde a década de 1990, a disciplina “Enfermagem Psiquiátrica”, ou com outras denominações, como: “Enfermagem Neuropsiquiátrica”, “Enfermagem em Saúde Mental” ou “Enfermagem em Higiene Mental” foram extintas das grades ou matrizes curriculares e, assim, o maior número dos profissionais atuantes não recebem conhecimento formal da especialidade.

Os Técnicos de Enfermagem devem receber formação com carga horária mínima de 1.200 horas/aula –h/a ⁽³⁾, distribuídas em matrizes curriculares aprovadas pelos Conselhos de Educação regionais, com carga horária variável entre 40, 80 e 90 h/a para a disciplina Enfermagem Psiquiátrica, sendo possível desenvolver somente parte dos conteúdos da especialidade nesse período.

No entanto, a mão-de-obra ainda não é absorvida pela especialidade, sobretudo, nos hospitais especializados, pois o mercado de trabalho ainda não “oficializou” as vagas para esta categoria que tem em média um salário até 20% superior ao do Auxiliar de Enfermagem.

O estudo realizado por Carvalho e Felli ⁽⁴⁾ evidenciou nos discursos dos trabalhadores de Enfermagem de um hospital especializado em atendimento psiquiátrico que a proporcionalidade de cada profissional por paciente interfere diretamente na qualidade da assistência que chega a ser “mínima” naquelas opiniões. Embasados na vivência diária desta realidade,

eles adotam de forma rudimentar a gravidade do quadro do paciente como critério para o dimensionamento de pessoal ⁽⁴⁾.

Ao realizar a investigação bibliográfica sobre o número ideal de profissionais de enfermagem para atender a demanda de pacientes psiquiátricos internados, deparei-me com a escassez de estudos realizados sobre o tema dimensionamento de pessoal e na especialidade no Brasil não foi localizada nenhuma publicação científica a esse respeito.

No Sistema Único de Saúde – SUS, existem portarias que regulamentam os atendimentos prestados à população em geral por hospitais conveniados com tal sistema e especializados em Psiquiatria e determinam as condições para funcionamento dos mesmos, estabelecendo parâmetros para dimensionamento de pessoal, incluindo, o da equipe de enfermagem.

O referencial utilizado para tal relação (equipe de enfermagem/leito de internação) não foi evidenciado, sendo possível notar que o atendimento garantido por tal dimensionamento não contempla as necessidades dos pacientes que apresentam variados graus de intensidade de crises agudas de transtornos mentais, sempre graves, o que é condição básica para tal internação.

A Portaria nº. 251/02 ⁽⁵⁾, por exemplo, determina em seu Anexo-item 2.7 Recursos Humanos, quatro Auxiliares de Enfermagem – AE para cada 40 leitos, com cobertura nas 24 horas diárias e um Enfermeiro para cada 40 leitos em 20 horas semanais. Logo, questiona-se: é possível um enfermeiro prestar assistência de enfermagem a 40 pacientes em 20 horas por semana? Como implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE diante dessa realidade?

A SAE é um modelo teórico-prático assistencial que visa a qualidade da assistência por meio de práticas sistematizadas. No Estado de São Paulo, está normatizada pela Decisão COREN-SP DIR 008-1999 ⁽⁶⁾ que incumbe, privativamente, o enfermeiro de sua implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem, compreendendo as etapas de consulta, histórico, exame físico, diagnóstico,

prescrição e evolução de enfermagem, o que acarreta que o mínimo de horas de assistência ao paciente já supera o estabelecido pela Portaria nº. 251/02⁽⁵⁾, uma vez que 30 minutos semanais para cada paciente parecem ser insuficientes para atendê-lo.

No Rio de Janeiro, a Resolução SMS nº. 864 de 02 ⁽⁷⁾, institui um parâmetro de dimensionamento de Recursos Humanos – RH, onde o item C3 Serviço de Enfermagem estabelece 5,5 horas de atendimento/paciente/dia na “Clínica Psiquiátrica”, significando 35,64 profissionais distribuídos nas categorias da Equipe de Enfermagem, adotando como comparativo, os mesmos 40 leitos propostos pelo Ministério da Saúde - MS/SUS, na fórmula apresentada.

Esta resolução baseia-se na indicação feita pelo Grupo de Assessoria hospitalar (PROHASA) de São Paulo para o serviço de enfermagem na internação e, se estiver em vigor e for cumprida regularmente, oferecerá uma melhora significativa à assistência de enfermagem psiquiátrica, sem representar, no entanto, um olhar específico quanto às necessidades do paciente portador de transtornos mentais.

Em se tratando de pacientes psiquiátricos, é necessário lembrar que não há rotinas controláveis, pois a qualquer momento podem surgir episódios de auto e heteroagressividade, tentativas de fuga e de suicídio, entre outras ocorrências vivenciadas cotidianamente na especialidade.

Pensar na determinação do número ideal de profissionais de Enfermagem por pacientes psiquiátricos significa continuar o trajeto de pesquisas na busca dos dados que permitirão a composição dos elementos nas fórmulas e equações propostas. Assim, os temas a serem pesquisados pela especialidade são: os indicadores da qualidade da assistência nas diversas modalidades de atendimento, a quantidade de horas de assistência de enfermagem psiquiátrica, o índice de produtividade e o tempo efetivo de trabalho da equipe de enfermagem psiquiátrica e o absenteísmo e suas causas gerenciais ⁽⁸⁾.

Em busca de respostas e propostas para solucionar tais inquietações, desenvolvi durante o Curso de Pós-Graduação (Mestrado) na EEUSP, o

Sistema de Classificação de Pacientes na especialidade Enfermagem Psiquiátrica ⁽⁹⁾, construindo e validando um instrumento que determina o nível de dependência dos pacientes acometidos por episódios agudos de transtornos mentais, com base em suas necessidades individualizadas aos cuidados de enfermagem.

O conteúdo do instrumento denominado “Instrumento para Classificação do Nível de Dependência em Enfermagem Psiquiátrica” (Anexo 1) teve sua validade obtida por intermédio de consenso das opiniões de sete enfermeiros denominados juízes especialistas, que concordaram com a manutenção de 11 indicadores críticos do cuidado.

Como metodologia para validação do conteúdo do instrumento, utilizou-se a técnica Delphi.

Agora, surge a necessidade de submeter tal instrumento e o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) da especialidade Enfermagem Psiquiátrica à validação clínica, ou seja, verificar sua aplicabilidade prática na enfermagem e sua confiabilidade passível de implementação, como parâmetro para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem.

2 SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES

Os Sistemas de Classificação de Pacientes (SCP) foram desenvolvidos no decorrer do século XX. Em 1930, um estudo foi realizado nos Estados Unidos da América (EUA) e identificou as necessidades dos pacientes, encontrando um indicador de horas de enfermagem que, posteriormente, serviria de subsídio a outros estudos⁽¹⁰⁾.

Existem relatos da organização das enfermarias, conforme a gravidade dos pacientes, realizada por Florence Nightingale, assim os pacientes mais graves eram alocados nas proximidades das mesas das enfermeiras, de forma a racionalizar as atividades e garantir a qualidade assistencial⁽¹¹⁾.

Na história, os SCP foram desenvolvidos à luz dos modelos da engenharia industrial, pois ali se interpretavam os dados do tempo gasto em tarefas e sua produtividade para projetar o número da equipe de funcionários para executar essas tarefas⁽¹²⁾.

Perroca⁽¹³⁾ define o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) como “um processo no qual se procura categorizar pacientes, de acordo com a quantidade de cuidado de enfermagem requerido, ou seja, baseado na complexidade da assistência de enfermagem”, que pode ser entendido, como

“uma forma de determinar o grau de dependência de um paciente em relação à equipe de enfermagem, objetivando estabelecer o tempo despendido no cuidado direto e indireto, bem como o qualitativo do pessoal para atender às necessidades bio-psico-socio-espirituais do paciente”⁽¹⁴⁾.

Dentre as várias citações significantes de Giovannetti, importante pesquisadora nos estudos sobre Sistemas de Classificação de Pacientes, destacam-se as que enfatizam o uso dos SCP, como ferramenta principal na alocação e utilização dos recursos humanos e quando utilizados, adequadamente, podem resolver o problema da equipe de enfermagem, pois revelam o verdadeiro estado do paciente⁽¹⁵⁾.

Os SCP estimam as necessidades reais de cada paciente, tomando como base seu estado funcional e sua situação clínica⁽¹⁶⁾.

O termo SCP contempla a “identificação e classificação de pacientes dentro de grupos de cuidados e/ou categorias”, tendo por objetivo a mensuração do esforço necessário de enfermagem às ações específicas do cuidado ⁽¹⁷⁾.

A necessidade de desenvolver métodos para quantificar recursos humanos envolve preocupações não só com a qualidade da assistência a ser prestada, bem como a necessidade de adequar os recursos financeiros. Este raciocínio provocou o desenvolvimento de estudos em diversos países como EUA, Canadá, Espanha, entre outros, desde meados da década de 80 do século XX ^(12-13,15-16).

A terceira geração de SCP desenvolvida nos EUA, no final da década de 1990, aponta as vantagens na adoção de sistemas e destaca ainda as lições apreendidas, como a resistência dos enfermeiros frente a um novo modelo de trabalho e a relutância destes na mudança para outro modelo considerado holístico, além da diferença no tempo de formado dos profissionais, o que significou maior obstáculo aos que demonstraram ou sentiram medo de documentar a tomada de decisão para um determinado nível de competência ⁽¹⁸⁾.

A busca pela melhora da qualidade da assistência investe na crença de que o Sistema de Classificação de Pacientes permitirá o cálculo adequado do dimensionamento da equipe de enfermagem psiquiátrica, cuja finalidade principal será diminuir as vivências manicomiais da internação psiquiátrica, secundárias à serialização e massificação do cuidado que se impõe em muitos locais de tratamento até os dias atuais.

Na Espanha, por exemplo, esses sistemas vêm sendo desenvolvidos e estudados para estimar as necessidades reais de cada paciente, com base em sua condição clínica, objetivando oferecer assistência de qualidade e eficiência, partindo do princípio de que pacientes agrupados, de acordo com suas necessidades assistenciais semelhantes, representam também um consumo de recursos semelhantes ⁽¹⁶⁾.

As versões de SCP desenvolvidas na década de 1970 são consideradas simples e manuais, cujos objetivos eram atender as

necessidades dos pacientes. A partir dos anos de 1980, houve o grande desenvolvimento dos modelos, sobretudo, nos EUA onde se buscava o dimensionamento das equipes, chegando, assim, à década de 1990 com instrumentos mais sofisticados e novos enfoques, entre eles, o de custo da assistência ⁽¹⁸⁾.

No Brasil, na década de 60 do século passado, o Professor Odair Pacheco Pedroso elaborou um dimensionamento de enfermagem cirúrgica para o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Este trabalho foi pioneiro e ensinado nos cursos de Pós-Graduação daquele período ^(1*).

Em 1976, Horta ⁽¹⁹⁾ publicou um “modelo operacional para determinar a dependência do paciente à Enfermagem” em natureza e extensão das necessidades, denominando-o de “tabela índice” e adotou indicadores e valores atribuídos a cada um deles, sendo: deambulação, motilidade, estado mental (nível de consciência), condição ambiente e condição socioeconômica do paciente.

Em 1982, foi publicado um estudo elaborado no sistema público de saúde da cidade de São Paulo, sob a coordenação de Alcalá e col. ⁽²⁰⁾, que propôs parâmetros para adequar as tabelas de lotação do pessoal de enfermagem, adotando seis elementos para compor o denominado “cuidado progressivo”, como: cuidado intensivo, cuidado intermediário, autocuidado, cuidado por prazo longo ou crônico, cuidado domiciliar e ambulatorial. Este estudo, pioneiro no tema “dimensionamento de pessoal” no país, concluiu que a padronização de parâmetros oficiais para o cálculo de pessoal de enfermagem e o critério da assistência progressiva possibilitariam melhor aproveitamento dos profissionais ⁽²⁰⁾.

Com base em estudos nacionais e internacionais, já não é possível negar a importância do uso de SCP na enfermagem, tanto na esfera assistencial como na gerencial, pois os sistemas servem para: identificar e dar suporte às demandas do paciente, como ferramenta no processo de

¹ Relato oral da Profª. Drª. Evalda Cançado Arantes durante o Exame de Qualificação no dia 16 de novembro de 2006, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

tomada de decisão do enfermeiro, identificar e validar os resultados das intervenções de enfermagem, entre outras funções ⁽¹²⁾.

Na tentativa de amparar o enfermeiro no estabelecimento do quadro quantitativo de profissionais, o Conselho Federal de Enfermagem – COFEN apresentou, em 1996, a “Resolução COFEN-189 que estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais”, apresenta considerações sobre a responsabilidade do enfermeiro pela confecção desse quadro de profissionais ⁽²¹⁾.

O referencial utilizado pelo Conselho foi adaptado do trabalho de Fugulin et al. (1994), no qual se estabelecem categorias de pacientes por complexidade assistencial, dividindo-as em: assistência mínima/autocuidado, assistência intermediária, assistência semi-intensiva e assistência intensiva.

Em 21 de setembro de 2004, foi publicada a Resolução do COFEN nº. 293 que “fixa e estabelece parâmetros profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados” ⁽²²⁾. Tais parâmetros representam normas mínimas para servir de referência aos gestores dos serviços de enfermagem. O artigo 4º, parágrafos 5 e 6, aborda que as unidades especializadas, como a “psiquiatria”, no que é tocante às características assistenciais específicas, devem ser respeitadas na classificação desses pacientes e que estes com intercorrências clínicas ou cirúrgicas associadas devem ser classificados um nível acima no SCP. Desta forma, inicia-se com “cuidados intermediários”. Para esta Resolução, o COFEN adotou a constante de Marinho ⁽²²⁾.

A utilização dos termos adotados na complexidade assistencial de Fugulin não traduz as condições apresentadas pelos pacientes psiquiátricos, já que abordam aspectos clínicos não psiquiátricos, tais como: risco iminente de vida, estabilidades de funções vitais e dependência de enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas e não se adequam totalmente à especialidade.

3 SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES NA ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA

Autores indicam que o desenvolvimento dos SCP e dos diagnósticos de enfermagem são essenciais aos enfermeiros e estes temas podem nos ajudar a identificar os conhecimentos e proporcionar o desenvolvimento que será específico da Enfermagem Psiquiátrica ⁽¹⁷⁾.

O fato também influenciou os pesquisadores que, na década de 90 do século XX, buscaram, então, o desenvolvimento de sistemas de classificação de pacientes e dos diagnósticos de enfermagem para pacientes psiquiátricos, contribuindo para uso eficaz das intervenções de enfermagem psiquiátrica e em saúde mental. Ainda assim são escassos os estudos publicados para esta população específica ⁽¹⁷⁾.

O maior desafio do cuidado psiquiátrico e de saúde mental é a dificuldade para estabelecer as amplas categorias e os métodos para quantificar a assistência ao paciente portador de transtorno mental ⁽¹⁷⁾.

Na Enfermagem Psiquiátrica, os achados científicos sobre SCP são discretos e se encontrados é possível notar que discutem apenas a necessidade de desenvolvimento do sistema, porém não apresentam um modelo real.

Deste modo, não foi localizado outro modelo de SCP, além do desenvolvido por Martins ⁽⁹⁾, para pacientes portadores de transtornos mentais agudos, decorrentes do nível de dependência da Enfermagem Psiquiátrica.

Estudos desenvolvidos na comunidade espanhola de Astúrias têm apresentado, desde 1985, a construção de sistemas denominados de *Resource Utilization Groups* – RUG que divide os pacientes em nove grupos de cuidados de enfermagem similares. Outras versões do sistema foram surgindo, como o RUG II, o RUG T18 e o RUG III que ampliaram as possibilidades de classificação dos pacientes para até 44 grupos ⁽¹⁶⁾.

Estes sistemas foram amplamente aplicados em unidades geriátricas e para pacientes com internações prolongadas. Entre as categorias de cuidado, estão as de reabilitação, as de alteração de conduta entre outras. Nas publicações, nota-se que estes sistemas são adequados às unidades geriátricas, pois o instrumento utilizado tem pouca sensibilidade para

reconhecer características psíquicas do paciente portador de transtorno mental agudo ^(16,23).

Em recente publicação, o RUG T18 teve sua capacidade preditiva descrita e analisada, após implementação em unidades de internação psiquiátrica, novamente na comunidade de Astúrias, na Espanha ⁽²³⁾.

Na introdução do artigo, a política de desinstitucionalização no país é comentada e relata que mesmo com a diminuição de leitos psiquiátricos, a realocação dos pacientes não levou em conta a medida de classificação de pacientes pelo grau de gravidade ou complexidade dos portadores de transtorno mentais, pois não existem instrumentos ou ferramentas específicas para esta classificação ⁽²³⁾.

Nos resultados encontrados, foi possível notar que a grande maioria dos sujeitos avaliados foi classificada, como "Distúrbios do Comportamento", ou seja, nível 4 de um modelo que compreende cinco níveis de assistência. Os níveis considerados são: "Reabilitação" que indica necessidades de terapia ocupacional e física por mais de 30 minutos diários; "Cuidados Especiais" para pacientes portadores de gravidade clínica, como quadriplegia e coma; "Complexidade Clínica", àqueles que requerem quimioterapia e transfusões; "Graves Problemas de Comportamento", incluindo, as manifestações, como agressividade e alucinações e, ainda, "Redução das Funções Físicas" aos que não foram classificados para os quatro grupos.

Nesse modelo de SCP por protótipo, caracterizando cada categoria de cuidado, há ainda um segundo componente para avaliação, denominado "Atividades de Vida Diária" que estima as condições do paciente sobre higiene pessoal, alimentação e movimentação como, por exemplo, da cama para a cadeira, classificando os clientes em três níveis de gradação, em uma escala que varia da independência -1 - à dependência total - 3 ⁽²³⁾.

Conforme os autores citados, em suas considerações finais, a limitação do instrumento que revelou baixa sensibilidade para identificação das necessidades dos pacientes psiquiátricos, foi discutida, e o fator

limitante desse fato foi a ausência de um modelo similar e específico para classificar os portadores de transtornos mentais ⁽²³⁾.

Nas discussões do estudo consultado, foi destacada a necessidade urgente da especialidade de Enfermagem Psiquiátrica abandonar a consideração dos pacientes psiquiátricos que precisam de assistência “como um todo” e passar a diferenciá-los em função de suas necessidades assistenciais de forma rigorosa e compreensível ⁽²³⁾.

A equipe de Enfermagem Psiquiátrica precisa assumir sua responsabilidade frente à assistência de enfermagem, considerando o aspecto “alto custo” que esta equipe de profissionais representa no sistema de atenção ao paciente ⁽¹²⁾, não só pelo custo, como também pela qualidade da assistência oferecida.

É sabido ainda que o uso continuado dos SCP impõe a necessidade de revisões periódicas anuais dos instrumentos ⁽²⁴⁾.

As repetidas reflexões sobre o uso dos SCP podem evidenciar os níveis de dependência aos cuidados de enfermagem mais prevalentes, antecipando o preparo da equipe frente aos cuidados necessários, os índices de custos das unidades e até as mudanças no âmbito geral da assistência prestada.

Alward ⁽²⁴⁾ afirmou que “mesmo providenciando 100% das ‘horas de assistência requeridas, não se pode garantir, 100% das necessidades de enfermagem que aos pacientes apresentam”, apontando o perfil dos recursos humanos atuantes e a escolha de SCP inválidos, como exemplos, das variáveis que acarretam o insucesso da ferramenta.

Os SCPs validados e revisados assumem um papel importante, na medida que proporcionam segurança aos membros da equipe de enfermagem assistencial, aos gerentes de enfermagem, administradores e gestores, pois podem assegurar a avaliação real de gravidade e de melhora ou piora do paciente, respaldando todo o processo de tomada de decisão do atendimento ao mesmo ⁽²⁴⁾.

Dentre os estudos localizados sobre Enfermagem Psiquiátrica, foram encontrados aqueles relativos às escalas de observação de pacientes, cuja

finalidade é descrever o quadro clínico apresentado pelo cliente no curso de sua agudização e, assim, a “escala de observação interativa de pacientes psiquiátricos internados” – EOIPPI que foi desenvolvida e testada em uma unidade psiquiátrica do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto no Estado de São Paulo. Concluiu-se que tal instrumento mede com sucesso um espectro de comportamentos fidedignos e válidos por meio da observação interativa entre equipe de enfermagem e pacientes ⁽²⁵⁾.

Os aspectos psíquicos, bem como as necessidades do paciente com transtornos mentais, não haviam sido abordados exclusivamente por nenhum estudo anterior ao de Martins ⁽⁹⁾ no Brasil. Algumas investigações desenvolvidas incluíram nas categorias e indicadores das necessidades dos pacientes “aspectos emocionais”, “iminência de risco de vida”, “impossibilidade de comunicar a real necessidade”, entre outros termos que, por não serem específicos, não fornecem entendimento preciso a avaliação do paciente.

O SCP na especialidade Enfermagem Psiquiátrica proposto por Martins apresenta três categorias dos níveis de dependência de pacientes, assim denominadas: nível de dependência **discreta, intermediária e plena** aos cuidados de Enfermagem Psiquiátrica ⁽⁹⁾.

No referido sistema, a classificação do paciente é obtida por intermédio do uso do instrumento desenvolvido que contém 11 indicadores críticos do cuidado com três níveis de gradação cada um. O valor da soma dos pontos obtidos assinalados pelo enfermeiro responsável pela avaliação do paciente, evidencia seu nível de dependência aos cuidados da enfermagem psiquiátrica.

Os indicadores críticos relacionados nesse instrumento, bem como suas denominações foram elaborados, baseando-se no Roteiro de Observação de Comportamento de pacientes internados em hospital psiquiátrico proposto por Arantes ⁽²⁶⁾ e na experiência da autora do estudo na observação e assistência a pacientes psiquiátricos.

Assim, os indicadores que compõem o instrumento para “Classificação do Nível de Dependência para Enfermagem Psiquiátrica”, são:

- **cuidados com a aparência e higiene**
- **expressão do pensamento**
- **humor**
- **interação social**
- **atividades**
- **alimentação e hidratação**
- **sono**
- **medicação**
- **eliminações**
- **sinais vitais e outros controles**
- **problemas e queixas somáticas**

A estrutura gráfica do instrumento elaborado por Romero ⁽²⁷⁾ foi usada, como referencial no desenvolvimento do instrumento que determina o grau de dependência da Enfermagem Psiquiátrica e todo o processo para elaboração de um SCP foi seguido, conforme o modelo proposto por Perroca ⁽²⁸⁾.

Na presente pesquisa, para validação clínica do instrumento de Martins ⁽⁹⁾, foi utilizado o processo percorrido por Perroca ⁽²⁸⁾.

Conforme Perroca ⁽²⁸⁾, “após a validação do conteúdo do instrumento de classificação de pacientes pelos juízes”, é necessário “monitorar a confiabilidade e a validade do instrumento, verificando se ele apresenta exatidão no seu uso”. Esta monitorização “possibilitará a aceitação do instrumento pelos enfermeiros de serviço e favorecerá a credibilidade das informações fornecidas pelo mesmo”.

4 OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo foram:

- Verificar a aplicabilidade do instrumento de classificação de pacientes na especialidade Enfermagem Psiquiátrica, proposto por Martins ⁽⁹⁾ na prática gerencial do enfermeiro.
- Realizar testes de confiabilidade e validação do constructo do instrumento.
- Reestruturar o instrumento de classificação de pacientes, proposto por Martins ⁽⁹⁾, frente aos resultados da validação clínica.

5 TRAJETO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo descritivo, exploratório.

As pesquisas descritivas observam e registram fatos e fenômenos além de analisar e correlaciona-los, buscando descobrir com precisão a frequência na qual um fenômeno se repete bem como sua conexão com outros acontecimentos ⁽²⁹⁾.

Os estudos exploratórios são adotados quando há pouco conhecimento sobre um determinado problema a ser estudado e através de descrições precisas de uma situação eles buscam mais informações sobre o assunto ⁽²⁹⁾.

O trajeto metodológico percorrido, iniciou-se com a busca bibliográfica aprofundada no tema Sistema de Classificação de Pacientes e SCP-Psiquiátricos, com a finalidade de localizar o maior número possível de referenciais sobre o assunto estudado.

A segunda etapa, permitiu a submissão do projeto de pesquisa a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, onde se desenvolveram os testes e na ausência desse Comitê Institucional submetê-lo à Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da EEUSP.

Em seqüência, de posse do parecer favorável do CEP, buscou-se a obtenção da aprovação da Gerência de Enfermagem do local da pesquisa e o consentimento livre e esclarecido dos enfermeiros participantes (modelo Anexo 3).

Com a obtenção dos documentos supracitados, testou-se primeiro a confiabilidade do instrumento por meio do grau de concordância e validade do constructo, utilizando métodos determinados e aplicando-os em unidades de internação de pacientes psiquiátricos adultos na fase aguda de episódios de transtornos mentais do local da pesquisa.

A reestruturação do Instrumento para Classificação do Nível de Dependência em Enfermagem Psiquiátrica proposto por Martins ⁽⁹⁾, diante dos resultados da validação clínica, objeto deste estudo, foi a última etapa do trajeto.

5.1 Primeira Fase da coleta de dados – confiabilidade do instrumento

Na primeira fase da coleta de dados, cuja finalidade foi a validação de confiabilidade entre avaliadores, isto é, o instrumento (Anexo 1), foi aplicado em um mesmo paciente por dois enfermeiros simultaneamente. Para tal, antes da aplicação do instrumento, foi explicitado aos enfermeiros que não poderia haver troca de informações entre eles, e o uso do instrumento para classificar os pacientes não significava nenhuma interferência administrativa nas rotinas do serviço dos enfermeiros. Estes aproveitavam o momento de transferência de pacientes para outras alas para aplicação do instrumento proposto por Martins ⁽⁹⁾. Assim sendo independente do resultado do preenchimento do instrumento, prevaleceria a avaliação do enfermeiro na decisão assistencial do paciente, permitindo que o sujeito da pesquisa coletasse os dados classificando os pacientes quanto ao nível de dependência, sem necessariamente, haver interferência em seu processo de tomada de decisão quanto à transferência do paciente.

Por meio da técnica de amostragem não probabilística denominada “por conveniência” ou tendenciosa, pautada nas possibilidades e condições dos pares de enfermeiros, 80 instrumentos foram preenchidos, tendo sido avaliados 40 pacientes por dois enfermeiros cada.

Na ocorrência da devolução dos instrumentos preenchidos, novo formulário foi entregue aos sujeitos da pesquisa, contendo questionamentos a respeito da utilização dos instrumentos na avaliação dos sujeitos, descritos na Fase 2 da coleta de dados.

É importante ressaltar que os pares de enfermeiros que preencheram os instrumentos simultaneamente, tinham conhecimentos semelhantes sobre os pacientes avaliados em razão da condição de atuação desses profissionais, pois ao enfermeiro compete decidir sobre a possibilidade de transferência do paciente às demais unidades de internação hospitalar.

A instituição hospitalar, onde o presente estudo foi desenvolvido, tem muitos leitos e poucos cuidadores, inclusive, na Equipe de Enfermagem. Mesmo cumprindo as exigências legais, o número de profissionais é insuficiente, fato já abordado neste estudo. O atendimento estende-se a 329

leitos para pacientes portadores de transtornos mentais graves, sendo 199 leitos masculinos e 80 femininos, ambos para pacientes em fase aguda de transtorno mental, havendo ainda um espaço de moradia com 50 leitos.

A equipe de enfermagem dispõe de sete enfermeiros, sendo um gerente de enfermagem, dois responsáveis pelos plantões noturnos A e B, respectivamente, um folguista do turno noturno e três responsáveis pela supervisão diurna da assistência.

A distribuição e a alocação dos Auxiliares de Enfermagem pelas unidades, o atendimento das intercorrências com pacientes, a avaliação dos pacientes em estado crítico e a avaliação dos pacientes em condições para transferência entre unidades, conforme o “grau de dependência”, ali avaliada de acordo com a experiência dos profissionais fazem parte desta “supervisão” da assistência.

Atualmente, o serviço adota um modelo assistencial que distribui os pacientes em seis unidades de internação, sendo uma para moradores, uma para pacientes do sexo feminino, uma para dependentes químicos e três para pacientes masculinos. Destas, duas unidades são destinadas a receber pacientes em fase aguda da doença e os recém-internados e a outra para pacientes melhorados e em condições de alta.

Este modelo assistencial foi introduzido pela atual gerência de enfermagem, com anuência e apoio dos demais técnicos e diretores da instituição. Nele se avalia os pacientes no momento de sua internação, visando identificar suas necessidades para alocá-los na unidade destinada a atendê-los. Desta forma, é possível organizar um dimensionamento de pessoal mais equilibrado para o serviço.

Descrever o processo de trabalho do local da pesquisa é necessário, pois tenta justificar a dificuldade dos enfermeiros coletarem os dados do estudo, visto que de rotina trabalham sozinhos nos períodos. Além disso, verificou-se que são escassos os serviços “top” da especialidade naquele local.

Para realizar estudos de validação, segundo Gaidzinski ^(2*), os pesquisadores devem buscar serviços considerados “top” naquela especialidade, ou seja, os melhores e mais equipados locais de atendimento. Embora haja exceções, são observados que, na maioria dos hospitais psiquiátricos paulistas, são poucos os serviços que mantêm mais de um enfermeiro por período na supervisão dos pacientes.

5.1.1 Procedimento para coleta de dados

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP sob o parecer do processo nº. 482/2005 (CEP-EEUSP) em anexo (Anexo 2), atendendo às exigências da Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

5.1.2 Descrição do local do estudo

Depois de cumpridas as fases iniciais do trajeto metodológico, a validação do instrumento de classificação de pacientes foi realizada nas unidades de internação de um hospital psiquiátrico especializado, localizado na cidade de São Paulo.

5.1.3 Descrição da coleta de dados

Conforme citado, após a obtenção do parecer de aprovação do CEP da EEUSP, foi realizado um contato telefônico com a Gerência de Enfermagem do Hospital especializado, escolhido para a coleta de dados.

De posse da autorização da instituição para fazer a pesquisa, foi agendada uma reunião com a Gerência de Enfermagem para fornecer

^{2*} Relato oral da Prof^a. Dr^a. Raquel Rapone Gaidzinski, na palestra “Validação de instrumentos de classificação de pacientes” promovida pelo Grupo de Pesquisa “Gerenciamento de recursos humanos: conceitos, instrumentos e indicadores no processo de dimensionamento de pessoal” área de concentração “Administração de Serviços de Enfermagem”, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, no dia 14 de setembro de 2006 na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

orientações gerais a respeito da pesquisa, datas e procedimentos necessários.

Uma semana após, a segunda reunião foi realizada, agora com a presença dos enfermeiros, sujeitos do estudo e, nesta ocasião, foram orientados sobre os objetivos do projeto, os detalhes do estudo e, sobretudo, a forma de utilização do instrumento.

Assim, os enfermeiros presentes foram questionados sobre sua espontânea vontade em participar da pesquisa e após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a pesquisadora entregou-lhes um envelope, contendo um documento explicativo (Anexo 4) e cópias do Instrumento para Classificação de Pacientes para serem utilizados.

5.1.4 Descrição dos sujeitos da pesquisa

Os sete enfermeiros atuantes nas referidas unidades foram convidados a participar voluntariamente do estudo, lendo, preenchendo e assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, conforme o modelo no Anexo 3. Ainda, os enfermeiros foram orientados pela pesquisadora sobre:

- os objetivos do estudo;
- as etapas da investigação e sua atuação na mesma e
- a estrutura básica do instrumento e sua operacionalização.

A identificação dos sujeitos da pesquisa foi feita por meio do uso de senhas numéricas que, posteriormente, para efeito da análise e apresentação dos dados, foram alteradas pela investigadora, passando a usar a identificação pelos códigos alfa-numérico, E 1/7, E 2/7 e, assim, sucessivamente, até E 7/7.

As informações obtidas na Fase 2 da coleta de dados permitiram descrever o perfil dos sujeitos da pesquisa, bem como obter a opinião dos mesmos a respeito da aplicação do instrumento.

Assim, dos sete enfermeiros que anuíram participar do estudo, três tiveram oportunidade de atender as solicitações da pesquisadora, em relação à aplicação do Instrumento para Classificar o Nível de Dependência

de Pacientes Psiquiátricos, destes 66% eram do sexo feminino e 33% do sexo masculino, a média de idade foi de 38 anos e o tempo de formado variou entre dois e 16 anos.

Quanto à formação na área de enfermagem, 66% possuíam pós-graduação *latu-senso* e 33% *stricto-senso* na Enfermagem Psiquiátrica.

Dentre os sujeitos, todos atuam na Enfermagem Psiquiátrica com variação de tempo entre dez meses e 16 anos, e 66% desenvolvem atividades no ensino e na pesquisa na própria especialidade.

5.1.5 Confiabilidade e Concordância de um Instrumento

Ao se considerar que os dados coletados por um instrumento estão sujeitos às variações das pessoas que o avaliam, torna-se importante verificar o quanto os avaliadores concordam quando atribuem um valor à mesma avaliação. A tal fato, denomina-se índice de “concordância” e de “confiabilidade” ⁽³⁰⁾.

Confiabilidade é o grau de coerência com o qual um instrumento mede o atributo, sendo possível afirmar quanto menor a variação produzida pelo instrumento, em repetidas mensurações de um atributo, maior será sua confiabilidade, expressando se este poderá ser replicado com garantia de resultados semelhantes e precisos ^(28,30).

Para determinar a confiabilidade de um instrumento, serão necessários realizar a coleta e a correlação dos resultados medidos por diferentes pessoas ⁽³⁰⁾, sendo possível calculá-las das seguintes formas:

- coeficiente de confiabilidade interavaliadores (entre avaliadores) ou confiabilidade objetiva – na qual em um mesmo intervalo de tempo e por diferentes avaliadores é realizada a correlação de julgamento do mesmo fenômeno;
- coeficiente de confiabilidade intra-observador ou confiabilidade precisa – em tempos diferentes e pela mesma pessoa é realizada a correlação das classificações obtidas sobre a importância de vários indicadores de avaliação da efetividade do procedimento;

- correlação entre teste e reteste ou método do reteste em tempos diferentes e, pela mesma pessoa, é realizada a comparação dos escores obtidos, de forma objetiva, computando o coeficiente de confiabilidade ⁽³⁰⁻³¹⁾.

Andrade e Scalco ⁽³⁰⁾ afirmam ainda que

“a escolha de um método para testar a confiabilidade vai depender da medida que está sendo usada, do fenômeno em estudo, do custo, do tempo e da extensão nos quais os testes de confiabilidade foram feitos”.

Concordância “é o grau habitualmente expresso em porcentagem, com que diferentes avaliadores tendem a fazer os mesmos julgamentos sobre o que está sendo avaliado” ⁽³⁰⁾.

Os índices que medem a concordância de um instrumento, são chamados também de coeficientes de correlação e podem ser classificados em três tipos, de acordo com o nível de mensuração em questão, tais quais:

- para medidas nominais, indica-se o índice de Kappa (k);
- para medidas ordinais, indica-se o Coeficiente de Correlação de Spearman (rs) e;
- para medidas intervalares, indica-se o Coeficiente de Correlação de Pearson (r).

Neste estudo, o teste de confiabilidade entre-avaliadores ou objetiva foi selecionado e adotou-se o teste estatístico do Coeficiente de Kappa para medir a concordância entre eles.

O coeficiente Kappa é definido como uma medida de associação usada para descrever e testar o grau de concordância (confiabilidade e precisão) entre as respostas na classificação de pacientes ⁽³²⁾, vem sendo adotado por outros estudos da mesma temática ⁽²⁸⁾.

Embora muito usado para estudos de confiabilidade não é o único método que se poderia adotar para atingir o objetivo proposto da validação de confiabilidade, tendo, como outros exemplos: o teste de Spearman, o teste de Kendall e a correlação de Pearson.

Optou-se pelo coeficiente de Kappa em função dos seguintes motivos:

- utilização em variáveis, cuja representação é ordinal, ou seja, com graus (níveis/faixas) de intensidade às questões propostas (1/2/3; 1º./2º./3º, discreta/intermediária/plena);
- permissão para análise das respostas (indicador/indicador ou questão/questão) com as opiniões dos enfermeiros, convertíveis à uma análise geral, sem desconsiderar as especificidades de cada análise.

Assim, ao calcular os coeficientes por meio do teste de Kappa foram relacionadas duas opiniões sobre o mesmo fato observado e, assim, identificados a proporção de concordância das respostas e um coeficiente para cada uma delas.

A **concordância total** entre as respostas dos enfermeiros resulta em um valor de $Kappa=1$, enquanto a **total discordância** entre as respostas; em um valor de $Kappa=0$, lembrando que o valor= -1 representaria a inversão das concordâncias.

As faixas intermediárias aos valores de Kappa são divididas em função do grau de concordância que sugerem.

Adotando a classificação de Landis e Koch ⁽³³⁾ têm-se:

- **$Kappa = 1$** → **concordância perfeita**
- **$0,75 \leq Kappa < 1$** → **concordância forte**
- **$0,4 \leq Kappa < 0,75$** → **concordância moderada ou mediana**
- **$Kappa < 0,4$** → **concordância leve ou fraca**

Procedeu-se, então, a aplicação do coeficiente de Kappa nos 11 indicadores críticos listados no Instrumento para Classificação do Nível de Dependência de Enfermagem Psiquiátrica.

Todos os cruzamentos foram apresentados dois a dois com os respectivos coeficientes Kappa, objetivando determinar a intensidade da concordância nas classificações e no escore geral.

Cabe salientar que não foi levada em consideração a ordem ou a seqüência dos enfermeiros que avaliaram os pacientes. Considerando, sim, o fato de serem sempre dois profissionais diferentes.

Por se tratar de um teste de confiabilidade, a interpretação dos enfermeiros sobre o instrumento utilizado foi parte fundamental dos resultados. Os enfermeiros obtiveram a mesma orientação em relação ao processo, inclusive, quanto a não comentar entre si os escores obtidos em suas avaliações a fim de evitar influência nas respostas.

A intensidade ou grau de concordância medida entre as respostas dos dois enfermeiros, evidencia-se pelo número de respostas concordantes, ou seja, pelo número de casos, nos quais os resultados foram os mesmos entre os sujeitos da pesquisa.

Para o teste de Kappa, todas as divergências são importantes, isto representa que, em alguns casos, os coeficientes são mais acentuados em termos de concordância de resposta entre os enfermeiros, quando comparadas a outros testes estatísticos, pois o Kappa é uma medida de concordância interobservador e, assim, mede o grau de concordância, além do que seria esperado tão somente pelo acaso.

Neste caso, a hipótese testada é se o Kappa é igual a zero, o que indica concordância nula, ou então, se ele é maior que zero, indicando concordância maior do que o acaso.

Um resultado Kappa com valor negativo, que não tem interpretação cabível, pode resultar em um nível crítico paradoxal, cujo valor de p é maior do que 1.

No caso da rejeição da hipótese ($Kappa = 0$), haverá a indicação de que a medida de concordância é significativamente maior do que zero, indicando que existe alguma concordância.

Isto não significa necessariamente que a concordância seja alta, cabendo ao pesquisador avaliar se a medida obtida é satisfatória ou não, baseando-se em dados da literatura, em pesquisas anteriores e, até mesmo, nos objetivos do estudo.

5.2 Segunda Fase da coleta de dados – observações dos enfermeiros sobre o instrumento

Nas informações obtidas sobre a opinião dos enfermeiros, cem por cento dos enfermeiros afirmaram que o instrumento é completo e de fácil compreensão, sendo considerado aplicável à prática assistencial.

O tempo utilizado para classificar cada paciente variou de 10 a 20 minutos para 66% dos sujeitos e "mais de 20 minutos" para 33% da amostra; 66% afirmaram que "não despendem muito tempo" para sua aplicação.

A respeito da utilização do instrumento na prática assistencial, 66% responderam que o instrumento tem possibilidade de ser introduzido na prática assistencial, justificando que o mesmo "facilita e orienta" o profissional (E3/7), além de "favorecer o trabalho organizando e direcionando as considerações a serem feitas pelo enfermeiro na classificação dos pacientes". Destacando, ainda, a "facilitação na elaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem (E6/7) e 33% responderam que não seria aplicável em razão do tempo usado no preenchimento.

Esta opinião é confirmada com a resposta do sujeito E6/7 que relatou que "sentiu um pouco de dificuldade para encontrar as alterações avaliadas nos pacientes dentro das sugestões propostas pelo instrumento". Após familiarizar-se com o mesmo, notou menor dificuldade, "gastando menos tempo".

A respeito dos indicadores presentes no instrumento, as respostas evidenciaram que 100% dos enfermeiros responderam que "não houve dificuldade" para utilizá-los e, ainda, no espaço destinado a "**outros comentários**" que julgassem necessários, afirmaram que o instrumento "facilita e orienta o profissional na especialidade".

Dentre as opiniões dos sujeitos da pesquisa, é importante destacar que foi possível notar que 33% dos sujeitos evidenciaram certa incoerência nas respostas.

Desse modo, mesmo negando dificuldade para avaliar os pacientes nos 11 indicadores críticos, o tempo usado foi maior (mais de 20 minutos) e

a conclusão descrita foi que “o instrumento não tem possibilidade de ser introduzido na prática” daquele profissional.

A incoerência das respostas pode ser justificada pelo menor tempo de formação e de experiência na especialidade, pois, conforme o consumo de um período de tempo maior foi utilizado, o instrumento não se lhe mostrou útil por esta justificativa, fato que poderia naquela interpretação retardar o atendimento do enfermeiro.

Após a análise destes dados, foi possível afirmar que a adoção de um instrumento requer conhecimentos específicos e experiência na lida com os pacientes psiquiátricos. Assim sendo, nas oportunidades de adoção de um método para classificar pacientes, deve haver um período de tempo a ser dispensado ao treinamento dos profissionais, pois o instrumento elaborado contemplou 11 indicadores críticos para o cuidado e cada indicador utiliza aspectos comportamentais, psíquicos e físicos do paciente, que devem ser avaliados pelo enfermeiro, pois, para proceder esta avaliação, o enfermeiro deve ser preparado e treinado anteriormente, de modo que se torne hábil e ágil na tomada de decisão a respeito do estado, no qual o paciente se encontra.

Ainda sobre a opinião dos sujeitos, o E6/7 afirmou que os indicadores “eliminações”, “sinais vitais e outros controles” e “queixas e problemas somáticos” são importantes à assistência, porém não são limitadores pela transferência do paciente entre as unidades, entendendo que o fator determinante desta transferência está no modo pelo qual o paciente lida e convive com suas dificuldades clínicas e a implicação disto na assistência de enfermagem.

Conforme já foi expresso, o instrumento não se preza exclusivamente a avaliar o paciente para realizar sua transferência de uma unidade para outra. No entanto, é possível considerar esta opinião entendendo que para esse sujeito, aqueles três indicadores não são determinantes na tomada de decisão da mudança de um nível de dependência para outro, fato que foi testado na validação do constructo do instrumento em questão.

5.3 Terceira Fase da coleta de dados – validação do constructo

A terceira e última fase da coleta de dados buscou a validação de constructo do instrumento, que se realizou com sua aplicação de forma numericamente expressiva, no mesmo hospital, campo de pesquisa.

Empregou-se a técnica amostral aleatória ou por conveniência, com a escolha de 30% da população, totalizando 98,7 pacientes, aqui arredondados para 100 indivíduos, que foram avaliados para posterior aplicação do instrumento.

Nesta fase, duas enfermeiras foram sujeitos da pesquisa, sendo uma delas a pesquisadora.

Os instrumentos foram aplicados entre os dias 2 e 5 de outubro de 2006, nos períodos da manhã e tarde.

Os pacientes avaliados encontravam-se no pátio da instituição, alguns interagindo entre si e outros isolados. Homens e mulheres constituíram esta amostra.

5.3.1 Validade do constructo de um instrumento

Validade pode ser definida, como o grau no qual um instrumento mede aquilo que se propõe medir ⁽³⁰⁾, sendo ainda mais desafiador estabelecer a validade do que a confiabilidade de um instrumento que pode ser considerado “confiável”, mas, “não válido” ou “válido” e “não confiável”, acreditando que o ideal seja um instrumento válido e confiável ^(28,30).

Instrumentos de avaliação de pacientes podem ser válidos, quanto ao conteúdo, ao critério, à capacidade de predição e ainda quanto à construção e aparência do mesmo. Dependendo do propósito de aplicação do instrumento, estará ditado o tipo de validade a ser investigada ^(30-31,34-35).

De acordo com o instrumento proposto por Martins ⁽⁹⁾, seu conteúdo foi validado anteriormente, utilizando-se a Técnica Delphi, como metodologia.

A validação do constructo é uma das tarefas mais desafiadoras, pois refere-se à indagação sobre qual constructo está, realmente, mensurando ⁽³⁴⁾.

Constructos são valores considerados para análise de um conceito ou idéia e costumam ser explicados em termos de outros conceitos. Conseqüentemente, o pesquisador precisa fazer previsões a respeito de como o constructo funcionará. Logo, sua validade não é provada ou estabelecida e, sim, apoiada em evidências ^(31,35).

Conforme o dicionário Houais, constructo é a "construção puramente mental, criada com base nos elementos mais simples para ser parte de uma teoria". Assim, o constructo é a definição mental, dada por um ou mais autores a termos/expressões/fenômenos/constatações que são difíceis de ser compreendidos ou que são novidades científicas. A finalidade é que não soem vagos e imprecisos. Busca-se estruturar e organizar uma linguagem determinante que sinalize e simbolize da maneira mais exata possível, o que se está pesquisando ou o que se está falando a fim de que seja compreendido pelos outros. O investigador quando elabora um novo constructo, precisa interagir com sua criação, verificar sua validade, explorar as possibilidades e aguardar contribuições de outros pesquisadores e/ou orientadores ⁽³⁵⁾.

A validação é um processo sem fim e quanto mais evidências forem reunidas sobre "se o instrumento está medindo o que se propõe a medir", maior será a confiança dos pesquisadores em sua adoção pode ser dito ainda que um teste de validade não é provado e, sim, sustentado pelo acúmulo de evidências, encontrando-se os graus de sua validade ⁽³⁴⁾.

No presente estudo, o constructo validado referiu-se ao nível de dependência dos pacientes portadores de transtornos mentais agudos, ao cuidado de Enfermagem Psiquiátrica, medido com base no Instrumento para Classificar o Nível de Dependência em Enfermagem Psiquiátrica, proposto por Martins ⁽⁹⁾, buscando identificar se o instrumento que se propõe a medir o grau de dependência do paciente aos cuidados de enfermagem, alcança

seu objetivo, determinando a complexidade assistencial do paciente avaliado.

Como medidas, são dados quantitativos e, portanto, falíveis. Os pesquisadores devem prever e aceitar uma determinada margem de erro, mas muitos fatores contribuem para estes equívocos de mensuração, como, por exemplo, os contaminantes situacionais que incluem a percepção do avaliado frente ao avaliador, afetando o comportamento do primeiro. Os fatores ambientais, como, hora do dia, iluminação e os fatores pessoais transitórios que interferem na cooperação e motivação das pessoas ⁽³⁴⁾.

Instrumentos de classificação de pacientes constituem-se em escalas nominais e, assim, neste estudo, o Coeficiente de Spearman foi adotado para validar seu constructo.

O cálculo do coeficiente de Spearman (r_s) pode ser utilizado no cruzamento entre duas variáveis qualitativas (X e Y) ou de duas variáveis que não seguem uma distribuição estatística normal, pode-se identificar se existe associação entre as duas variáveis ordinais analisadas, que é proveniente da fórmula:

$$r_s = 1 - \frac{6 \cdot \sum (d_i)^2}{n^3 - n} \text{ onde:}$$

n = tamanho da amostra

$d_i = (x_i - y_i)$ a diferença entre os postos das variáveis X e Y aos indivíduos avaliados nos 11 indicadores.

A expressão do coeficiente de correlação por postos de Spearman é dada por: $-1 \leq r_s \leq 1$ ou $-100\% \leq r_s \leq 100\%$.

O sinal do coeficiente indica o sentido da associação que pode ser direta ou inversa. A associação é direta ou positiva quando postos altos em uma variável levam a postos altos na outra variável. A associação é inversa ou negativa quando postos altos em uma variável levam a postos baixos na outra variável ⁽³⁶⁾.

O valor absoluto ou módulo do coeficiente r_s indica a força da associação entre as variáveis estudadas; um valor absoluto próximo de zero indica fraca ou nenhuma associação linear entre as variáveis, enquanto um

valor absoluto próximo de 1 (ou 100%) indica uma forte associação entre as variáveis analisadas.

Quando n é igual e maior que dez, a significância de um valor obtido de r_s sob a hipótese de nulidade tem **Distribuição t de Student** com $(n - 2)$ graus de liberdade e sua estatística é dada pela fórmula.

$$t = r_s \cdot \sqrt{\frac{n - 2}{1 - r_s^2}} \text{ onde:}$$

r_s = coeficiente de Correlação de Spearman

n = tamanho da amostra

t = variável que segue a distribuição t de Student com $(n - 2)$ graus de liberdade.

A decisão estatística por uma das hipóteses dá-se pela comparação adequada da probabilidade de significância (p – valor) calculada à parte dos dados amostrais e nível de significância (α).

Os cálculos e análises obtidos como resultados, estão descritos a seguir, expostos critério a critério estatístico adotado.

Considerando o exposto até aqui, para garantir a **confiabilidade** do instrumento, foram utilizadas algumas ferramentas estatísticas, escolhidas por sua capacidade de demonstrar os resultados, assim foram eles:

- critério da análise descritiva que buscou evidenciar as divergências encontradas entre todas as respostas apontadas pelos sujeitos da pesquisa e,
- o teste estatístico do Coeficiente de Kappa que buscou evidenciar a concordância entre as respostas apontadas pelos sujeitos da pesquisa.

Para demonstrar a **validade** do instrumento proposto por Martins ⁽⁹⁾, foram utilizadas as seguintes ferramentas:

- distribuição dos escores obtidos que buscou observar o comportamento das variáveis e a associação entre elas;
- análise horizontal dos indicadores críticos que buscou avaliar o grau de dependência dos pacientes;
- teste de correlação de Spearman que buscou a correlação entre os indicadores.

6 APRESENTAÇÃO DOS DADOS COLETADOS

Neste capítulo, apresentam-se os resultados obtidos com base no preenchimento dos instrumentos, com os respectivos escores, indicador a indicador e total para cada um, determinando o grau de dependência dos pacientes avaliados.

Os dados deste estudo foram coletados em três fases distintas, sendo a primeira amostra de n=40 pares de instrumentos buscavam a confiabilidade e o grau de concordância destes para classificar o nível de dependência de Enfermagem Psiquiátrica.

A segunda fase da coleta de dados consistiu na apresentação e discussão das opiniões emitidas pelos enfermeiros, sujeitos da pesquisa no primeiro momento sobre a utilização do instrumento.

Já os dados do terceiro momento da coleta de dados compreendeu outros 100 instrumentos preenchidos, buscando a validação do constructo proposto.

Desta forma, os dados coletados para as Fases 1 e 3, inicialmente, foram transcritos e tabulados em planilhas do aplicativo "Excel" na versão Office 2003, procedendo-se ao registro das informações apontadas pelos enfermeiros, sujeitos da pesquisa.

Estes dados totalizaram as amostras de 40 pares de instrumentos na Fase 1 e 100 instrumentos na Fase 3, apresentados, a seguir, nos dados dos Quadros 1 e 2, respectivamente.

A primeira amostra N=40 instrumentos preenchidos foi definida com base na indicação considerada mínima para validações interavaliadores ^(3*), considerando-se ainda a realidade dos enfermeiros do local do estudo e as dificuldades encontradas pelos mesmos para coletarem estes dados.

Os dados apresentados no Quadro 1 referem-se aos instrumentos preenchidos pelos pares de enfermeiros entre os dias 17 de agosto e 15 de setembro de 2006.

^(3*) Relato oral da Prof^a. Dr^a. Márcia Galan Perroca na palestra "Validação de instrumentos de classificação de pacientes" promovida pelo Grupo de Pesquisa "Gerenciamento de recursos humanos: conceitos, instrumentos e indicadores no processo de dimensionamento de pessoal" área de concentração "Administração de Serviços de Enfermagem", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, no dia 14 de setembro de 2006, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

O par de enfermeiros representados pelo código E 3/7 e E 7/7 foi responsável pelo preenchimento de 16 (40%) instrumentos e os demais 24 instrumentos foram preenchidos pelo par de enfermeiros identificados pelo código E6/6 e E7/7.

Quadro 1 – Apresentação dos dados coletados na Fase 1 - São Paulo – 2006.

		Indicadores										
Instrumentos	Enf.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	E 3/7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
	E 7/7	2	1	1	2	2	1	2	1	1	2	3
2	E 3/7	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1
	E 7/7	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2
3	E 3/7	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2
	E 7/7	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2
4	E 3/7	1	3	3	2	1	1	1	1	2	1	1
	E 7/7	1	2	3	3	3	1	1	1	1	1	1
5	E 3/7	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1
	E 7/7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	E 3/7	1	2	2	3	2	1	1	2	1	2	1
	E 7/7	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1
7	E 3/7	1	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1
	E 7/7	1	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1
8	E 3/7	1	1	1	2	2	1	2	1	2	2	1
	E 7/7	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1
9	E 3/7	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	3
	E 7/7	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2
10	E 3/7	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	3
	E 7/7	2	2	3	1	1	2	2	1	1	1	3
11	E 3/7	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2
	E 7/7	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
12	E 3/7	2	3	2	2	3	1	1	2	1	1	1
	E 7/7	3	3	3	2	3	1	1	2	1	1	1
13	E 3/7	1	2	2	2	2	1	2	1	1	2	1
	E 7/7	1	2	1	3	2	1	2	1	1	1	1
14	E 3/7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	E 7/7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	E 3/7	1	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1

Quadro 1 - continuação

16	E 7/7	2	2	2	3	2	1	1	1	2	1	1
	E 3/7	2	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1
	E 7/7	2	1	2	3	2	1	1	1	2	1	1
17	E 6/7	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1
	E 7/7	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2
18	E 6/7	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2
	E 7/7	2	2	2	3	2	2	1	2	2	1	1
19	E 6/7	2	3	3	2	3	1	3	1	1	1	1
	E 7/7	2	3	3	1	3	1	2	1	1	1	1
20	E 6/7	1	3	3	3	1	1	1	3	1	1	1
	E 7/7	1	2	3	3	3	1	1	3	1	1	2
21	E 6/7	2	2	3	3	2	2	2	1	1	1	1
	E 7/7	2	3	3	3	2	3	2	1	1	1	1
22	E 6/7	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1
	E 7/7	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1
23	E 6/7	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1
	E 7/7	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1
24	E 6/7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
	E 7/7	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2
25	E 6/7	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1
	E 7/7	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
26	E 6/7	2	1	1	2	2	1	2	1	1	2	3
	E 7/7	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
27	E 6/7	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2
	E 7/7	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1
28	E 6/7	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2
	E 7/7	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2
29	E 6/7	1	2	3	3	3	1	1	1	1	1	1
	E 7/7	1	3	3	2	1	1	1	1	2	1	1
30	E 6/7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	E 7/7	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1
31	E 6/7	2	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1
	E 7/7	2	1	2	3	2	1	1	1	2	1	1
32	E 6/7	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2
	E 7/7	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1
33	E 6/7	2	2	2	3	2	2	1	1	2	1	1
	E 7/7	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2
34	E 6/7	2	3	3	1	3	1	2	1	1	1	1
	E 7/7	2	3	3	2	3	1	3	1	1	1	1
35	E 6/7	1	2	3	3	3	1	1	2	1	1	2
	E 7/7	1	3	3	3	1	1	1	3	1	1	1

Quadro 1 - continuação

36	E 6/7	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1
	E 7/7	1	2	2	3	2	1	1	1	1	2	1
37	E 6/7	1	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1
	E 7/7	1	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1
38	E 6/7	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1
	E 7/7	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1
39	E 6/7	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
	E 7/7	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1
40	E 6/7	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	2
	E 7/7	2	2	2	1	1	2	1	2	1	1	2

A segunda amostra n=100 instrumentos, obtida na terceira Fase da coleta, foi definida estatisticamente, pautada na adoção da técnica amostral aleatória de 30% da população atendida no Local do Estudo.

Os dados do Quadro 2 referem-se à tabulação da amostra de n=100 instrumentos, que não utilizou nenhum daqueles instrumentos preenchidos anteriormente. Estes dados foram coletados entre os dias 2 e 5 de outubro de 2006, no mesmo hospital e, por outros dois enfermeiros, sendo um deles, a pesquisadora.

Quadro 2 – Apresentação dos dados coletados na Fase 3 - São Paulo - 2006.

Indicadores Críticos												
Instrumentos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
6	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	12
8	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	13
9	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	13
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	13
11	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	13
12	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	13
13	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	14
14	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	14
15	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	14
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	14
17	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	14

Quadro 2 - continuação

18	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	14
19	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	14
20	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	14
21	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	15
22	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	15
23	1	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	15
24	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	15
25	1	1	1	3	2	1	2	1	1	1	1	15
26	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	15
27	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	15
28	1	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1	16
29	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	16
30	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	16
31	2	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	16
32	2	2	3	1	2	1	1	1	1	1	1	16
33	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	16
34	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	16
35	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	16
36	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	17
37	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	17
38	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	17
39	1	2	3	2	2	1	1	2	1	1	1	17
40	1	3	2	2	2	1	1	2	1	1	1	17
41	3	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	17
42	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	17
43	1	2	2	2	2	1	2	1	1	2	1	17
44	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	17
45	2	3	3	1	2	1	1	1	1	1	1	17
46	2	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	17
47	2	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	17
48	3	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	17
49	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	18
50	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	18
51	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	18
52	2	3	2	2	2	1	1	2	1	1	1	18
53	1	2	3	2	2	2	2	1	1	1	1	18
54	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	18
55	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	18
56	3	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	18
57	1	2	1	2	2	1	2	1	1	2	3	18
58	1	1	2	3	1	2	2	2	2	1	1	18
59	3	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	19
60	2	3	2	3	2	1	1	2	1	1	1	19
61	2	3	2	3	2	1	1	2	1	1	1	19
62	2	2	3	2	2	2	1	2	1	1	1	19
63	2	2	2	1	2	1	2	3	1	1	2	19
64	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	19
65	2	2	3	1	1	2	2	1	1	1	3	19
66	3	2	3	2	2	1	1	2	1	1	1	19
67	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	19
68	2	2	1	2	2	1	3	2	1	1	2	19
69	2	3	2	2	3	1	1	2	1	1	1	19

Quadro 2 - continuação

70	2	2	3	3	2	1	1	2	1	1	1	19
71	2	3	2	3	2	1	1	2	1	1	1	19
72	2	2	3	2	2	2	1	2	1	1	1	19
73	3	3	3	2	2	1	1	2	1	1	1	20
74	2	3	2	2	2	1	2	2	1	1	2	20
75	3	2	3	2	3	1	1	2	1	1	1	20
76	3	2	3	2	3	1	1	2	1	1	1	20
77	2	3	3	3	3	1	1	1	1	1	1	20
78	3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	20
79	2	3	3	2	2	1	1	3	2	1	1	21
80	2	3	3	3	3	1	1	2	1	1	1	21
81	3	3	3	2	3	1	1	2	1	1	1	21
82	3	2	2	2	2	2	3	2	1	1	1	21
83	1	3	2	3	3	2	2	2	1	1	1	21
84	2	3	3	3	2	1	2	2	1	1	1	21
85	3	2	3	2	3	2	1	2	1	1	1	21
86	2	3	3	2	2	1	3	2	1	1	1	21
87	2	3	3	3	2	2	1	2	1	1	1	21
88	2	3	3	3	2	1	2	2	1	1	1	21
89	2	3	3	2	2	1	3	2	1	1	1	21
90	3	2	3	2	2	1	2	3	1	1	1	21
91	3	2	2	3	2	2	1	3	2	2	1	23
92	3	3	2	3	3	3	2	2	2	1	1	25
93	3	3	3	3	3	2	2	3	1	1	1	25
94	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	1	26
95	3	2	2	3	2	2	2	3	3	3	2	27
96	3	3	2	2	3	3	3	3	3	1	1	27
97	3	3	2	3	3	3	1	2	3	2	2	27
98	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	1	27
99	3	3	2	3	3	3	1	2	3	2	2	27
100	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	31

Nesta apresentação dos dados, buscou-se o registro das informações obtidas com o preenchimento dos instrumentos, com a finalidade de registrar os dados e permitir a análise dos estudos estatísticos posteriores.

Assim, em ambos os Quadros foram feitos os apontamentos numéricos e crescentes dos instrumentos e as respostas assinaladas pelos sujeitos indicador a indicador e ainda o escore total obtido.

7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS COLETADOS

A análise dos dados será apresentada seguindo a ordem de critérios estatísticos adotados, de acordo com os objetivos propostos de testes de concordância e confiabilidade e de validação do constructo, com as amostras obtidas na Fase 1, n=40 pares de instrumentos e na Fase 3, n=100 instrumentos preenchidos, da coleta de dados respectivamente.

7.1 Concordância e Confiabilidade

7.1.1 Análise descritiva – divergências entre as respostas

O **primeiro critério estatístico** adotado foi da análise descritiva que por intermédio da distribuição de freqüências, procura evidenciar as divergências em função da quantidade de repetições de respostas, quando da comparação entre as respostas dos enfermeiros, sujeitos desta fase da pesquisa, identificados pelos códigos alfa-numérico E3/7, E6/7 e E7/7, sempre dispostos em pares.

A apresentação das divergências, também, deu-se por meio da freqüência relativa em porcentagem.

Inicialmente, observou-se a opinião dos enfermeiros em cada um dos 40 pacientes, buscando identificar onde houve divergência em relação às suas avaliações.

Desta maneira, dentre os 440 pares de respostas analisadas (40 pacientes x 11 indicadores) ocorreram divergências em 102 respostas, ou seja, 23,18% de respostas divergentes, apresentadas nos dados do Quadro 3.

Quadro 3 - Análise descritiva dos resultados obtidos com o Instrumento para Classificação do Nível de Dependência em Enfermagem Psiquiátrica - São Paulo - 2006.

Instrumentos	Enfº.	Indicadores Críticos											Total	Divergências / Indicadores
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
1	E3/7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	13	5 divergências
	E7/7	2	1	1	2	2	1	2	1	1	2	3	18	(1, 4, 5, 7, 11)
2	E3/7	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	14	5 divergências.
	E7/7	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	13	(2, 3, 4, 10, 11)

Quadro 3 - continuação

3	E3/7	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2	15	nenhuma
	E7/7	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2	15	
4	E3/7	1	3	3	2	1	1	1	1	2	1	1	17	4 divergências (2, 4, 5, 9)
	E7/7	1	2	3	3	3	1	1	1	1	1	1	18	
5	E3/7	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	13	2 divergências (4, 9)
	E7/7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	
6	E3/7	1	2	2	3	2	1	1	2	1	2	1	18	4 divergências (2, 5, 8, 10)
	E7/7	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	14	
7	E3/7	1	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	15	2 divergências (2, 6)
	E7/7	1	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	15	
8	E3/7	1	1	1	2	2	1	2	1	2	2	1	16	3 divergências (3, 7, 10)
	E7/7	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	15	
9	E3/7	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	3	16	3 divergências (3, 4, 11)
	E7/7	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	17	
10	E3/7	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	3	18	5 divergências (3, 4, 6, 7, 8)
	E7/7	2	2	3	1	1	2	2	1	1	1	3	19	
11	E3/7	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	14	4 divergências (3, 4, 10, 11)
	E7/7	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	12	
12	E3/7	2	3	2	2	3	1	1	2	1	1	1	19	2 divergências (1, 3)
	E7/7	3	3	3	2	3	1	1	2	1	1	1	21	
13	E3/7	1	2	2	2	2	1	2	1	1	2	1	17	3 divergências (3, 4, 10)
	E7/7	1	2	1	3	2	1	2	1	1	1	1	16	
14	E3/7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	nenhuma
	E7/7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	
15	E3/7	1	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	16	4 divergências (1, 2, 4, 9)
	E7/7	2	2	2	3	2	1	1	1	2	1	1	18	
16	E6/7	2	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	16	1 divergência 4
	E7/7	2	1	2	3	2	1	1	1	2	1	1	17	
17	E6/7	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	13	3 divergências (2, 3, 11)
	E7/7	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	14	
18	E6/7	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	19	3 divergências (1, 4, 11)
	E7/7	2	2	2	3	2	2	1	2	2	1	1	20	
19	E6/7	2	3	3	2	3	1	3	1	1	1	1	21	2 divergências (4, 7)
	E7/7	2	3	3	1	3	1	2	1	1	1	1	19	
20	E6/7	1	3	3	3	1	1	1	3	1	1	1	19	3 divergências (2, 5, 11)
	E7/7	1	2	3	3	3	1	1	3	1	1	2	21	
21	E6/7	2	2	3	3	2	2	2	1	1	1	1	20	2 divergências (2, 6)
	E7/7	2	3	3	3	2	3	2	1	1	1	1	22	
22	E6/7	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	17	nenhuma
	E7/7	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	17	
23	E6/7	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	15	nenhuma
	E7/7	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	15	
24	E6/7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	13	1 divergência

Quadro 3 - continuação

	E7/7	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	14	7
25	E6/7	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	13	3 divergências
	E7/7	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	12	(3, 4, 9)
26	E6/7	2	1	1	2	2	1	2	1	1	2	3	18	4 divergências
	E7/7	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	14	(4, 5, 7, 11)
27	E6/7	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	14	4 divergências
	E7/7	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	14	(3, 4, 10, 11)
28	E6/7	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2	15	nenhuma
	E7/7	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2	15	
29	E6/7	1	2	3	3	3	1	1	1	1	1	1	18	4 divergências
	E7/7	1	3	3	2	1	1	1	1	2	1	1	17	(2, 4, 5, 9)
30	E6/7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	2 divergências
	E7/7	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	13	(4, 9)
31	E6/7	2	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	16	1 divergência
	E7/7	2	1	2	3	2	1	1	1	2	1	1	17	4
32	E6/7	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	14	3 divergências
	E7/7	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	13	(2, 3, 11)
33	E6/7	2	2	2	3	2	2	1	1	2	1	1	19	2 divergências
	E7/7	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	19	(4, 11)
34	E6/7	2	3	3	1	3	1	2	1	1	1	1	19	2 divergências
	E7/7	2	3	3	2	3	1	3	1	1	1	1	21	(4, 7)
35	E6/7	1	2	3	3	3	1	1	2	1	1	2	20	4 divergências
	E7/7	1	3	3	3	1	1	1	3	1	1	1	19	(2, 5, 8, 11)
36	E6/7	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	14	3 divergências
	E7/7	1	2	2	3	2	1	1	1	1	2	1	17	(2, 5, 10)
37	E6/7	1	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	16	1 divergência
	E7/7	1	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	15	2
38	E6/7	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	14	3 divergências
	E7/7	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	15	(2, 7, 10)
39	E6/7	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	15	3 divergências
	E7/7	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	16	(3, 4, 11)
40	E6/7	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	2	17	2 divergências
	E7/7	2	2	2	1	1	2	1	2	1	1	2	17	(7, 8)

As respostas que não apontaram o mesmo nível de dependência foram denominadas “divergência”, ou seja, tudo que não convergiu para 1/1, 2/2 ou 3/3, ou seja, nível de dependência discreta/discreto, intermediário/intermediário ou pleno/pleno entre os observadores.

As divergências do tipo 1/2, 2/3, 2/1 ou 3/2 foram chamadas **divergências leves**, enquanto as do tipo 1/3, 3/1 foram consideradas **divergências graves**.

Os dados do Quadro 3 apresentam as respostas dos pares dos enfermeiros, indicador a indicador, sinalizando, ainda, o escore total obtido, bem como as divergências registradas.

Os pares de enfermeiros responsáveis pela coleta dos dados, confirmaram a simultaneidade na avaliação e no preenchimento dos instrumentos, conforme instruções e orientações da pesquisadora.

Mesmo com um elevado número de divergências entre as respostas indicador a indicador, notou-se que os escores totais obtidos pelos pacientes sinalizam o mesmo nível de dependência a todos os integrantes da amostra.

Segue, na Tabela 1, a relação completa do percentual (%) das divergências em ordem decrescente dos resultados, independente do tipo de divergência encontrada e apresentada no Quadro 3.

Tabela 1 – Relação do percentual (%) de divergências por indicadores críticos, entre as respostas dos Enfermeiros, em ordem decrescente - São Paulo - 2006.

Indicador	4	2	11	3	7	5	10	9	8	1	6
Número de divergências	21	14	13	12	9	8	8	6	4	4	3
% de divergência	52,5	35	32,5	30	22,5	20	20	15	10	10	7,5

Figura 1 - Gráficos “Barra e Pizza”. Número e porcentual das divergências entre os Indicadores Críticos, após aplicação do Instrumento de Classificação do Nível de Dependência de Enfermagem Psiquiátrica.

Ao se analisar, onde houve a maior quantidade de divergências entre as opiniões dos enfermeiros por indicador, o indicador **4** foi o de maior evidência, em relação a **Atividades**, pois entre os 40 pacientes analisados houve divergência por parte dos enfermeiros em 21 instrumentos, ou seja, 52,5% das respostas.

No outro extremo, ficou o Indicador 6 que relaciona **Alimentação/Hidratação** que apresentou apenas três divergências, dentre os enfermeiros, 7,5% das respostas.

Procedendo ao cruzamento dos dados do Quadro 3 e da Tabela 1, as 21 divergências encontradas no **indicador 4** foram classificadas como “divergências leves”, ou seja, um enfermeiro ao avaliar o paciente atribuiu-lhe 1 ponto para sua participação nas **Atividades** propostas, enquanto o outro atribuiu-lhe 2 pontos no mesmo indicador.

Desta forma, as oscilações entre os níveis de dependência apontados foi 1/2, 2/1, 2/3 e 3/2.

As três **divergências ocorridas no indicador 6. – Alimentação e Hidratação**, também, classificam-se como “divergências leves”, esclarecendo que estas divergências não provocam incômodo na discussão dos resultados pois é esperado um certo grau de discordância entre os avaliadores já que um paciente pode demonstrar a aceitação das refeições para um avaliador e ao outro demonstra algum hábito menos adequado durante a refeição.

Na análise dos dados da Tabela 2 que relaciona o número de divergências/instrumento, foram encontradas três divergências em 11 dos 40 pares de instrumentos (27,5%) das divergências, sendo este o valor Moda, o número de divergências com maior frequência de ocorrência, enquanto a média de divergência/instrumento foi de 2,55.

Ao se comparar os extremos, verificou-se que em cinco instrumentos não foi observada nenhuma diferença (12,5%) entre os instrumentos,

enquanto cinco divergências foram encontradas em três instrumentos, (7,5%) do total da amostra.

Tabela 2 – Analítico das divergências encontradas nos Instrumentos para Classificação do Nível de Dependência em Enfermagem Psiquiátrica - São Paulo - 2006.

Divergências	Frequência (pacientes)	Xi Fi	%
0	5	0	12,5
1	4	4	10
2	9	18	22,5
3	11	33	27,5
4	8	32	20
5	3	15	7,5
Total	40	102	100

$$\bar{x} = \frac{102 \text{divergências}}{40 \text{pacientes}} = 2,55 \text{divergências / paciente}$$

Estes dados permitem considerar que o número de divergências por instrumento pode ser considerado baixo e tolerável, pois havia 33 possibilidades, sendo 11 indicadores e três níveis de dependência, de escolha no instrumento, a média de divergências foi de 2,55 por instrumento e o maior número delas foi de cinco em um mesmo instrumento.

Tabela 3 – Distribuição de frequências da quantidade de divergências por indicador.

Indicador	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Nº. de divergências	4	14	12	21	8	3	9	4	6	8	13

$$\frac{2,55}{11} = 23,18\%$$

Finalmente, ao se separar as cento e duas divergências apuradas entre as consideradas graves e leves, foram obtidas 98 leves e 4 graves (1/3 ou 3/1) que ocorreram no **indicador 5** que relaciona a **Interação Social** do paciente com os demais e, assim, este procedimento permitiu localizar os indicadores com mais e menos divergências entre os avaliadores.

As cinco divergências graves apontadas no **Indicador 5. – Interação Social** podem ser justificadas pelas interferências ou contaminantes situacionais no momento da avaliação do paciente, pois este indicador aborda o comportamento do paciente frente as relações sociais e interpessoais; deste modo, avalia-se sua colaboração e interesse em ocupar-se, bem como a possível hostilidade, tolerância e até negligência com suas responsabilidades.

Essas relações variam de pessoa a pessoa e sofrem mudanças nas relações que se estabelecem entre enfermeiro e paciente e novamente se apontam as facilidades decorrentes do conhecimento sobre o paciente e os conhecimentos a respeito da especialidade para classificá-lo em suas necessidades, decorrentes das alterações psíquicas.

Mesmo com um expressivo número de divergências encontradas nesta amostra, não se notou a possibilidade de excluir algum indicador proposto pois 52,5% foram consideradas leves e apontam para a variabilidade entre as opiniões dos sujeitos não significando exatamente a inaptidão desses indicadores.

7.1.2 Coeficiente Kappa

O **segundo critério adotado** foi o teste estatístico para aplicação do Coeficiente Kappa, utilizado para avaliar o grau de concordância dos escores totais obtidos pelos enfermeiros, buscando a confiabilidade do instrumento.

Nesta análise, não se considerou a classificação apresentada no estudo sobre as divergências leves ou divergências graves.

Esta avaliação de concordância de Kappa é usada em escalas categóricas, quando se comparam as respostas de dois ou mais avaliadores, como neste caso, dois enfermeiros.

Os dados apresentados na Tabela 4, levaram em consideração os seguintes fatores:

- Os onze indicadores constantes no instrumento, com n=40 instrumentos preenchidos para cada uma delas;
- as duas abordagens do teste de confiabilidade interavaliadores: o estudo sobre a concordância dos níveis de dependência (Kappa) e de tipos de cuidados nos indicadores críticos;
- a confiabilidade interavaliadores que foi avaliada pela comparação das respostas independentes dos enfermeiros, tendo sido medidas pelo teste Kappa tradicional e o Kappa ajustado pela prevalência com Intervalo de Confiança de 95% (IC 95%);
- o IC 95% que permite dar confiabilidade ao cálculo de 95% para o intervalo determinado, e o nível de significância adotado foi o predominante nas pesquisas nacionais, ou seja, mínimo de 5%;

Tabela 4 – Geral das comparações entre as respostas dos enfermeiros – Kappa Geral.

Indicadores Variável Comparada	Discordância		Medidas de Comparabilidade		
	n	%	Kappa	p-valor ¹	IC (95%) ²
1. Aparência e Higiene	4	10	0,765	< 0,0001	Sup. 1,0 Inf. 0,464
2. Expressão de Pensamento	13	32,5	0,517	< 0,0001	Sup. 0,748 Inf. 0,286
3. Humor e Afeto	13	32,5	0,47	< 0,01	Sup. 0,704 Inf. 0,236
4. Atividades	21	52,5	0,171	0,128	Sup. 0,391 Inf. 0,0049-
5. Interação Social	8	20	0,659	< 0,001	Sup. 0,899 Inf. 0,419
6. Alimentação e Hidratação	3	7,5	0,725	< 0,001	Sup. 1,0 Inf. 0,416

Tabela 4 - continuação

7. Sono	9	22,5	0,397	0,006	Sup. 0,678 Inf. 0,116
8. Medicamento	4	10	0,736	< 0,001	Sup. 1,0 Inf. 0,468
9. Eliminações	6	15	0,624	< 0,001	Sup. 0,934 Inf. 0,314
10. Sinais Vitais e Outros Controles	8	20	0,31	0,046	Sup. 0,616 Inf. 0,005
11. Queixas e Problemas Somáticos	13	32,5	0,312	0,018	Sup. 0,57 Inf. 0,054

¹ Indica o valor máximo de estatística p em relação ao nível de significância estabelecido (quanto menor o valor de Kappa, maior o comprometimento desta estatística, pois ela se aproxima ou até ultrapassa o nível de 5%=0,005);

² Indica os valores máximos (superior) e mínimos (inferior) do valor de Kappa na questão estudada. Mede a dispersão dos valores de Kappa.

Ao se analisar os dados apresentados na Tabela 4, o nível de concordância Kappa, entre os enfermeiros variou de 0,171 a 0,765, no geral, identifica-se que houve concordância entre as respostas de todos os indicadores, tomando-se como base a escala de Landis e Kock ⁽³³⁾ que apresenta os diferentes níveis de concordância.

Como o teste foi aplicado levando-se em consideração a opinião de dois profissionais, nos três níveis de dependência (discreta /intermediária /plena) $\Leftrightarrow$ (1, 2, 3), observa-se nos indicadores que não houve nenhuma resposta em um determinado nível, o valor do Kappa sofreu incidência dessa categoria com n=0, pois o cálculo é baseado em proporções de ocorrência; no entanto, o fato não influenciou o valor final da análise.

O indicador **1. Cuidados com Aparência e Higiene** apresentou Kappa = 0,765, com excelente concordância entre as respostas e 5% de significância.

Se se analisar o Intervalo de Confiança das respostas será possível perceber que este variou de 0,464 a 1,0, o que é a concordância plena.

Ao analisar os níveis de concordância, a dependência discreta (1) apareceu com destaque, enquanto a dependência plena (3) não apresentou nenhuma incidência.

Aqui, a concordância alcançou o índice máximo pelo fato do indicador **1. - Cuidado com a Aparência e Higiene**, avaliar a necessidade de

orientação, estímulos e supervisão da equipe de enfermagem quanto à possibilidade, capacidade e adequação do paciente realizar cuidados pessoais como, por exemplo, a escolha de roupas, ornamentos e uso do chuveiro.

Assim, no momento da avaliação, existiu a possibilidade real do enfermeiro ao observar o paciente, decidir sobre seu nível de dependência, pois as evidências das necessidades dele tornam-se objetivas, claras e até ululantes.

Já o indicador **4. Atividades** apresentou o menor grau de concordância entre as respostas por meio do teste de Kappa = 0,171.

O Intervalo de Confiança, de 95%, representa que os valores variaram de -0,049 a 0,391. Para o nível 2 (dependência intermediária) deste indicador, o valor (-0,049 ($\cong 0$)) mostra que não houve concordância entre os enfermeiros, ao passo que no nível 3 (dependência plena) o valor de Kappa = 0,435 resulta na concordância que é mediana.

A diferença de porcentual entre as respostas obtidas neste indicador, já tinha sido observada e apresentada anteriormente, nos dados do Quadro 3, quando foram constatadas 21 respostas divergentes das 40 obtidas.

Assim, sugere-se uma análise mais apropriada em relação ao que significam os níveis 1, 2 e 3 e o entendimento dos enfermeiros ao classificar pacientes em função desse indicador no instrumento analisado, pois observa-se que embora não haja nenhuma divergência grave, mas só leves, o teste Kappa sensibilizou-se com o fato de haver ou não divergência e não com o tipo desta.

Este indicador aborda em seus três níveis de dependência a participação do paciente nas atividades propostas, avaliando sua aceitação ou recusa, sua permanência e, até mesmo, a adequação de seu comportamento no evento.

Destaca-se a influência da **subjetividade** de cada enfermeiro, pois a classificação desse indicador requer a avaliação da qualidade e do desempenho do paciente; dentre as causas das variações, habita a possibilidade pela qual cada um dos observadores adota um critério para

sua decisão e há diferença quanto às formas de interpretar as informações obtidas⁽³⁷⁾.

A subjetividade pode ser definida, como: “caráter de todos os fenômenos psíquicos, como fenômenos da consciência que o sujeito relaciona consigo mesmo e chama de “meus”⁽³⁸⁾. Assim, pode-se afirmar que o enfermeiro ao avaliar o paciente neste 4º **indicador – Atividades**, conceitua o paciente naquilo que ele, enfermeiro, pode ver e, conseqüentemente, torna-se necessário evidenciar que esta avaliação seja a mais objetiva possível, questionando o paciente e conhecendo-o para melhor avaliá-lo.

Outro aspecto deve-se à necessidade de conhecimento prévio sobre do paciente pelo enfermeiro, pois este indicador refere-se a um comportamento do cotidiano do paciente, não sendo possível classificá-lo apenas levando em consideração o exato momento da avaliação do enfermeiro.

Como o instrumento proposto busca avaliar e determinar o grau de dependência aos cuidados de enfermagem psiquiátrica, a maioria dos indicadores críticos para o cuidado aborda os aspectos comportamentais e as inadequações do paciente provocadas por esses comportamentos.

A discussão sobre as discordâncias entre as respostas dos enfermeiros será sempre justificada pela possibilidade da interpretação subjetiva das necessidades do paciente frente à avaliação do sujeito avaliador do processo. Assim, deve-se buscar apoio nas concordâncias, evidenciando a possível confiabilidade do instrumento psiquiátrico.

Os resultados de Kappa obtidos para os indicadores 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11 apontaram índice de concordância mediano, o que é aceitável para adotar um instrumento, como ferramenta para classificar pacientes.

A seguir, serão apresentados os resultados obtidos na aplicação do teste de confiabilidade por meio do coeficiente de Kappa para cada um dos demais indicadores, considerando que os indicadores com o maior e o menor índices já foram discutidos neste capítulo.

O segundo indicador **Expressão do Pensamento** apresentou Kappa = 0,517, com concordância mediana entre as respostas, com 5% de significância.

No geral, o intervalo de confiança variou de 0,748 a 0,286.

O nível 1 (dependência discreta) apresentou um Kappa de 0,632, enquanto no nível 2 (intermediária) as respostas foram mais dispersas (kappa = 0,394).

O **Indicador 3**, envolvendo a opinião dos enfermeiros em relação ao **Humor e Afeto** revelou um valor geral de Kappa = 0,47, ou seja, concordância mediana com 5% de significância.

O Intervalo de Confiança, com 95%, representa que os valores de Kappa variaram entre 0,236 e 0,704.

O nível 1 (discreta) apresenta bom nível de concordância entre os enfermeiros, enquanto o nível 2 (intermediário) mostra maior discordância entre as respostas obtidas para esse indicador (Kappa = 0,347).

O nível de dependência discreta para o **terceiro indicador. – Humor e Afeto**, aponta para a eutímia do humor do paciente, ou seja, à estabilidade da função psíquica denominada humor, assim era esperado que o instrumento permitisse a concordância das opiniões para esta categoria, indicando a menor necessidade de cuidados para pacientes neste indicador, já que o paciente eutímico permite uma única opinião a esse respeito, ou seja, se está ou não com o humor estável.

Fora do quadro de eutímia, o paciente pode apresentar dentre as oscilações do humor, comportamentos que estão claramente descritos no nível de dependência plena, como o excesso de alegria ou tristeza e, ainda, seu desinteresse. Já o nível de dependência intermediária requer do avaliador maior experiência e disponibilidade pessoal para diferenciar comportamentos sutis, como o choro fácil e “certo desinteresse”.

Ao se analisar as respostas relacionadas, o indicador **5. Interação Social** revelou um valor de Kappa = 0,659, ou seja, bom grau de concordância mediana com 5% de significância.

O Intervalo de Confiança (com 95% de significância) representa valores que variam entre 0,419 e 0,899.

O nível 2 (grau de dependência intermediária) apresentou maior grau de concordância entre os enfermeiros, chegando a um valor do Coeficiente de Kappa = 0,78.

Mesmo com as quatro divergências graves mais uma leve, ocorridas neste indicador, a proporção de concordância coletada por Kappa oferece segurança quanto ao fato de haver concordância entre as respostas dos enfermeiros.

O indicador **6. Alimentação e Hidratação** apresentou Kappa Geral = 0,725, com bom grau de concordância do tipo mediana entre as respostas, com 5% de significância.

Dentre as quarenta respostas, trinta e sete foram absolutamente correspondentes, e o valor de Kappa Geral só não foi superior, pois o nível de dependência 3 (dependência plena) não foi citado por nenhum dos dois enfermeiros.

O Intervalo de Confiança das respostas flutuou entre 0,416 e 1,0, tanto no nível 1 (dependência discreta) como no nível 3 (dependência intermediária) obteve-se Kappa = 0,725 (72,5% de concordância).

Trinta e duas das trinta e sete concordâncias encontram-se no nível 1 (grau de dependência discreta).

A análise referente ao indicador **7. Sono** revelou um valor de Kappa que limita a concordância baixa com a concordância mediana ($0,397 \cong 39,7\%$ de concordância) com 5% de significância estatística.

O grau de dependência discreta apresentou o melhor percentual de concordância entre os enfermeiros com Kappa = 0,517 (51,7% de concordância), enquanto o grau de dependência 3, em uma única resposta envolvendo esse grau mostra que não houve concordância entre os enfermeiros ($kappa \cong 0$).

Com Intervalo de Confiança (IC) de 95%, os valores de kappa variam de 0,116 a 0,678.

Houve concordância com bom grau mediano entre os enfermeiros ao se analisar o indicador **8. Medicamentos** com 5% de significância estatística, pois o valor de Kappa Geral = 0,736 com I.C. de 95%, variando entre 0,468 e 1 (concordância perfeita).

Os três níveis apresentaram bons coeficientes e o nível 1 (dependência discreta) demonstrou melhor coeficiente (Kappa = 0,793) o que representa quase 80% de concordância entre as respostas dos enfermeiros.

Das trinta e seis respostas concordantes, vinte e nove ocorreram no nível 1.

O indicador **9. Eliminações** apresentou valor de Kappa = 0,624, o que representa concordância mediana entre as respostas dos enfermeiros (1 e 2) com 5% de significância estatística.

Tanto os níveis 1 (dependência discreta) e 2 (dependência intermediária) apresentam-se com valor Kappa = 0,624 (62,4% de concordância em relação ao total de respostas).

O Intervalo de Confiança (IC) com 95% de confiança revela variação entre 0,314 e 0,934.

Neste caso, o valor geral de Kappa não é maior, pois o nível 3 – dependência plena, não foi assinalado pelos enfermeiros.

Das trinta e quatro concordâncias, vinte e seis ocorreram no nível 1.

Ao se analisar o indicador **10. Sinais Vitais e Outros Controles**, identificou-se valor de Kappa = 0,31, com 5% de significância e baixa concordância entre as respostas dos enfermeiros.

O Intervalo de Confiança (IC) com 95% de confiança revela uma variação das respostas entre 0,005 e 0,616.

O nível 2 apresenta, dentre as seis respostas que o envolvem, três concordantes e três discordantes.

Além disso, o nível 3 (dependência plena) não foi contabilizado por não se obter nenhuma resposta para ele e entre os enfermeiros.

Dentre as trinta e duas concordâncias, vinte e nove ocorreram no nível 1 (grau de dependência discreta). No entanto, conclui-se que houve concordância entre as respostas.

Finalmente, ao se analisar o indicador **11. Queixas e Problemas Somáticos**, foi encontrado um valor de Kappa Geral = 0,312 ou seja, 31,2% de concordância entre as respostas, o que é considerado baixo, com 5% de significância estatística.

O nível 1 (grau de dependência discreta) nos três Kappa = 0,432 (43,2% de concordância), enquanto o nível 2 (dependência intermediária) apresenta Kappa = 0,161 (baixo grau de concordância).

O Intervalo de Confiança (IC) com 95% de confiança apresenta variação das respostas entre 0,054 e 0,57.

Dentre as vinte e sete respostas concordantes, vinte e duas encontram-se no nível 1.

Para os indicadores 6, 7, 9, 10 e 11, foi interessante notar que os considerados mais “físicos” do que comportamentais na avaliação de pacientes psiquiátricos, houve prevalência de concordância expressiva dentro do nível de dependência discreta, permitindo a análise que reforça a crença de que o paciente psiquiátrico esteja internado por suas necessidades secundárias às alterações do comportamento e não de suas alterações clínicas não psiquiátricas.

Desta forma, é mais fácil determinar o nível de dependência das respostas dos pacientes que “aceitam as refeições”, “dormem regularmente”, “mantêm eliminações presentes” e “necessitam de controles clínicos eventuais”, além de “negarem queixas somáticas” do que decidir sobre o potencial deste para participar das atividades propostas ou interagir com os demais presentes, aspectos pertinentes dos outros indicadores.

7.2 Validação do constructo

7.2.1 Distribuição dos escores obtidos

O **terceiro critério adotado** foi o da análise quantitativa referente à tabulação dos dados obtidos na aplicação do instrumento na Fase 3 da coleta dos dados, apresentados no Quadro 2, do capítulo anterior.

Como cada indicador tem três níveis de dependência (1/2/3), considerou-se que cada paciente poderia ser classificado no mínimo com 11 pontos (um em todos indicadores) e no máximo com 33 pontos (três em todos os indicadores).

Na distribuição dos escores obtidos pelos pacientes, nos níveis de dependência, sendo o máximo 33 e o mínimo 11 pontos, foi feita a divisão por categorias e vale ressaltar que, na elaboração do SCP para Enfermagem Psiquiátrica, estes três níveis foram adotados, acreditando-se na inexistência de um nível de “independência” do paciente internado, pois, por menor que fossem suas necessidades, não se julgava possível ter um paciente internado no modelo assistencial nacional, sem alguma dependência à equipe de enfermagem.

Desta forma, o instrumento proposto por Martins ⁽⁹⁾ apresenta os seguintes intervalos de pontuações aos três níveis de dependência:

Classificação por Nível de Dependência

Pontuação	Descrição
11 a 18 (11 - 18)	Grau de Dependência Discreta
19 a 26 (19 - 26)	Grau de Dependência Intermediária
27 a 33 (27 - 33)	Grau de Dependência Plena

A análise descritiva do instrumento é necessária, pois busca identificar o padrão de comportamento dos resultados frente ao nível de dependência obtido nas avaliações, apoiando, assim, a validação do instrumento.

Com os dados expostos na Tabela 5, observou-se que dos cem pacientes avaliados pelos sujeitos na terceira Fase do estudo, 58% foram categorizados como dependência discreta, 35% como dependência intermediária e 6% como dependência plena.

Tabela 5 - Distribuição dos Níveis de Dependência por Instrumentos Preenchidos

Nível de Dependência	Instrumentos
Discreta	58%
Intermediária	36%
Plena	06%

Após a tabulação dos instrumentos (n = 100), foi possível observar por meio das respostas, a distribuição das freqüências apresentadas na Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição de freqüência do somatório dos pontos obtidos após tabulação do Instrumento que avalia o grau de dependência da amostra de 100 pacientes.

Pontuação Obtida	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	23	25	26	27	31
Número de Instrumentos (freqüência)	5	2	5	8	7	8	13	10	14	6	12	1	2	1	5	1

Observou-se que em cinco pacientes (5% do total) todos os níveis apontaram o nível de dependência 1 ou discreta, enquanto, no outro extremo um dos pacientes teve seu questionário com 31 pontos de total quando o máximo seria 33.

Vale salientar que, dentre os cem pacientes, somente dez (10%) tiveram pontuação total acima de 21 pontos, conforme Tabela 6.

Esclarecendo que a amostra utilizada foi significativa do ponto de vista da estatística e que os métodos utilizados para alcançar os objetivos, oferecem algumas estratégias diferentes para a mesma aplicabilidade. Como os instrumentos de classificação de pacientes constituem-se em escalas nominais e ordinais, é recomendada a adoção do coeficiente de

correlação de Pearson ou o de Spearman, ou ainda, um coeficiente de correlação interclasse, para validar o instrumento desenvolvido, optando-se por utilizar o coeficiente de Spearman ⁽³⁶⁾.

As análises da pontuação obtida pelos cem pacientes constantes na amostra demonstram que os cálculos estatísticos apropriados apontam para um **comportamento estatístico normal** dos pontos, com dados agrupados em intervalos ou não, conforme Tabela 7, a seguir.

O comportamento estatístico normal observado permite algumas considerações, pois, num grupo escolhido aleatoriamente, a constatação da presença de distribuição normal ou Gaussiana numa variável quantitativa é importante no estudo, como é o caso da pontuação geral obtida, após a análise dos cem instrumentos. O fato possibilita concluir que a leitura do instrumento reproduz uma condição comum e esperada em outras variáveis quantitativas na área da saúde.

O fato de haver predominância de maior pontuação na região central da distribuição de pontos e, para os extremos, uma freqüência menor aponta uma distribuição normal ou Gaussiana, esperada em estudos sobre variáveis, como altura e idade.

Constatando-se essa mesma condição na pontuação obtida, é possível refletir que, de um grupo de pacientes internados em uma unidade hospitalar, se espera que, naturalmente, haja pacientes com necessidades em nível “leve ou moderado”, pacientes em nível “mediano ou intermediário” e pacientes em um estado “avançado ou grave”.

Segue a distribuição de freqüências, apresentando os dados desta análise.

Tabela 7 – Pontuação obtida pelos pacientes internados - São Paulo - 2006.

Pontuação	11	14	17	20	23	26	29	Total
	14	17	20	23	26	29	32	
Freqüência das Respostas	12	23	37	18	3	6	1	100

Média = 18,9 pontos

Mediana = 18,21 pontos

Moda = 18,35 pontos

Quando $média \approx mediana \approx moda$ a distribuição é estatisticamente Normal.

Figura 2 - Gráfico “Barra”. Frequência das respostas de escores obtidos na coleta de dados, fase 3.

Quando há um comportamento estatístico normal quanto ao grau de “gravidade” da patologia, afirma-se que há controle quanto à presença da patologia. Isso quer dizer que se houver um instrumento que meça a condição ou grau de ocorrência da patologia em um grupo aleatoriamente estabelecido e, se o resultado seguir uma distribuição normal, haverá fortes indícios de que esse instrumento cumpra seu papel de maneira apropriada ao “ler ou interpretar” o fato. Foi justamente o que se apurou na análise do instrumento.

Pela distribuição dos pontos apresentados nos dados da Tabela 6 nota-se que, até 14 pontos, há 12% dos pacientes (no extremo inferior) e, acima de 23 pontos, 10% dos pacientes (no extremo superior). Na faixa central (17 a 20 pontos), há uma maioria na distribuição dos pacientes (78% do total), o que configura uma distribuição estatisticamente normal. O fato contribui para a aceitação do instrumento, como avaliador do fato “classificação do nível de dependência” (se bem que desassociada do grau de dependência – discreta/intermediária/plena).

7.2.2 Análise horizontal dos indicadores críticos

O **quarto critério estatístico** adotado foi uma análise horizontal dos indicadores críticos em função do grau de dependência dos pacientes, evidenciando se os indicadores listados avaliam e determinam de fato, o nível de complexidade assistencial dos pacientes avaliados.

Os dados da tabela abaixo indicam a distribuição das respostas apuradas em função do estado dos 100 pacientes psiquiátricos amostrados.

Tabela 8 – Distribuição dos resultados de cada indicador frente ao nível de dependência - São Paulo - 2006.

Indicadores Críticos	Níveis de Dependência (Fi / %)						Prevalência dos Resultados
	Discreta (1)		Intermediária (2)		Plena (3)		
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	
1.Cuidados Aparência e Higiene	36	36	41	41	23	23	Equilíbrio entre os níveis 1 e 2
2.Expressão do Pensamento	18	18	54	54	28	28	Prevalência do nível 2
3.Humor e Afeto	21	21	52	52	27	27	Prevalência do nível 2
4.Atividades	27	27	52	52	21	21	Prevalência do nível 2
5.Interação Social	25	25	59	59	16	16	Prevalência do nível 2
6.Alimentação / Hidratação	73	73	21	21	6	6	Grande prevalência do nível 1
7.Sono	63	63	31	31	6	6	Prevalência do nível 1
8.Medicação	35	35	56	56	9	9	Prevalência do nível 2

Tabela 8 - continuação

9.Eliminações	85	85	10	10	5	5	Grande prevalência do nível 1
10.Sinais Vitais e Outros Controles	87	87	11	11	2	2	Grande prevalência do nível 1
11.Queixas e Problemas Somáticos	87	87	10	10	3	3	Grande prevalência do nível 1

Sem se considerar a incidência das observações em relação ao sexo e à faixa etária dos pacientes, pois estes não foram os objetivos desta pesquisa, segue a análise das observações quanto às respostas obtidas, após a tabulação dos dados do instrumento na terceira Fase de coleta. Dentre os 11 indicadores analisados, foi possível verificar que prevaleceu o nível discreto (1) de dependência em cinco indicadores. **Alimentação/Hidratação, Sono, Eliminações, Sinais Vitais, Queixas e Problemas Somáticos.** Em cinco, prevaleceu o nível intermediário (2) de dependência para **Expressão do Pensamento, Humor e Afeto, Atividades, Interação Social e Medicação.**

No indicador **Cuidados Aparência e Higiene**, houve um equilíbrio entre os níveis de dependência 1 e 2.

Somente em dois indicadores, o nível 3 apresentou destaque nas respostas: nos indicadores **Expressão do Pensamento e Humor/ Afeto.** Em ambos, nível 3 manteve-se entre 27% ou 28% das constatações.

Nas categorias **Sinais Vitais / Outros Controles e Queixas/Problemas Somáticos**, foram encontradas as menores porcentagens de incidência: 2% e 3%, ou seja, duas respostas para esse nível em Sinais Vitais e Outros Controles e três respostas para esse nível em **Queixas/Problemas Somáticos.**

A aplicação do **teste Qui-quadrado** a esse grupo de respostas mostrou que há diferença entre elas em nível de significância de 5% ($p < 0,05$), o que é compreensível. Afinal as categorias apresentadas no instrumento têm características diferentes quanto aos fatores que analisam.

Por exemplo: o indicador **1. - Cuidado com Aparência e Higiene**, poderia ser classificado, como: categoria relacionada ao aspecto comportamental, enquanto o indicador **9. Eliminações** poderia ser qualificado, como estritamente físico. Fator que por si só justifica a diferença, considerando o aspecto explicitado anteriormente quanto aos indicadores que foram desenvolvidos, buscando atender as possíveis manifestações de necessidade do portador de transtorno mental internado em unidades psiquiátricas.

O teste Qui-quadrado é um teste não-paramétrico, mas que pode ser usado também para dados nominais. É um teste de significância estatística amplamente usado para análise da associação tabular bivariada. Tipicamente, a hipótese é se duas populações forem diferentes com relação a algum aspecto característico ou de comportamento, baseado em duas amostras aleatórias. É conhecido, também, como **teste Qui-quadrado de Pearson**.

À semelhança do que ocorre com a estatística *t*, existe uma distribuição amostral de Qui-quadrado que pode ser usada para estimar a probabilidade da obtenção de um valor significativo (de Qui-quadrado) por mero *acaso* e não porque na população matriz existem reais diferenças entre as variáveis estudadas. Mas, o contrário do que ocorre com outros testes de significância, o Qui-quadrado é empregado para fazer comparações entre freqüências e não entre escores médios. Como resultado, a hipótese nula para o teste de Qui-quadrado estabelece que as populações não devem diferir quanto à freqüência com que ocorre uma característica particular. Por outro lado, a hipótese experimental estabelece que as diferenças amostrais refletem diferenças reais na população matriz com base na freqüência relativa de uma dada característica ⁽³⁶⁾.

O termo “comparação” precisa ser interpretado, já que pressupõe “maior que, menor que” ou “igual a”. O teste de Qui-quadrado, geralmente, permite fazer um estudo relacional entre variáveis, ou seja, a determinação do tipo de relação existente entre elas: independência ou dependência.

No indicador **11. - Queixas e Problemas Somáticos**, predominou a resposta ao nível de dependência discreta em um indicador com forte relação ao aspecto físico dos pacientes. Para a categoria **2. Expressão do Pensamento**, há predomínio de respostas que indicam a dependência intermediária e/ou plena em um indicador mais voltada ao aspecto comportamental do paciente, o mesmo ocorrido na categoria **3. - Humor e Afeto** e pelos mesmos motivos apontados.

Estes dois últimos tratamentos estatísticos permitem avaliar se o instrumento e seus indicadores têm aptidão para captar os graus de dependência do paciente.

Os dados referentes à distribuição dos pacientes por nível de dependência alcançado pelos mesmos estão no anexo 6, Tabela 10.

7.2.3 Teste de Correlação de Spearman entre os indicadores críticos

O **quinto e último procedimento estatístico** consistiu na aplicação do teste de correlação de Spearman.

Esta etapa da análise teve por objetivo verificar a validação do constructo (ou da construção) do instrumento que permite concluir se as informações fornecidas ou observadas podem ser utilizadas com confiança pelos enfermeiros psiquiátricos com base na correlação entre os indicadores listados.

Levando-se em consideração que a validade de um instrumento aponta três tipos diferentes relacionados ao conteúdo, ao critério e ao constructo. Nesta etapa do trabalho, o objetivo foi analisar o constructo ou a construção.

Buscou-se evidenciar se os indicadores elaborados realmente cumprem seu papel no sentido de identificar o grau de dependência em Enfermagem Psiquiátrica, pois isso implica questões como “em que extensão o instrumento consegue medir com “precisão” o grau de dependência do paciente sob a ótica da Enfermagem Psiquiátrica?”.

Pelo somatório dos pontos, foi identificado um comportamento estatístico normal quanto aos 100 pacientes constantes na amostra, esta análise horizontal considera que o total de graus de dependência (1, 2, 3), não é suficiente para se afirmar a validade da construção e como elemento complementar. Optou-se pela utilização de um teste estatístico que analise a significância das respostas sob a hipótese de nulidade de “t” de Student.

Este teste é a **correlação de Spearman** da amostra de 100 pacientes internados com (n-2) graus de liberdade.

Inicialmente, sentiu-se a necessidade de realizar a análise descritiva da média de pontos (graus) e, também a análise da dispersão dos pontos médios em torno da média geral para cada uma das 11 respostas.

Considerando-se as graduações 1, 2 e 3 aos cem pacientes, foram obtidas as seguintes médias, apresentadas nos dados da Tabela 8:

Tabela 9 – Média de escore obtido pelo grupo amostral de 100 instrumentos preenchidos - São Paulo - 2006.

Indicadores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Geral
Média	1,87	2,10	2,06	1,94	1,91	1,33	1,43	1,74	1,20	1,15	1,16	1,63

Figura 3 - Gráfico “Dispersão” - Escore obtido pelo grupo amostral – agosto de 2006.

Observa-se que a média geral foi de 1,63. Os indicadores 6, 7, 9, 10 e 11 obtiveram médias inferiores que a média geral, o que já era esperado, pois prevaleceu nos itens **6-Alimentação, 7-Sono, 9-Eliminações, 10-Sinais Vitais e 11-Queixas e Problemas Somáticos**, o grau leve de dependência.

Os indicadores 1, 2, 3, 4, 5 e 8 tiveram média de grau de dependência maior que a média geral, pois houve prevalência do grau intermediário (1-Aparência e Higiene, 2-Expressões do Pensamento, 3-Humor, 4-Atividades, 5-Interação Social e 8-Medicação).

Ao se analisar a média do grau de dependência e os valores médios de cada um dos 11 indicadores, encontra-se o desvio padrão amostral (S) $S = 0,376$ com coeficiente de variação (C.V.) de 23,07% ou 23 pontos percentuais para acima ou para baixo.

Se se considerar o valor limite parametral de 30% observado como máximo da variação permitida, a dispersão das respostas, no geral, será admissível, o que significa dizer que as respostas dos 100 pacientes aos 11 indicadores não apresentam dispersão elevada.

Assim sendo, em que pese a característica subjetiva do enfermeiro observador ao responder o instrumento à medida que visita cada um dos pacientes e a possível diferença dentre cada grau discreto, intermediário ou pleno de dependência, optou-se por um teste que praticamente ignorasse essas fundamentais diferenças e observou-se se existe diferença significativa dentre os blocos de respostas em cada um dos 11 indicadores.

Como onze são os indicadores, ao compará-los dois a dois, ter-se-iam 55 combinações diferentes de opção.

Minimizando a aplicação do software, foi calculado se havia associação ou correlação entre as respostas e ao compará-las, dentre as 55 comparações possíveis, optou-se por apresentar algumas delas, incluindo-se aquelas das extremidades máxima e mínima.

Considerando-se cinquenta e cinco possibilidades diferentes de respostas, tomou-se como parâmetro as comparações, cujos resultados e respostas foram próximos, por exemplo, os indicadores 9 x 10 e as comparações entre resultados com maior quantidade de divergências como, por exemplo, indicadores 2 x 10.

Se se encontrar significância estatística dentre estas situações extremas, todas as demais, nesse intervalo, também, terão associação entre as respostas e correlação positiva (forte ou fraca), entre elas.

É importante lembrar que o valor absoluto (ou módulo do coeficiente r_s) indica a força da associação entre as variáveis estudadas. Um valor absoluto próximo a zero indica fraca ou nenhuma associação linear entre as variáveis, enquanto um valor absoluto próximo a um (ou 100%) indica uma forte associação entre as variáveis analisadas.

Quando n é igual e maior que dez a significância de um valor obtido de r_s sob a hipótese de nulidade tem **Distribuição t de Student** com $(n - 2)$ graus de liberdade e sua estatística é dada pela fórmula.

$$t = r_s \cdot \sqrt{\frac{n - 2}{1 - r_s^2}} \text{ onde:}$$

r_s = coeficiente de Correlação de Spearman

n = tamanho da amostra

t = variável que segue a distribuição t de Student com $(n - 2)$ graus de liberdade.

A decisão estatística por uma das hipóteses dá-se pela comparação adequada da probabilidade de significância (p – valor) calculada à parte dos dados amostrais e nível de significância (α)

- Se p – valor for maior ou igual ao nível de significância (α), então, rejeita-se H_0 e conclui-se que as variáveis estão associadas;
- Se p – valor for maior que o nível de significância (α), então, aceita-se, H_0 e não pode ser afirmada a associação das variáveis.

Ao se realizar o cálculo da estatística t a cada um dos indicadores, utilizando os parâmetros de Graus de liberdade (g.l.) = $n - 2 = 100 - 2 = 98$

para uma prova unilateral com nível de significância $\alpha = 5\%$, pode-se obter: $t_{\text{crítico}} = 1,98$ (presente em tabelas estatísticas apropriadas) e, assim:

- Se o $t_{\text{crítico}} > t_{\text{calculado}}$, não se pode rejeitar a hipótese de que não há correlação ordinal entre as variáveis;
- Se $t_{\text{crítico}} < t_{\text{calculado}}$, pode-se rejeitar a hipótese de nulidade e concluir que as variáveis são realmente associadas/correlacionam.

Em todos os onze indicadores, encontra-se o t calculado maior que o t crítico (obtido em tabela estatística apropriada), o que leva a concluir que existe correlação dentre as respostas dos enfermeiros I e II com nível de significância de 5%.

Quadro 4 - Analítico (resumido) dos valores do coeficiente de Spearman obtidos na comparação entre as respostas dos 100 pacientes em relação aos graus de dependência apresentados na coleta de dados do Local do Estudo – outubro de 2006.

Indicador x indicador	9 x 10	...	2 x 3	...	5 x 11	...	2 x 10
Coeficiente Spearman	0,9981		0,9918		0,9107		0,8632
(rs) em %	99,81%		99,18%		91,07%		86,32%

Comparação entre 9. Eliminações x 10. Sinais Vitais e Outros Controles:

Cálculo do coeficiente de correlação (rs) de Spearman para o indicador **9. Eliminações** em comparação com **10. Sinais Vitais e Outros Controles**:

$$rs = 1 - \frac{6 \cdot \sum (di)^2}{n^3 - n} = 1 - \frac{6 \cdot (18)^2}{100^3 - 100} = 0,9981(99,81\%)$$

Houve forte associação entre as respostas no que se refere aos níveis apontados. Existe diferença sutil entre as respostas, mas não em nível que caracterize discordância do instrumento.

Para esses cem pacientes, observa-se que a correlação entre **Eliminações e Sinais Vitais e Outros Controles** é $r_s = 0,998$.

Agora, para comprovar a significância do r_s calcula-se sua estatística por meio do t de Student.

$$t = 0,9981 \cdot \sqrt{\frac{100-2}{1-0,998^2}} = 156,29$$

Aplicando-se esses valores em Tabela de t de Student (apropriada), tem-se 5% de significância ($p < 0,05$).

$$g.l. = 100 - 2 = 98$$

$$\text{Máximo } t_c = t_{\text{crítico}} = 1,98$$

$$\text{Calculado} = 156,98$$

Ao realizar o cálculo da estatística t, a cada um dos indicadores, nas comparações possíveis, utilizando os parâmetros:

- Grau de liberdade (g.l.) = $n - 2 = 100 - 2 = 98$ para prova unilateral com nível de significância $\alpha = 5\%$ ($p < 0,05$), pode-se obter: $t_{\text{crítico}} \cong 1,98$ (presente em tabelas estatísticas apropriadas)

Pode-se ter:

- Se o $t_{\text{crítico}} > t$ calculado, não se pode rejeitar a hipótese de que não há correlação entre as variáveis;
- Se o $t_{\text{crítico}} < t$ calculado, pode-se rejeitar a hipótese de nulidade e concluir que as variáveis/questões são realmente associadas / correlacionam-se.

Comparação entre os indicadores 2. Expressões do Pensamento e 3. Humor e Afeto:

O cálculo do coeficiente de correlação (r_s) de Spearman ao indicador **2. Expressão do Pensamento** em comparação com **3. Humor e Afeto** foi:

$$r_s = 1 - \frac{6 \cdot \sum_{i=1}^{100} (di)^2}{n^3 - n} = 1 - \frac{6 \cdot (37)^2}{100^3 - 100} = 0,9918 (99,18\%)$$

Neste caso, houve forte associação entre as respostas no que se refere aos níveis apresentados. A diferença entre as respostas dos pacientes não é significativa, sob a ótica da estatística ao ponto de caracterizar a discordância do instrumento.

Observa-se que o coeficiente de correlação entre **Expressão do Pensamento e Humor e Afeto** foi $r_s = 0,9918$ e para comprovar a significância do r_s , calculou-se sua estatística por meio do t de Student.

$$t = 0,9918 \cdot \sqrt{\frac{100 - 2}{1 - 0,992^2}} = 77,78\%$$

Aplicando-se esses valores em tabela de t de Student (apropriada), tem-se 5% de significância ($p < 0,05$).

$$g.l. = 100 - 2 = 98$$

$$\text{Máximo } t_c = t_{\text{crítico}} = 1,98 \text{ e } t_{\text{calculado}} = 77,78$$

Como t calculado (observado) $>$ t crítico, rejeita-se a hipótese nula que indica diferença significativa dentre as respostas.

Comparação entre os indicadores 5. Interação Social x 11. Queixas e Problemas Somáticos

O cálculo do coeficiente de correlação (r_s) de Spearman para a variável **5. Interação Social** em comparação com **11. Queixas e Problemas Somáticos** foi:

$$r_s = 1 - \frac{6 \cdot \sum_{i=1}^{100} (di)^2}{n^3 - n} = 1 - \frac{6 \cdot (122)^2}{100^3 - 100} = 1 - 0,0893 = 0,9107 (91,07\%)$$

Para os cem pacientes, observa-se que a correlação entre Interação Social e Queixas e Problemas Somáticos é $r_s = 0,9107$ e para se comprovar a significância do r_s , calcula-se sua estatística por meio de t de Student.

$$t = 0,9107 \cdot \sqrt{\frac{100-2}{1-0,9107^2}} = 21,83$$

Assim, é possível afirmar que existe forte associação entre as respostas no que se refere aos níveis apresentados. As diferenças entre as respostas não caracterizam discordância do instrumento.

Dentre os cem pacientes, foram obtidas divergências graves (1/3 ou 3/1) em 16 pacientes, divergências leves (1/2, 2/3, 2/1, 3/2) em 57 questões e convergência em 27 respostas.

Aplicando esses valores em tabela adequada de **t de Student**, tem-se:

Com 5% de significância (0,05)

g.l. (grau de liberdade) = $(n-2) = 100 - 2 = 98$

Máximo $t_c = t_{\text{crítico}} = 1,98$

Calculado = 21,83

Comparação entre os indicadores 2. Expressões do Pensamento x 10. Sinais Vitais e Outros Controles

Cálculo do coeficiente de correlação (r_s) de Spearman para a variável **Expressão do Pensamento** em comparação com **Sinais Vitais e Outros Controles** foi:

$$r_s = 1 - \frac{6 \cdot \sum (di)^2}{n^3 - n} = 1 - \frac{6 \cdot (151)^2}{100^3 - 100} = 1 - 0,1368 = 0,8632 (86,32\%)$$

Dentre os cem pacientes, foram obtidas divergências graves (1/3 ou 3/1) para 24 pacientes (quase 25% do total) e 54 divergências leves (1/2, 2/3, 2/1, 3/2). Isso vale concluir que somente para 22 pacientes não houve divergências, esta foi a comparação que maior quantidade absoluta de divergências apresentou.

Mesmo com base no exposto anteriormente, existe forte associação entre as respostas no que se refere aos níveis apontados. Há diferenças entre as respostas dos pacientes, mas não significativamente, do ponto de vista da estatística ao ponto de caracterizar discordância do instrumento.

Observa-se que o coeficiente de correlação entre **Expressão do Pensamento e Sinais Vitais e Outros Controles** foi $r_s = 0,863$ e para comprovar a significância do r_s , calculou-se sua estatística por intermédio do t de Student.

$$t = 0,8632 \cdot \sqrt{\frac{100 - 2}{1 - 0,8632^2}} = 16,93\%$$

Aplicando-se esses valores em Tabela de t de Student (apropriada) tem-se 5% de significância ($p < 0,05$).

$$gl = 100 - 2 = 98$$

$$\text{Máximo } t_c = t_{\text{crítico}} = 1,98 \text{ e } t_{\text{observado}} = 16,93$$

8 RESULTADOS

Nas informações obtidas sobre a opinião dos enfermeiros, cem por cento afirmaram que o instrumento é completo e de fácil compreensão, sendo possível afirmar que ele é considerado **aplicável** à sua prática gerencial.

Os enfermeiros responderam que o instrumento tem possibilidade de ser introduzido na prática assistencial, justificando que o mesmo "facilita e orienta" o profissional (E3/7), além de "favorecer o trabalho organizando e direcionando as considerações a serem feitas pelo enfermeiro na classificação dos pacientes".

Nas amostras referentes aos testes de concordância e confiabilidade, entre os quatrocentos e quarenta pares de respostas analisadas na primeira fase da coleta de dados, foram identificadas 102 divergências, sendo 98 consideradas "leves" e quatro "graves".

Este procedimento de análise permitiu localizar os indicadores que apresentaram maiores e menores divergências entre os avaliadores, sendo que o **Indicador 4 – Atividades** concentrou o maior número de divergências e o **6 - Alimentação/Hidratação**, o menor.

Mesmo com um expressivo número de divergências encontradas nesta amostra, não se notou a possibilidade de excluir algum indicador proposto, pois 52,5% delas foram consideradas leves e apontam para a variabilidade entre as opiniões dos sujeitos não significando exatamente a inaptidão desses indicadores.

O grau de concordância do instrumento obteve um Coeficiente de Kappa geral de 0,468, variando de 0,171 a 0,765, representando **concordância moderada**, sendo possível afirmar que o SCP proposto por Martins ⁽⁹⁾ é confiável aos 11 indicadores que compõem o instrumento.

O **indicador 1 – Cuidados com Aparência e Higiene** obteve o maior grau de concordância e o **indicador 4 – Atividades**, o menor índice.

A análise quantitativa dos dados obtidos na terceira fase da coleta de dados apresentou um **comportamento estatístico normal**, permitindo demonstrar sua capacidade objetiva na leitura e na interpretação das condições dos pacientes internados.

Ao estudar as respostas obtidas nos cem instrumentos preenchidos pelos sujeitos da pesquisa na terceira fase da coleta de dados, notou-se que, em todos os indicadores, sem exceção, houve forte associação entre as respostas.

Assim, foi possível concluir que houve **forte ou total associação** entre as respostas obtidas.

Sugere-se uma análise mais apropriada em relação ao que significam os níveis 1, 2 e 3 e o entendimento dos enfermeiros ao classificar pacientes em função desse indicador no instrumento analisado, pois embora não haja nenhuma divergência grave, e apenas divergências leves, o teste Kappa sensibilizou-se com o fato de haver ou não divergência e não com o tipo da divergência.

Após a aplicação do teste Qui-quadrado observou-se que houve diferença significativa quanto à resposta dos 100 pacientes em relação a cada um dos 11 indicadores investigados pelo instrumento, o que é positivo para validação do instrumento, pois desassocia as categorias uma das outras e dá um sentido de completude ou complementação entre elas, sem indicar a necessidade de “retirada” de nenhum indicador apresentado, considerando que estes avaliam não apenas o comportamento decorrente das alterações psiquiátricas mas, também, avaliam possíveis necessidades físicas do indivíduo internado.

Os terceiro e quarto critérios adotados apontaram que o instrumento tem **aptidão** para captar os graus de dependência dos pacientes.

Finalmente, aos onze indicadores propostos no instrumento, objeto deste estudo, observou-se que as respostas correlacionaram-se estatisticamente, pois em todos os casos houve associação linear entre elas, com r_s médio de 0,9410 (94,10%).

Esta constatação foi ratificada pela estatística t de Student em cada um dos 11 indicadores, em nível de significância de 5% ($\alpha = 5\%$).

Portanto, conclui-se que o Instrumento analisado do ponto de vista estatístico, sob a ótica da Correlação por postos de Spearman, apresenta **significância** em nível de 5% em relação às respostas dos enfermeiros.

Após a aplicação dos testes estatísticos apropriados, pode-se concluir não existir diferença significativa entre as observações apuradas na amostra de 100 pacientes psiquiátricos internados no Local do Estudo , com 5% de significância ($p < 0,05$). Isso mostra que, embora haja diferença entre as respostas, não existe risco de discordância na elaboração do instrumento em termos de construção, pois não houve discordância estatística.

Dentre as cinquenta e cinco combinações de comparação, tomando-se as duas maiores divergências quanto aos níveis (1, 2 e 3) foram obtidos, como coeficiente de Spearman (r_s) e cálculo da estatística t de Student, valores que não apresentam diferença significativa.

Portanto, **o constructo** ou construção do instrumento não apresenta divergências importantes nas análises, do ponto de vista da estatística, sob análise da estatística descritiva, de medidas de dispersão em torno da média aritmética e da estatística indutiva ou inferencial pela análise por meio dos testes Qui-Quadrado, estatística t de Student e Coeficiente de Correlação de Spearman, evidenciando assim sua **validade**.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É responsabilidade de todo pesquisador nessa área, demonstrar a validade de um instrumento desenvolvido sob as possíveis e diversas formas.

Para tornar público um SCP, o pesquisador deve garantir a validade do conteúdo e a do constructo, além da confiabilidade do método, permitindo à comunidade científica sua adoção, como método, ou mesmo, como material de referência no desenvolvimento de novos modelos.

Para avaliação de pacientes na busca da classificação do nível de dependência em Enfermagem Psiquiátrica, indica-se, além da adoção de um instrumento validado, o treinamento específico, caso o enfermeiro não seja especialista.

Considerando o fato dos indicadores críticos deste estudo, apresentarem certo grau de subjetividade, pois alguns se relacionam ao comportamento do paciente e podem sofrer a interferência do ambiente, das relações enfermeiro-paciente, entre outras possibilidades, justifica-se esta indicação de treinamento. Com a análise dos dados referentes à opinião dos enfermeiros, tornou-se possível afirmar que a adoção de um instrumento de classificação de pacientes na especialidade, requer conhecimentos específicos e experiência na lida com os pacientes psiquiátricos.

Também com base nas opiniões dos enfermeiros, o Instrumento para Classificar o Nível de Dependência em Enfermagem Psiquiátrica é aplicável à prática assistencial do enfermeiro na especialidade.

Os primeiros testes estatísticos demonstraram que o instrumento é confiável, obtendo grau de concordância moderado.

Dentre os indicadores mais significativos para a especialidade, encontra-se o da “**APARÊNCIA E HIGIENE**”. Desta forma, deve-se concentrar a atenção no desenvolvimento da habilidade de observação dos enfermeiros, adotando critérios para tal.

Os demais critérios buscaram a validação do constructo e evidenciaram que a construção do instrumento não apresenta divergências importantes entre os indicadores críticos elencados, sendo possível considera-lo válido.

Ainda com o objetivo de reestruturar o instrumento, optou-se por sugerir as alterações evidenciadas nos resultados e assim, com base em um segundo momento de análise, do ponto de vista da estatística, haveria a possibilidade de inclusão de um quarto nível de dependência entre os níveis 1 e 2, já que a maior concentração dos escores ocorreu nesta faixa e já que não há entendimento para adotar um nível denominado “inexistente”.

Para atender às indicações apontadas pelas análises estatísticas, sugere-se também a revisão do conteúdo do indicador **4 – Atividades**, além da necessidade de reforçar a orientação do enfermeiro sobre a possível minimização da subjetividade em sua avaliação, este pode desenvolver a melhor crítica do sujeito baseada em seu conhecimento que será possível por meio da aproximação e acompanhamento do paciente portador de transtorno mental grave.

Havia a previsão para inclusão do décimo segundo indicador crítico para o cuidado, relacionado as necessidades de “contato com familiares” do paciente, considerando que esse indicador aborda as ações de enfermagem relativas à orientação dos familiares sobre a permanência do paciente no tratamento, incluindo: entrevistas, aconselhamento, suporte, entre outros. No entanto, esta inclusão ficará para estudo posterior ao da validação, pois, nesta fase da pesquisa, o instrumento a ter a confiabilidade e seu constructo validado precisa ter o mesmo conteúdo validado anteriormente.

A inclusão do décimo segundo indicador citado deve ser objeto de estudos posteriores, caminhos da responsabilidade do pesquisador e da especialidade, uma vez que refinar o instrumento e apoiar-se nas revalidações também fazem parte da intenção desta pesquisadora.

O Instrumento para Classificação do Nível de Dependência em Enfermagem Psiquiátrica obteve sua validação clínica para implementação na prática assistencial da especialidade, denotando a possibilidade de melhoria no atendimento do paciente, tanto na qualidade do serviço como na evidência do dimensionamento de pessoas, sendo ainda necessário estudar outros aspectos relacionados ao tema como a mensuração do tempo de

enfermagem para cada nível de dependência, chegando à carga de trabalho geral.

É sabido que, para a prática de Enfermagem Psiquiátrica, outros modelos de SCP devem ser desenvolvidos para atender a diversidade de modalidades assistenciais, como os CAPS, as residências terapêuticas, os hospitais-dia e mesmo as unidades psiquiátricas dentro de hospitais gerais.

Assim, a tônica da adoção de um Sistema de Classificação de Pacientes na especialidade Enfermagem Psiquiátrica é a capacitação dos enfermeiros em temas, como comunicação terapêutica, exame psíquico de enfermagem, psicopatologia e alterações de comportamento e, em destaque, as questões relacionadas à subjetividade na área, bem como a aproximação dos profissionais dos pacientes atendidos.

Acredita-se que, com a validação deste instrumento, será possível contribuir para esse caminho que deve manter seu percurso na busca de soluções aos desafios propostos do dimensionamento da Enfermagem Psiquiátrica.

10 REFERÊNCIAS

- 1) Brasil. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o Modelo Assistencial em Saúde Mental [online]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/LEIS_2001/L10216.htm [Acesso em 14 nov. 2006].
- 2) Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 1.
- 3) Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CEB n. 4/99. Institui as diretrizes curriculares nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Diário Oficial da União [periódico online]. Brasília, 22 dez. 1999. Disponível em: <http://www.cefetpr.br/diren/arquivos/legislacaobasica/legislacaotecnico/ceb0499.pdf>. [Acesso em 14 nov. 2006].
- 4) Carvalho MB, Felli VEA. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. Rev Lat Am Enferm. 2005;14(1):61-9.
- 5) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 251, de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências [online]. Brasília; 2002. Disponível em: http://www.crpsp.org.br/a_orien/legislacao/normatizacao/outros-de-int-categoria/fr_gm_portaria251-02.htm. [Acesso em 14 nov. 2006].
- 6) Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP). Decisão n. 008-1999. "Normatiza a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, nas instituições de Saúde, no âmbito do Estado de São Paulo" [online]. Disponível em: www.corensp.org.br. [Acesso em 22 mar. 2005].
- 7) Rio de Janeiro (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Resolução SMS n. 864, de 12 de abril de 2002. Considerações acerca do perfil da unidade e do modelo assistencial/parâmetro de dimensionamento de recursos humanos no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, 15 abr. 2002. p. 23.
- 8) Martins PASF, Forcella HT. Dimensionamento da equipe de enfermagem psiquiátrica: o quê ainda precisamos estudar? Rev Acad Enferm. 2004; 2(2):34-7.

- 9) Martins PASF. Sistema de Classificação de Pacientes na especialidade Enfermagem Psiquiátrica [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2001.
- 10) Rodrigues Filho J. Sistema de Classificação de Pacientes - parte I: dimensionamento de pessoal de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 1992; 26(3):395-404.
- 11) Fugulin FMT. Sistema de Classificação de Pacientes: análise das horas da assistência de enfermagem [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1997.
- 12) Wrona-Sexton S. Patient Classification Systems: another perspective. Nurs Manage. 1992;23(12):38-9.
- 13) Perroca MG. Sistema de Classificação de Pacientes: construção e validação de um instrumento [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1996.
- 14) Gaidzinski RR, Kurgant P. Dimensionamento do pessoal de enfermagem: vivência de enfermeiras. Nursing. 1998;1(2):28-35. [edição brasileira]
- 15) Giovannetti P. Understanding Patient Classification Systems. J Nurs Adm. 1979;9(2):4-9.
- 16) Iglesias C, Montilla A, Erkoreka I, Inda M, Testera V. Un Sistema de Clasificación de Pacientes en psicogeriatría: resource utilization groups T-18 (RUG T-18). Psiquiatria Publica 1999;11(3):63-9.
- 17) Brophy EB, Hedler DM. Quality assurance/Quality Improvement. In: Chapter 44: 861-77.
- 18) Malloch K, Neeld AP, McMurry C, Meeks L, Wallach M, Williams S, et al. Patient classification systems. Part 2: The Third generation. J Nurs Adm 1999;29(9):33-42.
- 19) Horta WA. Modelo operacional para determinara a dependência de enfermagem em natureza e extensão. Enferm Novas Dimens. 1976; 2(4):200-3.
- 20) Alcalá UM, Nunes MF, Kato T, Reigada I, Silva RML. Cálculo de pessoal: estudo preliminar para estabelecimento de quadro de pessoal de enfermagem na Superintendência Médico-Hospitalar de Urgência. São Paulo: Superintendência Médico Hospitalar de Urgência; 1982.

- 21) Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n. 189/96. Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. In: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP). Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares. São Paulo; 1997. p. 177-80.
- 22) Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n. 293/2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados [online]. Disponível em: www.portalcofen.com.br. [Acesso em 22 mar. 2005].
- 23) Iglesias C, Alonso Villa MJ. A System of Patients Classification in long-term psychiatric inpatients: Resource Utilization Groups T-18 (RUG T-18). J Psychiatr Ment Health Nurs. 2005;12(1):33-7.
- 24) Alward RR. Patient Classification Systems: the ideal vs reality. J Nurs Adm. 1983;13(2):14-9.
- 25) Zuairi AW. Escalas de observação interativa para pacientes psiquiátricos. Rev Psiquiatr Clín [periódico online]. 1999;26(2). Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r262/artigo>. [Acesso em 05 nov. 2006].
- 26) Arantes EC. Observação de comportamento de pacientes internados em Hospital Psiquiátrico. Rev Bras Enferm. 1968;21(1/3):39-49.
- 27) Romero EA, Araujo ES, Watanabe MY, Lisboa MAPLP, Abud MH, Barroso RV, et al. Proposta de um instrumento para a classificação dos cuidados de enfermagem quanto ao grau de dependência. In: Anais do 5º ENFTEC; 1994; São Paulo. p. 482-5.
- 28) Perroca MG. Instrumento de classificação de pacientes de PERROCA: validação clínica [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2000.
- 29) Cervo AL, Bervian PA. Metodologia científica. 5ª ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2002.
- 30) Andrade AG, Scalco MZ. Conceitos de validade e confiabilidade de um instrumento para avaliação de tratamentos de alcoolistas. J Bras Psiquiatr. 1989;38(1):41-5.
- 31) Cassiani SHB. A coleta de dados nas pesquisas em enfermagem: estratégias, validades e confiabilidade [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1987.

- 32) Arango HG. Bioestatística teórica e computacional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
- 33) Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-75.
- 34) Polit, DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- 35) Silva MM. O que é constructo? [online]. Disponível em <http://www.avesso.net/psico29.htm> [Acesso em 13 nov. 2006].
- 36) Levin J. Estatística aplicada a ciências humanas. 2ª ed. São Paulo: Habra; 1987.
- 37) Menezes PR. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. *Rev. psiquiatr. clín.* 1998;25(5) Edição Especial [on line]. Disponível em <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r255/conc255b.htm> [Acesso em 13 nov. 2006].
- 38) Machado AL, Colvero L de A. O cuidado de Enfermagem: olhando através da subjetividade. *Acta Paul Enferm.* 1999;12(2):66-72.

11 BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Fugulin FMT et al. Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Rev Méd HU-USP.1994;4(1/2):63-8.
- Perroca MG, Gaidzinski RP. Análise de validade de constructo do instrumento de classificação de pacientes proposto por Perroca. Rev Latino Am Enferm. 2004;12(1):83-91.
- Almeida MH. Custos assistenciais e a enfermagem nos hospitais de ensino. Rev Bras Enferm. 1985;38(2).
- Arndt C, Huckabay LMK. Administração em enfermagem. Alocação de recursos humanos. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1983.
- Brasil. Portaria nº 77 de 1º de fevereiro de 2002. Diário Oficial da União, Brasília, 04 fev. 2002. Seção 1, p. 86.
- Brasil. Portaria/MS/SNAS-nº 224/92. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, 30 jan. 1992. Seção 1, p. 1168-70.
- Campedelli MC, Takito C, Sancinetti TR, Benko MA. Cálculo de pessoal de enfermagem: competência da enfermeira. Rev Esc Enferm USP 1987;21(1):3-15.
- Dal Ben LW. Instrumento para dimensionar horas diárias de assistência de enfermagem residencial [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2000.
- Fagerström L, Rainio AK, Rauhala A, Nojonen K. Validation of a new method for patient classification, the Oulu Patient Classification. J adv Nurs 2000;31(2):481-90.
- Gaidzinski RR. Dimensionamento de pessoal de enfermagem. In: Kurgant P. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU; 1991. Cap.7:91-7.
- Gaidzinski RR. Dimensionamento do pessoal de enfermagem em instituições hospitalares [tese]. São Paulo (SP):Escola de Enfermagem da USP;1998.
- Giovannetti P, Johnson JM. A new generation patient classification system. JONA 1990;20(5):33-40.
- Giovannetti P, Maiyer GG. Building confidence in patient classification systems. Nurs Manag 1984,15(8):31-4.

- Gonçalves EL. Administração de recursos humanos nas instituições de saúde. São Paulo: Pioneira;1987.
- Haas SA. Patient classification systems: a self-fulfilling prophecy. Nurs Manag 1988;19(5):56-62.
- Kurgant P, Cunha K de C; Gaidzinski RR. Subsídios para a estimativa de pessoal de enfermagem. Enfoque 1989;17(3):79.
- Leitão RER, Pereira MTS e, Porto IS. Reflexões sobre pessoal de enfermagem e sua prática assistencial. Rev Bras Enferm 1996;49(3):435-44.
- Magalhães AMM, Duarte ERM, Moura GMSS de. Estudo das variáveis que participam do dimensionamento de pessoal de enfermagem em hospitais de grande porte. Rev Gaúcha Enferm 1995;16(1/2):5-16.
- Mancussi ACF e. Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. Rev Esc Enferm USP 1997;31:259-73.
- Mello IM. Proposta de orientação para sistematização da assistência de enfermagem psiquiátrica [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1998.
- Miranda CML. Algumas questões sobre a assistência de enfermagem psiquiátrica de qualidade. Cadernos do IPUB 1996;3:77-82.
- Morath J, Fleischmann R, Boggs G. A missing consideration: the psychiatric patient classification for scheduling-staffing systems. Perspect Psychiatr Care 1989;25(3/4):40-7.
- Perroca MC, Gaidzinski RR. Sistema de Classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. Rev Esc Enferm USP 1998;32(2):153-68.
- Perroca MC, Gaidzinski RR. Análise da validade de construto do instrumento de classificação de pacientes proposto por Perroca. Rev Lat Americana Enferm 2004;12(1):83-9.
- Pullen L, Tuck I, Wallace DC. Research priorities in mental health nursing. Issues Ment Health Nurs 1999;20:217-27.
- Ramos MLT, Bohomol E, Santos M, Barros CG, Ferreira NM, Dornaus MFPS, et al. Sistema de classificação de pacientes por grau de dependência do cuidado de enfermagem: ENFScore. In: Anais do 5º ENFTEC; 1994; São Paulo. p. 128-41.

- Ribeiro CM. Sistema de classificação de pacientes para provimento de pessoal de enfermagem [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP;1972.
- Rodrigues Filho J. Sistema de classificação de pacientes – parte II: custo de enfermagem. Rev Esc Enferm USP 1994;28(01):41–9.
- Santos SR. Cálculos de pessoal de enfermagem: estudo de dois métodos. Rev Esc Enferm USP 1992;26(02):137-54.
- Sims L, Kippenbock TA. Psychiatric nurse's satisfaction with a patient classification system for staffing. Issues Ment Health Nurs 1994;15:409-17.
- Taylor CM. Fundamentos de enfermagem psiquiátrica. 13ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas;1992.

ANEXOS

Anexo 1 - Instrumento para Classificação do Nível de Dependência em Enfermagem Psiquiátrica

Nome do Paciente: _____		Ocupação: _____	
Idade: _____		Sexo: _____	
Data de Internação: ____/____/____		Nº Registro: _____	

1. Cuidados com a Aparência e Higiene			
1		Discreta	Necessita apenas de orientação e supervisão para realizar as atividades de rotina como: uso do chuveiro, guarda de roupas e pertences e higiene adequada. Faz uso adequado de vestimentas e ornamentos.
2		Intermediária	Necessita de orientação, estímulos verbais e auxílio para higiene adequada. Demonstra algum desinteresse por sua aparência. Abusa de ornamentos.
3		Plena	Negligente quanto à aparência, veste-se de forma inadequada e ou bizarra, necessita de ajuda para tomar banho, escovar os dentes e realizar higiene íntima.

2. Expressão do Pensamento			
1		Discreta	Demonstra crítica e juízo preservados. Responde às solicitações. Mantém discurso em tom de voz normal e conteúdo adequado.
2		Intermediária	Mantém tom de voz elevado ou diminuído. Responde sucintamente às solicitações. Nota-se prejuízo da crítica e julgamento, mantém discurso acelerado, mudando várias vezes de assunto sem encerrar o anterior, fala aparentemente sozinho; mas, quando solicitado, consegue manter um discurso coerente.
3		Plena	Apresenta idéias delirantes, idéias que expressam alucinações, denotando com certa frequência grande incômodo resultante de tais sintomas, expressa idéias de agitação, fuga ou suicídio, não responde às solicitações. Mantém-se em mutismo ou apesar das alterações, não é capaz de expressá-las.

3. Humor e Afeto			
1		Discreta	Mantém humor eutímico.
2		Intermediária	Demonstra certa indiferença, chora sem motivo aparente e com facilidade; não expressa seus sentimentos, faz demonstrações afetivas inadequadas, às vezes alegre, às vezes triste.
3		Plena	Incapacidade para manejar seus sentimentos excessivamente alegre ou triste, desinteressado de tudo, irrita-se com facilidade, muda bruscamente de estado de humor. Refere vontade de morrer.

4. Atividades			
1		Discreta	Aceita participar das atividades individuais e grupais, colaborador e afetivo; procura ocupações espontaneamente, termina o que inicia e executa-as adequadamente.
2		Intermediária	Participa de atividades, apenas quando é estimulado, mantendo-se isolado dos demais; não consegue permanecer integralmente nas atividades, não termina o que inicia, tem dificuldade de entrosamento durante as atividades.
3		Plena	Recusa participar de qualquer atividade, apesar de conhecê-las; fica parado (completamente inativo), não permanece nas atividades.

5. Interação Social			
1		Discreta	Colaborador, procura interagir espontaneamente.
2		Intermediária	Mantém-se isolado dos demais; indeciso, tenta seduzir e manipular os demais; anda sozinho de um lado para outro; tem dificuldade no entrosamento e no cotidiano do manejo das relações familiares e social; quando solicitado, interage ou apenas responde às solicitações.
3		Plena	Hostil e ameaçador; não tolera frustrações; muito dependente dos demais; fica parado (completamente inativo); não colabora; fuma em demasia; furta pertences dos demais; aborda familiares de outros pacientes durante a visita; negligencia suas responsabilidades.

6. Alimentação / Hidratação			
1		Discreta	Aceita adequadamente as refeições e hidratação; mantém hábitos adequados durante as refeições, considerando-se as diferenças culturais.
2		Intermediária	Ingere quantidade insuficiente de alimentos; exige dieta especial (terapêutica); quando estimulado e orientado alimenta-se; mantém alguns hábitos inadequados durante as refeições, considerando-se as diferenças culturais.
3		Plena	Não se alimenta sozinho; tem dificuldade para mastigar ou deglutir; recusa as refeições; ingere quantidade excessiva de alimentos; mantém-se inadequado durante as refeições; realiza ações purgativas, após as refeições.

7. Sono			
1		Discreta	Dorme regularmente à noite.
2		Intermediária	Dorme durante o dia; não dorme à noite mas permanece em seu leito; só dorme após ser medicado (s/n).
3		Plena	Dorme e queixa-se de que não dormiu; não dorme dia e noite e torna-se inquieto e agitado; sonâmbulo; não dorme mesmo depois de medicado uma vez; dorme além do normal tanto de dia como à noite.

8. Medicação			
1		Discreta	Aceita sua medicação; quase sempre conhece os medicamentos que usa, bem como seus efeitos; é possível responsabilizá-lo pela própria medicação.
2		Intermediária	Aceita sua medicação após orientação e abordagem; apresenta sintomas de efeitos colaterais e indesejáveis da medicação; desconhece os medicamentos que usa, bem como seus efeitos; demonstra certa insatisfação ou medo dos medicamentos; eventualmente, procura por informações sobre a medicação.
3		Plena	Faz tentativas de esconder sua medicação; recusa os medicamentos; necessita de medicações injetáveis; solicita medicamentos a todo o momento.

9. Eliminações			
1		Discreta	As eliminações estão presentes; tem controle esfincteriano.
2		Intermediária	Suas eliminações não são diárias ou são excessivas; tem controle esfincteriano; apresenta obstipação ou eliminações intestinais líquidas; apresenta incontinência urinária decorrente do uso de medicações.
3		Plena	Não tem controle esfincteriano; faz uso inadequado do sanitário.

10. Sinais Vitais e outros Controles			
1		Discreta	Necessita de verificação sistematizada.
2		Intermediária	Necessita de verificações de acordo com a evolução clínica, sintomatológica ou queixas.
3		Plena	Necessita de controle de sinais vitais, hídrico, de débito urinário, glicemia, ou outros, várias vezes ao dia; apresenta disfunções clínicas não psiquiátricas (HAS; Diabetes Mellitus; outras).

11. Queixas e Problemas Somáticos			
1		Discreta	Nega queixas somáticas.
2		Intermediária	Refere queixas relativas ao tratamento medicamentoso, de sinais e sintomas crônicos ou outras.
3		Plena	Refere queixas de sintomas agudos de disfunções fisiológicas ou clínicas; apresenta sinais e sintomas de patologias clínicas.

Total: _____ Pontos	Classificação – Nível de Dependência	_____
Diagnóstico de Enfermagem: _____		
Diagnóstico Clínico: _____		
Data: ____/____/____	Período: _____	Enfº. _____

Classificação por Nível de Dependência

Pontuação	Descrição
11 à 18	Grau de Dependência Discreta
19 à 26	Grau de Dependência Intermediária
27 à 33	Grau de Dependência Plena

Anexo – 2 - Carta de Aprovação do Comitê de Ética da EEUSP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000

Fone.: 3066-7548 - Fax.: 280-8213

C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail.: edipesq@usp.br

São Paulo, 09 de janeiro de 2006.

Ilm.^a Sr.^a**Paula Andréa Shinzato Ferreira Martins**Ref.: Processo nº 482/2005/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES NA ESPECIALIDADE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA: VALIDAÇÃO CLÍNICA”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

~~Analisado sob o aspecto~~ ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

71 Prof.ª Dr.ª Dulce Maria Rosa Gualda
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Anexo 3 - Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Enfermeiros

Instruções para preenchimento:

- a) Após leitura e apreciação das informações contidas neste termo, o enfermeiro, sujeito da pesquisa, que aceitar participar do estudo deverá preencher os itens 6 e 7 do documento.

1. Dados de Identificação do Enfermeiro – Sujeito da Pesquisa

Nº ____/____

2. Dados sobre a Pesquisa Científica

Título da Pesquisa: “Sistema de classificação de pacientes na Especialidade Enfermagem Psiquiátrica: validação clínica”.

Pesquisadora: Paula Andréa Shinzato Ferreira Martins
Enfermeira, aluna da Pós-Graduação (doutorado)
da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
COREN-SP nº 65.569

Endereço: Rua Guararema, 741 – aptº. 92
Bosque da Saúde – São Paulo – S.P. - CEP:
04136-031

Telefone: 0xx11- 9145 2492

E-mail: paulasfm@hotmail.com

Duração da pesquisa: início em abril/05
término previsto para outubro/06

3. Avaliação do Risco da Pesquisa

(probabilidade de que o enfermeiro - sujeito da pesquisa, corra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

☒ sem risco

4. Registro das orientações da pesquisadora ao enfermeiro – sujeito da pesquisa

- a) Objetivos da pesquisa

Esse estudo se propõe a verificar a aplicabilidade do instrumento de classificação de pacientes na especialidade enfermagem psiquiátrica, proposto por Martins⁽¹⁾ na prática gerencial do enfermeiro, através da realização de testes de confiabilidade e validade do mesmo além de reestruturar o instrumento, frente aos resultados da validação clínica.

b) Procedimentos que serão utilizados

A validação clínica do instrumento será realizada na unidade de internação psiquiátrica onde o enfermeiro assistencial ali locado e que aceitar participar do estudo será orientado quanto aos objetivos do estudo, quanto às etapas da investigação e a respectiva atuação na mesma e ainda, quanto à estrutura básica do instrumento e sua operacionalização a fim de aplicar o instrumento de Classificação de Pacientes proposto por Martins ⁽¹⁾, em pacientes submetidos aos seus cuidados, o que permitirá a comparação dos resultados de opiniões diversas à cerca do mesmo paciente.

Desta forma, serão os sujeitos da pesquisa, enfermeiros que atendam aos seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro assistencial com experiência em assistência ao portador de transtornos mentais e aceitar participar do estudo.

c) Desconfortos e riscos esperados

Não são esperados quaisquer tipos de desconforto ou risco aos sujeitos da pesquisa.

5. Esclarecimentos sobre as garantias do sujeito da pesquisa

- a) Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre os procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas;

- b) Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar da pesquisa, sem que isto acarrete qualquer prejuízo ao sujeito da pesquisa;
- c) Este documento foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP – telefone nº 11 – 30667548.

⁽¹⁾Martins PASF. Sistema de Classificação de Pacientes na especialidade Enfermagem Psiquiátrica. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2001.

6. Dados de Identificação do Enfermeiro – Sujeito da Pesquisa

Identificador nº: ____/____ (nº do participante/ total de sujeitos - ex. 01/20)

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____ - _____

Telefone: (0xx ____ - _____) E-mail: _____

7. Consentimento pós-esclarecido

Declaro que, após convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa.

São Paulo, ____ de _____ de 200__.

Assinatura do Enfermeiro

Paula A S F Martins
Enfermeira / COREN-SP nº. 65 569
Pesquisadora

Anexo 4 - Modelo de Documento Explicativo aos sujeitos da pesquisa

Apresentação

São Paulo, agosto de 2006.

Cara Colega;

Na condição de doutoranda da EEUSP, desenvolvo uma pesquisa onde se pretende realizar a validação clínica do instrumento de classificação de pacientes proposto por Martins (2002), para verificar sua aplicabilidade na prática gerencial do enfermeiro psiquiátrico.

Desta forma, as unidades de internação psiquiátrica do Hospital Vera Cruz, foram escolhidas para realizar a coleta de dados.

Como participante deste estudo, você receberá 02 (dois) formulários, em momentos subsequentes, sendo o primeiro, o Instrumento para Classificação de Pacientes e o segundo, um questionário para conhecer sua percepção sobre o instrumento utilizado.

Orientações Gerais para o Preenchimento

- O instrumento a seguir está constituído por 11 indicadores críticos do cuidado, desenvolvidos e validados em estudo anterior; cada indicador possui 3 níveis de gradação que apontam à intensidade crescente da complexidade do cuidado de forma que o valor 1 relaciona-se ao menor nível de complexidade assistencial e o valor 3, ao nível máximo. Os termos dependência “discreta”, “intermediária” e “plena” foram adotados para identificar os níveis de dependência dos pacientes.
- O paciente deverá ser avaliado em todos os indicadores e classificado num dos 3 níveis de dependência, na opção que melhor descreva a sua situação em relação à assistência de enfermagem.
- O valor obtido em cada um dos indicadores será somado, e o valor total obtido será comparado com os intervalos de pontuações propostos, conduzindo desta forma, a uma classe ou categoria de cuidado a que este paciente pertence: nível de dependência discreta, intermediária ou plena.
- A pontuação mínima a ser alcançada será de 11 pontos e a máxima de 33 pontos.
- Nas situações de dúvida entre 2 níveis de cuidado, em qualquer dos indicadores, considere sempre o nível de maior complexidade.
- Ao final do instrumento, há espaço para anotar o total de pontos obtidos na avaliação do paciente e a descrição do nível de dependência evidenciado, além dos espaços para descrição dos diagnósticos de enfermagem e clínicos que também evidenciem cuidados específicos.
- Os campos finais sinalizam a data da avaliação realizada, o período do dia em que a mesma ocorreu e o enfermeiro responsável pela avaliação, já identificado pela pesquisadora.
- **O instrumento deverá ser aplicado simultaneamente por 2 enfermeiros, sem que haja interferência ou troca de informações sobre o paciente entre os avaliadores.**

Nesta etapa da coleta de dados, as atividades que solicitamos que você realize são:

1. aplicação do instrumento de classificação em pelo menos 10 pacientes, no período de _____ a _____ de _____ de 2006;
2. registro dos dados de identificação do paciente, data e horário da coleta de dados;
3. registro do escore (pontuação) obtido no total, evidenciando a categoria de dependência indicada ao paciente e unidade de origem e de destino do mesmo.

Os instrumentos preenchidos serão recolhidos pela pesquisadora, quando o segundo formulário será entregue.

Desde já agradecemos sua disponibilidade em compartilhar seu tempo com este estudo.

Anexo 5 - Modelo de Documento explicativo da 2ª fase de coleta de dados aos sujeitos da pesquisa

São Paulo, agosto de 2006.

Cara colega;

Dando continuidade à nossa pesquisa, estamos entregando o segundo questionário para conhecer suas opiniões sobre o instrumento de classificação de pacientes, utilizado em sua unidade.

Solicitamos sua apreciação sobre cada indicador no que diz respeito à facilidade ou dificuldade de compreensão e ou na escolha do nível de dependência, assinalando SIM ou NÃO para cada um dos tópicos. Há ainda um espaço destinado aos comentários que julgar necessários, lembrando que sua resposta é muito importante.

Reiteramos nossos agradecimentos por sua disponibilidade em participar do estudo.

Colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Paula A S F Martins
Enfermeira – COREN-SP Nº. 65569

Identificador nº. ____/____

Perfil do Sujeito da Pesquisa:

Sexo: ____ Feminino ____ Masculino

Idade: _____ anos

Tempo de atuação profissional: _____ anos

Função: _____

Formação:

Graduação em: _____ ano: _____

Especialização em: _____ ano: _____

Mestrado em: _____ ano: _____

Doutorado em: _____ ano: _____

Tempo de atuação na Enfermagem Psiquiátrica?

Avaliação do Instrumento de Classificação de Pacientes:

1. Em sua opinião, o Instrumento de Classificação de Pacientes de

Martins (2002):

a. É completo	() Sim	() Não
b. É de fácil entendimento	() Sim	() Não
c. Despende muito tempo	() Sim	() Não
d. É aplicável	() Sim	() Não

2. Em média, quanto tempo você utilizou para classificar cada paciente?

- () menos de 5 minutos
- () de 5 a 10 minutos
- () de 10 a 15 minutos

- () de 15 a 20 minutos

- () mais de 20 minutos

3. É possível introduzir este instrumento na sua prática diária?

() Sim () Não

Justifique:

4. Sobre os indicadores críticos que compõem o instrumento, destaque as dificuldades encontradas quando de sua utilização:

- Cuidados com a Aparência e Higiene

Houve dificuldade? () Sim () Não

Qual?

Comentários	(se	houver)
-------------	-----	---------

- Expressão do Pensamento

Houve dificuldade? () Sim () Não

Qual?

Comentários	(se	houver)
-------------	-----	---------

Humor e Afeto

Houve dificuldade? () Sim () Não

Qual? _____

Comentários (se houver)

Atividades

Houve dificuldade? () Sim () Não

Qual?

Comentários (se houver)

Interação Social

Houve dificuldade? () Sim () Não

Qual?

Comentários (se houver)

Alimentação / Hidratação

Houve dificuldade? () Sim () Não

Qual?

Comentários (se houver)

Sono

Houve dificuldade? () Sim () Não

Qual?

Comentários (se houver)

Medicação

Houve dificuldade? () Sim () Não

Qual?

Comentários (se houver)

Eliminações

Houve dificuldade? () Sim () Não

Qual?

Comentários (se houver)

Sinais Vitais e outros Controles

Houve dificuldade? () Sim () Não

Qual?

Comentários (se houver)

Queixas e Problemas Somáticos

Houve dificuldade? () Sim () Não

Qual?

Comentários (se houver)

Outros comentários que julgar necessário.

Anexo 6 –

Tabela 10 - Distribuição dos pacientes quanto cada um dos indicadores que compõe o Instrumento de Classificação do Nível de Dependência em Enfermagem Psiquiátrica.

Indicadores do nível	Nível Atribuídos a cada Enfermeiro (Fi / %)			Total
	Discreta (1)	Intermediária (2)	Plena (3)	
	Fi	Fi	Fi	
1)Cuidados Aparência e Higiene	40	41	19	100
2) Expressão do Pensamento	19	53	28	100
3) Humor e Afeto	20	53	27	100
4) Atividades	37	53	10	100
5) Interação Social	25	59	16	100
6) Alimentação / Hidratação	73	21	6	100
7) Sono	62	31	7	100
8) Medicação	35	56	9	100
9) Eliminações	85	10	5	100
10) Sinais Vitais e Outros Controles	87	11	2	100
11) Queixas e Problemas Somáticos	87	10	3	100
Total	570	398	132	1.100

Indicadores do nível	Nível Atribuídos a cada Enfermeiro (Fi / %)		
	Discreta (1)	Intermediária (2)	Plena (3)
	Fi	Fi	Fi
1)Cuidados Aparência e Higiene	51,818182	36,18181818	12
2) Expressão do Pensamento	51,818182	36,18181818	12
3) Humor e Afeto	51,818182	36,18181818	12
4) Atividades	51,818182	36,18181818	12
5) Interação Social	51,818182	36,18181818	12
6) Alimentação / Hidratação	51,818182	36,18181818	12
7) Sono	51,818182	36,18181818	12
8) Medicação	51,818182	36,18181818	12
9) Eliminações	51,818182	36,18181818	12
10) Sinais Vitais e Outros Controles	51,818182	36,18181818	12
11) Queixas e Problemas Somáticos	51,818182	36,18181818	12

$$p= 9,4063E-58$$

Tabela 10 - continuação

Indicadores do nível	Nível Atribuídos a cada Enfermeiro (Fi / %)		
	Discreta (1)	Intermediária (2)	Plena (3)
	Fi	Fi	Fi
1)Cuidados Aparência e Higiene	2,6953748	0,641617177	4,08333
2) Expressão do Pensamento	20,784848	7,817496574	21,3333
3) Humor e Afeto	19,53748	7,817496574	18,75
4) Atividades	4,2374801	7,817496574	0,33333
5) Interação Social	13,879585	14,3903609	1,33333
6) Alimentação / Hidratação	8,6585327	6,370260393	3
7) Sono	2,000638	0,742119689	2,08333
8) Medicação	5,4585327	10,85518502	0,75
9) Eliminações	21,248006	18,94563728	4,08333
10) Sinais Vitais e Outros Controles	23,886603	17,52603929	8,33333
11) Queixas e Problemas Somáticos	23,886603	18,94563728	6,75

Qui-Quadrado: 328,9763643

Com $(c-1).(l-1)$ graus de liberdade da amostra, ou seja , com $(11-1).(3-1)=10.2=20$ graus de Liberdade e 5% de significância estatística, poderíamos ter um valor de qui-quadrado de 31,41. Como obtivemos 328,98, podemos dizer que há diferença significativa quanto às respostas obtidas entre as categorias de 1.Cuidados com Aparência a 11. Queixas e Problemas Somáticos, como já era esperado pela pesquisa.

Obs: c=colunas; l=linhas na tabela

Anexo 7 – Quadro 5 - Analítico das Divergências encontradas na Classificação do Nível de Dependência em Enfermagem Psiquiátrica entre os pacientes do Local do Estudo.

Divergências	Freqüências
0	5
1	4
2	9
3	11
4	8
5	3

Divergências/Indicadores

Indicadores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Número	4	14	12	21	8	3	9	4	6	8	13