**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

SÁSKIA SAMPAIO CIPRIANO DE MENEZES

**AVALIAÇÃO DO RACIOCÍNIO CLÍNICO: ADAPTAÇÃO E
VALIDAÇÃO DO *TEST DE CONCORDANCE DE SCRIPTS HUMAN
CARING***

**SÃO PAULO
2016**

SÁSKIA SAMPAIO CIPRIANO DE MENEZES

**AVALIAÇÃO DO RACIOCÍNIO CLÍNICO: ADAPTAÇÃO E
VALIDAÇÃO DO *TEST DE CONCORDANCE DE SCRIPTS HUMAN
CARING***

Versão corrigida da Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz.

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Comunicação e Artes da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

**SÃO PAULO
2016**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

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

Menezes, Sáskia Sampaio Cipriano de

Avaliação do raciocínio clínico: adaptação e validação do *Test de Concordance de Scripts Human Caring* / Sáskia Sampaio Cipriano de Menezes. São Paulo, 2016.

185 p.

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

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

1. Enfermagem. 2. Diagnóstico de enfermagem.
3. Interação cultural. 4. Cuidados de enfermagem. I. Título.

Nome: Sáskia Sampaio Cipriano de Menezes

Título: Avaliação do Raciocínio Clínico: Adaptação e Validação do *Test de Concordance de Scripts Human Caring*.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Aos meus pais Dr Teonas Carvalho Cipriano e Profª Marta Nivia Ribeiro Sampaio pelo amor e apoio incondicionais tão importantes para o meu caminhar.

Ao meu marido Sandro Marcos Lemos de Menezes pelo incentivo, cuidado e amor dedicados em todos os momentos vividos.

Às minhas filhas Flora, Elis e Sophia pela compreensão durante minhas ausências, à vocês dedico o meu melhor.

Às minhas irmãs queridas, Monera Sampaio e Cardinale Fialho, companheiras e testemunhas de tantas lutas e vitórias.

Agradecimentos

À Deus Pai, Protetor, Provedor e Mantenedor, fonte inesgotável de amor e misericórdia, sem Ele essa conquista não seria possível.

À minha querida orientadora, Prof^ª. Dr^a. Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz pela orientação dedicada, paciência e incentivo, suas orientações foram valiosas para o meu crescimento profissional e pessoal.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto – PROESA/USP, pela contribuição em minha formação, bem como às queridas docentes.

À Reitora da Universidade Federal do Amazonas Prof^ª. Dr^a. Márcia Perales Mendes da Silva pelo e incentivo à pesquisa e ao aperfeiçoamento contínuos.

À diretora da Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM), Prof^ª. Dr^a. Nair Chase da Silva pelo apoio e compreensão importantes durante momentos difíceis vivenciados na trajetória.

Às Coordenadoras de Curso e Acadêmico, Prof^ªs. Dr^{as}. Gilsirene Scantelbury de Almeida e Noeli Toledo Neves da EEM/UFAM, pelo apoio e incentivo essenciais durante toda a caminhada rumo ao doutorado.

Aos meus colegas da Escola de Enfermagem de Manaus (EEM-UFAM), em especial a(o)s querido(a)s Nariani, Lisbeth, Anna, Alexandre e José Ricardo pelo apoio e palavras oportunas de encorajamento e estímulo, vocês foram necessários.

Aos acadêmicos de enfermagem e enfermeiros que participaram da pesquisa, a contribuição de cada um foi muito valiosa para mim e para a enfermagem.

*“(...) mas aqueles que esperam no Senhor renovam suas
forças. Voam alto como águias; correm e não se fatigam,
caminham e não se cansam” (Isaías 40:31)*

MENEZES, S.S.C. Avaliação do raciocínio clínico: adaptação e validação do *Test de Concordance de Scripts Human Caring*. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2016.

RESUMO

Introdução: O *Test de Concordance de Scripts* (TCS) é uma ferramenta de avaliação projetada para medir o raciocínio clínico em situações de incerteza. O *Test de Concordance de Scripts Human Caring* (TCSHC) foi desenvolvido no Canadá com base na teoria de *scripts* e orientado pelo modelo do Cuidado Humano de Jean Watson. Dispor de um instrumento de avaliação do raciocínio clínico como o *Test de Concordance de Scripts Human Caring - versão brasileira* será contribuição relevante para o desenvolvimento de pesquisas sobre o raciocínio clínico na enfermagem. **Objetivos:** Adaptar culturalmente e validar o *Test de Concordance de Scripts Human Caring* (TCSHC) para o Brasil; estimar as propriedades psicométricas da versão brasileira do TCSHC; avaliar o raciocínio clínico de enfermeiros e estudantes de enfermagem; testar associações entre raciocínio clínico e variáveis demográficas, de formação e relacionadas à experiência clínica. **Métodos:** A adaptação para o português do Brasil foi realizada por tradução e *back-translation* conforme diretrizes reconhecidas, e a grade de pontuação foi criada com as respostas de 20 especialistas. Respostas de 644 participantes (idade média= 36,9 anos; DP=9,0, 348/54,03% estudantes de enfermagem e 296/45,96% enfermeiros) ao TCSHC versão brasileira foram submetidas a análises de associação, de consistência interna, e fatorial confirmatória e exploratória. **Resultados:** Os 92 itens e as instruções do TCSHC foram adaptados para o Brasil. Dos 92 itens, foram excluídos 39 por correlação item-total $<0,2$. O TCSHC versão brasileira ficou constituído por 53 itens, com alfa de Cronbach de 0,87. Análises fatoriais confirmatória e exploratória não identificaram estrutura teórica ou estrutura interpretável para os 53 itens. Os escores médios no TCSHC dos especialistas, enfermeiros e estudantes foram diferentes ($F=12,135$; $p=0,000$); especialistas obtiveram melhores escores que os enfermeiros ($p=0,021$) e que os estudantes ($p=0,021$) e os enfermeiros melhores escores que os estudantes ($p=0,001$) evidenciando a validade discriminante do TCSHC versão brasileira. Houve associação entre raciocínio clínico e sexo (mulheres com escores mais altos que os homens; $t=-3,33$; $p=0,001$); alunos expostos ao processo de enfermagem apresentaram melhores escores que os não expostos ($t=-2,72$; $p=0,007$); entre os enfermeiros houve associação entre o maior grau de formação e raciocínio clínico ($F=4,772$; $p=0,003$; doutorado $>$ especialização ($p=0,002$) e $>$ graduação ($p=0,033$). Não houve correlação do raciocínio clínico com o tempo de experiência profissional entre os enfermeiros ($r=0,158$; $p=0,006$) e nem com a fase da graduação atual dos estudantes ($r=0,144$; $p=0,007$). **Conclusão:** O TCSHC versão brasileira apresentou evidências de confiabilidade satisfatória, com boa medida de validade discriminante. Quanto a validade de construto não foi possível confirmar a estrutura teórica proposta para o instrumento original, tampouco identificar estrutura interpretável.

PALAVRAS CHAVES: Avaliação, Raciocínio clínico, Enfermagem.

MENEZES, S.S.C. Evaluation of clinical reasoning: adaptation and validation of *Test de Concordance de Scripts Human Caring*. [Thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2016.

ABSTRACT

Introduction: The Script Concordance Test (SCT) is an assessment tool designed to measure clinical reasoning in situations of uncertainty. The Concordance test of Human Caring Scripts (TCSHC) was developed in Canada based on scripts theory and guided by Jean Watson's Human Care model. Having such an instrument to evaluate clinical reasoning such as the Concordance Test of Human Caring Scripts - in a Brazilian version will be a relevant contribution for the development of research on clinical reasoning in nursing. **Objectives:** To culturally adapt and validate the Concordance Test of Human Caring Scripts (TCSHC) for Brazil; to estimate the psychometric properties of the Brazilian version of the TCSHC; to evaluate the clinical reasoning of nurses and nursing students; to test associations between clinical reasoning and demographic, training, and clinical experience variables. **Methods:** The adaptation to Brazilian Portuguese was performed by translation and back-translation according to recognized guidelines and the score grid was created with the answers of 20 experts. Responses of 644 participants (average age = 36.9 years, SD = 9.0, 348 / 54.03% nursing students and 296 / 45.96% nurses) to TCSHC Brazilian version were analyzed in terms of association between variables, internal consistency index, and confirmatory and exploratory factorial analyses. **Results:** The 92 items and instructions of the TCSHC were adapted for Brazil. Of the 92 items, 39 were excluded by item-total correlation <0.2 . The TCSHC Brazilian version consisted of 53 items, with Cronbach's alpha of 0.87. Confirmatory and exploratory factor analyzes did not identify theoretical structure or interpretable structure for the 53 items. The mean TCSHC scores of the specialists, nurses and students were different ($F = 12.135$; $p = 0.000$); ($p = 0.021$) and that the students ($p = 0.021$) and the nurses had better scores ($p = 0.001$), evidencing the discriminant validity of the TCSHC Brazilian version. There was an association between clinical reasoning and sex (women with higher scores than men; $t = -3.33$, $p = 0.001$); Students exposed to the nursing process had better scores than those not exposed ($t = -2.72$; $p = 0.007$); Among the nurses, there was significant association between the highest degree of training and clinical reasoning ($F = 4,772$, $p = 0.003$, doctorate > specialization ($p = 0.002$) and > graduation ($p = 0.033$). Neither there was correlation between clinical reasoning and time of experience among the nurses ($r = 0.158$, $p = 0.006$), nor with the students' current graduation phase among the students ($r = 0.144$, $p = 0.007$). **Conclusion:** The TCSHC Brazilian version presented evidence of satisfactory reliability with a good measure of discriminant validity. As for the construct validity it was not possible to confirm the proposed structure for the original instrument, nor to identify an interpretable structure.

KEY WORDS: Evaluation, Clinical reasoning, Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Pensamento crítico em enfermagem: definições de termos.....	24
Quadro 2 - Os 10 Fatores Cuidativos e o Processo Clinical Caritas.	29
Quadro 3 - As 14 atividades atribuídas às enfermeiras do Québec e os itens do TCSHC inseridos em três domínios do cuidado humano de Watson.....	33
Quadro 4 - Exemplo de cenário clínico.....	38
Quadro 5 - Passo 1- Preparação.....	50
Quadro 6 – Passo 2- Tradução.	51
Quadro 7 – Passo 3- Reconciliação.	52
Quadro 8 - Passo 4- Retro-tradução.	52
Quadro 9 – Passo 5- Revisão da retro-tradução.	53
Quadro 10 – Passo 6- Harmonização.	54
Quadro 11 - Passo 7- Avaliação da compreensibilidade (<i>“cognitive debriefing”</i>).....	55
Quadro 12 - Passo 8- Revisão da avaliação da compreensibilidade.....	55
Quadro 13 - Passo 9- Revisão.	56
Quadro 14 – Passo 10- Relatório final.....	56
Quadro 15 - Versões das traduções (VT1 e VT2) e versão conciliada das instruções do <i>Test de Concordance de Scripts Human Caring</i> – TCSHC.....	77
Quadro 16 - Texto original, versões das traduções (VT1 e VT2) e versão conciliada (VT1-2) do exemplo de cenário apresentado nas instruções do <i>Test de Concordance de Scripts Human Caring</i> – TCSHC.	80
Quadro 17 – Sugestões geradas na etapa da compreensibilidade na redação das etiquetas.	84
Quadro 18 - Sugestões geradas na etapa da avaliação da compreensibilidade na redação das legendas..	85
Quadro 19 - Versão do instrumento original, versão conciliada (VT1-2), versão retro-traduzida (VRT), versão conciliada pós retro-tradução (VT3) e versão final (VT4) das instruções do <i>Test de Concordance de Scripts Human Caring</i> – TCSHC.....	86
Quadro 20 - Correlações item-total do TCSHC versão brasileira (1ª rodada).	94
Quadro 21 - Correlações item-total do TCSHC versão brasileira (rodada final).....	95
Quadro 22 - Valores do Coeficiente Alfa de Cronbach dos 53 itens do TCSHC versão brasileira se o item for retirado..	96
Quadro 23 - Coeficientes Alfa de Cronbach do domínio “aspectos do cuidado humano” caso cada um dos seus itens fossem retirados.....	98
Quadro 24 - Coeficientes Alfa de Cronbach dos itens do domínio “relacionamento terapêutico” caso cada um dos seus itens fossem retirados.....	99
Quadro 25 - Coeficientes Alfa de Cronbach dos itens do domínio “atividades de enfermagem” caso cada um dos seus itens fossem retirados.	99

Quadro 26 – Apresentação dos 53 itens do TCSHC versão brasileira em suas respectivas dimensões do cuidado humano.....101

Quadro 27 – Relação dos 92 itens do TCSHC versão brasileira distribuídos nos 29 cenários com destaque (*) para os itens retidos após o processo de otimização. ..107

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Relações conceituais entre pensamento crítico e raciocínio clínico.	22
Figura 2 - Etapas da Fase I- Processo de Adaptação Cultural.....	74
Figura 3 – Distribuição dos escores dos membros do painel de especialistas.	90
Figura 4 - <i>Screeplot</i> a partir da análise de componentes principais do TCSHC versão brasileira.....	101
Figura 5 - Distribuição dos escores (0 a 100) dos membros do painel de especialistas dos 53 itens do TCSHC versão brasileira.....	117

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Método de pontuação agregado dos escores do TCS.....	39
Tabela 2 - Estatística descritiva dos escores dos especialistas.....	90
Tabela 3 – Caracterização da amostra segundo categoria (enfermeiro ou estudante).	92
Tabela 4 - Correlação entre os domínios do cuidado humano e o teste como um todo..	100
Tabela 5 – Percentual de variância explicada e acumulada dos fatores extraídos a partir do <i>Screeplot</i>	102
Tabela 6 – Correlações item-componente principal dos 53 itens do TCSHC versão brasileira.....	103
Tabela 7 - Percentual de variância explicada e acumulada dos fatores extraídos com correlação < 0,4.	105
Tabela 8 – Correlações de cada item (20 itens) com os 6 primeiros componentes..	106
Tabela 9 - Estatística descritiva dos escores dos enfermeiros, estudantes e especialistas.....	117
Tabela 10 - Resultados do ANOVA para comparação entre os três grupos (estudantes, enfermeiros e especialistas)..	118
Tabela 11 - Teste <i>Post Hoc</i> do ANOVA para comparação dois a dois entre enfermeiros, estudantes e especialistas..	118
Tabela 12 - Estatística descritiva das médias dos escores segundo sexo dos participantes.	118
Tabela 13 - Resultados do Teste t na comparação das médias dos escores segundo o sexo dos participantes.....	119
Tabela 14 - Estatísticas descritivas dos escores médios dos estudantes (n=348) segundo exposição ao conteúdo relativo ao processo de enfermagem.....	120
Tabela 15 - Resultados do Teste t na comparação das médias dos escores segundo exposição ao conteúdo relativo ao processo de enfermagem.....	120
Tabela 16 - Estatísticas descritivas dos escores de raciocínio clínico de acordo com o maior grau de formação entre os enfermeiros (n=296).	121
Tabela 17 - Resultados do teste ANOVA para associação entre os escores médios no TCSHC versão brasileira e o maior grau de formação obtido entre os enfermeiros (n=296).....	121
Tabela 18 - Resultados dos Testes <i>Post Hoc</i> para comparações múltiplas dois a dois entre os grupos de enfermeiros segundo maior grau de formação obtido.	121

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1	O RACIOCÍNIO CLÍNICO.....	21
2.2	TEORIA DO CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON	27
2.3	TEST DE CONCORDANCE DE SCRIPTS	34
2.3.1	O TEST DE CONCORDANCE DE SCRIPTS HUMAN CARING (TCSHC)	41
3	REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	46
3.1	PROCESSO DE ADAPTAÇÃO CULTURAL DE INSTRUMENTOS DE MEDIDAS.....	46
3.2	ESTIMATIVAS DE PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DE INSTRUMENTOS DE MEDIDAS	56
4	OBJETIVOS	63
4.1	OBJETIVO GERAL	63
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	63
5	MÉTODO.....	62
5.1	5.1 DESENHO DO ESTUDO	62
5.2	FASE I - ADAPTAÇÃO CULTURAL DO <i>TEST DE CONCORDANCE DE SCRIPTS HUMAN CARING</i> (TCSHC) – CONJUNTO DE ITENS.....	62
5.2.1	Preparação	63
5.2.2	Tradução para o português do Brasil.....	63
5.2.3	Reconciliação	63
5.2.4	Retro-tradução.....	64
5.2.5	Revisão da Retro-tradução.....	64
5.2.6	Avaliação da compreensibilidade	65
5.2.7	Revisão da avaliação da compreensibilidade.....	65
5.2.8	Revisão e Relatório Final.....	65
5.2.9	Teste piloto da versão traduzida (VT4).....	66
5.3	FASE I – ADAPTAÇÃO DA GRADE DE PONTUAÇÃO.....	66
5.4	FASE II – ESTUDO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO TCSHC- VERSÃO BRASILEIRA	68
5.4.1	Local do estudo	68
5.4.2	Amostra	68
5.4.3	Critérios de Inclusão	69
5.4.4	Coleta de dados.....	69

5.4.5	Processamento e análise dos dados	70
5.4.6	Considerações éticas	72
6	RESULTADOS	74
6.1	FASE I - ADAPTAÇÃO CULTURAL DO <i>TEST DE CONCORDANCE DE SCRIPTS HUMAN CARING</i> (TCSHC) – CONJUNTO DE ITENS.....	74
6.1.1	Preparação, traduções e reconciliação das traduções	75
6.1.2	Retro-tradução e revisão	83
6.1.3	Avaliação da compreensibilidade, revisão e finalização	83
6.1.4	Teste piloto da versão final traduzida (VT4)	88
6.2	FASE I - ADAPTAÇÃO DA GRADE DE PONTUAÇÃO	89
6.3	FASE II – ESTUDO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO TEST DE CONCORDANCE DE SCRIPTS HUMAN CARING (TCSHC).	92
6.3.1	Caracterização dos participantes do estudo	92
6.3.2	Otimização do TCSHC versão brasileira	93
6.3.3	Consistência interna	96
6.3.4	Validade de construto	100
6.3.5	TCSHC versão brasileira	107
6.3.6	Raciocínio clínico de estudantes de enfermagem e enfermeiros	116
7	DISCUSSÃO	124
7.1	LIMITAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	134
8	CONCLUSÃO.....	138
9	REFERÊNCIAS	140
APÊNDICES		Erro! Indicador não definido.
ANEXOS		Erro! Indicador não definido.

1. Introdução

1 INTRODUÇÃO

O termo raciocínio clínico é utilizado na literatura científica para designar os processos mentais envolvidos no atendimento aos usuários dos sistemas de saúde. É um tema central nos campos da educação em enfermagem e no exercício da prática profissional (CERULLO; CRUZ, 2010).

Habilidades de raciocínio clínico, pensamento crítico, desempenho de competências cognitivas, estratégias de aprendizagem, vêm sendo alvo de pesquisas que buscam a melhor estratégia em avaliação e acompanhamento do desempenho de estudantes de enfermagem nas tomadas de decisão adequadas e seguras no atendimento às necessidades de cuidado do paciente (LAKE, RHONA, 2012; WEEKS, HIGGINSON, CLOSHESY, COBEN, 2013). A preocupação com a formação de enfermeiros autônomos, reflexivos, críticos, sensíveis e conscientes de suas habilidades cognitivas foi apontada nesses estudos em razão da complexidade do cuidado humano.

O desafio de como avaliar o desempenho do raciocínio clínico dos estudantes durante a sua formação acadêmica surge continuamente nos currículos da educação nas ciências da saúde, incluindo a enfermagem. No entanto, permanece o desafio de como avaliar tal raciocínio (DESCHÊNES, CHARLIN, GAGNON, GOUDREAU, 2011). As dificuldades encontradas no ensino do raciocínio clínico deve-se, em parte, à carência de instrumentos capazes de avaliá-lo (PIOVEZAN et al, 2010).

O *Test de Concordance de Scripts* (TCS) é uma ferramenta de avaliação projetada para medir o raciocínio clínico em situações de incerteza, ele sonda os vários julgamentos que são feitos no processo de raciocínio clínico. De acordo com a teoria de *scripts*, os clínicos mobilizam uma rede de conhecimento organizado, denominado de *scripts*, estes conectam-se com o conhecimento prévio sobre doenças, características clínicas e gestão de alternativas diagnósticas. Os profissionais de saúde inclinam-se em direção às soluções dos problemas clínicos por meio de formulação de hipóteses relacionando-as com suas redes de conhecimento (*scripts*) (CHARLIN, BOSHUIZEN, CUSTERS, FELTOVICH, 2007). O *Test de Concordance de Scripts* (TCS) baseia-se no princípio de que os vários julgamentos formulados no processo de raciocínio clínico, podem ser sondados por meio da

concordância das respostas de um painel de referência de peritos (CHARLIN, VAN DER VLEUTEN, 2004).

O TCS tem sido extensivamente utilizado em várias disciplinas médicas como método de avaliação formativa (DAWSON, KOSSICK, NEUBRANDER, 2014; GROVES et al, 2013; DUGGAN e CHARLIN, 2012; HERNANDEZ et al, 2011; LUBARSKY et al, 2011; BOGADO e LÓPEZ, 2009; CHARLIN et al, 2001), assim como estudos de validação em âmbito nacional (NOUH et al 2012; HERNANDEZ et al, 2011). No Brasil foi desenvolvido um estudo de avaliação do raciocínio clínico de estudantes de medicina baseado na teoria de *scripts* com situações clínicas em geriatria, seus resultados apontaram para a validade do instrumento e sua capacidade em diferenciar o raciocínio em função do grau de experiência profissional (PIOVEZAN et al, 2009).

Deschênes (2006) em estudo metodológico desenvolveu o *Test de Concordance de Scripts Human Caring* (TCSHC) e estimou suas propriedades psicométricas. Baseado na teoria de *scripts* de Silvan Tomkins (1954) e Roger Schank (1970) e orientado pelo modelo do Cuidado Humano de Jean Watson (1979), o teste proposto fornece um processo de avaliação padronizada do raciocínio clínico em diversas situações clínicas de enfermagem. Os resultados do estudo apontaram o TCSHC como sendo uma ferramenta válida e confiável para avaliar o raciocínio clínico em situações de incertezas no cuidado humano. O estudo também reconheceu a necessidade de mais pesquisas para suportar as propriedades psicométricas, melhorar o uso na educação de enfermagem e ampliar a aplicação em todas as áreas da prática clínica de enfermagem. Dawson (2012), em sua dissertação de mestrado replicou o estudo de Deschênes (2006) validando o TCSHC em uma população de estudantes da Universidade da Carolina do Norte (EUA).

Considerando que estudos/instrumentos sobre avaliação do raciocínio clínico são incipientes; que o uso de um Teste de Concordância de *Scripts* foi validado para estudantes de medicina em diversas especialidades e que para a enfermagem os estudos ainda são escassos; que o TCSHC desenvolvido por Deschênes (2006) necessita ser adaptado e validado em diferentes culturas, incluindo o Brasil; que a ferramenta TCSHC, pode ser aplicada entre os profissionais enfermeiros; justifica-se a realização do presente estudo.

Assim, o presente estudo aponta as seguintes questões norteadoras:

- O TCSHC adaptado para o Brasil é confiável e válido para ser utilizado na avaliação do raciocínio clínico de estudantes de graduação e enfermeiro(a)s assistenciais?

- Variáveis demográficas, de formação e relacionadas à experiência clínica guardam associação com o desempenho em raciocínio clínico?

Dispor de um instrumento de avaliação do raciocínio clínico como o *Test de Concordance de Scripts Human Caring - versão brasileira*, para ser utilizado pelas escolas de enfermagem do Brasil, será contribuição relevante para o desenvolvimento de pesquisas que envolvam o raciocínio clínico na enfermagem. A verificação da adequação do TCSHC para uso com enfermeiros permitirá o uso do instrumento para planejamento de ações de educação permanente em serviços de saúde.

As hipóteses a serem testadas neste estudo são:

- O TCSHC - versão brasileira é válido e confiável para ser utilizado na avaliação do raciocínio clínico de enfermeiros e estudantes de enfermagem.

- O desempenho de enfermeiros em raciocínio clínico é significativamente mais elevado quando comparado com o desempenho de estudantes de enfermagem.

- A experiência clínica, o grau de formação e a maior intensidade de conteúdos e práticas sobre o processo de enfermagem, raciocínio clínico e diagnóstico de enfermagem estão associados a melhor desempenho em raciocínio clínico.

2. Referencial Teórico

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O RACIOCÍNIO CLÍNICO

A compreensão dos termos raciocínio diagnóstico/clínico, julgamento clínico e pensamento crítico se faz necessária por serem termos comumente utilizados como sinônimos, porém não o são. Os termos julgamento clínico, resolução de problemas, tomadas de decisão e pensamento crítico tem sido usados intercambiavelmente (TANNER, 2006; LE-FREVE, 2013). Para Tanner (2006), julgamento clínico é usado pelos autores como uma interpretação ou conclusão acerca das necessidades do paciente, ou problemas de saúde e/ou a tomada de decisão para usar ou modificar padrões, ou improvisar novas alternativas apropriadas às respostas dos pacientes.

Para melhor esclarecer a relação entre pensamento crítico e raciocínio clínico dentro e fora do ambiente clínico, a figura 1 destaca padrões de competências exigidos pela *American Nurses Association* (ANA), *Quality and Safety Education for Nurses* (QSEN) e pelo *Institute of Medicine* (IOM) (LE-FREVE, 2013).

Figura 1 – Relações conceituais entre pensamento crítico e raciocínio clínico.

Fonte: *Relacionados aos padrões da ANA, *Joint Commission Standards, Quality and Safety Education for Nurses competencies and Institute of Medicine Competencies*. Adaptado por Le-Freve (2013).

A figura 1 mostra o pensamento crítico como um “*umbrella term*” o qual inclui aspectos do raciocínio dentro e fora do cenário clínico e apresenta os termos raciocínio clínico, pensamento crítico, resolução de problemas e a tomada de decisões como termos usados de forma permutável. O raciocínio está presente nas fases do processo de enfermagem e em outras situações como por exemplo, trabalho em equipe, colaboração e agilizar o fluxo de trabalho, o termo pensamento crítico é usado na maioria das vezes. Sua capacidade de raciocinar fora do contexto clínico afeta o seu potencial de raciocinar no cenário clínico (LE-FREVE, 2013).

O termo pensamento crítico para Le-Freve (2013) é considerado de espectro amplo e apresenta o raciocínio clínico sendo manifestado dentro e fora do ambiente clínico/terapêutico. O raciocínio clínico é tido como um termo específico e está ligado à questões relacionadas ao cuidado do paciente; o julgamento clínico se refere às conclusões oriundas do pensamento crítico e/ou do raciocínio clínico, ou seja, para a tomada de decisões e alcance de resultados.

Para Pesut e Herman (1999) o raciocínio clínico é considerado o coração da enfermagem, suas características são reconhecidas como sendo incorporadas à prática da enfermagem. Enfermeiras desenvolvem habilidades de raciocínio clínico quando analisam e compreendem as histórias dos pacientes e encontram oportunidades para raciocinar mais eficazmente a cada experiência clínica.

Segundo Lopes e Dell'Acqua (2015) o raciocínio clínico é o processo de utilização do conhecimento a ser aplicado em uma dada situação para a qual se exija uma solução. Sua aplicação está presente em todas as fases do processo de enfermagem, ajudando o indivíduo, família ou comunidade a resolverem seus problemas ou até preveni-los.

O raciocínio clínico envolve o uso de estratégias analíticas e não analíticas, as primeiras são aquelas ações controladas e conscientes enquanto as outras são inconscientes e automáticas e seu êxito e eficiência dependerá do desenvolvimento de habilidades cognitivas e metacognitivas. As habilidades cognitivas estabelecem relação com o pensamento crítico, enquanto as habilidades metacognitivas com o pensamento reflexivo (LOPES; DELL'ACGUA, 2015).

Com base no estudo de Scheffer e Rubenfeld (2000), Lunney (2011) apresenta as sete habilidades cognitivas e os dez hábitos da mente, sendo ambas aplicadas ao processo de enfermagem e à medida em que enfermeiros aprendem a diagnosticar.

Quadro 1- Pensamento crítico em enfermagem: definições de termos.

Dimensões do pensamento crítico	Definições
Habilidades Cognitivas	
Análise	Separação ou fragmentação de um todo em partes para descoberta da natureza, do funcionamento e das relações.
Aplicação de padrões	Julgamento conforme regras ou critérios pessoais, profissionais ou sociais estabelecidos.
Discernimento	Reconhecimento de diferenças e semelhanças entre coisas ou situações e distinção criteriosa como categoria ou classificação.
Busca de informações	Procura de evidências, fatos ou conhecimento pela identificação de fontes relevantes e coleta de dados objetivos, subjetivos, históricos e atuais a partir dessas fontes.
Raciocínio lógico	Obtenção de inferências ou conclusões que tenham o apoio de evidências ou sejam justificadas por evidências.
Previsão	Visualização de um plano e suas consequências.
Transformação do conhecimento	Mudança ou conversão da condição, da natureza, da forma ou do funcionamento de conceitos entre contextos.
Hábitos Mentais	
Confiança	Certeza das capacidades individuais de raciocínio.
Perseverança contextual	Análise da situação como um todo, incluindo relações, antecedentes e ambiente relevantes a algum acontecimento.
Criatividade	Inventividade intelectual usada para gerar, descobrir ou reestruturar ideias; imaginação de alternativas.
Flexibilidade	Capacidade de adaptação, acomodação, modificação ou mudança de pensamentos, ideias e comportamentos.
Inquisição	Desejo de conhecer por meio da busca de conhecimentos e entendimento pela observação e perguntas interessadas para investigação de possibilidades e alternativas.
Integridade intelectual	Busca da verdade por meio de processos sinceros e honestos, mesmo que os resultados sejam contrários aos pressupostos e às crenças individuais.
Intuição	Sensação perceptiva de saber sem uso consciente da razão.
Compreensão	Ponto de vista caracterizado por receptividade a visões divergentes e sensibilidade às próprias tendências.
Perseverança	Busca de um rumo, com determinação de vencer obstáculos.
Reflexão	Contemplação de um assunto, em especial os próprios pressupostos e pensamentos, para compreensão e autoavaliação mais profundas.

Fonte: (SCHEFFER; RUBENFELD, 2000 apud LUNNEY e cols., 2011, p. 32).

Para Pesut e Herman (1999) a metacognição tem como característica melhorar a inteligência e o pensamento crítico. Em sua definição etimológica significa para além da cognição, ou seja, é a aptidão natural de conhecer o próprio ato de conhecer, em outras palavras é analisar, avaliar ou conscientizar-se como se conhece (RIBEIRO, 2003). As habilidades metacognitivas estão incluídas em uma subcategoria das

cognitivas, e se fazem fundamentais para que as demais competências básicas sejam desenvolvidas (ANDRÉ; COSTA, 2004).

Desenvolver as habilidades cognitivas juntamente com os hábitos mentais (Quadro 1) fornecem uma base para o crescimento profissional, além de garantir a linguagem, os significados e a estrutura para os enfermeiros pensarem sobre o próprio pensamento, além de poderem ser objetos para discussões e análises com outros enfermeiros (LUNNEY et al, 2011).

O termo raciocínio clínico foi introduzido na enfermagem na década de 80 para designar um processo cognitivo usado pelos profissionais de saúde quando estes pensam sobre questões relacionadas ao paciente (JONES, 1988 apud SIMONNS, 2010). Em seu artigo sobre a análise de conceito do termo raciocínio clínico na enfermagem Simonns (2010) define-o como um processo cognitivo complexo, o qual se utiliza de estratégias de pensamento formais e informais com o intuito de coletar e analisar informações relacionadas ao paciente, consequentemente avaliando-as e propondo soluções. As estratégias de pensamento formais e informais associam a análise de decisão com o processamento de informação, incluindo a intuição para avaliar a pertinência dos dados do paciente. As informações consideradas inicialmente como não essenciais podem ser recuperadas posteriormente durante o processo.

A pesquisa sobre raciocínio clínico é considerada vasta e com certa tradição, porém seus limites ainda são pouco claros, necessitando serem melhor explorados no tocante ao desenvolvimento do raciocínio clínico na formação de enfermeiros (MENEZES et al, 2015).

O estudo do tipo revisão de escopo realizado por Menezes et al (2015) com o objetivo de analisar o estado atual do conhecimento sobre raciocínio clínico no ensino de graduação possibilitou delinear um perfil das pesquisas desenvolvidas sobre o tema. Nas 23 publicações analisadas identificaram-se cinco estudos de relacionamento de variáveis envolvidas no raciocínio clínico como: variáveis demográficas e o desenvolvimento de competências (SPELICC et al, 2001); habilidades de pensamento crítico após revisão curricular (BECKIE, LOWRY E BARNETT, 2001); estilos de pensamento e criatividade (ALMANSA et al, 2013); habilidades reflexivas e coerência entre teoria e prática (HATLEVIK, 2011) e desempenho em exames de acreditação profissional (ROMEO, 2010). O mesmo

estudo de revisão incluiu três pesquisas que objetivaram mensurar variáveis relacionadas ao raciocínio clínico. Um deles estimou as propriedades psicométricas de um instrumento de intuição (SMITH, 2006) e outro estudo (DEMIR et al, 2013) testou a validade e confiabilidade de um instrumento turco de uma escala de intuição entre estudantes de enfermagem; um terceiro avaliou quanto os testes de pensamento crítico refletem o domínio dessa habilidade e também se suas pontuações indicam a construção do pensamento crítico pelos programas de enfermagem (STONE et al, 2001). As autoras destacam que o maior desafio das pesquisas na área de raciocínio clínico está em obter congruência entre as concepções teóricas do desenvolvimento do raciocínio clínico e os métodos e procedimentos de pesquisas sobre o tema. E ainda ressalta que é preciso mais investimentos de pesquisas para compreender o fenômeno e fornecer evidências para direcionar o ensino e a aprendizagem sobre o raciocínio clínico.

O conceito de raciocínio clínico na literatura tem sido associado ao pensamento crítico, julgamento clínico e tomada de decisão (SIMMONS, 2010). Nos estudos incluídos na revisão de Menezes et al (2016) pouco é explicado sobre a compreensão adotada do conceito em cada estudo. Ao considerar os termos raciocínio clínico, pensamento crítico e tomada de decisão como correlatos foi possível identificar diferentes focos de interesse nas pesquisas.

No presente estudo o conceito de raciocínio clínico a ser seguido será o de Baldwing (2007) descrito como a habilidade para utilizar estratégias para a compreensão do significado de dados, identificação de problemas potenciais do paciente e tomadas de decisão clínicas para a resolução de problemas e alcance de resultados. A espinha dorsal do raciocínio clínico é a base de conhecimento, que pode ser contextual (leituras ou trabalhos de aulas) ou experiencial (práticas clínicas, dentre outros); o processo de raciocínio clínico surge quando estudantes de enfermagem são apresentados a dilemas clínicos e eles tentam compreender as situações para propor soluções baseadas em suas impressões. O conceito apresentado apresenta características compatíveis com a proposta conceitual a ser medida pelo TCSHC (DESCHÊNES, 2006, 2011).

2.2 TEORIA DO CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON

O cuidado humano é parte inerente da condição humana e seu reconhecimento tem sido evidente na prática assistencial, tanto nos contextos teórico e de formação, como também em suas perspectivas ética e filosófica. Em suas publicações, Watson tem afirmado que o cuidado é o alicerce do conhecimento da enfermagem (WATSON, 2009).

A teoria do cuidado humano de Jean Watson foi desenvolvida entre 1975 e 1979 durante sua trajetória na Universidade do Colorado; sua teoria está centrada em pressupostos fenomenológicos e emergiu de uma perspectiva que vai além da visão do mundo físico que nos rodeia, transcendendo para o subjetivo, intersubjetivo e o significado interno, conceitos que estão internalizados no processo de restauração da saúde da pessoa (WATSON, 2015).

Os pressupostos filosóficos da teoria de Watson não baseados no existencialismo, buscando uma compreensão dos fundamentos ontológicos acerca do cuidado. Os conceitos metaparadigmáticos de pessoa, saúde, ambiente/sociedade e enfermagem, possibilitam o desenvolvimento do conhecimento e elucidam os avanços da ciência da enfermagem.

Watson considera a “pessoa” como um ser-no-mundo, como uma unidade “mente-corpo-espírito”, que experimenta e percebe; é o locus do cuidado, o sujeito do cuidado da enfermagem. O “ambiente/sociedade” é a realidade objetiva e externa, é o marco de referência subjetivo do indivíduo, no campo fenomenológico, é a percepção de si mesmo, crenças, expectativas e a sua história. A “saúde” para Watson tem relação com a harmonia entre a mente, o corpo e o espírito, tem relação com o grau de coerência entre o percebido e o “eu” experimentado. A “enfermagem” está centrada nas relações do cuidado transpessoal, para Watson a enfermagem é arte quando experimenta e compreende os sentimentos do outro, é capaz de detectar e sentir estes sentimentos e assim também expressá-los da mesma maneira que a pessoa os experimenta (WATSON, 2005).

Os fundamentos da teoria de enfermagem de Jean Watson estão focados nos fatores de cuidado que derivam de perspectivas humanísticas e científicas combinadas com conhecimentos científicos. O cuidado é a essência da enfermagem e se relaciona com a sensibilidade entre a(o) enfermeira(o) e a pessoa. Watson

defende que ao cultivarmos a sensibilidade para nós mesmos e para o outro estaremos ajudando a pessoa a ganhar autoconhecimento e auto realização (GEORGE, 2000).

Os principais elementos conceituais que compreendem a teoria do cuidado humano são: os 10 fatores cuidativos¹; o cuidado transpessoal; consciência do cuidado/ocasião do cuidado e cuidando-curando (WATSON, 2009). Em seu primeiro livro *“Nursing: the philosophy and science of caring”*, Watson (1979) forneceu a base para a estrutura teórica dos 10 fatores cuidativos. A teórica afirma que neles estão a base para um cuidado de enfermagem pautado em princípios humanistas, sem os quais funcionaria como meros trabalhadores tecnicistas dominados pela ciência da cura médica (WATSON, 2007).

Um quadro comparativo apresenta o trabalho que Watson desenvolveu ao transformar os fatores cuidativos em uma abordagem mais ampliada, conectando o ser humano a um plano extra-corpóreo, valorizando a relação entre o eu (self) e o outro, propondo a restauração, recomposição e reconstituição do ser (WATSON, 2007) (Quadro 2).

¹ A expressão *“carative factors”* não existe na língua inglesa, sua tradução está associada à teoria de Jean Watson e seu uso referencia à forma de cuidado da enfermagem na qual enfatiza o “cuidativo” ao invés do “curativo” (www.carative.com/carative.html); optamos por adotar a expressão “fatores cuidativos”.

Quadro 2 - Os 10 Fatores Cuidativos e o Processo Clinical Caritas.

10 Fatores Cuidativos	Processo <i>Clinical Caritas</i>
1. Formação de um sistema de valores humanista-altruísta.	1. Praticar a bondade e a serenidade no contexto da consciência do cuidado.
2. Possibilitar a fé e a esperança.	2. Estar autenticamente presente, promover e apoiar o sistema profundo de crença e o mundo subjetivo da vida do <i>self</i> e do ser cuidado.
3. Cultivo da sensibilidade do próprio eu e do outro.	3. Cultivar as próprias práticas espirituais e o <i>self</i> transpessoal, indo além do " <i>ego self</i> " e mantendo-se aberto para os outros com sensibilidade e compaixão.
4. Desenvolvimento de uma relação de ajuda-confiança.	4. Desenvolver e sustentar relacionamento de cuidado autêntico de ajuda-confiança.
5. Promoção e aceitação da expressão de sentimentos negativos e positivos.	5. Estar presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos como uma conexão com o espírito profundo do <i>self</i> e com o outro que está sendo cuidado (ouvir autenticamente a estória do outro).
6. O uso sistemático do método científico de resolução problema durante o processo de tomada de decisão.	6. Usar criativamente o <i>self</i> e todas as formas de conhecer como parte do processo de cuidar; engajar na arte das práticas do cuidar-recuperar.
7. Promoção de um processo de ensino-aprendizagem transpessoal.	7. Engajar na experiência genuína de ensinar-aprender que zela pela unidade do ser e significado, tentando manter-se dentro do sistema de referências do outro.
8. Provisão de um ambiente de proteção e/ou restauração mental, física, social e espiritual.	8. Criar um ambiente de recuperação em todos os níveis (um ambiente sutil de energia e consciência, físico e não físico, por meio do qual a integridade, a beleza, o conforto, a dignidade e a paz sejam potencializados).
9. Assistência com gratificação das necessidades humanas.	9. Prestar assistência nas necessidades básicas com consciência da intencionalidade do cuidado, administrando "cuidados humanos essenciais", que potencializam a integridade e a unidade do ser em todos os aspectos do cuidado; atos sagrados de cuidado básicos; tocando o espírito e desenvolvendo a expressão da espiritualidade.
10. Reconhecimento da existência das dimensões existencial – fenomenológica – espiritual.	10. Manter-se aberto e zelar pelas dimensões existenciais e mistérios espirituais da própria vida-morte; cuidar da própria alma e da do ser cuidado. "Permitir milagres".

Fonte: (Watson, 2007, p.131, tradução livre).

O quadro teórico dos fatores cuidativos permanecem como estrutura atemporal e central para o desenvolvimento de pesquisas e modelos da prática de enfermagem, a intenção da ampliação dos seus conceitos se opõe a ideia do modelo curativo da medicina, transcendendo a matéria, a doença e o ambiente (WATSON, 2007, 2015). O Processo *Clinical Caritas* embasa o cuidado transpessoal e representa a evolução dos fatores cuidativos, ele vem romper com o modelo biomédico de cuidado, propondo

uma abordagem humanista de cuidado atencioso, sensível e amoroso (WATSON, 2005).

Os pressupostos teóricos de Watson retratam o cuidado humano nas dimensões que permeiam as relações interpessoais e onde os fatores cuidativos são manifestados. Pessoa, Pagliuca e Damasceno (2006), ao analisar a teoria do cuidado humano, discorreram sobre a sua aplicação em mulheres com diabetes gestacional. Em seus achados, os autores reconhecem que a prática do cuidado amoroso e bondoso, com um completo e profundo relacionamento enfermeiro-paciente, promove segurança, tranquilidade, confiança, satisfação e possibilidades de escolhas às pacientes. Observam, porém, que profissionais não sensíveis a um envolvimento transpessoal não conseguem assimilar os valores transcendentais durante a prática do cuidado, o que Watson denomina, “*caring moment/caring occasion*”.

O “*Caring moment*”, ou momento do cuidado, é descrito por Watson, como a ocasião, o instante, em que os atores envolvidos têm a oportunidade de se relacionar, é o literal evento do cuidado transpessoal, em que as conexões espirituais acontecem, transcendendo o tempo e o espaço, possibilitando a recuperação e uma ligação que transcende o físico (WATSON, 2015).

“Se a ‘teoria’ é lida em diferentes níveis, usada como um sistema de linguagem para documentação, como um guia para modelos da prática profissional de enfermagem ou usada como o foco de uma rede ou estudos de investigação de cuidados clínicos individuais, a essência da teoria vivenciada está no momento do cuidado transpessoal. O momento de cuidado pode estar localizado em qualquer ocasião de cuidado, como um conceito de médio alcance ou mesmo prescritivo ou numa teoria ao nível da prática” (WATSON, 2015, p. 326).

O cuidado como construto é objeto de estudos desde a década de 80. Considerado como o cerne da enfermagem, instrumentos para medir seus efeitos na saúde tem sido desenvolvidos (COSSETTE et al, 2006). Os estudos que propõem esses instrumentos contribuem para a compreensão dos resultados que o cuidado promove sobre a saúde de pacientes (COSSETTE et al, 2005).

Instrumentos que mensuram o cuidado foram objeto de estudo e revisão por Watson (2002). A teórica revisou os fundamentos e propriedades metodológicas de 21 escalas e entre elas estavam o Care-Q (*Caring Assessment Report Evaluation Q-sort questionnaire*) e o Care-Sat (*Caring Satisfaction*) (LARSON, 1984; LARSON & FERKETICH, 1993), o CBA (*Caring Behaviour Assessment*) (CRONIN e HARRISON, 1988) e o CBI (*Caring Behaviour Inventory*) (WOLF, 1986; WOLF et al, 1994), estas

foram consideradas as ferramentas mais utilizadas na avaliação do cuidado de enfermagem e por conseguinte sua validade e confiabilidade comprovadas (COSSETTE et al, 2005).

As estruturas fatoriais de dez ferramentas que avaliam o cuidado foram analisadas por Cossette et al (2006), sendo elas: “*Caring Ability Inventory*” (CAI; NKONGHO, 1990); “*Caring Satisfaction*” (CARE-SAT; LARSON e FERKETICH, 1993); “*Caring Behaviour Inventory*” (CBI; WOLF et al, 1994); “*Caring Behaviour Assessment Tool*” (CBA; STANFIELD, 1991); “*Caring Efficacy Scale*” (CES; COATES, 1997); “*Caring Dimensions Inventory*” (CDI; LEA et al, 1998, WATSON et al, 1999); “*Caring Attributes, Professional Self, and Technological Influence Instrument*” (CAPSTI, ARTHUR et al, 2001); “*Caring Behaviours Scale*” (CBS, LIN, 2001); “*Organisational Caring Climate Questionnaire*” (OCCQ) e o “*Peer Group Caring Interaction Scale*” (PGCIS, HUGHES, 1993, 1998), as duas últimas com foco no cuidado organizacional em vez do cuidado ao paciente. A análise dos componentes principais e a rotação varimax foram utilizadas como critérios de análise em 9 dos estudos revisados. Apenas no estudo de Coates (1997) foi utilizada a análise fatorial exploratória, sem mais detalhes. Os critérios utilizados para determinar o número de fatores foram o autovalor, scree plot e a interpretabilidade dos fatores. Para identificar a estrutura dimensional das escalas (indutiva e dedutiva), as ferramentas foram agrupadas em três padrões de análise: exploratória ou indutiva, que não apresenta nenhuma categorização de temas a priori; a também exploratória mas com a categorização a priori de temas e a dedutiva, onde os padrões e temas foram determinados a priori (COSSETTE et al, 2006).

Com o objetivo de descrever o que constitui o cuidado de enfermagem, Cossette et al (2005) construiu uma escala sob a estrutura dos 10 fatores cuidativos da teoria de Watson, a *Caring Nurse-Patient Interaction Scale (CNPI-Short Scale)*. O estudo propôs mensurar as interações entre enfermeiro-paciente, capturar as dimensões essenciais do cuidado e avaliar as propriedades psicométricas da escala. A estrutura multidimensional da escala foi apresentada em publicação posterior. No estudo de Cossette et al (2008) a escala foi otimizada, pela análise fatorial confirmatória, em 23 itens orientados pelos 10 fatores cuidativos, refletindo quatro domínios do cuidado: cuidado clínico (9 itens), cuidado relacional (7 itens), cuidado humanístico (4 itens) e cuidado reconfortante (3 itens), a validade de construto e

confiabilidade foram consideradas satisfatórias. O estudo explorou a dimensionalidade do cuidado na escala e garantiu a validade da medida em identificar comportamentos de cuidado que demonstram impactar nos resultados de saúde do paciente.

Ao propôr avaliar o raciocínio clínico de enfermagem fundamentado no cuidado humano de Watson (1988, 1997, 2002), Deschênes et al (2011) possibilitou estimar os recursos que os estudantes utilizam durante as situações que requerem um raciocínio clínico influenciado pelo cuidado humano.

O raciocínio clínico de enfermagem orientado pelo cuidado humano apresenta-se no momento em que enfermeiros tomam decisões acerca de intervenções quando ele considera a relação entre a pessoa e o ambiente indissociáveis. A abordagem das intervenções devem ser centradas nas prioridades do outro e não na aplicação de procedimentos predeterminados, sua avaliação deve ser atenta ao validar continuamente as percepções da pessoa que está sendo assistida, este processo é interacional (DUFFY, 2005).

O *Test de Concordance Human Caring* desenvolvido por Deschênes et al (2011) foi motivado pela mudança na estrutura do programa de bacharelado em enfermagem da Universidade de Montreal em 2004, na qual atualmente desenvolve suas atividades como docente. O programa passou a ser orientado para o desenvolvimento de competências dentro de uma perspectiva humanística da assistência de enfermagem, ou seja baseado na escola de pensamento no Cuidado Humano de Jean Watson. Para a autora, ao disponibilizar uma ferramenta de avaliação do raciocínio clínico imbuído de cuidado humano, estará contribuindo com o desenvolvimento de escalas que avaliem a qualidade da organização do pensamento de estudantes na direção de um cuidado humanizado.

Os cenários clínicos do TCSHC foram selecionados tendo como base as 14 atividades atribuídas às enfermeiras que estão sob a “Lei dos Enfermeiros de Québec”, seguido por itens (hipóteses e/ou intervenções) que são questionados (ou questionáveis) para um raciocínio imbuído de cuidado humano. Os itens foram criados para refletir os 10 fatores cuidativos de Watson e assim caracterizar o raciocínio de enfermagem fundamentado em sua teoria. A estrutura teórica do TCSHC foi orientada pelas três dimensões do cuidado humano identificadas por Cossette et al (2005) que são: aspectos humanos do cuidado, relacionamento terapêutico e as atividades clínicas de enfermagem (DESCHÉNES et al, 2011).

A relação das 14 atividades atribuídas às enfermeiras do Québec com os itens inseridos em seus respectivos domínios do cuidado humano de Watson estão apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 - As 14 atividades atribuídas às enfermeiras do Québec e os itens do TCSHC inseridos em três domínios do cuidado humano de Watson.

Lei sobre a Prática das Enfermeiras do Québec - 14 atividades de enfermagem	Domínios de Avaliação		
	Aspectos Humanos do cuidado	Relacionamento Terapêutico	Atividades Clínicas de Enfermagem
1. Avaliar a condição de um paciente com sintomas mentais e físicos (cenários 4, 13 e 14).	Itens 11, 12, 13, 40, 41, 43, 45	42, 44	
2. Implementar monitorização clínica das condições de uma pessoa em estado instável de saúde, incluindo monitoramento e ajuste do plano terapêutico de enfermagem (cenários 3, 25 e 26)	8, 9, 10, 80, 81, 82, 83	78	79
3. Iniciar diagnóstico e intervenções terapêuticas de acordo com ordens específicas (cenário 22)	72		73, 74
4. Iniciar medidas diagnósticas para seleção de objetivos de um evento resultante da aplicação de leis da saúde pública (cenários 12 e 18).		37, 56, 57, 58	38, 39
5. Realizar exames e tratamentos diagnósticos invasivos de acordo com uma ordem.			
6. Fazer e ajustar o tratamento médico no âmbito da prática.			
7. Determinar o plano de tratamento de feridas relacionados à alterações de pele e associados ao cuidado e tratamento (cenários 19, 29).	61, 91, 92	59, 60	90
8 Usar técnicas invasivas (cenário 20).	63	64	62
9. Contribuir para o acompanhamento da gravidez, nascimento da criança e pós-parto (cenários 17, 28).	54, 87	52, 89	53, 55, 88
10. Monitorar pessoas com problemas complexos (cenários 1, 5, 6, 7, 11, 15, 16, 21, 24 e 27).	20, 34, 35, 36, 46, 48, 49, 50, 77, 84	4, 14, 16, 19, 23, 51, 65, 67, 75, 85	1, 2, 3, 15, 17, 18, 21, 22, 24, 47, 66, 76, 86
11. Administrar e ajustar medicamentos ou outras substâncias quando solicitadas (cenários 9 e 10).	28, 31	29, 30, 32, 33	
12. Transportar as vacinas como parte de uma atividade resultante de uma lei da saúde pública (cenário 2).			5, 6, 7
13. Misturar substâncias para complementar a preparação de uma droga de acordo com uma ordem.			

14. Decidir quanto ao uso de medidas de restrição (cenários 8 e 22).	68, 69, 71	70	25, 26, 27
Percentual de cada um dos campos do cuidado humano	36/92 = 39%	27/92 = 29%	26/92 = 32%

Fonte: DESCHÊNES, M. F.; CHALIN, B.; GAGNON, R.; GOUDREAU, J. Use of a script concordance test to assess development of clinical reasoning in nursing students. *Journal of Nursing Education*. 2011, v. 50, n. 7, p. 381-387.

A teoria do cuidado de Watson permite sua aplicação em diversas áreas da ciência da enfermagem como no ensino, pesquisa e na prática clínica, fornecendo os elementos necessários para associar as atitudes e comportamentos dos enfermeiros com as situações onde acontecem eventos de saúde e restauração (COSSETTE et al, 2006).

2.3 TEST DE CONCORDANCE DE SCRIPTS

O método conhecido como *Test de Concordance de Scripts* (TCS) foi desenvolvido no final da década de 90, com o objetivo de mensurar a performance do raciocínio clínico de estudantes residentes de medicina no Canadá (CHARLIN et al, 2000). É um exame escrito em que vários cenários clínicos são apresentados aos examinados. Os cenários são projetados para avaliar o raciocínio clínico em um contexto de incerteza, que ilustra uma situação próxima da vida real em circunstâncias profissionais autênticas (CHARLIN et al, 2000; CHARLIN e VAN DER VLEUTEN, 2004). É uma ferramenta de avaliação moderna projetada para medir o raciocínio clínico a partir do modelo clássico hipotético-dedutivo de John Stuart Mill (1836) e da teoria de *scripts* de Roger Schank (1970), que procura mostrar como o conhecimento está organizado para as ações clínicas. A teoria de *scripts* deriva da psicologia cognitiva e baseia-se na existência de redes conceituais estruturadas na memória, cuja complexidade cresce com a experiência clínica, para compreender, processar, categorizar e agir em uma situação clínica em que há um grau de incerteza (BOGADO, 2010).

A Teoria do *Script* foi introduzida pela primeira vez e apresentada por Silvan Tomkins em 1954, mas foi desenvolvida no final da década de 70 por Roger Schank (1977). A teoria do *script* é uma extensão da teoria do esquema, orientado para explicar a estrutura do conhecimento, especialmente sobre a representação das

sequências de eventos complexos. O foco central da teoria é a estrutura do conhecimento, especialmente no contexto da compreensão da língua. Schank (1975) descreveu a teoria da dependência contextual que trata da representação do significado nas sentenças. A partir deste trabalho, Schank & Abelson (1977) introduziram o conceito de roteiros, planos e temas para manusear a compreensão do nível da história. Em trabalho posterior de Schank (1982,1986) elaborou a teoria para abranger outros aspectos da cognição (Disponível em: http://teorije-ucenja.zesoi.fer.hr/doku.php?id=learning_theories:script_theory, acesso em: 07/11/2016 às 23:23).

Scripts são estruturas de conhecimento pré-armazenados que são usadas para processar ativamente a informação clínica, confirmar ou eliminar as hipóteses diagnósticas que o clínico tem em mente em um dado momento, a informação coletada é constantemente verificada a fim de avaliar para um possível ajuste. *Scripts* mentais são organizados para tarefas específicas; na prática médica o diagnóstico está em sua essência, e uma parte importante da aquisição de expertise está relacionada com a construção de *scripts*. Nesta perspectiva, a aquisição de expertise clínica consiste na construção de *scripts*, que permitem aos alunos tornarem-se processadores ativos de informação clínica em vez de simples coletores de informações sem significado (CHARLIN et al, 2000).

A teoria de *scripts* deriva da psicologia cognitiva e baseia-se na existência de redes conceituais estruturadas na memória, cuja complexidade cresce com a experiência clínica para compreender, processar, categorizar e agir em uma situação clínica de incerteza (BOGADO, 2010).

Na teoria do “*script*” os profissionais de saúde movimentam redes de conhecimento organizado, conhecidas como “*scripts*”, durante suas atividades clínicas, com o objetivo de processar informações em busca de soluções para os problemas vivenciados em sua prática. Schmidt, Norman e Bozhuizen (1990) exemplifica imaginando um especialista otorrinolaringologista durante atendimento ambulatorial de um paciente que se queixa de vertigem. No momento da consulta o profissional encontra-se atento mobilizando seus conhecimentos sobre a doença “vertigem”. O próximo paciente a ser atendido queixa-se de uma massa cervical, nesse momento o conhecimento armazenado sobre “vertigem” é imediatamente retirado e novos “*scripts*”, ou seja redes de conhecimento, são acionadas para que a

mente elabore hipóteses, perguntas sobre sintomas, sugestões de exames e tratamentos sejam consideradas. Essas redes de conhecimento são obtidas por meio de experiências, treinamentos e estágios sendo lapidadas a cada encontro clínico (CHARLIN et al, 2007).

Os “*scripts*” são compostos por links entre o conhecimento sobre doenças, sinais e sintomas e outras informações relacionadas a hipóteses, exames e manejo de opções. Profissionais de saúde fazem uso ativamente de suas redes de conhecimento para elaborar julgamentos sobre o efeito que uma nova informação tem sobre as hipóteses geradas (CHARLIN et al, 2007). Quando profissionais de saúde realizam várias vezes uma mesma atividade clínica, seus conhecimentos são reorganizados a cada experiência e assim sua aptidão para desenvolver tais atividades se torna cada vez mais eficiente (CHARLIN et al, 2000).

O teste de concordância de “*scripts*” é baseado no princípio de que os julgamentos realizados durante o processo de raciocínio clínico podem ser sondados e comparados com as respostas de um painel de referência composto por experts, estes julgamentos podem ser pontuados, fornecendo assim uma ferramenta para avaliar o raciocínio clínico (CHARLIN; VAN DER VLEUTEN, 2004).

O teste é composto por descrições de situações clínicas realistas, pequenos casos, ou cenários, dentro de um contexto de incerteza, ou seja, uma situação clínica problemática. São apresentadas algumas opções (itens) de hipóteses ou de soluções para o problema, que poderão ser de diagnóstico ou de gestão do problema apresentado pela situação descrita. Cada item apresenta informações suficientes que permitem ao aluno fazer suposições e julgamentos acerca do impacto de novas informações sobre as hipóteses ou sugestões de intervenções (CHARLIN et al., 2000; CHARLIN; VAN DER VLEUTEN, 2004; CHARLIN et al, 2007).

A estrutura do TCS é apresentada em quatro partes (BOGADO, 2010):

1. Vinheta Clínica (cenários): é descrita uma situação clínica real, representativa e problemática e que requer reflexão. Diante de um caso clínico não estão disponíveis todos os dados para se resolver um problema, que é muitas vezes confundido ou mal definido. O número de vinhetas e sua complexidade varia segundo os objetivos da avaliação (diagnóstica, formativa, somativa ou de certificação) e segundo os níveis a se avaliar (estudantes, residentes e profissionais da saúde).

2. Hipótese (primeira coluna): Que pode ser diagnóstica, de investigação complementar ou de opções terapêuticas relacionadas com a situação clínica descrita na vinheta.

3. Novas informações (segunda coluna): Relevantes para cada hipótese ou item, interdependentes, necessárias para a resolução do problema. As novas informações devem ter um impacto positivo ou aceitável que apoie a hipótese, elementos negativos ou inaceitáveis que a rejeitem ou que a tornem menos provável e elementos neutros que não têm nenhum efeito sobre a hipótese.

4. Escala tipo Likert (terceira coluna): escala de cinco pontos para as opções de respostas, com valores negativos para a esquerda, zero em posição neutra e valores positivos para a direita.

O quadro 4 mostra um exemplo de um cenário o qual descreve uma situação clínica, seguida de hipóteses ou intervenções (itens), informações acrescentadas ao cenário e uma escala do tipo Likert com cinco pontos. O examinando deverá determinar o efeito da nova informação sobre as hipóteses ou intervenções propostas. Os itens apresentados para cada cenário são interdependentes, exigindo que o examinando reflita sobre cada um para responder (CHARLIN et al, 2000; CHARLIN et al, 2002b). Logo após o cenário são apresentadas declarações em três partes; uma espécie de rótulo que orienta, ou conduz, o pensamento do examinando. Na primeira coluna o rótulo declara “Se você estivesse pensando que...”, nesta coluna são apresentadas opções de hipóteses ou intervenções. Na segunda coluna o rótulo declara “E você observa...”, é como se uma informação pré-existente ou adicional à situação clínica do cenário surgisse. A terceira coluna apresenta o rótulo “Essa hipótese se torna...”; uma escala do tipo Likert captura as respostas ou decisões dos examinandos diante da situação clínica (CHARLIN et al, 2007; CHARLIN e VAN DER VLEUTEN, 2004).

Quadro 4 - Exemplo de cenário clínico.

Com 78 anos de idade, a Sr^a. Diana se apresenta na triagem do hospital São Lucas com queixa de dificuldades respiratórias que se agravaram nos últimos dias. Ela tem DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) há vários anos. Ela pede para sair para fumar sem seu oxigênio.

Hipóteses ou Intervenções	Informações Adicionais	Escala Likert
Se você estava pensando que:	E então você observa:	Essa hipótese:
1. A Sra Diana não está esclarecida sobre a gravidade de sua condição e nega seu estado de saúde.	Uma saturação de 91% com oxigênio instalado.	-2 -1 0 1 2
2. A Sra. Diana tem o direito de ir fumar já que ela conhece bem seu estado de saúde há vários anos.	Antecedentes de não observância de tratamentos prescritos pelo pneumologista no prontuário.	-2 -1 0 1 2
Legenda: -2: é rejeitada -1: se torna menos pertinente ou possivelmente menos apropriada 0: não é influenciada pela informação adicional 1: deve ser explorada num futuro próximo 2: deve ser explorada de imediato		

Fonte: Adaptado de Deschênes (2006).

Para Charlin et al (2000) o teste é desafiador até mesmo para especialistas, pois o cenário não contém todas as informações necessárias para se chegar a uma solução, além de que várias atitudes podem ser consideradas defensáveis. As opções apresentadas (hipóteses, intervenções) são relevantes e o formato da resposta está de acordo com o que se sabe sobre o processo de raciocínio clínico. É apresentado aos examinandos um cenário com uma descrição acerca de problemas vivenciados pelo paciente. Logo em seguida é solicitado aos examinandos que sejam elaboradas hipóteses, diagnósticos ou que sejam tomadas decisões terapêuticas a medida que informações são fornecidas. O teste de concordância de *scripts* intenciona conhecer como se encontra a organização do conhecimento clínico, ou seja, se as redes de conhecimento acionadas permitem que sejam tomadas decisões clínicas adequadas, e assim avaliar a relevância das ligações entre os itens.

O processo de pontuação do TCS envolve a comparação das respostas dos examinandos com um painel de especialistas convidados previamente à responder o teste (CHARLIN et al, 2000a). Fournier, Demeester e Charlin (2008) orientam que a

seleção da composição do painel deverá representar legitimamente a categoria, com boa experiência clínica em áreas diversas ao invés de específicas, podendo ser de área restrita a depender dos objetivos dos idealizadores do instrumento.

No estudo de Gagnon et al (2005) com o objetivo de determinar o tamanho do painel de especialistas que fosse necessário para obter pontuações confiáveis e assim avaliar a performance das respostas dos examinandos de maneira precisa, recomendou-se um painel de 20 membros para testes de alta qualidade (alta performance) e para testes de baixa exigência um painel entre 10 a 15 membros. Painéis com um número inferior a 10 especialistas refletem estimativas de consistência interna menos precisas; painéis de 15 e 20 membros são os mais indicados (DORY, GAGNON, VANPEE E CHARLIN, 2012).

Para o cálculo dos escores, o TCS utiliza o método de pontuação agregado (NORCINI, SHEA e DAY, 1990; NORMAN, 1985); ou seja, para um grupo de 10 especialistas, se oito escolhem a resposta "-2" (na escala Likert) e dois escolhem o ponto-resposta "-1" (na escala Likert), o valor da resposta "-2" será $8/8 = 1$ ponto e a resposta "-1" será $2/8 = 0,25$. Este método, aplicado em situações de incerteza, ou seja, quando mais de uma alternativa de resposta pode estar correta, prevê que os escores atribuídos às respostas sejam correspondentes ao número de expertos que assinalaram cada uma das alternativas apresentadas. Um exemplo do método para o cálculo dos escores do TCS, para um painel de 10 especialistas, é apresentado na tabela 11. Com este método a pontuação máxima por item será 1 (um) e a mínima 0 (zero) (Tabela 1).

Tabela 1 - Método de pontuação agregado dos escores do TCS.

	-2	-1	0	1	2	Comentários
Nº de respostas a partir dos membros do painel	8	2	0	0	0	Identificar a resposta mais selecionada (aqui, o valor -2).
Mecanismo de criação do escore/pontuação	8/8	2/8	0/8	0/8	0/8	Dividindo pelo nº de membros que optaram pela resposta mais selecionada (aqui, o 8).
Crédito atribuído ao item	1	0,25	0	0	0	Os pontos obtidos (creditados) para o aluno por item.

Fonte: Adaptação da tabela 11- Méthode d'établissement des scores por Charlin, Gagnon, Sibert et Van der Vleuten, (2002). Le test de concordance de script, un instrument d'évaluation du raisonnement clinique. Pédagogie Médicale, p 138.

A pontuação total para o teste é a soma dos créditos obtidos em cada item. Este valor é dividido pelo número de itens do teste e no fim multiplicado por 100 para se obter um escore percentual (CHARLIN et al, 2000b; CHARLIN e VAN DER VLEUTEN, 2004; GAGNON, 2005; FOURNIER, DEMEESTER E CHARLIN, 2008). Um escore percentual de 100% significa que o examinando atribuiu em cada item a resposta que a maioria dos especialistas forneceu, ou seja pontuou o escore máximo (1) em cada item, e quanto menor a pontuação dos examinandos mais distantes do perfil de respostas dos especialistas para aquela situação (CHARLIN et al, 2000).

A questão de como avaliar o raciocínio clínico de estudantes durante a formação acadêmica surge continuamente nos currículos nas ciências da saúde, incluindo a enfermagem (DESCHÊNES et al, 2011). Charlin (2004) comenta que algumas ferramentas de avaliação do raciocínio clínico, exames orais por exemplo, podem avaliar que tipo de conhecimento é adquirido, entretanto essas ferramentas tem suas limitações, tais como a dificuldade de padronização, de objetividade de pontuação, ou de praticidade para avaliar grandes grupos.

Groves (2002) afirma que o raciocínio clínico, tradicionalmente, tem sido avaliado na prática clínica através da observação direta, porém seus resultados não foram bem sucedidos pela falta de estrutura e padronização, a ausência de um “padrão ouro”, ocasionando viés de seleção e baixa confiabilidade entre avaliadores.

Estudos sobre a aplicação do método de TCS em diversas áreas de atuação da medicina têm sido amplamente divulgados e suas propriedades psicométricas de validade e confiabilidade têm mostrado um bom desempenho. Dentre as especialidades médicas há estudos na emergência pediátrica (ZAVALETA-HERNANDEZ, 2011; CARRIÈRE et al, 2009); na residência em neurologia (LUBARSKY et al, 2011; 2009); na avaliação de habilidades de tomada de decisão no intra-operatório entre residentes de cirurgia (METERISSIAN et al, 2007); e na avaliação de habilidades de raciocínio clínico entre alunos de graduação e pós-graduação de um curso de medicina na Austrália (WAN, 2015).

No Brasil, Piovezan, Custódio, Cendaroglo e Batista (2009) desenvolveram uma ferramenta de avaliação do raciocínio clínico em situação clínicas de geriatria, para residentes de medicina, baseado na Teoria de Scripts. O estudo comparou resultados entre grupos de estudantes e especialistas e trouxe indícios da capacidade

do instrumento de diferenciar o raciocínio clínico entre os graus de experiência profissional.

2.3.1 O TEST DE CONCORDANCE DE SCRIPTS HUMAN CARING (TCSHC)

Deschênes et al (2011) afirmam que o TCS vem sendo utilizado como ferramenta de avaliação de raciocínio clínico de estudantes de medicina, com resultados promissores, além de exibir contribuições interessantes na educação e formação. Em sua tese de 2006, ela propõe uma ferramenta de avaliação do raciocínio clínico baseada no Cuidado Humano de Jean Watson para estudantes de enfermagem, com a qual avalia o desenvolvimento e organização do raciocínio clínico de alunos de um curso de enfermagem no Canadá orientado pelo cuidado humano, o *Test de Concordance de Scripts Human Caring* (TCSHC).

A versão adaptada para a enfermagem, em língua francesa, foi idealizada por Deschênes (2006), que desenvolveu um Teste de Concordância de *Scripts* fundamentado no Cuidado Humano de Jean Watson (TCSHC). A iniciativa foi de desenvolver uma ferramenta de avaliação do raciocínio clínico e estimar os recursos que os alunos utilizam ao processar uma situação de aprendizagem que mobilizasse o raciocínio para o cuidado humano.

A construção do TCSHC (DESCHÊNES, 2006; DESCHÊNES et al, 2011) foi realizada em quatro etapas. A primeira etapa tinha como objetivo selecionar os conteúdos que deveriam fundamentar, a priori, os cenários clínicos. Os cenários foram orientados pelas diretrizes da Lei sobre a prática das (os) enfermeiras (os) do Québec, na qual são apresentadas 14 atividades, ou ações, que direcionam o exercício profissional das(os) enfermeiras(os). Na segunda etapa os cenários, juntamente com seus itens, foram escritos orientados pelos 10 fatores cuidativos de Watson para conduzir o raciocínio de enfermagem baseado no cuidado humano. Cada cenário apresenta 3 ou 4 itens os quais foram agrupados em três domínios do cuidado humano identificados por Cossette et al (2005) (aspectos humanos, relacionamento terapêutico e atividades clínicas). Um quadro apresentando a relação entre as 14 atividades das(os) enfermeiras(os) e os três domínios do cuidado humano foi elaborado para melhor visualizar as relações entre cada um deles. A terceira fase correspondeu à validação dos cenários e itens por dois juízes selecionados

previamente com formação na escola de pensamento do cuidado humano. Os juízes foram responsáveis por garantir a validade de face e de conteúdo da ferramenta. Na quarta etapa foi construída uma grade de pontuação elaborada a partir das respostas de um painel de 20 especialistas. A pontuação do teste foi determinada pelo método de pontuação agregado orientado por Norcini, Shea e Day, (1990) e Norman, (1985).

O TCSHC foi aplicado em uma amostra de 30 estudantes de enfermagem do primeiro ano da Universidade de Montreal, a participação foi voluntária e o tempo para a realização do teste foi de aproximadamente uma hora. As suas propriedades psicométricas de validade e consistência interna foram testadas e em seguida os escores dos participantes foram comparados (estudantes e especialistas) (DESCHÊNES, 2006; DESCHÊNES et al, 2011).

Após a aplicação do teste na amostra de estudantes, o instrumento passou por procedimentos de otimização do painel de referência e de seus itens. As respostas do painel de especialistas foram analisadas quanto a distribuição e variância, resultando na exclusão de três especialistas por apresentarem respostas desviantes. Em seguida uma análise dos itens foi realizada para identificar itens “problemáticos”, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson para determinar a força de associação entre cada dimensão do cuidado humano e o teste como um todo (correlação item-total). Os itens com uma fraca ou negativa correlação item-total ($r < 0,05$) foram excluídos, ou seja dos 92 itens iniciais, foram eliminados 19. Após a otimização o instrumento passou a compor 29 cenários com 73 itens (DESCHÊNES, 2006; DESCHÊNES et al, 2011).

A análise da consistência interna do TCSHC apontou para um bom índice de confiabilidade com alfa de Cronbach de 0,86. Na avaliação das três dimensões do cuidado humano foram encontrados os seguintes valores de alfa: para o domínio “aspectos humanos” com 31 itens, $\alpha=0,72$; para o domínio “relação terapêutica”, $\alpha=0,68$ e para o domínio “atividades clínicas”, $\alpha=0,71$. Uma análise da distribuição das respostas dos dois grupos (estudantes e especialistas) foi realizada e a análise revelou que os escores dos estudantes foram significativamente menores do que os escores dos especialistas. Os escores para cada uma das dimensões foram comparados por análise de variância ANOVA e apontou para uma diferença significativa entre os escores dos dois grupos, para todo o teste (item-total) e para cada dimensão do cuidado humano. A correlação entre os domínios apontou para

uma relação linear estatisticamente significativa (DESCHÊNES, 2006; DESCHÊNES et al, 2011).

Os resultados do estudo apontaram que é possível avaliar o raciocínio de estudantes e enfermeiros mesmo sendo atributos considerados de difícil abordagem como o cuidar. O TCSHC foi considerado apropriado para explorar a capacidade dos examinandos em gerar hipóteses e decidir sobre intervenções em contextos de incerteza. As diferenças entre os escores dos estudantes e dos especialistas mostraram que há uma relação linear entre os seus resultados e a experiência clínica. Os itens retidos após o procedimento de otimização do teste ajudaram a melhorar a medida de confiabilidade do instrumento ($\alpha=0,86$), assim como nos escores do teste. O cálculo do coeficiente de correlação revelou que os três domínios do cuidado humano se correlacionaram fortemente com o teste como um todo. A moderada correlação positiva encontrada entre os domínios do cuidado apontaram para uma colinearidade moderada, sugerindo que os domínios apresentam uma certa interdependência entre eles (DESCHÊNES, 2006; DESCHÊNES et al, 2011).

As limitações apontadas para o estudo foram relacionadas à composição do painel de especialistas, pois três deles apresentaram baixos escores necessitando serem excluídos, levantando questões quanto ao perfil dos especialistas selecionados (DESCHÊNES, 2006; DESCHÊNES et al, 2011). Charlin et al (2007) compararam dois painéis de especialistas, um composto de experts da área do ensino de enfermagem e um segundo painel composto por especialistas com ampla experiência na área clínica e uma forte correlação foi encontrada entre os dados obtidos dos dois painéis. O resultado apontou para a inclusão do painel de especialistas clínicos por estarem constantemente atualizando suas práticas e habilidades.

A construção de uma ferramenta que avalia o raciocínio clínico embasado no cuidado humano foi considerado um desafio para os autores, porém é necessário mais estudos para melhorar as suas propriedades psicométricas e ampliar sua aplicabilidade pedagógica no ensino da enfermagem (DESCHÊNES, 2006; DESCHÊNES et al, 2011).

O TCSHC foi objeto de estudo de Dawson (2012), nos EUA, o qual forneceu evidências adicionais da validade e confiabilidade do teste ao avaliar a competência de raciocínio clínico de estudantes de enfermagem, replicando o estudo realizado por

Deschênes et al (2011), publicação esta resultante da tese de doutorado de Deschênes (2006).

No Brasil estudos de desenvolvimento de testes de concordância de *scripts na* enfermagem começam a surgir. No banco de teses e dissertações da CAPES (Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior) encontramos uma dissertação de mestrado que desenvolveu uma ferramenta de avaliação do raciocínio gerencial da enfermagem em contextos de incerteza (BORGES, 2016). O cenário desponta para estudos de desenvolvimento de ferramentas que avaliem o raciocínio clínico em diversas áreas de atuação da enfermagem e o TCS tem demonstrado ser útil e original para este propósito.

3. Referencial Metodológico

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Os métodos utilizados no estudo foram fundamentados na psicometria, incluindo as bases que orientam a adaptação de instrumentos para uso em culturas diferentes daquela para a qual foi originalmente desenvolvido.

3.1 PROCESSO DE ADAPTAÇÃO CULTURAL DE INSTRUMENTOS DE MEDIDAS

O processo de adaptação cultural de um instrumento de medida já existente, ao invés de elaborar um novo instrumento específico para uma população-alvo, possui vantagens importantes. Ao adaptar um instrumento, o pesquisador é capaz de comparar dados obtidos em diferentes amostras, em diferentes contextos, permitindo maior equidade na avaliação, uma vez que se trata de uma mesma medida, que avalia o construto a partir de uma mesma perspectiva teórica e metodológica. Instrumentos bem adaptados permitem não somente comparar diferenças ou semelhanças entre os instrumentos, mas também reproduz equivalências de medidas, independente do contexto onde foi utilizado (HAMBLETON; PATSULA, 1998; BORSA, DAMÁSIO, BANDEIRA, 2012).

Estudos de adaptação e tradução de instrumentos de medidas além de serem complexos, requerem elevado rigor metodológico. A presente pesquisa seguiu o consenso da *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* (ISPOR), que em 1999, formou o *Quality of Life Special Interest Group* (QoL-SIG) – *Translation and Cultural Adaptation Group* (Grupo TCA) para estimular a discussão e criar diretrizes e normas para a tradução e adaptação cultural de instrumentos de medidas de resultados relacionados ao paciente (PRO – Patient Reported Outcomes). Em reunião do grupo, foram identificadas falta de consistência nos métodos e diretrizes publicadas, sendo possível apontar as seguintes razões para a falta de um padrão metodológico (WILD et al, 2005):

1. Diferentes metodologias são empregadas para realizar tarefas semelhantes, tornando a coerência e a comparação entre os métodos o difíceis de serem alcançadas.

2. Utilização de diversas terminologias para se referir aos mesmos aspectos do processo de tradução, tornando-o pouco claro.

3. Alguns autores de instrumentos têm, por vezes, desenvolvido suas próprias diretrizes de tradução, levando a inconsistências e/ou dificuldades na comparação de dados de pesquisas em curso.

4. Instrumentos mal traduzidos ameaçam a validade dos dados das pesquisas que os usam e o agrupamento seguro do conjunto de dados. A garantia de qualidade é, portanto, fortemente dependente da metodologia utilizada.

O grupo TCA da ISPOR QoL-SIG realizou uma revisão dos 12 grandes conjuntos de orientações, evidências e diretrizes disponíveis para tradução e adaptação cultural existentes na literatura internacional, sendo eles: *American Association of Orthopaedic Surgeons* (AAOS); *Association of Test Publishers*; *European Organisation for Research and treatment of Cancer Group* (EORTC group); *European Quality of Life Group* (Euro QoL group); *Evidence: Clinical and Pharmaceutical Research*; *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Group* (FACIT group); *Health Outcomes Group* (HOG); *Health Utilities Inc.* (HUInc); *International Quality of Life Assessment Group* (IQOLA group); *Kidney Disease Quality of Life* (KDQOL); *Medical Outcomes Trust* (MOT) e a *World Health Organization* (WILD et al, 2005).

O resultado do trabalho desenvolvido pelos grupos internacionais resultou no documento “*ISPOR Principles of Good Practice – The Cross-Cultural Adaptation Process for Patient – Report Outcomes Measures*” (WILD et al, 2005), organizados em 10 passos: 1) Preparação; 2) Tradução e Revisão; 3) Reconciliação; 4) Retro-tradução; 5) Revisão da Retro-tradução; 6) Harmonização; 7) Teste de inteligibilidade; 8) Análise dos Resultados do teste de inteligibilidade e finalização; 9) Revisão de redação e formatação e 10) Relatório Final. Cada passo é descrito conforme os seguintes aspectos:

1. Identificação;
2. Componentes críticos;
3. Fundamentação;

4. Quem deve fazer isso; e
5. Quais são os riscos de não fazer isso?

A seguir destacam-se as definições dos termos utilizados em cada etapa do processo de tradução e adaptação segundo a ISPOR (WILD et al, 2005). Os autores orientam que estas não devem ser consideradas definitivas, mas ajudam a compreender e avaliar cada passo.

- Preparação: trabalho realizado antes do início da tradução (anuência do autor original do instrumento);
- Tradução: tradução da língua original, também chamado de fonte, versão do instrumento para outra língua, muitas vezes chamada de língua-alvo;
- Reconciliação: comparar e mesclar, mais de uma tradução em uma única tradução;
- Retro-tradução: tradução da nova versão de volta para a língua original;
- Revisão Retro-tradução: revisão da comparação das versões retro-traduzidas do instrumento com o original para destacar e investigar as discrepâncias entre o original e a retro-tradução, quando então é revisto no processo de resolução de questões;
- Harmonização: comparação das versões retro-traduzidas do instrumento com o original para realçar discrepâncias entre o original e seu derivado, bem como para alcançar uma abordagem consistente dos problemas de tradução;
- Avaliação da compreensibilidade (*cognitive debriefing*): testar o instrumento em um pequeno grupo de pacientes ou leigos a fim de testar a redação alternativa e verificar a compreensibilidade, interpretação e relevância cultural da tradução;
- Revisão de redação e formatação da avaliação da compreensibilidade e finalização: comparação da interpretação dos pacientes ou leigos da tradução com o pretendido pela versão original para destacar e alterar discrepâncias;
- Revisão: avaliação final da tradução para destacar e corrigir quaisquer erros tipográficos, gramaticais ou outros;
- Relatório final: relatório escrito no final do processo para documentar o desenvolvimento de cada etapa de adaptação.

Os principais atores envolvidos no processo de acordo com Wild et al (2005) são:

- Cliente: pessoa ou grupo de pessoas requerendo ou delegando a tradução de um instrumento;
- Desenvolvedor do instrumento: pessoa ou grupo de pessoas que desenvolveram o instrumento original;
- Pesquisador/Gestor do projeto: o próprio coordenador do projeto de tradução, realiza a supervisão em cada fase do processo;
- Pessoa-chave no país: pessoa que gerencia o processo de adaptação no país; esta pessoa é reponsável (algumas vezes) por desenvolver a primeira tradução; ela deve ser falante nativa da língua-alvo, fluente na língua de origem e deve residir no país de destino; ela deve ser um profissional médico, ou da saúde com experiência em tradução;
- Tradutores: pessoas que desenvolvem as traduções subsequentes, eles devem ser tradutores profissionais, falantes nativos da língua-alvo e fluentes na língua de origem, geralmente inglês;
- Tradutor independente: um tradutor que pode ser utilizado para realizar a reconciliação das traduções; ele ou ela deve ser um falante nativo da língua-alvo, fluente na língua de origem, e residir no país de destino;
- Retro-tradutores: pessoas que desenvolvem retro-traduições da língua-alvo para o idioma de origem, devem ser falantes nativos da língua de origem e fluentes na língua-alvo, eles não devem ter nenhum conhecimento da medida e não devem ter acesso a qualquer outra versão antes ou durante a retro-tradução;
- Consultor: pessoa no país que realiza as entrevistas de compreensibilidade, ele deve ser falante nativo da língua-alvo, ser fluente na língua de origem, e residir no alvo país, de preferência com experiência em termos qualitativos entrevistas e / ou entrevista cognitiva técnicas.

Os 10 passos do processo de tradução e adaptação cultural de instrumentos de medida e resultados relacionados ao paciente da ISPOR serão apresentados nos quadros a seguir.

Quadro 5 - Passo 1- Preparação.

Ações críticas	Finalidade	Quem deve fazer a ação?	Quais os riscos de não realizar a ação?
1. Obter permissão para o uso do instrumento.	1. Respeitar direitos autorais.	1. O pesquisador /gestor do projeto entra em contato com o autor do instrumento original para pedir permissão para usar e traduzir o instrumento.	1. Ser processado por uso não autorizado de material com direitos autorais.
2. Convidar o autor do instrumento original para participar do processo.	2. Com o envolvimento do autor do instrumento original, muitas vezes ele/ela poderá esclarecer quaisquer ambiguidades ou conceitos por trás dos itens.	2. O pesquisador /gestor convida o autor do instrumento original para participar do processo de adaptação. A extensão do seu envolvimento depende do seu próprio nível de Interesse no instrumento.	2. Interpretação errada de itens ou conceitos.
3. Explicação de conceitos do instrumento.	3. Para fortalecer a equivalência conceitual da tradução e ajudar a evitar quaisquer ambiguidades.	3. O pesquisador /gestor do projeto trabalha com o autor do instrumento original (quando possível), para obter informações sobre a base conceitual dos itens da medida, para uso dos tradutores.	3. Interpretação errada de itens ou conceitos.
4. Recrutar uma pessoa-chave no país para o projeto.	4. Ter uma pessoa-chave no país para trabalhar em estreita colaboração com o pesquisador do projeto durante o processo de tradução.	4. O pesquisador /gestor do projeto recruta uma pessoa-chave no país para cada língua alvo.	4. Não aplicável.

Fonte: WILD, et al (2005), p.98. (Tradução Livre).

Quadro 6 – Passo 2- Tradução.

Ações críticas	Finalidade	Quem deve fazer a ação?	Quais os riscos de não realizar a ação?
1. Processo de tradução com pelo menos dois tradutores independentes.	1. Comparar as traduções, permitindo a identificação de erros e interpretações divergente dos itens ambíguos no instrumento original, reduzindo assim o potenciais erros entre os tradutores e a pessoa-chave no país.	1. Dois ou mais tradutores fazem traduções independentes do instrumento. É preferível que uma das traduções seja feita pela pessoa-chave no país.	1. Uma tradução inclui muito do estilo de redação uma só pessoa.
2. Fornecimento de informações sobre os conceitos do instrumento para a pessoa-chave no país e ao(s) tradutores.	2. Proporcionar à pessoa-chave no país e aos tradutores uma explicação básicas dos conceitos, com a intenção de que as traduções captarão o significado conceitual das perguntas ao invés de uma tradução literal.	2. O pesquisador /gestor do projeto fornece à pessoa-chave no país e aos tradutores um resumo sobre a base conceitual do instrumento de medida. Ele deve instruí-los para produzir traduções coloquiais que sejam facilmente compreendidas pelo público leigo em geral.	2. Falta de equivalência conceitual das traduções devido a interpretação errada de itens.

Fonte: WILD, et al (2005), p.99. (Tradução Livre).

Quadro 7– Passo 3 - Reconciliação.

Ações críticas	Finalidade	Quem deve fazer a ação?	Quais os riscos de não realizar a ação?
1. Reconciliação das traduções em uma única tradução.	1. Resolver discrepâncias entre o as traduções independentes e procura obter um acordo entre hábitos de fala individuais e preferências. Um consenso pode exigir traduções alternativas mas resulta em uma versão final reconciliada, pronta para a retro-tradução.	1. Sempre que possível a reconciliação deve ser realizada por meio de uma discussão com a pessoa-chave no país e o segundo tradutor com a participação do pesquisador/gestor do projeto. Alternativamente, um tradutor independente pode ser usado para executar a reconciliação. Como requisito mínimo, a pessoa-chave no país pode comparar as duas traduções e reconciliá-las via discussões com o pesquisador do projeto, consultando um segundo tradutor para itens difíceis.	1. Uma tradução tendenciosa redigida em estilo muito particular; manutenção dos erros de interpretação na tradução.

Fonte: WILD, et al (2005), p.99. (Tradução Livre).

Quadro 8 - Passo 4- Retro-tradução.

Ações críticas	Finalidade	Quem deve fazer a ação?	Quais os riscos de não realizar a ação?
1. Retro-tradução da versão reconciliada para o idioma de origem.	1. Fazer um controle para demonstrar que a qualidade da tradução é tal, que o mesmo significado é obtido quando o material é traduzido de volta para o seu idioma de origem. 2. Alguns construtos (ex. sintomas médicos) podem exigir uma retro-tradução mais literal, enquanto construtos subjetivos (ex. itens de qualidade de vida) podem precisar de retro-tradução mais conceitual.	1. Tradutores devem realizar pelo menos uma retro-tradução. Dependendo da natureza do conteúdo da medida, o gerente do projeto deve esclarecer se a retro-tradução deve ser literal ou conceitual.	1. Um instrumento de medida no novo idioma com conteúdo e/ou base conceitual diferente do instrumento original (e portanto com menor probabilidade de manter o desempenho psicométrico demonstrado pela medida original). 2. Uma tradução que não respeita os padrões normais da fala e coloquialismos da cultura alvo.

Fonte: WILD, et al (2005), p.100. (Tradução Livre).

Quadro 9 – Passo 5- Revisão da retro-tradução.

Ações críticas	Finalidade	Quem deve fazer a ação?	Quais os riscos de não realizar a ação?
1.Revisão da retro-tradução em comparação com a medida na língua original.	1. Assegurar a equivalência conceitual da tradução.	1. O pesquisador/gestor do projeto e a pessoa-chave no país devem rever as retro-traduições comparando-as com o instrumento original para identificar quaisquer discrepâncias. O pesquisador /gestor do projeto deve tratar dos itens problemáticos e, em conjunto com a pessoa-chave no país refinar a tradução. Também pode ser útil envolver o autor do instrumento original para ajudar a resolver questões difíceis.	1. Um erro de tradução ou omissão pode ser negligenciado e permanecer na tradução.

Fonte: WILD, et al (2005), p.100. (Tradução Livre).

Quadro 10 – Passo 6- Harmonização.

Ações críticas	Finalidade	Quem deve fazer a ação?	Quais os riscos de não realizar a ação?
1. Harmonização de todas as novas traduções uma com a outra e com a versão original.	1. Detectar e lidar com quaisquer discrepâncias de tradução que surgirem entre as versões em diferentes idiomas, garantindo assim equivalência conceitual entre a versão original e a versão no idioma alvo, e entre todas as versões. Isso fornece um controle de qualidade adicional e assegura mais ainda que os dados de estudos clínicos globais podem ser agregados.	<p>A harmonização pode ser alcançada de duas maneiras:</p> <p>1. Reunião de harmonização presidida pelo pesquisador /gestor do projeto, em que os tradutores representantes de cada idioma fornecem uma retro-tradução de cada item da medida. Uma atenção especial será dada à cada item retro-traduzido correspondente ao da versão original, bem como para quaisquer possíveis diferenças entre as versões nos vários idiomas na representação dos conceitos.</p> <p>2. O pesquisador/gerente de projeto identifica itens conceitualmente problemáticos em um ou mais idiomas e, em seguida, compartilha soluções de tradução com todos as outras pessoas-chaves nos diferentes países que trabalham com a medida. Essas soluções podem ser compartilhadas em qualquer ponto durante do processo de tradução, mas são comunicadas principalmente no momento da avaliação da retro-tradução. Pode também ser útil consultar o autor do instrumento original sobre itens difíceis para esclarecimento.</p>	1. Traduções que mantém diferenças entre as versões nos diferentes idiomas podem tornar dificultar a agregação de bancos de dados globais.

Fonte: WILD, et al (2005), p.100. (Tradução Livre).

Quadro 11 - Passo 7- Avaliação da compreensibilidade (“cognitive debriefing”).

Ações críticas	Finalidade	Quem deve fazer a ação ?	Quais os riscos de não realizar a ação?
1. Avaliação da compreensibilidade (“cognitive debriefing”) da nova tradução, geralmente com pacientes de uma população alvo.	1. Avaliar o nível de compreensibilidade e equivalência cognitiva da tradução. Testar alternativas de tradução que não tenham sido resolvidas pelos tradutores. Destacar itens que possam ser inadequados do ponto de vista conceitual. Identificar quaisquer outras questões que causem confusão.	1. A medida recentemente traduzida deve ser testada para equivalência cognitiva pela pessoa-chave no país em um grupo de 5-8 entrevistados do país para o qual o instrumento está sendo traduzido. Os entrevistados devem ser falantes nativos do idioma alvo que representam adequadamente a população alvo.	1. Dados ausentes ou imprecisos resultantes de itens mal compreendidos pelos respondentes.

Fonte: WILD, et al (2005), p.101. (Tradução Livre).

Quadro 12 - Passo 8- Revisão da avaliação da compreensibilidade.

Ações críticas	Finalidade	Quem deve fazer a ação?	Quais os riscos de não realizar a ação?
1. Os resultados da avaliação da compreensibilidade (“cognitive debriefing”) são revistos e a tradução finalizada.	1. Incorporar os achados do processo de compreensão para melhorar o desempenho da tradução.	1. O pesquisador /gestor do projeto analisa os resultados da avaliação da compreensibilidade e identifica necessidade de ajustes na tradução para melhorar a inteligibilidade do item. Itens e opções de resposta podem ser reformulados se houver justificativa. 2. Em seguida, há o acordo sobre as mudanças entre o pesquisador/gestor do projeto e a pessoa-chave no país e a tradução pode ser finalizada.	1. A tradução pode incluir palavras ou frases com as quais os respondentes não estão familiarizados ou que não utilizam comumente. Os dados coletados posteriormente podem conter grande quantidade falta de resposta (<i>missing</i>), impedindo a consolidação e interpretação dos mesmos.

Fonte: WILD, et al (2005), p.102. (Tradução Livre).

Quadro 13 - Passo 9- Revisão.

Ações críticas	Finalidade	Quem deve fazer a ação ?	Quais os riscos de não realizar a ação ?
1. A versão final traduzida é revisada.	1. Verificar se há pequenos erros que possam ter sido ignorados durante o processo de tradução.	1. A pessoa-chave no país e/ou um editor verifica a tradução final e corrige qualquer erro gramatical, de ortografia, ou outros que tenham permanecido.	1. Uma tradução final que contém erros de ortografia, gramática, e/ou outros.

Fonte: WILD, et al (2005), p.102. (Tradução Livre).

Quadro 14 – Passo 10- Relatório final.

Ações críticas	Finalidade	Quem deve fazer a ação ?	Quais os riscos de não realizar a ação ?
1. Relatório final sobre o processo de tradução é feito.	1.Explicar claramente as razões escolhidas para a tradução durante todo o o seu processo. 2. Essencial para que as futuras traduções da mesma medida sejam harmonizadas com outras versões previamente desenvolvidas.	1. O pesquisador/gestor do projeto escreve o relatório final que deve incluir uma descrição completa da metodologia utilizada, item por item com todas as decisões da tradução durante todo o processo.	1.Instrumentos traduzidos que podem não ser usados devido a relatórios inadequados dos métodos empregados no processo. 2. Desenvolvimento de traduções subsequentes que não são harmonizadas com versões anteriores.

Fonte: WILD, et al (2005), p.102. (Tradução Livre).

3.2 ESTIMATIVAS DE PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DE INSTRUMENTOS DE MEDIDAS

De acordo com Beaton et al (2000), quando um instrumento de medida é adaptado para uso em cultura diferente daquela para a qual foi originalmente desenvolvido, o instrumento adaptado deverá passar por uma nova verificação de suas propriedades psicométricas. Essa exigência é devida aos riscos de perda dessas propriedades durante os processos utilizados para a adaptação à nova cultura.

Furr e Bacharach (2014, p. 9) conceituam a psicometria como sendo:

“(...) a ciência que se preocupa com a avaliação dos atributos dos testes psicológicos. (...) é sobre os procedimentos usados para estimar e avaliar os atributos dos testes.”

Há dois métodos de construir e verificar medidas psicométricas, tais métodos são complementares e conhecidos como a Teoria Clássica de Testes (TCT) e a Teoria de Resposta ao Item (TRI). A TCT tem como objetivo final o resultado total obtido, ou seja, o somatório das respostas dadas a uma série de itens, denominado escore total (T). O modelo da TCT foi elaborado por Spearman e Gulliksen (1950), sendo assim formulado (PASQUALI, 2009):

$$T = V + E$$

Onde,

T= escore bruto ou empírico do sujeito, que é a soma dos pontos obtidos no teste;

V= escore verdadeiro do sujeito;

E= o erro cometido nesta medida.

O escore empírico “T”, é constituído dos componentes “escore real ou verdadeiro”, “V”, do sujeito naquilo que o teste pretende medir e o “E”, “o erro da medida”. Se admite então, o fato de que o escore bruto do sujeito difere do seu escore verdadeiro, ou seja, a diferença entre o escore empírico e o erro cometido na medida. O desafio da TCT está em controlar ou avaliar a magnitude dos erros, estes que podem ser devidos a fatores como defeitos do próprio teste, respostas estereotipadas, vieses do sujeito, fatores históricos e ambientais aleatórios. A TCT produz testes de qualidade, enquanto a TRI se interessa por produzir tarefas (itens) de qualidade. Ambas as teorias consideram a validade e a precisão (consistência interna) os parâmetros mais importantes de legitimidade (PASQUALI, 2009).

Um instrumento de medida deve reunir dois requisitos importantes, a confiabilidade e a validade. Uma medida é confiável por ser passível de replicação, pois gera resultados equivalentes, ou seja é confiável pela constância dos resultados e é considerada válida porque mede aquilo que se propõe medir. A validade de um instrumento pode ser avaliada por meio dos seguintes métodos: validade aparente (face), validade de conteúdo, validade de critério, validade preditiva (discriminante) e

validade de construto (MARTINS, 2006). No presente estudo, foi pesquisada a validade de construto.

A validade aparente avalia apenas a definição teórica de uma variável, é realizada por um especialista, ou grupo de especialistas que examinam e decidem se ela mede o que seu nome sugere. A validade de face não basta para se concluir se o instrumento de medida é de fato válido, porém sem algum indicador positivo de validade aparente não terá sentido avaliações dos outros critérios de validade (MARTINS, 2006).

Haynes, Richard e Kubany (1995) conceituam de forma geral a validade de conteúdo como o grau em que os elementos, ou itens, de um determinado instrumento de medida são de fato relevantes e representam o construto a ser avaliado. Consiste ainda em julgar em que proporções os itens selecionados para medir uma estrutura representam todas as singularidades relacionadas ao conceito a ser medido (PILATTI; PEDROSO; GUTIERREZ, 2010).

A validade de critério é estabelecida por meio da comparação entre as medidas do instrumento com os resultados de algum critério, sendo considerado válido os resultados que guardam correspondência consistente aos escores de um instrumento confiável (POLIT; HUNGLER, 2004).

A validade preditiva, ou discriminante, é a capacidade do instrumento de medida em prever o desempenho dos indivíduos investigados. Por exemplo, os resultados de um teste para identificar a capacidade administrativa entre candidatos executivos, pode ser usada para comparar o desempenho futuro desses candidatos (SAMPIERE, COLLADO, LUCIO, 1996 apud MARTINS, 2006).

Conforme Pasquali (2007), a validade de construto pode ser trabalhada sob os seguintes enfoques: a análise da representação comportamental do construto, a análise de hipóteses e a curva de informação da TRI.

Segundo Polit e Hungler (2004, p. 293),

“a validade de construto é difícil e desafiadora, (...) refere-se à seguinte questão: Qual o construto que o instrumento está realmente medindo? Quanto mais abstrato o conceito, mais difícil é estabelecer-se a validade do construto da medida; ao mesmo tempo que, quanto mais abstrato o conceito, menos adequado ele é para uma abordagem de validade relacionada ao critério”.

A verificação da validade de construto pode ser trabalhada sob os seguintes enfoques: a análise da representação comportamental do construto, a análise de hipóteses e a curva de informação da TRI (PASQUALI, 2004).

A análise fatorial é uma técnica de análise multivariada, com o objetivo de definir a estrutura inerente entre variáveis na análise; fornece ferramentas para analisar a estrutura das correlações entre um grande número de variáveis (escores de teste, itens de teste, respostas de questionários), definindo variáveis altamente inter-relacionadas, identificando-as como fatores, sendo estes considerados como representantes de dimensões dentro dos dados; as técnicas analíticas fatorais podem ser realizadas dentro de uma perspectiva exploratória ou confirmatória (HAIR et al, 2009), a primeira com o propósito de explorar os dados e a segunda de confirmá-los.

A AFE é útil na busca de uma estrutura em um conjunto de dados ou como um método de redução de dados. Determinar os estágios da AFE é essencial para a ordenação da análise, sendo eles (HAIR et al, 2009):

1. Determinação dos objetivos da AFE;
2. Planejamento da AFE;
3. Estabelecimento de suposições na AFE;
4. Determinação de fatores e avaliação do ajuste geral;
5. Interpretação dos fatores;
6. Validação da AFE e
7. Uso adicional dos resultados da AFE.

No estágio 1 o ponto inicial é a definição do problema de pesquisa na busca por definir os construtos fundamentais ou dimensões inerentes à variáveis originais. Os objetivos da AFE são ajustados por meio de quatro questões: “Qual a unidade de análise?”; “Qual o resumo de dados e/ou redução dos mesmos?”; “Que variáveis serão selecionadas para a análise?” e “Serão usadas outras técnicas de análise multivariada dos resultados?”. Dessa forma tem-se o que de fato se quer com o instrumento, reduzir itens ou analisar a estrutura (GORSUCH, 1983; RUMMEL, 1970 apud HAIR et al, 2009).

O estágio 2 envolve o planejamento da AFE que é orientado por três decisões básicas: (1) elaboração de uma matriz de correlação; (2) número de variáveis a serem incluídas e (3) tamanho da amostra em função do número de variáveis (HAIR et al, 2009).

No estágio 3 orienta-se o estabelecimento de suposições na AFE; é necessário que haja uma forte fundamentação conceitual para embasar suposições de que existe uma estrutura antes da realização da AFE (HAIR et al, 2009). O pesquisador deve se certificar de compreender não somente as garantias das exigências estatísticas, mas de que o conjunto de variáveis tem fundamentação conceitual para embasar os resultados (HAIR et al, 2009).

A determinação dos fatores e a avaliação do ajuste geral compreendem o estágio 4 da AFE, o qual tem como objetivos definir qual o método de extração dos fatores (análise de fatores comuns e análise de componentes principais) e especificar a matriz fatorial (HAIR et al, 2009).

O estágio 5 compreende a interpretação dos fatores que é auxiliada por três processos fundamentais: a estimativa da matriz fatorial, a qual apresenta as cargas fatoriais, que indicam o grau de correspondência entre a variável e o fator; a rotação fatorial, que tem como objetivo melhorar a interpretação pela redução de ambiguidades e a interpretação e reespecificação de fatores, por meio do que o pesquisador avalia as cargas fatoriais de cada variável para determinar o seu papel e a sua contribuição na determinação da estrutura fatorial (HAIR et al, 2009).

A validação da análise fatorial, estágio 6, consiste na avaliação do grau de generalidade dos resultados para a população e da influência potencial de casos ou respondentes individuais sobre os resultados gerais. No estágio 7, o uso adicional dos resultados da análise fatorial pode ser determinado quando o objetivo for identificar variáveis apropriadas para aplicação subsequente de outras técnicas estatísticas (HAIR et al, 2009).

A Análise Fatorial Confirmatória (AFC) tem como objetivo testar quão bem as variáveis medidas representam um número menor de construtos; é usada para fornecer um teste confirmatório de uma teoria avaliada. Por meio da AFC pode-se analisar evidências de validade de construto e de critério. Os estágios para testar a validação da teoria medida com a AFC são: (1) Definição de construtos individuais; (2) Desenvolvimento do modelo de medida geral; (3) Planejamento de um estudo para produzir dados empíricos e (4) Avaliação da validade do modelo da medida (HAIR et al, 2009).

Instrumentos de medida confiáveis são replicáveis e consistentes. Consistência interna é uma forma de medida baseada na correlação entre os diferentes itens no

mesmo teste; ela mede se os diversos itens que se propõem a medir o mesmo construto geral produzem resultados semelhantes. A consistência interna é medida por meio do alfa de Cronbach, calculado ao se parear correlações entre os itens do teste, verificando a congruência que cada item do teste tem com o restante dos itens do mesmo teste. A fidedignidade do instrumento refere-se à propriedade de ser consistente, medir com menor número de erros (PASQUALI, 2009).

Desenvolvido por J.L. Cronbach, o alfa de Cronbach é calculado pela seguinte expressão padronizada (DAMÁSIO 2012, p. 223):

$$\alpha \text{ padronizado} = \frac{p \times r}{[1 + (p - 1) \times r]}$$

Onde: onde p é o número de itens considerados e r é a média das correlações inter-itens.

Todas as correlações são calculadas, tanto o escore de cada item quanto o escore total dos itens. Os coeficientes das correlações item-total e o valor de alfa de Cronbach revelam informações sobre os itens individualmente, podendo apoiar a decisão de eliminar itens que não estejam correlacionados com os demais itens; a finalidade é aumentar a confiabilidade do instrumento (MARTINS, 2006).

A relação ou associação entre variáveis quantitativas é dada pelo coeficiente de correlação de Pearson. A medida varia entre os valores -1 e 1, sendo o valor 0 o indicador de que não há relação linear, o valor 1 indica relação linear perfeita e o valor -1 também indicando uma relação linear perfeita, porém inversa, ou seja quando uma das variáveis aumenta a outra diminui (FIGUEIREDO FILHO e SILVA Jr., 2009).

4. Objetivos

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Adaptar culturalmente e validar o *Test de Concordance de Scripts Human Caring* (TCSHC) para a língua portuguesa do Brasil.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar as propriedades psicométricas da versão brasileira do TCSHC em amostras de enfermeiros e estudantes de enfermagem;
- Avaliar o raciocínio clínico de enfermeiros e estudantes de enfermagem;
- Testar associações entre raciocínio clínico e variáveis demográficas, de formação e relacionadas à experiência clínica.

5. Método

5 MÉTODO

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Tratou-se de um estudo metodológico, que propôs adaptar e validar o “*Test de Concordance de Scripts Human Caring*” (DESCHÊNES, 2006), assim como verificar a validade e confiabilidade da versão adaptada.

O estudo se desenvolveu em duas fases:

Fase I - Adaptação Cultural do “*Test de Concordance de Scripts Human Caring*” (TCSHC) – Conjunto de itens.

Fase II - Estudo das propriedades psicométricas, validade, confiabilidade e testes de associação do TCSHC adaptado para o português brasileiro.

5.2 FASE I - ADAPTAÇÃO CULTURAL DO TEST DE CONCORDANCE DE SCRIPTS HUMAN CARING (TCSHC) – CONJUNTO DE ITENS

O TCSHC contém dois componentes que foram submetidos a adaptação. Um componente é o conjunto de itens que é apresentado aos respondentes e o outro é a grade de pontuação, recurso que orienta a atribuição de pontos às possíveis respostas a cada item.

As etapas propostas para a adaptação cultural do conjunto de itens que é apresentado ao respondente são as recomendadas por Beaton, Bombardier, Guillemin e Ferraz (2000) e Wild et al (2005). A adaptação da grade de pontuação foi realizada conforme os procedimentos usados na construção no instrumento original (DESCHÊNES, 2006).

5.2.1 Preparação

O primeiro passo para a adaptação, segundo Wild et al (2005) é a preparação, que envolve a obtenção de permissão do autor do instrumento original, além de um convite para o autor do instrumento original para participar do processo de adaptação.

Foi realizado contato com o autor via email, solicitando autorização para uso do TCSHC para ser traduzido e adaptado para o português do Brasil, obtendo resposta positiva (Apêndice 4).

Conforme recomendação de Wild et al (2005), foi recrutada uma pessoa-chave no país para participar de todo o processo de adaptação cultural, realizando também uma das traduções.

5.2.2 Tradução para o português do Brasil

A segunda etapa para o processo de adaptação cultural foi a tradução da língua original (francês) para a língua-alvo (português) realizada por dois tradutores independentes, produzindo-se as versões traduzidas 1 e 2 (VT1 e VT2).

Um dos tradutores envolvidos foi a pessoa-chave no país recrutada previamente, sendo esta a obter informações quanto aos objetivos e conceitos que envolvem o instrumento, enquanto o outro tradutor independente não obteve acesso às mesmas informações (BEATON, BOMBARDIER, GUILLEMIN E FERRAZ, 2000). As traduções realizadas por dois tradutores permitem comparações na identificação de possíveis erros e interpretações divergentes (BEATON; BOMBARDIER; GUILLEMIN; FERRAZ, 2000; WILD et al, 2005).

5.2.3 Reconciliação

As discrepâncias entre as duas versões do original francês para o português (VT1 e VT2) foram solucionadas por meio de um painel conduzido pelos pesquisadores, onde a pessoa-chave no país foi convidada a participar do processo de consenso na harmonização das versões traduzidas, resultando em uma versão síntese traduzida (VT1-2) pronta para ser retro-traduzida. Nesta etapa foi possível

contatar a autora do instrumento original para dirimir dúvidas quanto a trechos da redação de alguns itens do instrumento.

5.2.4 Retro-tradução

Esta etapa consistiu na retro-tradução da versão síntese (VT1-2), ou seja, tradução de volta para a língua da versão original, versão retro-traduzida (VRT 1-2 português-francês) por tradutor diferente dos que fizeram a tradução para o português, que tinha fluência na língua-alvo (português) e cuja língua materna era a mesma do idioma de origem do instrumento (francês) (WILD et al, 2005).

O tradutor não recebeu informações sobre os conceitos e propósitos do instrumento. Nessa etapa a finalidade foi verificar a validade da tradução para o português por meio da observação de discrepâncias no significado e no conteúdo entre o instrumento original e o instrumento traduzido de volta para o francês. A presença de discrepâncias sugeriria necessidade de revisão da versão em português (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON; BOMBARDIER; GUILLEMIN; FERRAZ, 2000).

5.2.5 Revisão da Retro-tradução

Wild et al (2005) recomendam que a versão obtida com a retro-tradução seja revisada para garantir a equivalência conceitual da tradução. As pesquisadoras realizaram a revisão da retro-tradução com a participação da pessoa-chave no país, para identificar eventuais discrepâncias na versão brasileira. A versão obtida pela revisão da retro-tradução foi enviada para o autor do instrumento para identificar possíveis discrepâncias entre a retro-tradução e o original que fossem sugestivas de perda de equivalência linguística na tradução do original para o português, porém não obtivemos retorno do autor.

As observações consideradas foram as resultantes da análise entre a pessoa-chave do país e as pesquisadoras, sendo gerada a terceira versão traduzida para o português (VT3).

5.2.6 Avaliação da compreensibilidade

A principal finalidade dessa etapa, frequentemente designada de “*cognitive debriefing*”, é assegurar que a versão traduzida seja compreensível para a população alvo do instrumento em adaptação (WILD et al, 2005). A versão traduzida 3 (VT3) do instrumento foi apresentada a 5 enfermeiros (3 assistenciais e 2 docentes) e 5 estudantes de enfermagem de duas instituições públicas das cidade de São Paulo (3) e Manaus (2). O objetivo foi verificar se os itens do TCSHC eram adequadamente compreendidos e, se necessário, obter sugestões sobre formas melhores de enunciá-los ou resolver dúvidas quanto à escolha de um ou outro termo. Os participantes nesta fase foram selecionados por conveniência do pesquisador e convidados via e-mail para responder ao TCSHC com a proposta de informar quaisquer dificuldades na compreensão das instruções, cenários, itens, legendas, além de sugerir alterações em palavras, expressões e/ou quanto ao formato do teste e grau de dificuldade. Os participantes foram orientados para inserir as sugestões ao longo do próprio teste.

5.2.7 Revisão da avaliação da compreensibilidade

Nessa etapa as sugestões dos participantes da fase de avaliação da compreensibilidade foram reunidas e analisadas pelos pesquisadores que decidiram sobre a necessidade de ajustes na tradução para o português, gerando a versão traduzida 4 (VT4).

5.2.8 Revisão e Relatório Final

Estas etapas compuseram os resultados da fase de adaptação do instrumento em estudo e estarão apresentados no capítulo de resultados.

5.2.9 Teste piloto da versão traduzida (VT4)

O teste piloto foi realizado com um grupo estudantes de enfermagem de uma instituição de ensino superior em Manaus e com um grupo de enfermeiros (assistenciais e docentes). O contato com os estudantes foi realizado pessoalmente, sendo feito com o grupo de alunos em sala de aula e o outro de enfermeiros em reunião de grupo de pesquisa da EEUSP (Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo). Foram apresentados os objetivos do estudo e instruções, além da solicitação de anuência para a participação e em caso positivo a assinatura do TCLE (Apêndice 1).

Durante a aplicação do TCSHC versão brasileira, os respondentes foram orientados a registrar as dúvidas que surgirem durante a realização do teste.

Para esta etapa, os participantes foram estudantes do curso de graduação em enfermagem regularmente matriculados e enfermeiros(as) assistenciais, os quais foram selecionados por conveniência do pesquisador e acessibilidade. Participaram desta etapa 15 estudantes e 15 enfermeiros, convidados a comparecer em local e horário definidos em comum acordo com os participantes após a anuência por meio da assinatura do TCLE.

As respostas e observações oriundas do pré-teste foram reunidas e analisadas pelos pesquisadores, com a finalidade de identificar potenciais problemas durante o procedimento de aplicação do teste e na compreensão do processo de preenchimento do mesmo.

5.3 FASE I – ADAPTAÇÃO DA GRADE DE PONTUAÇÃO

No estudo original, Deschênes (2006) desenvolveu a grade de pontuação com um painel de 13 membros expertos com extensa experiência na área clínica e conhecedores da Teoria do Cuidado Humano. Considerando possíveis diferenças culturais, optamos por reproduzir os métodos usados pela autora para criar uma grade de pontuação para o instrumento adaptado.

A técnica de pontuação do TCSHC requer o recrutamento de um painel de referência. Para a composição do painel foram selecionados 42 enfermeiros

especialistas de referência nacional, com experiência na área clínica e pesquisa em teorias de enfermagem, pensamento crítico, sistemas de classificação, diagnósticos de enfermagem e raciocínio clínico. Inicialmente foram enviados convites (Apêndice 5) via e-mail aos especialistas apenas para que pudessem se manifestar aceitando ou recusando o convite. Nos casos afirmativos um segundo e-mail foi enviado com informações sobre o instrumento e a adaptação da grade de pontuação. O painel foi formado por 20 especialistas, os quais responderam ao teste e suas respostas foram utilizadas para constituir a grade de pontuação.

Fournier, Demeester e Charlin (2008) orientam que a seleção da composição do painel deverá representar legitimamente a categoria, com boa experiência clínica em áreas diversas ao invés de específicas, podendo ser de área restrita a depender dos objetivos dos idealizadores do instrumento.

Painéis com um número inferior a 10 especialistas refletem estimativas de consistência interna menos precisas; painéis de 15 e 20 membros são recomendados (DORY; GAGNON; VANPEE; CHARLIN, 2012).

No estudo de Gagnon et al (2005) com o objetivo de determinar o tamanho do painel de especialistas que fosse necessário para obter pontuações confiáveis e assim avaliar o desempenho dos examinandos de maneira precisa, recomendou um painel de 20 membros para testes de alta qualidade (alto desempenho) e para testes de baixa exigência um painel entre 10 a 15 membros.

Para o cálculo dos escores, o TCSHC utiliza o método de pontuação agregado (NORCINI ET AL, 1990; NORMAN, 1985). Esse método pode ser exemplificado, considerando um grupo de 10 especialistas em que oito escolhem a resposta "-2" (na escala Likert) e dois escolhem a resposta "-1" (na escala Likert). Nesse exemplo o valor da resposta "-2" será $8/8 = 1$ ponto e a resposta "-1" será $2/8 = 0,25$ (DAWSON, 2014). Este método, aplicado em situações de incerteza, ou seja, quando mais de uma alternativa de resposta pode estar correta, prevê que os escores atribuídos às respostas sejam correspondentes ao número de expertos que assinalaram cada uma das alternativas apresentadas. Um exemplo do método para o cálculo dos escores do TCS, para um painel de 10 especialistas, é apresentado na Tabela 1.

5.4 FASE II – ESTUDO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO TCSHC- VERSÃO BRASILEIRA

Propriedades psicométricas de validade e confiabilidade do TCSHC adaptado para o português brasileiro, foram estimadas a partir das respostas obtidas de uma amostra de estudantes e enfermeiros brasileiros, selecionados exclusivamente para esta fase.

5.4.1 Local do estudo

O estudo foi realizado em duas universidades públicas da cidade de Manaus, dois hospitais de referência do Estado do Amazonas e em um hospital universitário da cidade de São Paulo. Os estudantes da Escola de Enfermagem de São Paulo (EEUSP) participariam do estudo, porém em virtude da greve ocorrida no mesmo período da coleta de dados não foi possível a inclusão dos mesmos. Em todas as instituições mencionadas foram obtidas as devidas autorizações e anuências para a coleta de dados, são elas:

- Escola de Enfermagem de Manaus - Universidade Federal do Amazonas (Unidade Manaus);
- Curso de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde - Universidade Estadual do Amazonas;
- Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV);
- Hospital e Pronto-Socorro 28 de Agosto (HPS 28 de Agosto) e
- Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HUUSP).

5.4.2 Amostra

Os participantes do estudo foram 348 alunos do curso de graduação em enfermagem de duas universidades públicas da cidade de Manaus e de uma universidade pública da cidade de São Paulo e 296 enfermeiros atuantes em serviços de saúde da rede pública das cidades de Manaus e São Paulo ou que estavam cursando algum programa de pós-graduação (lato-sensu) em uma universidade

pública de Manaus. Esses locais foram escolhidos por conveniência dos pesquisadores.

O tamanho amostral foi definido a partir das recomendações da Iniciativa COSMIN (*Consensus-based Standards for the selection of Health Measurement Instruments*) (2011), que propõem critérios para avaliar a qualidade metodológica de instrumentos de medição em saúde. O consenso orienta que o número de participantes necessários para uma análise fatorial, deve ser de pelo menos 7 vezes o número de itens ou de pelo menos 100 participantes no total, para obter estimativas confiáveis. Para um tamanho amostral adequado foi definido um número de 7 participantes por item; tendo o TCSHC 92 itens, o tamanho estimado da amostra foi de 644 participantes (entre estudantes e enfermeiros) no total.

Foram recrutados 395 estudantes de graduação para participarem do estudo, porém participaram 348. Com relação aos enfermeiros foram recrutados 315, e incluídos no estudo um total de 296. A amostra final foi composta por 644 participantes, entre estudantes e enfermeiros.

5.4.3 Critérios de Inclusão

Os estudantes de enfermagem que participaram do estudo deveriam estar regularmente matriculados em instituição pública, cursando qualquer período do curso de bacharel em enfermagem. A participação dos enfermeiros incluiu aqueles com qualquer tempo de experiência e atuantes em quaisquer áreas da prática de enfermagem, ou seja, assistencial, docência ou gestão.

5.4.4 Coleta de dados

A coleta de dados aconteceu no período de abril a agosto/2016 com estudantes e enfermeiros nos locais previstos. Para a abordagem dos estudantes, foi obtida a autorização prévia dos professores a fim de que fosse cedida uma hora da aula para a aplicação do TCSHC. Após a apresentação da pesquisadora foram explanados os objetivos do estudo além da solicitação do preenchimento do TCLE; após a anuência esclarecida, os participantes foram orientados a preencher um questionário sócio

demográfico anexo ao teste, em seguida ler as instruções e responder ao teste (Apêndices 2 e 3).

A abordagem dos enfermeiros só foi possível mediante apresentação individual em uma série de visitas, nos três turnos de trabalho. Aos enfermeiros foram-lhes apresentados inicialmente os objetivos do estudo e a solicitação do preenchimento do TCLE, em seguida era entregue o teste com algumas orientações sumárias sobre o preenchimento do teste e do questionário sócio demográfico. Agendavam-se dias e horários para o retorno dos testes respondidos, cerca de uma semana após a entrega do material a ser respondido.

5.4.5 Processamento e análise dos dados

Antes de realizar as estimativas das propriedades psicométricas, as respostas foram pontuadas conforme a grade de pontuação adaptada. O sistema de pontuação foi elaborado para aferir a concordância entre as respostas dos estudantes e as dos especialistas, sendo que estes últimos formaram o painel de referência para o valor de cada opção de resposta, conforme descrito na adaptação da grade de pontuação. A pontuação atribuída a cada resposta do teste foi calculada conforme o número de especialistas que a escolheram. Respostas iguais às de maior frequência entre os especialistas receberam um (1) ponto (essa resposta é designada “resposta modal”), as outras opções receberam crédito parcial (CHARLIN et al, 2000b).

As respostas foram lançadas em banco de dados no Statistical Package for the Social Sciences versão 20 (IBM Cop. Released, 2011), que também foi usado para as análises estatísticas descritivas (média, mediana, desvio-padrão) e inferenciais. As pontuações obtidas no teste foram testadas quanto a consistência interna e validade. As análises estatísticas apresentadas foram feitas no software R (R CORE TEAM, 2015) com um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Para o alcance de um teste com medidas de confiabilidade satisfatórias, recomendações do *Centre de Pédagogie Appliquée aux Sciences de la Santé* (CPASS) da Universidade de Montreal orientam que para a otimização dos TCS, itens com correlação item-total $r < 0,05$ são eliminados e correlações com $r > 0,15$ são considerados com boas correlações (disponível em: <http://www.cpass.unmontreal.ca/recherche/concordance/tcs>, acesso em 14/11/2016).

Gagnon et al (2005) recomendam que a otimização do TCS deve ser realizada de maneira escalonada e esse procedimento é feito até que todos os itens com correlação abaixo do limite definido (neste estudo as menores ou iguais a 0,20) sejam eliminados e que no final calculado o alfa de Cronbach. Para a avaliação da consistência interna foi utilizado o alfa de Cronbach.

Para verificar a validade de construto foram realizadas análises fatoriais confirmatória e exploratória. A análise fatorial confirmatória é usada para analisar o conjunto de relações entre variáveis observadas e variáveis latentes, ou seja específica como variáveis medidas representam lógica e sistematicamente construtos envolvidos em um modelo teórico definido a priori. A análise fatorial exploratória tem como objetivo de fornecer informações sobre a quantidade de fatores necessários para melhor representar os dados (HAIR et al, 2009). Foi realizada também uma análise de componentes principais, cuja análise busca investigar a dimensionalidade de um construto e assim determinar quantas e quais seriam as dimensões propostas para a sua caracterização (HAIR et al, 2009).

Ainda com relação à validade de construto foi testada a hipótese de que os especialistas teriam melhores escores no TCSHC versão brasileira que os enfermeiros, e que os enfermeiros teriam melhor desempenho em raciocínio clínico que os estudantes. Para essas estimativas foi realizado o teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* que verificou a adequação amostral ($KMO=0,8$ a $0,9$, são considerados ótimos índices) (PASQUALI, 2009), indicando que as correlações entre os itens são suficientes para a realização da análise.

Foram utilizados Índices de Ajuste Absoluto os quais são utilizados para avaliar quão bem o modelo teórico proposto reproduz os dados observados (*Comparative Fit Index* (CFI) e *Tucker-Lewis Index* (TLI)). Recomenda-se utilizar ajustes com as estatísticas CFI e TLI superiores a 0.95 para indicar um bom ajuste da análise fatorial confirmatória (HAIR et al, 2009).

Testes de associação (*t* de *Student*; ANOVA; correlação de *Pearson*) entre variáveis foram realizados para verificar se variáveis demográficas, de formação e relacionadas à experiência clínica guardam associação com o desempenho em raciocínio clínico. Todas as análises foram conduzidas por profissional estatístico, considerando probabilidades bicaudais e nível descritivo de 5%, aceitando-se, portanto, como significativos os *p* valores menores ou iguais a 0,05.

5.4.6 Considerações éticas

A coleta de dados teve início após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob o nº CAAE: 41014915.7.00005392.

Aos participantes foram-lhes assegurados a participação livre, o anonimato e a confidencialidade dos resultados dos testes e de outros dados que forneceram para o estudo, além do direito de se retirarem do estudo a qualquer momento sem justificativa. Foram também asseguradas as informações sobre os objetivos e natureza do estudo, procedimentos, riscos e benefícios no momento da apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

Conforme é apresentado no capítulo V da Resolução 466/2012, toda pesquisa realizada com seres humanos envolve risco, o que poderá ocorrer de maneira imediata e/ou tardia. Ao abordarmos os acadêmicos de enfermagem e enfermeiro(a)s escolhido(a)s, poderíamos provocar riscos relacionados à exposição de suas impressões acerca do assunto. Afim de minimizar tais riscos, o instrumento foi respondido de forma individual, em horário que não viesse a comprometer as atividades acadêmicas e/ou laborais, assim como foi assegurado aos participantes o anonimato na divulgação dos resultados. Para garantir a privacidade do participante, não foi coletada qualquer informação que permitisse a sua identificação.

6. Resultados

6 RESULTADOS

A apresentação dos resultados está organizada em duas fases, na primeira são apresentadas as etapas da adaptação cultural com seus passos e na segunda fase os resultados do processo de validação e o estudo das propriedades psicométricas do instrumento adaptado.

6.1 FASE I - ADAPTAÇÃO CULTURAL DO TESTE DE CONCORDANCE DE SCRIPTS HUMAN CARING (TCSHC) – CONJUNTO DE ITENS.

A seguir serão apresentados os resultados referentes aos passos do processo de adaptação cultural do TCSHC – conjunto de itens, orientados por Wild et al (2005). A Figura 2 sintetiza os procedimentos realizados na Fase I.

Figura 2 - Etapas da Fase I- Processo de Adaptação Cultural.

6.1.1 Preparação, traduções e reconciliação das traduções

Para se iniciar o processo de adaptação cultural de instrumentos de medida é necessário a obtenção da autorização do autor do instrumento original. O contato feito pelos pesquisadores com o autor foi realizado via email, em que foram apresentados os objetivos do estudo, pedido de autorização da utilização do instrumento para tradução para o português do Brasil e o convite para participar do processo de adaptação do TCSHC; a autorização foi outorgada prontamente pela autora (Apêndice 4).

Um tradutor, nativo do país da língua de origem do instrumento, naturalizado no Brasil, pesquisador da área de enfermagem foi convidado para participar da fase de adaptação do instrumento na função de “pessoa-chave no país”, participando também de uma das traduções. A “pessoa-chave no país” é descrita por Wild et al (2005), como a sendo a pessoa que gerencia o processo de adaptação cultural no país, fluente na língua de origem, residente no país da língua a que se destina a tradução e participante da primeira tradução (VT1), é recomendado que seja tradutor experiente de instrumentos de medida e profissional da área de saúde.

Um segundo tradutor independente do primeiro, sem ter acesso aos conceitos inerentes ao instrumento realizou uma segunda tradução, tal procedimento visa garantir que as traduções tenham possibilidades de serem comparadas e discrepâncias nas traduções venham a ser percebidas e atenuadas.

As duas versões traduzidas (VT1 e VT2) foram confrontadas e apresentadas em uma reunião agendada previamente via *Skype®* entre as pesquisadoras e a “pessoa-chave no país”, que foi também a primeira tradutora. A reunião teve como objetivo verificar discordâncias nas traduções, conciliando frases ou termos de difícil compreensão e harmonizar em uma única versão síntese (VT1-2).

Foi preciso decidir inicialmente se manteríamos o nome do instrumento original ou se optaríamos por traduzí-lo. Optamos por manter o nome original pois o teste é identificado dessa forma nas bases de dados, citações e periódicos científicos. No texto inicial das instruções a VT1 traduziu a expressão “*situations de caring*” como “situações de atenção ao paciente”, enquanto a VT2 traduziu como “situações de cuidado”. Na conciliação optamos por “no cuidado de enfermagem”, por entender o

cuidado inerente à enfermagem. A palavra “*scénarios*”, traduzida na VT1 como “*scripts*” e “cenários” na VT2 foi conciliada para “cenários” (Quadro 15).

Quadro 15 - Versões das traduções (VT1 e VT2) e versão conciliada das instruções do *Test de Concordance de Scripts Human Caring* – TCSHC.

(continua)

Texto Original	Tradutor 1 (VT1)	Tradutor 2 (VT2)	Versão Conciliada (VT1-2)
Test de Concordance de Scripts Human Caring	Teste de Concordância de Scripts no Cuidado Humano	Teste de Concordância de Scripts Human Caring	Test de Concordance de Scripts Human Caring
Instructions	Orientações	Instruções	Instruções
<i>Ce test vise à évaluer le raisonnement clinique dans des situations de caring. Il contient 29 scénarios cliniques de 3 ou 4 items chacun. Chacun des scénarios décrit une situation clinique, mais avec insuffisamment d'informations ou des données conflictuelles de sorte qu'on ne peut donner un avis définitif à la seule lecture du scénario.</i>	Este teste visa avaliar o raciocínio clínico em situações de atenção ao paciente. Contém 29 scripts clínicos, com 3 ou 4 itens cada um. Cada script descreve uma situação clínica, mas com informações insuficientes ou dados conflitantes, de tal maneira que não se pode dar um parecer definitivo somente com a leitura do script.	Este teste foi concebido para avaliar o raciocínio clínico em situações de cuidado. Ele contém 29 cenários clínicos de 3 ou 4 itens cada. Cada cenário descreve uma situação clínica, mas com insuficiência de informações ou dados conflitantes para que possamos dar um parecer definitivo só de ler o roteiro.	Este teste visa avaliar o raciocínio clínico no cuidado de enfermagem. Contém 29 cenários clínicos com 3 ou 4 hipóteses ou intervenções de enfermagem. Cada cenário descreve uma situação clínica com informações insuficientes ou dados conflitantes de tal maneira que não se pode dar um parecer definitivo somente com a leitura do cenário.
<i>Dans la première colonne, nous vous suggérons une hypothèse ou une intervention infirmière.</i> <i>Exemple: à la vignette cidessous, sous la colonne: si vous pensez à un processus infectieux.</i>	Na primeira coluna, é oferecida uma hipótese ou uma conduta de enfermagem. Exemplo: Se você pensa num processo infeccioso.	Na primeira coluna, sugerimos uma hipótese ou uma intervenção de enfermagem. Exemplo: a miniatura abaixo, na coluna: se você pensa num processo infeccioso.	Na primeira coluna, sugerimos uma hipótese ou uma intervenção de enfermagem. Exemplo: Se você pensa que a Sra Diana não está consciente da gravidade do seu estado...

(continuação)

Texto Original	Tradutor 1 (VT1)	Tradutor 2 (VT2)	Versão Conciliada (VT1-2)
Test de Concordance de Scripts Human Caring	Teste de Concordância de Scripts no Cuidado Humano	Teste de Concordância de Scripts Human Caring	Test de Concordance de Scripts Human Caring
Instructions	Orientações	Instruções	Instruções
<i>Dans la deuxième colonne, une information additionnelle sur la personne vous est fournie. Ce que l'on cherche à savoir c'est de quelle façon cette nouvelle information influencera votre hypothèse.</i>	Na segunda coluna, uma informação adicional sobre o paciente é fornecida. O que se procura saber é o quanto essa nova informação influenciará sua hipótese.	Na segunda coluna, uma informação adicional sobre a pessoa é fornecida. O que queremos saber é como esta nova informação vai influenciar a sua hipótese.	Na segunda coluna, uma informação adicional sobre a pessoa é fornecida. O que queremos saber é como essa nova informação vai influenciar a sua hipótese.
<i>Une légende est fournie au bas de chaque scénario. Vous encerclez la réponse qui correspond le plus à votre opinion.</i>	Uma legenda acompanha cada script. Você deve circular a resposta que mais corresponde à sua opinião.	Uma legenda é fornecida na parte inferior de cada um dos cenários. Você circula a resposta que melhor descreve a sua opinião.	Na terceira coluna você deve circular a resposta que mais corresponde à sua opinião. Uma legenda é fornecida na parte inferior da cada um dos cenários. Você deve circular a resposta que mais descreve a sua opinião.
<i>Chaque item se réfléchit en fonction du scénario clinique et est indépendant des autres items. Dans l'exemple ci-dessous, vous pouvez confirmer à la fois votre hypothèse de la négation du diagnostic médical (1^{er} item) et que Mme Désinor contrôle bien sa situation de santé .</i>	Cada item deve ser pensado em função do script clínico e é independente dos outros itens. No exemplo a seguir, você pode confirmar, ao mesmo tempo, sua hipótese da negação do diagnóstico médico (primeiro item) e sua ideia de que a Sra. Daisy controla bem sua situação de saúde.	Cada item analisa-se dependendo do quadro clínico e é independente de outros itens. No exemplo abaixo, você pode confirmar tanto a sua hipótese da negação de diagnóstico médico (1º item) e que Sra. Désinor tem um bom controle de sua situação de saúde.	Cada hipótese ou intervenção de enfermagem deve ser avaliada independentemente das outras e não deveriam ser influenciadas umas em relação às outras. No exemplo abaixo você pode confirmar, ao mesmo tempo, sua hipótese da negação do diagnóstico médico (primeira hipótese) e sua ideia de que a Sra. Diana controla bem sua situação de saúde.

Fonte: Dados da pesquisa. São Paulo, SP; Manaus, AM, Brasil, 2016.

(conclusão)

No texto sobre as instruções para o preenchimento do teste, após a descrição do conteúdo da segunda coluna, percebemos que faltou mencionar a identificação da “terceira coluna” no texto original, assim, concordamos incluir a expressão mencionada na conciliação das traduções, para uma melhor compreensão do registro da resposta do participante (Quadro 15).

Para ilustrar a maneira como o teste deve ser preenchido é apresentado um exemplo de cenário clínico (Quadro 16) para que o respondente possa ir acompanhando como o teste deve ser compreendido e preenchido. Na descrição do exemplo, no original, a autora inicia o texto indicando que na primeira coluna uma hipótese ou intervenção é apresentada ao leitor, porém não ficou claro que o texto está se referindo à situação descrita no cenário e não à hipótese apresentada na primeira coluna. Então decidimos que a tradução se restringiria ao conteúdo descrito na primeira coluna de hipóteses e intervenções. A palavra “*personne*”, na segunda coluna, foi traduzida como “pessoa” na VT1 e como “paciente” na VT2, optamos por utilizar “pessoa” por entendermos ser mais pertinente à perspectiva da teoria de Watson.

Na descrição do caso clínico dado como exemplo, a sugestão do T1 foi de modificar os nomes próprios canadenses, assim como nomes de instituições por nomes brasileiros. Para a sigla BPC (*bronchite pulmonaire obstructive chronique*) substituímo-la pela DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica), como a doença é nomeada no Brasil (Quadro 16).

Quadro 16 - Texto Original, Versões das traduções (VT1 e VT2) e versão conciliada (VT1-2) do exemplo de cenário apresentado nas instruções do *Test de Concordance de Scripts Human Caring* – TCSHC. (continua)

Texto Original			Tradutor 1 (VT1)			Tradutor 2 (VT2)			Versão Conciliada (VT1-2)		
CAS EXEMPLE:			EXEMPLO:			CASO EXEMPLO:			Exemplo:		
<p>Âgée de 78 ans, Mme Désinor se présente au triage de l'hôpital St-Luc pour des difficultés respiratoires aggravées depuis quelques jours. Elle souffre de BPOC (bronchite pulmonaire obstructive chronique) depuis plusieurs années. Elle vous demande d'aller fumer dehors sans son oxygène.</p>			<p>A Sra. Daisy (78 anos), se apresenta na triagem do hospital São Lucas com queixa de dificuldades respiratórias que se agravaram desde alguns dias. Ela é portadora de BPOC (bronquite pulmonar obstrutiva crônica) há vários anos. Ela pede para ir fumar fora, sem seu oxigênio.</p>			<p>Com 78 anos de idade, a Sra. Désinor se apresenta na triagem do hospital St-Luc por problemas respiratórios agravados nos últimos dias. Ela sofre de BPOC (bronquite pulmonar obstrutiva crônica) desde vários anos. Ela lhe pede para ir fumar fora sem o seu oxigênio.</p>			<p>Com 78 anos de idade, a Sra. Diana se apresenta na triagem do hospital São Lucas com queixa de dificuldades respiratórias que se agravaram nos últimos dias. Ela tem DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) há vários anos. Ela pede para sair para fumar, sem seu oxigênio.</p>		
Si vous pensez:	Et qu'alors vous trouvez	Cette hypothèse e est	Se você pensa:	E que agora você observa:	Essa hipótese é:	Se você acha:	E daí você encontra:	Esta hipótese é:	Se você estava pensando que:	E você observa:	Essa hipótese é:
<p>Que Mme Désinor n'est pas consciente de la gravité de son état et qu'elle nie sa situation de santé.</p>	<p>Une saturation à l'oxygène à 91 % avec l'oxygène en place.</p>	<p>-2 -1 0 1 2 (Signifie que vous considérez l'hypothèse valable, selon la nouvelle information recue, mais quelle est à explorer dans um avenir prochain et non dans l'immédiat)</p>	<p>Que a Sra. Daisy não está consciente da gravidade do seu estado e que ela nega seu estado de saúde.</p>	<p>Que o oxigênio a 91% está instalado.</p>	<p>-2 -1 0 1 2 ('1: Significa que você considera a hipótese válida, em função da nova informação recebida, mas que ela deve ser explorada num futuro próximo e não de imediato.)</p>	<p>Que a Sra. Désinor não está consciente da gravidade de sua condição e ela nega sua situação de saúde.</p>	<p>Uma saturação de oxigênio de 91% com o oxigênio no lugar.</p>	<p>-2-1 0 1 2 ('1: Significa que você considera a hipótese válida, em função da nova informação recebida, mas que deve ser explorada no futuro próximo e não de imediato.)</p>	<p>Que a Sra. Diana não está consciente da gravidade de sua condição e nega seu estado de saúde.</p>	<p>Uma saturação de 91% com oxigênio instalado.</p>	<p>-2 -1 0 1 2 ('1: Significa que você considera a hipótese válida, em função da nova informação recebida, mas que ela deve ser explorada num futuro próximo e não de imediato.)</p>

(continuação)

Texto Original			Tradutor 1 (VT1)			Tradutor 2 (VT2)			Versão Conciliada (VT1-2)		
CAS EXEMPLE:			EXEMPLO:			CASO EXEMPLO:			Exemplo:		
Que Mme Désinor a le droit d'aller fumer puisqu'elle connaît bien sa situation de santé depuis plusieurs années.	Des antécédents d'une non-observance des traitements écrits par le pneumologue au dossier.	-2 -1 0 1 2 (0: Signifie que suite à l'information recue dans la deuxième colonne, vous jugez que celle-ci n'influence pas votre hypothèse (opinion) de départ.)	Que a Sra. Daisy tem direito de ir fumar já que ela conhece bem seu estado de saúde há vários anos.	Antecedentes de não observância de tratamentos prescritos pelo pneumologista no prontuário.	-2 -1 0 1 2 (0: Significa que em função da informação recebida na 2a. coluna, você avalia que a mesma não influencia sua hipótese inicial.)	Que a Sra. Désinor tem o direito de fumar porque ela é ciente de sua situação de saúde há muitos anos.	Um histórico de não adesão ao tratamento escrito no registro pelo pneumologista.	-2 -1 0 1 2 (0: Significa que em função da informação recebida na 2a. coluna, você julga que a mesma não influencia sua opinião inicial.		Um histórico de não adesão ao tratamento registrado no prontuário pelo pneumologista.	-2 -1 0 1 2 (0: Significa que em função da informação recebida na 2a. coluna, você avalia que a mesma não influencia sua hipótese inicial.)
Légende:			Legenda:			Legenda:			Legenda:		
-2: rejetée			-2: rejeitada			-2: recusada.			-2: rejeitada		
-1: moins pertinente ou possiblement moins appropriée			-1: menos pertinente ou provavelmente menos apropriada			-1: menos relevante ou eventualmente, menos apropriada.			-1: menos pertinente ou possivelmente menos apropriada.		
0: l'information n'a pas d'effet sur l'hypothèse			0: a informação não modifica a hipótese			0: a informação não tem efeito sobre a hipótese.			0: a informação não modifica a hipótese.		
1: à explorer dans un avenir prochain			1: a explorar num futuro próximo			1: para explorar no futuro próximo			1: a explorar num futuro próximo.		
2: à explorer dans l'immédiat			2: a explorar de imediato			2: para explorar no imediato			2: a explorar de imediato.		

Fonte: Dados da pesquisa. São Paulo, SP; Manaus, AM, Brasil, 2016.

(conclusão)

Para as etiquetas “*si vous pensez*”, “*et qu’alors vous trouvez:*” e “*cette hypothèse est*”, não houve grandes discordâncias entre as traduções (VT1 e VT2), sendo conciliada para “se você estava pensando que”, “e você observa” e “essa hipótese é”; quanto a legenda procurou-se manter a redação o mais próximo do texto original e a interpretação das respostas ao teste não ser comprometida.

Durante a reunião de conciliação identificamos diferenças nas traduções dos cenários clínicos, que nos motivaram a decidir qual seria a melhor expressão entre as versões para um determinado contexto. Houve também necessidades de ajustes na redação de itens que melhor se encaixassem à linguagem usual da enfermagem brasileira (cenários 2, 19, 20, 23 e 27). Na descrição do caso clínico do cenário 2, na expressão “*personnes âgées semi-autonomes*”, as duas versões T1 e T2 optaram por uma tradução mais literal, “pessoas idosas semi-autônomas”, porém, decidimos por “parcialmente independentes”, por entender que essa expressão é mais frequentemente utilizada na enfermagem brasileira, com o mesmo significado pretendido na versão original. O cenário 19 contém a frase “*é muito difícil prá mim pensar em morrer neste lugar, estou cansado de ver todos esses profissionais*” (VT1-2). O termo “profissionais”, na versão original é “*intervenants*”. A VT1 usou “profissionais”, já a VT2 usou “intervenientes”. Em virtude do contexto em que o paciente se encontrava, no cenário descrito, foi decidido manter “profissionais” para que a frase fizesse sentido.

No cenário 20 o termo “*détérioration*” foi traduzido para “deterioração” na VT1 e “degradação” na VT2, a palavra está inserida no contexto de uma descrição do quadro clínico geral de uma paciente de 84 anos que procurou um serviço de emergência por causa de uma “piora” (versão conciliada VT1-2) do seu quadro geral, a conciliação optou então pela palavra “piora” por melhor representar o contexto em que ela se apresenta. No cenário 23 é apresentada situação em que um paciente é atendido em unidade de cuidados coronarianos e se queixa de uma dor repentina e esmagadora na região epigástrica de “uma intensidade de 10/10”. A indicação 10/10 foi utilizada em ambas as VT1 e VT2, porém, na reunião de consenso entre as pesquisadoras e com um dos tradutores (pessoa-chave), ficou definido que a expressão “10/10” seria mais bem compreendida sendo descrita da seguinte forma “uma intensidade de 10 (numa escala de 0 a 10)”. O cenário 27 descreve uma cena em que a(o) enfermeira(o) realiza uma visita domiciliar a um paciente com diagnóstico

de câncer ósseo em estágio terminal. No momento da visita o paciente se diz “arrasado” (VT1-2) pela situação e acredita que sua esposa está sofrendo muito. No texto original a palavra “*dé passé*” foi traduzida para “ultrapassado” na VT1 e para “submergido” na VT2, porém o consenso optou por uma tradução mais conceitual e ao invés de uma literal, ou seja “arrasado”. Ainda no mesmo cenário a expressão “*services supplémentaires de gardiennage et de support*”, foi traduzida para “serviços suplementares de vigia e de apoio” na VT1, e “serviços adicionais de guarda e de apoio” na VT2, a versão conciliada adotou a tradução “acolhimento e apoio adicionais”.

6.1.2 Retro-tradução e revisão

A etapa da retro-tradução tem por finalidade realizar uma tradução da versão conciliada (VT1-2) de volta para o idioma de origem e assim fazer um controle da qualidade da tradução buscando manter a equivalência conceitual do instrumento original (WILD et al, 2005).

A retro-tradução foi realizada por um tradutor nativo do país em que o idioma é o mesmo do país de origem do instrumento e fluente na língua alvo. O material produzido foi analisado pela pessoa-chave no país juntamente com as pesquisadoras e não houve mudanças significativas quanto à equivalência conceitual na avaliação da VRT quando comparada com o instrumento original. A VRT foi enviada para a autora do instrumento original para oportunizar a participação da mesma no processo e na garantia da qualidade da VRT, porém não houve retorno. A VT3 foi então finalizada com sugestões mínimas na redação e substituição de algumas palavras por outras de caráter técnico da área da saúde.

6.1.3 Avaliação da compreensibilidade, revisão e finalização

A etapa conhecida por “*cognitive debriefing*”, ou avaliação da compreensibilidade (WILD et al, 2005), contou com a participação de uma amostra da população alvo, sendo 5 estudantes de graduação e 5 enfermeiros (2 professores e 2 enfermeiros assistenciais), além da “pessoa-chave no país”, e teve como objetivo

averiguar a compreensão destes na utilização do instrumento. As principais sugestões foram na redação das legendas, nas etiquetas de indicação das colunas (3 colunas) e instruções.

Uma das dificuldades apontadas pelo grupo de respondentes na compreensão das legendas foi relacionar a expressão que se encontra na etiqueta da coluna 3 com as opções oferecidas na legenda logo abaixo do cenário. Os respondentes mencionaram que, por exemplo, na etiqueta da coluna 3 há a expressão “Essa hipótese é”, se o respondente escolhe a opção “0” da escala Likert, ao ler a expressão “Essa hipótese é a informação não modifica a hipótese”, tal frase não terá sentido, perdendo a coerência; do mesmo modo para a opção “1” da escala a frase ficaria “Essa hipótese é a explorar num futuro próximo” e para a opção “2” ficaria “Essa hipótese é a explorar de imediato”. A sugestão foi padronizar as etiquetas e legendas dos cenários de forma que as sugestões de hipóteses e intervenções fossem avaliadas por meio das alternativas que a escala tipo Likert oferece (-2, -1, 0, 1, 2). As sugestões geradas pela etapa de avaliação da compreensibilidade na redação das etiquetas do cenário e na redação das legendas estão apresentadas nos Quadros 17 e 18.

Quadro 17 – Sugestões geradas na etapa da inteligibilidade na redação das etiquetas.

Etiquetas sugeridas para a 1ª coluna	Etiquetas sugeridas para a 2ª coluna	Etiquetas sugeridas para a 3ª coluna
Se você estava pensando	E você observa	Essa Hipótese
	E agora você nota	Essa intervenção se torna
	E uma das pessoas lhe diz	
	E ele/ela lhe fala	
	E uma das mulheres lhe fala	
	E você fica sabendo	

Fonte: Dados da pesquisa. São Paulo, SP; Manaus, AM, Brasil, 2016.

Quadro 18 - Sugestões geradas na etapa da avaliação da compreensibilidade na redação das legendas.

Expressões sugeridas na legenda dos cenários com hipóteses	Expressões sugeridas na legenda dos cenários com intervenções
-2: é rejeitada	-2: totalmente ou quase contraindicada
-1: se torna menos pertinente ou possivelmente menos apropriada	-1: pouco útil e possivelmente prejudicial
0: não é influenciada pela informação adicional	0: nem mais nem menos útil
1: deve ser explorada num futuro próximo	1: útil
2: deve ser explorada de imediato	2: necessária ou absolutamente necessária

Fonte: Dados da pesquisa. São Paulo SP; Manaus, AM, Brasil, 2016.

A maior dificuldade apontada pela amostra foi na compreensão das instruções sobre o preenchimento do teste. As sugestões na redação e na inclusão de quadros extras com setas para melhor indicar as colunas das hipóteses e intervenções foram aceitas. Surgiram comentários sobre a interpretação das legendas e sugestões na redação de poucos cenários (correções ortográficas, pontuação e sinônimos), e também foram sugeridas modificações no layout do instrumento.

As instruções apresentadas no início do teste orientam como o respondente deve proceder a sequência da leitura do cenário, ou seja, é preciso após a leitura do cenário, ler a 1ª opção (item) apresentada na 1ª coluna, logo em seguida considerar a informação apresentada na 2ª coluna para posteriormente proceder a escolha dentre as opções apresentadas na 3ª coluna, por meio da escala tipo Likert, do melhor julgamento para aquela hipótese ou intervenção sugerida na 1ª coluna.

O Quadro 19 apresenta a comparação entre as versões que foram produzidas do consenso entre a “pessoa-chave no país”, as pesquisadoras e os envolvidos na etapa de avaliação da compreensibilidade das instruções (Versão original, Versão conciliada (VT1-2), Versão retro-traduzida (VRT), Versão conciliada pós retro-tradução (VT3) e Versão final (VT4)).

Quadro 19 - Versão do instrumento original, versão conciliada (VT1-2), versão retro-traduzida (VRT), versão conciliada pós retro-tradução (VT3) e versão final (VT4) das instruções do *Test de Concordance de Scripts Human Caring* – TCSHC.

(continua)

Texto Original	Versão Conciliada (VT1-2)	Versão retro-traduzida (VRT)	Versão conciliada pós retro-tradução (VT3)	Versão Final (VT4)
<i>Test de Concordance de Scripts Human Caring</i>	<i>Test de Concordance de Scripts Human Caring</i>	<i>Test de Concordance des Scripts soins à la personne</i>	<i>Test de Concordance de Scripts Human Caring</i>	<i>Test de Concordance de Scripts Human Caring</i>
Instructions	Instruções	Instructions	Instruções	Instruções
<p><i>Ce test vise à évaluer le raisonnement clinique dans des situations de caring. Il contient 29 scénarios cliniques de 3 ou 4 items chacun. Chacun des scénarios décrit une situation clinique, mais avec insuffisamment d'informations ou des données conflictuelles de sorte qu'on ne peut donner un avis définitif à la seule lecture du scénario.</i></p> <p><i>Dans la première colonne, nous vous suggérons une hypothèse ou une intervention infirmière.</i></p> <p><i>Exemple: à la vignette ci-dessous, sous la colonne: si vous pensez à un processus infectieux.</i></p> <p><i>Dans la deuxième colonne, une information additionnelle sur la personne vous est fournie. Ce que l'on cherche à savoir c'est de quelle façon cette nouvelle information influencera votre hypothèse.</i></p>	<p>Este teste visa avaliar o raciocínio clínico no cuidado de enfermagem. Contém 29 cenários clínicos com 3 ou 4 hipóteses ou intervenções de enfermagem. Cada cenário descreve uma situação clínica com informações insuficientes ou dados conflitantes de tal maneira que não se pode dar um parecer definitivo somente com a leitura do cenário.</p> <p>Na primeira coluna, sugerimos uma hipótese ou uma intervenção de enfermagem.</p> <p>Exemplo: Se você pensa que a Sra Diana não está consciente da gravidade do seu estado...</p> <p>Na segunda coluna, uma informação adicional sobre a pessoa é fornecida. O que queremos saber é como essa nova informação vai influenciar a sua hipótese.</p>	<p><i>Ce teste vise à évaluer le raisonnement clinique des soins. Il contient 29 scénarii cliniques avec 3 ou 4 hypothèses d'interventions de soins. Chaque scénario décrit une situation clinique avec des informations insuffisantes ou des données contradictoires, de telle manière qu'il est impossible de donner un aperçu définitif seulement avec la lecture du scénario.</i></p> <p><i>Dans la première colonne nous suggérons une hypothèse ou une intervention de soins.</i></p> <p><i>Exemple: Si vous pensez que Mme Deise n'est pas consciente de son état ...</i></p> <p><i>Dans la deuxième colonne, est fourni une information supplémentaire sur la patiente. Ce que nous voulons savoir c'est comment cette nouvelle information va influencer votre analyse.</i></p> <p><i>Dans la troisième colonne, vous cernez la réponse qui correspond à</i></p>	<p>Este teste foi concebido para avaliar o raciocínio clínico em situações de cuidado. Contém 29 cenários clínicos com 3 ou 4 hipóteses ou intervenções. Cada cenário descreve uma situação clínica com informações insuficientes ou dados conflitantes, de tal maneira que não se pode dar um parecer definitivo somente com a leitura do cenário.</p> <p>Na primeira coluna, sugerimos uma hipótese ou uma intervenção de enfermagem.</p> <p>Exemplo: Se você pensa que a Sra Diana não está consciente da gravidade do seu estado...</p> <p>Na segunda coluna, uma informação adicional sobre a pessoa é fornecida. O que queremos saber é como esta nova informação vai influenciar a sua hipótese.</p> <p>Na terceira coluna, você circula a resposta que mais corresponde à</p>	<p>Este teste visa avaliar o seu raciocínio clínico de enfermagem. Contém 29 cenários clínicos apresentados na forma de quadros. Para cada cenário são apresentadas 3 colunas com os seguintes conteúdos: a primeira coluna contém 3 a 4 sugestões de hipóteses ou intervenções de enfermagem relativas ao cenário; na segunda coluna, são apresentadas informações adicionais; e na terceira coluna, uma escala tipo Likert contendo cinco opções de respostas para você indicar a que melhor representa o seu julgamento, segundo a legenda fornecida na parte inferior dos cenários. A seguir apresentamos um exemplo de cenário clínico:</p> <p>Na primeira coluna, sugerimos uma hipótese; Se você pensa..." que a Sra Diana não está esclarecida sobre a gravidade da sua condição...</p> <p>Na segunda coluna, uma informação adicional sobre a</p>

(continuação)

Texto Original	Versão Conciliada (VT1-2)	Versão retro-traduzida (VRT)	Versão conciliada pós retro-tradução (VT3)	Versão Final (VT4)
Test de Concordance de Scripts Human Caring	Test de Concordance de Scripts Human Caring	Test de Concordance des Scripts soins à la personne	Test de Concordance de Scripts Human Caring	Test de Concordance de Scripts Human Caring
Instructions	Instruções	Instructions	Instruções	Instruções
<p><i>Une légende est fournie au bas de chaque scénario. Vous encerclez la réponse qui correspond le plus à votre opinion.</i></p> <p><i>Chaque item se réfléchit en fonction du scénario clinique et est indépendant des autres items.</i></p> <p><i>Dans l'exemple ci-dessous, vous pouvez confirmer à la fois votre hypothèse de la négation du diagnostic médical (1^{er} item) et que Mme Désinor contrôle bien sa situation de santé.</i></p>	<p>Na terceira coluna você deve circular a resposta que mais corresponde à sua opinião.</p> <p>Uma legenda é fornecida na parte inferior de cada um dos cenários. Você deve circular a resposta que mais descreve a sua opinião.</p> <p>Cada hipótese ou intervenção de enfermagem deve ser avaliada independentemente das outras e não deveriam ser influenciadas umas em relação às outras.</p> <p>No exemplo abaixo você pode confirmar, ao mesmo tempo, sua hipótese da negação do diagnóstico médico (primeira hipótese) e sua ideia de que a Sra. Diana controla bem sua situação de saúde.</p>	<p><i>votre opinion en considérant les nouvelles données.</i></p> <p><i>Une légende est fournie en bas de chaque scénario. Vous devez cerner la réponse qui décrit le mieux votre opinion.</i></p> <p><i>Chaque hypothèse ou intervention doit être considérée indépendamment des autres, et ne doivent pas s'influencer entre elles.</i></p> <p><i>Dans l'exemple ci-dessous, vous pouvez confirmer en même temps votre hypothèse que Mme Deise refuse le diagnostic médical (première hypothèse) e votre opinion est que Mme Deise controle bien la situation quant à sa santé.</i></p>	<p>sua opinião, levando em consideração o novo dado. (*)</p> <p>Uma legenda é fornecida na parte inferior de cada um dos cenários. Você circula a resposta que melhor descreve a sua opinião. Cada hipótese ou intervenção deve ser considerada em função do cenário clínico, independentemente das outras.</p> <p>As hipóteses ou intervenções não devem influenciar umas às outras(*).</p> <p>No exemplo abaixo, você pode confirmar, ao mesmo tempo, sua hipótese de que a Sra. Diana está negando o diagnóstico médico (primeira hipótese) e sua ideia de que a Sra Diana controla bem sua situação de saúde.</p>	<p>peessoa é fornecida: “E você observa...”; o que queremos saber é como essa nova informação vai influenciar a sua hipótese inicial.</p> <p>Na terceira coluna, “Essa hipótese...”, você deverá circular a resposta que mais corresponde à sua opinião, levando em consideração a informação adicional.</p> <p>As hipóteses e/ou intervenções não devem influenciar umas às outras. Isto é, no exemplo, você pode confirmar, ao mesmo tempo, sua hipótese de que a Sra. Diana está negando o diagnóstico médico (primeira hipótese) e sua ideia de que a Sra. Diana conhece bem seu estado de saúde (segunda hipótese).</p>

(*) Texto acrescentado para tornar o instrumento mais claro que o texto original.

Fonte: Dados da pesquisa. São Paulo, SP; Manaus, AM, Brasil, 2016.

(conclusão)

A versão final do TCSHC (VT4) foi concluída considerando sugestões importantes dos participantes da fase de avaliação da compreensibilidade na redação das instruções, legenda e etiquetas das colunas. Os acréscimos no texto original foram feitas para possibilitar uma melhor compreensão na maneira como o teste deve ser preenchido. Uma revisão da versão final do instrumento para minimizar erros de acentuação gráfica e/ou gramaticais foi realizada pelas pesquisadoras.

6.1.4 Teste piloto da versão final traduzida (VT4)

O TCSHC versão brasileira (VT4) foi aplicado em uma amostra de 30 sujeitos (15 estudantes e 15 enfermeiros) que concordaram em participar da pesquisa, mediante assinatura do TCLE. Nesta fase buscou-se testar a viabilidade da aplicação do TCSHC, adaptado para a língua portuguesa do Brasil, em amostra de estudantes e enfermeiros. No momento da aplicação do teste, os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, o tempo médio para a realização do teste e orientados a preencher primeiramente o questionário sócio-demográfico, entregue no momento da realização do teste, que ao final deveria ser devolvido juntamente com o instrumento respondido. O instrumento foi desenvolvido para ser auto-aplicável, ou seja, as instruções devem apresentar as informações necessárias para o seu correto preenchimento, porém alguns questionamentos surgiram durante o transcorrer do teste. As perguntas foram relacionadas ao entendimento de como deveria ser a avaliação/julgamento das alternativas (itens), se seria para avaliar/julgar cada uma das opções de hipóteses ou intervenções (itens), ou se seria para escolher a que melhor representasse a opinião do respondente.

O primeiro participante a finalizar o preenchimento dos instrumentos, os entregou em 40 minutos e o restante entre 50 minutos e 1 hora. No estudo piloto foi possível observar as seguintes situações: era preciso entregar o TCLE, explicar o estudo, esperar os participantes lerem, assinarem e nos entregarem uma via do TCLE, antes de entregar o material para responder, pois corria-se o risco de perder o controle dos TCLE; os questionários sócio-demográficos não foram afixados junto ao TCSHC durante o teste piloto, e isso trouxe um risco de se comprometer as associações entre as características dos respondentes e as respostas ao teste. Dois participantes estudantes e um enfermeiro comentaram sobre a "demora para entender o que se

quer nas respostas"; a maioria dos participantes queixaram-se do tempo para completar o teste, alegando ser cansativo; um respondente enfermeiro, só respondeu um item de cada cenário (há três ou quatro itens por cenário) e parece que escolheu o item mais relevante dentro da situação, confirmando a dificuldade de compreensão das instruções; um item do questionário sócio-demográfico do enfermeiro gerou dúvida sobre o tempo de experiência como enfermeiro, pois o respondente, que só tinha tido experiência na área de pesquisa desde que se formou, não sabia como responder; foram identificados itens sem resposta no TCSHC e rasuras nas respostas, que podem prejudicar na leitura das opções escolhidas foi observado um bom nível de compreensão dos cenários, itens e das legendas entre os participantes.

A etapa de pré teste possibilitou ajustes nos procedimentos para a coleta de dados e no questionário sócio-demográfico. Modificações na formatação e no *designer* do instrumento foram propostas pelas próprias pesquisadoras, com o objetivo de tornar o preenchimento do instrumento mais aprazível e didático.

6.2 FASE I - ADAPTAÇÃO DA GRADE DE PONTUAÇÃO

Ao final do processo de adaptação cultural foi recrutado um painel de 20 especialistas, selecionados previamente, por meio de uma investigação nas bases do CNPq (*Lattes*) e por indicação das pesquisadoras, com o objetivo de construir uma grade de pontuação a partir de suas respostas ao teste. Foram selecionados 42 especialistas e enviado por email uma carta convite detalhando os objetivos do estudo, orientações gerais, TCLE e o instrumento (TCSHC versão brasileira). Aceitaram participar do estudo 28 especialistas, sendo que 20 retornaram o instrumento respondido no prazo de até 30 dias.

Os especialistas que responderam ao teste eram enfermeiros assistenciais, docentes e pesquisadores, atuantes nas seguintes áreas: processo de enfermagem, sistemas de classificação, teorias de enfermagem, raciocínio clínico, enfermagem baseada em evidências, cuidados paliativos, acurácia diagnóstica, gestão do conhecimento, terapia comportamental cognitiva, espiritualidade e fenomenologia. O tempo médio de experiência dos especialistas foi de 25 anos, sendo 55% doutores, 25 % pós-doutores e 20% mestres.

Os membros selecionados para compor o presente painel têm proximidade com as teorias de enfermagem por desenvolverem suas atividades clínicas e de pesquisa em temas afins como o processo de enfermagem, sistemas de classificação e diagnósticos de enfermagem. Na Figura 3 é apresentada a distribuição dos escores dos membros do painel de especialistas e na Tabela 2 a estatística descritiva dos escores do painel selecionado.

Figura 3 – Distribuição dos escores dos membros do painel de especialistas.

Legenda: Número que representa o especialista (1-20)

Figura que relaciona o escore do especialista (escores mínimo e máximo).

Fonte: Dados da pesquisa. São Paulo, SP; Manaus, AM, Brasil, 2016.

Tabela 2- Estatística descritiva dos escores dos especialistas.

	N	Mínimo	Média	Desvio Padrão	Mediana	IIQ	Máximo
Escore	20	65.39	75.56	4.68	76.83	4.86	82.49

Fonte: Dados da pesquisa. São Paulo, SP; Manaus, AM, Brasil, 2016.

No estudo original, Deschênes (2006) propôs uma otimização do painel de especialistas, excluindo respostas consideradas desviantes por meio da análise da distribuição e variabilidade das respostas.

Nos achados de Gagnon et al (2011) e Dory et al (2012), os autores consideram que os desacordos entre os especialistas do painel devem ser entendidos como sinal da natureza mal definida dos casos, que é uma característica dos testes de concordância de scripts. Charlin et al (2007) confirmam que a variabilidade do painel contribui para refinar a natureza discriminatória e confiável da ferramenta; no presente

estudo optamos por manter todos os membros do painel. A grade de pontuação encontra-se como apêndice da presente pesquisa (Apêndice 7).

6.3 FASE II – ESTUDO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO TESTE DE CONCORDÂNCIA DE SCRIPTS HUMAN CARING (TCSHC).

Os resultados da fase II serão apresentados na seguinte ordem: caracterização dos participantes, otimização do TCSHC versão brasileira, avaliação da consistência interna e validade de construto.

6.3.1 Caracterização dos participantes do estudo

Participaram do estudo 348 (54,03%) estudantes de graduação cursando todos os períodos do curso de bacharel em enfermagem (1º ao 10º períodos) de duas universidades públicas da cidade de Manaus e 296 (45,96%) enfermeiros de dois hospitais da cidade de Manaus e de um hospital da cidade de São Paulo. As características da amostra estão apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3 – Caracterização da amostra segundo categoria (enfermeiro ou estudante).

Variável	Categoria	
	Enfermeiro (n=296)	Estudante (n=348)
Sexo (n/%)		
Feminino	247 (83,4)	269 (77,3)
Masculino	49 (16,6)	79 (22,7)
Idade (anos)		
Média (DP)	36,9 (9,0)	22,9 (6,1)
Mediana	36,0	21,0
IIQ	13,0	5,0
Fase atual da graduação (semestre)		
Média (DP)	NA*	10,0 (0,2)
Mediana	NA	10,0
IIQ	NA	0,0
Tempo de experiência (anos)		
Média (DP)	11,0 (8,5)	NA
Mediana	9,0	NA
IIQ	11,2	NA
Maior grau obtido ou em andamento (n/%)		
Especialização	221 (74,7)	NA
Mestrado	42 (14,2)	NA
Doutorado	18 (6,1)	NA
Graduação	15 (5,1)	NA
Conteúdo sobre PE na graduação até o momento (n/%)**		
Sim	NA	218 (63,2)
Não	NA	127 (36,8)

* N/A = Não se aplica; **Três respostas faltantes

Fonte: Dados da pesquisa. São Paulo, SP; Manaus, AM, Brasil, 2016.

6.3.2 Otimização do TCSHC versão brasileira

A partir das respostas geradas pela aplicação do teste na amostra de estudantes e enfermeiros aos 92 itens do TCSHC foi realizada a otimização do teste com o objetivo de identificar itens com baixa correlação item-total, conforme as recomendações do *Centre de Pédagogie Appliquée aux Sciences de la Santé* (CPASS) da Universidade de Montreal, já descritas no capítulo de método. Para o presente estudo os itens com uma correlação $\leq 0,20$ foram eliminados a fim de alcançar melhores índices de consistência interna do teste.

Inicialmente calculou-se o coeficiente de correlação de Pearson de cada item do teste (92 itens) com o escore total do teste (Quadro 20). A partir dos resultados da 1ª rodada de correlações item-total foram desconsiderados os itens com correlações menores que 0,20. Após a exclusão dessas variáveis, calculou-se novamente a correlação item-total com os itens restantes. Repetiu-se o procedimento até não haver itens com correlação menor que 0,20. Os Quadros 10 e 11 mostram os coeficientes de correlação item-total dos 92 itens do TCSHC na primeira rodada (com todos os itens) e na última rodada em que todos os coeficientes de correlação ficaram acima do limite estabelecido.

Quadro 20 - Correlações item-total do TCSHC versão brasileira (1ª rodada).

ITEM	CORRELAÇÃO	ITEM	CORRELAÇÃO	ITEM	CORRELAÇÃO
I 1	0,083	I 32	0,432	I 63	0,377
I 2	0,012	I 33	0,442	I 64	0,355
I 3	0,012	I 34	0,456	I 65	0,033
I 4	0,266	I 35	0,224	I 66	0,457
I 5	0,211	I 36	0,391	I 67	0,150
I 6	0,013	I 37	0,345	I 68	-0,028
I 7	0,207	I 38	0,169	I 69	-0,087
I 8	0,324	I 39	0,170	I 70	0,163
I 9	0,288	I 40	0,188	I 71	0,289
I 10	0,200	I 41	0,356	I 72	0,431
I 11	0,199	I 42	0,288	I 73	0,124
I 12	0,234	I 43	0,165	I 74	0,173
I 13	0,297	I 44	0,429	I 75	0,140
I 14	0,217	I 45	0,192	I 76	0,235
I 15	0,239	I 46	0,286	I 77	0,227
I 16	0,432	I 47	0,136	I 78	0,122
I 17	0,064	I 48	0,126	I 79	0,099
I 18	0,168	I 49	0,361	I 80	0,253
I 19	0,423	I 50	0,460	I 81	0,244
I 20	0,412	I 51	0,153	I 82	0,063
I 21	0,240	I 52	0,063	I 83	0,211
I 22	-0,024	I 53	0,459	I 84	0,351
I 23	0,095	I 54	0,353	I 85	0,204
I 24	0,365	I 55	0,506	I 86	0,047
I 25	0,365	I 56	0,275	I 87	0,232
I 26	0,209	I 57	0,503	I 88	0,232
I 27	0,246	I 58	0,316	I 89	0,296
I 28	0,484	I 59	0,068	I 90	0,376
I 29	0,044	I 60	0,394	I 91	0,253
I 30	0,199	I 61	0,344	I 92	0,291
I 31	0,381	I 62	0,267		

Fonte: Dados da pesquisa. São Paulo, SP; Manaus, AM, Brasil, 2016.

Quadro 21 - Correlações item-total do TCSHC versão brasileira (rodada final).

ITEM	CORRELAÇÃO	ITEM	CORRELAÇÃO	ITEM	CORRELAÇÃO
I 4	0,277	I 35	0,279	I 63	0,429
I 8	0,338	I 36	0,399	I 64	0,420
I 9	0,322	I 37	0,372	I 66	0,491
I 12	0,269	I 41	0,384	I 71	0,316
I 13	0,295	I 42	0,307	I 72	0,475
I 14	0,275	I 44	0,437	I 77	0,201
I 15	0,267	I 46	0,324	I 80	0,267
I 16	0,427	I 49	0,412	I 81	0,326
I 19	0,394	I 50	0,456	I 83	0,221
I 20	0,424	I 53	0,466	I 84	0,424
I 24	0,369	I 54	0,385	I 85	0,205
I 25	0,342	I 55	0,495	I 87	0,343
I 27	0,245	I 56	0,331	I 88	0,274
I 28	0,436	I 57	0,486	I 89	0,311
I 31	0,380	I 58	0,366	I 90	0,425
I 32	0,455	I 60	0,456	I 91	0,322
I 33	0,420	I 61	0,400	I 92	0,352
I 34	0,468	I 62	0,380		

Fonte: Dados da pesquisa. São Paulo, SP; Manaus, AM, Brasil, 2016.

A otimização do TCSHC versão brasileira resultou na eliminação de 39 itens com baixa correlação item-total, totalizando 53 itens distribuídos em 28 cenários. Com a otimização da ferramenta um dos cenários foi eliminado em virtude da exclusão dos três itens que o compunham. O cenário eliminado, com seus respectivos itens, foi o seguinte:

Cenário 2- Você trabalha numa instituição para pessoas idosas parcialmente independentes. Em maio, todos os idosos são convidados a tomar a vacina contra a gripe. Você encontra a Sra. Francisca, 83 anos, a fim de lhe propor a vacinação. A Sra. Francisca é lúcida e independente em suas atividades da vida diária, tem diabetes e hipertensão arterial.	
Se você estava pensando em:	E você observa:
5- Verificar os conhecimentos da Sra. Francisca quanto às vantagens e riscos da vacinação.	Que a Sra. Francisca teme contrair a Síndrome de Guillain-Barré.
6- Explicar os perigos associados com o vírus da gripe em idosos.	Que a Sra. Francisca não tem nenhum histórico de problemas respiratórios em seu registro.
7- Obter imediatamente o consentimento livre e esclarecido da Sra. Francisca.	Que a filha dela é contra esta vacinação e quer estar presente durante a consulta.

Em seguida, com a ferramenta otimizada partiu-se para a análise da consistência interna.

6.3.3 Consistência interna

Para avaliar a confiabilidade do TCSHC versão brasileira foi realizada a análise da consistência interna. Considerando os 53 itens do teste obteve-se um coeficiente alfa de Cronbach de 0,874. No quadro abaixo são apresentados os coeficientes alfa caso o item fosse retirado.

Quadro 22- Valores do Coeficiente Alfa de Cronbach dos 53 itens do TCSHC versão brasileira se o item for retirado.

(continua)

ITEM	ALFA DE CRONBACH Se o item for retirado		ITEM	ALFA DE CRONBACH Se o item for retirado
I 4	0,873		I 53	0,870
I 8	0,873		I 54	0,872
I 9	0,873		I 55	0,870
I 12	0,874		I 56	0,872
I 13	0,873		I 57	0,870
I 14	0,873		I 58	0,872
I 15	0,873		I 60	0,871
I 16	0,871		I 61	0,871
I 19	0,872		I 62	0,872
I 20	0,871		I 63	0,871
I 24	0,872		I 64	0,871

(continuação)

ITEM	ALFA DE CRONBACH Se o item for retirado		ITEM	ALFA DE CRONBACH Se o item for retirado
I 25	0,873		I 66	0,870
I 27	0,874		I 71	0,873
I 28	0,871		I 72	0,870
I 31	0,872		I 77	0,874
I 32	0,871		I 80	0,873
I 33	0,871		I 81	0,873
I 34	0,870		I 83	0,874
I 35	0,873		I 84	0,871
I 36	0,871		I 85	0,874
I 37	0,872		I 87	0,872
I 41	0,872		I 88	0,874
I 42	0,873		I 89	0,873
I 44	0,871		I 90	0,871
I 46	0,873		I 91	0,872
I 49	0,871			
I 50	0,871			

Fonte: Dados da pesquisa. São Paulo, SP; Manaus, AM, 2016.

(conclusão)

O coeficiente alfa também foi calculado para os três domínios do cuidado humano. O domínio “aspectos do cuidado humano” que era constituído por 36 itens, ficou com 27, com a eliminação de 9 por baixa correlação item-total. Com 27 itens o domínio obteve um valor de alfa de 0,769. No Quadro 23 são apresentados os valores de alfa caso cada um dos itens caso fossem retirados.

Quadro 23 - Coeficientes Alfa de Cronbach do domínio “aspectos do cuidado humano” caso cada um dos seus itens fossem retirados.

ITEM	ALFA DE CRONBACH Se o item for retirado		ITEM	ALFA DE CRONBACH Se o item for retirado
I 8	0,764		I 54	0,760
I 9	0,765		I 61	0,760
I 12	0,767		I 63	0,759
I 13	0,766		I 71	0,765
I 20	0,759		I 72	0,755
I 28	0,759		I 77	0,769
I 31	0,760		I 80	0,766
I 34	0,756		I 81	0,763
I 35	0,764		I 83	0,768
I 36	0,760		I 84	0,759
I 41	0,761		I 87	0,762
I 46	0,763		I 91	0,763
I 49	0,757		I 92	0,762
I 50	0,757			

Fonte: Dados da pesquisa. São Paulo, SP; Manaus, AM, Brasil.

O domínio “relacionamento terapêutico” era constituído por 27 itens. Com a otimização passou a ter 16 itens com um coeficiente alfa de 0,685. No quadro abaixo são apresentados os valores do alfa de Cronbach para o domínio caso cada item fosse retirado.

Quadro 24 - Coeficientes Alfa de Cronbach dos itens do domínio “relacionamento terapêutico” caso cada um dos seus itens fossem retirados.

ITEM	ALFA DE CRONBACH Se o item for retirado		ITEM	ALFA DE CRONBACH Se o item for retirado
I 4	0,681		I 44	0,666
I 14	0,682		I 56	0,675
I 16	0,666		I 57	0,654
I 19	0,669		I 58	0,670
I 32	0,660		I 60	0,663
I 33	0,665		I 64	0,668
I 37	0,668		I 85	0,691
I 42	0,679		I 89	0,676

Fonte: Dados da pesquisa. São Paulo, SP; Manaus, AM, Brasil.

Antes da otimização o domínio “atividades de enfermagem” continha 29 itens. Foram eliminados 19 itens com a otimização. Ao final do processo o domínio “atividades de enfermagem” ficou com 10 itens, obtendo-se um coeficiente alfa de 0.578; no quadro abaixo são apresentados os valores alfa de Cronbach caso cada item fosse excluído desse domínio.

Quadro 25 - Coeficientes Alfa de Cronbach dos itens do domínio “atividades de enfermagem” caso cada um dos seus itens fossem retirados.

ITEM	ALFA DE CRONBACH Se o item for retirado		ITEM	ALFA DE CRONBACH Se o item for retirado
I 15	0,558		I 55	0,527
I 24	0,555		I 62	0,552
I 25	0,586		I 66	0,518
I 27	0,575		I 88	0,576
I 53	0,536		I 90	0,529

Fonte: Dados da pesquisa. São Paulo, SP; Manaus, AM, Brasil.

Foi observada uma correlação positiva significativa entre os escores de cada domínio do cuidado humano com os escores do total do teste e também entre os

escores dos domínios (Tabela 14). Os coeficientes variam entre os valores -1 e 1, que segundo Figueiredo Filho e Silva Jr (2009) o valor 0 indicava que não há relação linear, o valor 1 indica relação linear perfeita e o valor -1 também indicando uma relação linear perfeita, porém inversa, ou seja quando uma das variáveis aumenta a outra diminui.

Tabela 4 - Correlação entre os domínios do cuidado humano e o teste como um todo.

Domínios do Cuidado Humano	Total	Aspectos do Cuidado Humano	Relacionamento Terapêutico	Atividades de Enfermagem
Total	1	0.947*	0.883*	0.824*
Aspectos do cuidado humano	---	1	0.735*	0.681*
Relacionamento Terapêutico	---	---	1	0.655*
Atividades de Enfermagem	---	---	---	1

($p < 0,01$)*

Fonte: Dados da pesquisa. São Paulo, SP; Manaus, AM, Brasil.

6.3.4 Validade de construto

Como o teste proposto por Deschênes (2006) avalia o raciocínio clínico considerando três dimensões do cuidado humano, a estrutura teórica tridimensional foi investigada por meio da análise fatorial confirmatória. Os 53 itens otimizados do TCSHC versão brasileira, distribuídos nas três dimensões determinadas previamente (Quadro 26). Para analisar a validade de construto, os itens do TCSHC versão brasileira foram submetidos à análise fatorial confirmatória. Índices de Ajuste Absoluto (HAIR et al, 2009) são utilizados para avaliar quão bem o modelo teórico proposto reproduz os dados observados, mas não houve ajuste do modelo (Comparative Fit Index (CFI) = 0,483; Tucker-Lewis Index (TLI) = 0,471. Recomenda-se utilizar ajustes com as estatísticas CFI e TLI superiores a 0.95 para indicar um bom ajuste da análise fatorial confirmatória (HAIR et al, 2009).

Quadro 26 – Apresentação dos 53 itens do TCSHC versão brasileira em suas respectivas dimensões do cuidado humano.

Aspectos do Cuidado Humano	Relacionamento Terapêutico	Atividades Clínicas de Enfermagem
27 Itens	16 Itens	10 Itens
8, 9, 12, 13, 20, 28, 31, 34, 35, 36, 41, 46, 49, 50, 54, 61, 63, 71, 72, 77, 80, 81, 83, 84, 87, 91, 92	4, 14, 16, 19, 32, 33, 37, 42, 44, 56, 57, 58, 60, 64, 85, 89	15, 24, 25, 27, 53, 55, 62, 66, 88, 90

Fonte: Dados da pesquisa. São Paulo, SP; Manaus, AM, Brasil, 2016.

Como não houve confirmação das três dimensões teóricas, os 53 itens do TCSHC versão brasileira foram submetidos a análise fatorial exploratória para buscar alguma estrutura que pudesse ser representada pelos dados. Inicialmente foi realizada a análise de fatores comuns com uma solução com mais de 10 fatores. O primeiro fator tinha uma variância explicada de 10% e do segundo em diante as variâncias explicadas foram de aproximadamente 1%.

Diante desses resultados, foi realizada a análise de componentes principais, o *screeplot* da análise de componentes principais está na Figura 5.

Figura 4 - Screeplot a partir da análise de componentes principais do TCSHC versão brasileira. Fonte: Dados da pesquisa. São Paulo, SP; Manaus, AM, Brasil, 2016.

Observa-se na Figura 4 19 fatores com com Eigenvalues iguais ou maiores que 1 e que a curva mostra uma inflexão no ponto de 4 fatores. A Tabela 15 apresenta as variâncias explicadas por cada fator extraído.

Tabela 5 – Percentual de variância explicada e acumulada dos fatores extraídos a partir do Screeplot.

(continua)

Nº de Fatores	% da Variância Explicada	% Acumulada da Variância Explicada
1	14.03%	14.03%
2	3.78%	17.80%
3	3.37%	21.17%
4	2.86%	24.03%
5	2.84%	26.88%
6	2.75%	29.63%
7	2.57%	32.19%
8	2.47%	34.67%
9	2.30%	36.97%
10	2.15%	39.12%
11	2.14%	41.26%
12	2.09%	43.34%
13	2.08%	45.42%
14	2.02%	47.44%
15	1.99%	49.43%
16	1.97%	51.41%
17	1.91%	53.31%
18	1.88%	55.19%
19	1.79%	56.98%
20	1.77%	58.75%
21	1.72%	60.47%
22	1.70%	62.17%
23	1.66%	63.83%
24	1.64%	65.48%
25	1.59%	67.07%
26	1.58%	68.65%
27	1.55%	70.20%
28	1.54%	71.74%
29	1.49%	73.22%
30	1.45%	74.68%
31	1.41%	76.09%
32	1.40%	77.49%
33	1.36%	78.85%
34	1.31%	80.17%
35	1.28%	81.45%
36	1.27%	82.72%
37	1.25%	83.96%

(continuação)

Nº de Fatores	% da Variância Explicada	% Acumulada da Variância Explicada
38	1.23%	85.19%
39	1.19%	86.38%
40	1.14%	87.51%
41	1.13%	88.65%
42	1.09%	89.74%
43	1.06%	90.80%
44	1.04%	91.84%
45	1.02%	92.86%
46	0.98%	93.84%
47	0.97%	94.81%
48	0.95%	95.76%
49	0.89%	96.65%
50	0.89%	97.54%
51	0.87%	98.41%
52	0.81%	99.22%
53	0.78%	100.00%

Fonte: Dados da pesquisa. São Paulo, SP; Manaus, AM, Brasil, 2016.

(conclusão)

Observa-se na Tabela 5 que o primeiro fator explica 14,03% da variância total, enquanto do segundo fator em diante a variância explicada é de, no máximo, 3,78%. Para se obter uma explicação da variabilidade total de 60%, o que é recomendado (HAIR ET AL, 2005) seria necessário a utilização de 21 fatores.

A seguir são apresentadas as correlações dos itens com as 4 componentes, com destaque para as maiores correlações ($\leq 0,4$) dos 53 itens do TCSHC versão brasileira.

Tabela 6 – Correlações item-componente principal dos 53 itens do TCSHC versão brasileira.

(conitnua)

ITENS	Componentes			
	1	2	3	4
I 4	0.265	-0.129	-0.077	0.045
I 8	0.320	-0.098	0.210	-0.283
I 9	0.301	-0.101	0.215	-0.025
I 12	0.226	0.015	0.192	0.066
I 13	0.271	-0.143	0.016	0.120

(continuação)

ITENS	Componentes			
	1	2	3	4
I 14	0.277	0.282	-0.148	-0.158
I 15	0.263	0.181	-0.231	0.279
I 16	0.418	-0.184	-0.190	0.087
I 19	0.399	-0.162	-0.420	0.107
I 20	0.424	-0.196	-0.285	0.112
I 24	0.370	-0.049	0.249	0.299
I 25	0.326	-0.257	0.085	-0.150
I 27	0.220	-0.013	0.069	0.005
I 28	0.435	-0.323	-0.111	0.097
I 31	0.392	-0.091	-0.331	-0.144
I 32	0.475	0.006	-0.268	-0.039
I 33	0.426	-0.261	-0.188	0.281
I 34	0.464	-0.182	-0.008	-0.172
I 35	0.257	0.025	0.082	-0.106
I 36	0.394	-0.109	-0.003	0.264
I 37	0.375	0.069	-0.031	0.043
I 41	0.391	-0.194	0.179	-0.008
I 42	0.296	-0.232	0.222	-0.237
I 44	0.440	-0.109	0.213	-0.093
I 46	0.322	0.181	0.151	-0.091
I 49	0.418	0.061	0.180	-0.167
I 50	0.458	-0.282	-0.001	-0.146
I 53	0.479	-0.122	-0.030	0.031
I 54	0.380	-0.098	0.094	-0.092
I 55	0.506	-0.178	0.150	0.132
I 56	0.329	0.228	0.181	-0.080
I 57	0.488	-0.321	0.238	-0.059
I 58	0.384	0.197	0.095	-0.232
I 60	0.475	0.045	0.094	-0.128
I 61	0.417	0.084	0.141	-0.124
I 62	0.397	0.448	-0.066	-0.119
I 63	0.446	0.189	-0.029	-0.148
I 64	0.442	0.189	0.036	-0.016
I 66	0.508	0.011	-0.301	-0.100
I 71	0.313	-0.033	-0.148	0.015
I 72	0.486	-0.036	-0.228	-0.113
I 77	0.175	-0.091	0.395	0.327
I 80	0.271	0.108	0.290	0.299
I 81	0.321	0.394	0.098	-0.190
I 83	0.198	0.160	0.159	0.156

(continuação)

ITENS	Componentes			
	1	2	3	4
I 84	0.438	0.198	-0.229	0.039
I 85	0.179	0.147	0.189	0.245
I 87	0.354	0.235	-0.190	-0.039
I 88	0.261	0.308	-0.152	0.422
I 89	0.316	0.041	0.150	0.361
I 90	0.433	0.194	-0.032	0.027
I 91	0.322	0.410	0.054	0.113
I 92	0.352	0.248	0.105	0.013

Fonte: Dados da pesquisa. São Paulo, SP; Manaus, AM, Brasil, 2016. (conclusão)

Observa-se na Tabela 6 um total de 20 itens com correlação maior ou igual a 0,4 com a primeira componente. Esses 20 itens foram submetidos a uma nova análise de componentes principais e na Tabela 7 são apresentados os percentuais da variância explicada e acumulada.

Tabela 7 - Percentual de variância explicada e acumulada dos fatores extraídos com correlação $\leq 0,4$.

Nº de Fatores	% da Variância Explicada	% Acumulada da Variância Explicada
1	22.91	22.91
2	6.51	29.42
3	5.70	35.12
4	5.26	40.37
5	5.06	45.43
6	4.64	50.08
7	4.42	54.50
8	4.26	58.75
9	4.17	62.92
10	4.06	66.98
11	3.93	70.91
12	3.81	74.72
13	3.62	78.34
14	3.51	81.85
15	3.40	85.25
16	3.24	88.49
17	3.05	91.54
18	2.92	94.46
19	2.87	97.33
20	2.67	100.00

Fonte: Dados da pesquisa. São Paulo, SP; Manaus, AM, Brasil, 2016.

Observa-se na Tabela 7 que seriam necessários 6 fatores para explicar pouco mais de 50% da variância e que o primeiro fator explica apenas 22,91%. Abaixo são apresentadas as correlações de cada um dos 20 itens selecionados com os 6 primeiros componentes.

Tabela 8 – Correlações de cada item (20 itens) com os 6 primeiros componentes.

ITENS	Componentes					
	1	2	3	4	5	6
I 16	0.473	-0.207	-0.081	-0.197	-0.415	0.001
I 20	0.443	-0.343	-0.174	-0.032	0.059	0.047
I 28	0.478	-0.482	0.163	-0.003	0.142	-0.003
I 32	0.487	-0.064	-0.380	0.311	-0.079	0.214
I 33	0.461	-0.427	-0.180	-0.059	-0.045	0.022
I 34	0.492	-0.181	-0.059	0.236	-0.008	0.192
I 44	0.416	0.120	0.254	0.567	0.063	0.161
I 49	0.396	0.256	0.216	0.332	0.222	-0.240
I 50	0.531	-0.004	0.180	0.052	-0.064	-0.552
I 53	0.515	0.066	0.087	-0.124	-0.182	-0.248
I 55	0.538	-0.177	0.327	-0.139	-0.064	0.166
I 57	0.531	-0.162	0.448	-0.030	-0.172	0.082
I 60	0.482	0.164	0.115	-0.032	0.417	0.164
I 61	0.444	0.351	0.234	-0.302	-0.038	-0.091
I 63	0.460	0.391	-0.154	0.244	-0.314	0.211
I 64	0.455	0.450	-0.050	-0.246	-0.238	0.217
I 66	0.567	0.164	-0.326	-0.138	-0.073	-0.076
I 72	0.502	0.017	-0.289	0.127	0.142	-0.344
I 84	0.444	0.090	-0.387	-0.147	0.343	-0.131
I 90	0.417	0.086	0.058	-0.341	0.458	0.303

Fonte: Dados da pesquisa. São Paulo, SP; Manaus, AM, Brasil, 2016.

Considerando que não foi possível confirmar a estrutura de três dimensões inicialmente proposta por Deschenes (2006) e que, aparentemente não há superioridade de uma solução fatorial sobre a outra (com 53 ou com 20 itens), optou-se por prosseguir as análises com os escores totais do 53 itens por considerá-la mais conservadora.

6.3.5 TCSHC versão brasileira

O TCSHC versão brasileira para as análises inferenciais na sequência deste estudo ficou com 53 itens. O Quadro 27 a seguir mostra os 92 itens originais com destaques em asterisco (*) para os 53 itens que resultaram da otimização.

Quadro 27 – Relação dos 92 itens do TCSHC versão brasileira distribuídos nos 29 cenários com destaque (*) para os itens retidos após o processo de otimização.

Cenário 1- A Sra. Beatriz tem uma recidiva do câncer de mama, e procura você no hospital para realizar a quimioterapia. Quando você a encontra, ela está com lágrimas nos olhos e ela diz: "Não estou muito bem faz duas semanas; tenho a impressão de que eu não controlo mais o que está acontecendo comigo."	
Se você estava pensando em:	E ela diz para você:
1- Falar para a Sra. Beatriz dos grupos de apoio com outras pessoas que estão enfrentando a mesma situação que ela.	"Estou doente há vários anos. Ainda não estou morta".
2- Incentivar a Sra. Beatriz a recorrer à sua rede social (família, amigos) para ter ajuda.	"Sinto que sou um peso para meus familiares e meus amigos. Além disso, vou ser avó em algumas semanas. Eles precisam de mim".
3- Incentivar a Sra. Beatriz a tomar decisões sobre seus cuidados.	"Tenho a impressão de que cuidei muito de mim esses últimos anos. Não entendo por que ainda estou doente".
*4- Ajudar a Sra. Beatriz a obter um apoio espiritual.	"A meditação budista me traz um pouco de serenidade na minha vida".
Cenário 2- Você trabalha numa instituição para pessoas idosas parcialmente independentes. Em maio, todos os idosos são convidados a tomar a vacina contra a gripe. Você encontra a Sra. Francisca, 83 anos, a fim de lhe propor a vacinação. A Sra. Francisca é lúcida e independente em suas atividades da vida diária, tem diabetes e hipertensão arterial.	
Se você estava pensando em:	E você observa:
5- Verificar os conhecimentos da Sra. Francisca quanto às vantagens e riscos da vacinação.	Que a Sra. Francisca teme contar a Síndrome de Guillain-Barré.
6- Explicar os perigos associados com o vírus da gripe em idosos.	Que a Sra. Francisca não tem nenhum histórico de problemas respiratórios em seu registro.
7- Obter imediatamente o consentimento livre e esclarecido da Sra. Francisca.	Que a filha dela é contra esta vacinação e quer estar presente durante a consulta.
Cenário 3- O Sr. Felipe passou por uma cirurgia para colocar uma prótese do quadril direito há dois dias. Esta manhã, ele ainda não se levantou, dizendo que é incapaz de fazer isso. Você observa que o Sr. Felipe recusa a ajuda de sua esposa que está presente à beira da cama. Ele recusa também um medicamento analgésico antes da mobilização.	
Se você pensa:	E agora você nota:
*8- Que o Sr. Felipe desconfia dos efeitos secundários dos opiáceos.	Que o Sr. Felipe recusou qualquer medicação analgésica há mais de 24 horas.

*9- Que o Sr. Felipe tem medo de mobilizar o quadril operado.	Que o Sr. Felipe tem artrose e sofre de dor crônica.
10- Que o Sr. Felipe receia que se torne uma carga para a família quando ele voltar para a casa.	Que a esposa do Sr. Fonseca recebeu o diagnóstico de câncer de mama faz 6 meses.
Cenário 4- A Sra. Carola, 70 anos, está internada para uma cirurgia ginecológica prevista para amanhã. A filha dela veio visitá-la esta noite, mas saiu de repente do quarto da mãe batendo a porta. Quando você chega no quarto, a Sra. Carola lhe diz: "Faz 5 minutos que estou com dor de estômago. Estou nervosa para amanhã".	
Se você pensa:	E agora você nota:
11-Que a Sra. Carola apresenta sinais de leve angustia e que ela precisa de conforto.	Que a Sra. Carola não digeriu bem o seu jantar e ela se acha ainda um pouco enjoada.
*12- Que a Sra. Carola está perturbada pela visita da filha.	Que a Sra. Carola tem antecedentes de angina no seu prontuário.
*13- Que a Sra. Carola não está preparada para passar por uma cirurgia.	Que a Sra. Carola deseja rever sua filha antes da cirurgia.
Cenário 5- Você trabalha no Programa Saúde da Família, e visita o Sr. Paulo, que tem diabetes tipo 2 há 10 anos e começou a tomar insulina há duas semanas. Durante a sua visita pela manhã, você observa que ele apresenta glicemia de 396 mg/dl. Além da presença de polidipsia (sede excessiva), o Sr. Paulo não apresenta sinais de hiperglicemia. Sua esposa está presente na hora da visita e acabou de administrar insulina conforme prescrito pelo médico.	
Se você estava pensando em:	E você observa:
*14- Explorar com o Sr. Paulo e sua esposa o significado dessa experiência de saúde e do controle da diabetes.	Que o Sr. Paulo tem uma linguagem agressiva logo que se menciona o controle de seu diabetes.
*15- Validar os conhecimentos do casal em relação aos sinais e sintomas a observar.	Que o Sr. Paulo não se interessa pelas recomendações e deixa a esposa ouvir as informações necessárias.
*16- Perguntar para a esposa do Sr. Paulo se essa situação acontece com frequência e como eles costumam controlar a administração da insulina.	Que o Sr. Paulo diz ter administrado uma dose mais elevada de insulina ontem à noite.
17-Tranquilizar o casal sobre a ausência de sinais de hiperglicemia, além da polidipsia.	Que o Sr. Paulo tem hipertensão arterial.
Cenário 6- O Sr. Ribamar, 62 anos, está internado há 3 dias em consequência de um AVE em artéria cerebral média esquerda. Ele apresenta afasia de Broca, hemianopsia (perda de metade do campo visual) e paralisia do lado direito. A esposa do Sr. Ribamar confessa a você que não sabe mais como se comunicar com seu esposo.	
Se você estava pensando em sugerir à esposa do Sr. Ribamar que:	E você observa:
18- Ela se colocasse na parte preservada do campo visual do seu esposo durante a conversa.	Que o Sr. Ribamar está cansado e impaciente com ela.
*19- Falar normalmente, expressando apenas uma ideia de cada vez.	Que a esposa do Sr. Ribamar usa um tom infantil quando ela fala com seu esposo.

*20- Ela fizesse perguntas fechadas.	Que o Sr. Ribamar só responde com sinais de cabeça ou gestos.
21- Ela utilizasse um pictograma para a expressão das necessidades.	Que o Sr. Ribamar chora quando vê o cartaz.
Cenário 7- Como responsável pelo programa de diabetes, você dá uma palestra a um grupo de pessoas com diagnóstico recente de diabetes.	
Se você estava pensando em:	E uma das pessoas lhe diz
22- Oferecer um folheto informativo sobre diabetes e alimentação, convidando as pessoas a assistir a um vídeo informativo.	<i>“Minha alimentação e minha taxa de glicemia não são um problema. Não vou morrer tão cedo”.</i>
23- Começar convidando os participantes a expressar suas experiências/preocupações frente à diabetes.	<i>“Não tenho problemas, vocês cuidam de mim, e para mim está ótimo assim.”</i>
*24- Validar os conhecimentos das pessoas sobre a diabetes antes de iniciar a palestra.	<i>“Eu não falo nada para mudar meus hábitos alimentares e eu ainda fumo dois maços de cigarros por dia. Eu sei que eu não me ajudo”.</i>
Cenário 8- O Sr. Gilberto deu entrada na Emergência do Hospital Psiquiátrico. Após uma primeira avaliação você observa que o Sr. Gilberto apresenta diversos comportamentos que colocam sua saúde e segurança em risco.	
Se você estava pensando em:	E você observa
*25- Solicitar um serviço particular para assegurar uma presença constante junto ao Sr. Gilberto.	Que o Sr. Gilberto já tem um histórico de episódios de autoagressão no seu prontuário.
26- Instalar meios de contenção física nos pulsos do Sr. Gilberto.	Que o Sr. Gilberto fica agitado na ocasião das interações. Ele ameaça bater no funcionário.
*27- Começar a tomar medidas apropriadas de contenção química e em conformidade com as recomendações médicas.	Que o Sr. Gilberto recusa radicalmente o medicamento e manifesta seu descontentamento batendo na parede.
Cenário 9- Após apendicectomia, o Sr. Pedro se queixa de uma dor contínua no abdômen. Apesar do analgésico que ele recebeu 3 horas antes, ele sente dor persistente de intensidade de 9 a 10 em 10. Ele diz estar esgotado por sofrer tanto e fica na cama em posição fetal.	
Se você pensa:	E você observa:
*28- Que o Sr. Pedro tem uma dor de intensidade de 9 a 10 numa escala de 0 a 10) não aliviada pelos analgésicos e que necessita de reavaliação médica.	Que o médico responsável planejou a diminuição da medicação logo no dia seguinte, pois o Sr. Pedro terá alta.
29-Que o Sr. Pedro poderia usar outras medidas de alívio da dor (por exemplo: o descanso, relaxamento, imagens mentais).	Que o Sr. Pedro dormiu o dia todo segundo os registros da enfermeira que lhe antecedeu no Serviço.
30- Que a dor do Sr. Pedro resulta de um processo normal de cicatrização e inflamação pós-operatória.	Que o Sr. Pedro tem um histórico de dependência de drogas.
Cenário 10- A Sra. Paula tem um câncer da mama em estágio avançado com metástases ósseas. Ela sofre de dor aguda na coluna, que limita seus movimentos, mas recusa o medicamento analgésico. Quando você dá explicações sobre a importância de aliviar a dor, o mecanismo de ação dos analgésicos e a frequência das doses, a Sra. Paula começa a chorar.	

Se você estava pensando em:	E você observa
*31- Despertar na Sra. Paula um sentimento de esperança, salientando que ela poderia viver mais tranquilamente sua situação de saúde, controlando as suas dores.	Que a Sra. Paula acredita que deve aceitar sua morte iminente; que essa situação é inevitável.
*32- Explorar o significado da dor segundo a experiência da Sra. Paula.	Que a Sra. Paula é muito católica e acredita que sua dor vem de Deus e deve necessariamente acompanhar a doença.
*33- Introduzir outras medidas de alívio da dor.	Que a Sra. Pires quer que seu acupunturista venha atendê-la no hospital.
Cenário 11- O Sr. Roberto, 57 anos, foi submetido a uma ressecção abdominoperineal em função de um câncer do reto. Ele se encontra com colostomia permanente. O Sr. Roberto passa a maior parte do tempo deitado na cama, de olhos fechados ou olhando para o nada. Ele esconde sua colostomia de sua companheira presente no quarto. Hoje de manhã, você deve começar a ensinar os cuidados com a colostomia como previsto no seu plano de cuidados de enfermagem.	
Se você pensa:	E ele lhe fala:
*34- Que o Sr. Roberto apresenta uma alteração da sua imagem corporal.	<i>"Sinto-me sujo e não cheiro bem."</i>
*35- Que o Sr. Roberto não está pronto para receber as orientações para cuidar da sua colostomia.	<i>"Minha ostomia é uma verdadeira ferida que deve ser cuidada por um(a) profissional."</i>
*36- Que o Sr. Roberto receia que sua vida sexual seja prejudicada por essa cirurgia.	Que tem uma nova companheira, com 34 anos de idade.
Cenário 12- Você dá uma palestra sobre os riscos do câncer de mama e a prevenção dessa doença. Você ensina a um grupo de mulheres as medidas preventivas e demonstra, entre outras coisas, o autoexame das mamas.	
Se você estava pensando em:	E uma das mulheres lhe fala:
*37- Pedir para as mulheres falarem do significado e importância que elas dão às suas mamas.	<i>"Perder uma mama, é perder toda minha feminilidade."</i>
38- Informar às participantes quanto à importância de uma alimentação saudável e diversificada em vitaminas e minerais.	<i>"Os fitoestrógenos são extraordinários. Tomo soja todos os dias."</i>
39- Promover o intercâmbio de informações entre as participantes sobre os métodos que usam para reduzir o seu estresse diário.	<i>"Não há nada melhor que uma boa refeição com uma boa garrafa de vinho."</i>
Cenário 13- Lucas, 13 meses, está em observação na emergência por febre de 39,5° C há três dias. Ele se alimenta e se hidrata bem e fica animado quando a febre é controlada. Os pais de Lucas (Maria e Max) estão preocupados por causa da febre e do estado de saúde do filho. Eles dizem que recebem pouco apoio da família e amigos para que os dois possam ir trabalhar.	
Se você pensa:	E você fica sabendo:
40- Que os pais de Lucas têm dificuldade de se adaptar ao novo papel parental.	Que o Lucas é o terceiro filho da Maria e do Max.

*41- Que os pais do Lucas têm muitas responsabilidades e preocupações e que eles precisam fazer escolhas importantes.	Que os pais de Lucas tem de trabalhar em tempo integral, a fim de atender às necessidades materiais das crianças.
*42- Que o aumento da temperatura de Lucas é claramente um sinal de infecção respiratória.	Que Lucas está na sua terceira internação em três meses.
Cenário 14- Catarina, 26 anos, procura a emergência por dores pélvicas. As dores são constantes, de intensidade média. Após os exames diagnósticos, o médico detectou gravidez extrauterina. Catarina já teve dois abortos espontâneos.	
Se você pensa:	E ela lhe diz
43- Que Catarina pode enfrentar sozinha essa situação.	<i>"A culpa é minha. Não tiro um tempo para pensar na minha saúde. Me sinto culpada."</i>
*44- Que Catarina precisa conversar sobre sua escolha de se tornar mãe.	<i>"Eu acho que tenho que entender a mensagem enviada para mim: eu nunca poderei ter filhos".</i>
45- Que Catarina pode estar apresentando sinais de depressão.	<i>"Não tenho pensamentos ruins por enquanto. Ainda sou jovem. Poderei superar isso."</i>
Cenário 15- A Sra. Betina, 62 anos, descobre que tem um câncer nos pulmões. O médico detectou também metástases ósseas e oferece a ela um tratamento paliativo, mas as chances de sobrevivência da Sra. Betina são reduzidas.	
Se você estava pensando em:	E você observa:
*46- Falar com a Sra. Betina sobre os sentimentos dela de tristeza quanto à notícia desse diagnóstico.	Que a Sra. Betina permanece sem demonstrar emoções diante do anúncio do diagnóstico. Seu semblante permanece neutro, mas tenso.
47- Explicar para a Sra. Betina o transcurso do tratamento e seus efeitos colaterais.	Que a Sra. Betina nega formalmente o diagnóstico. Ela repete que nunca fumou da vida dela.
48- Perguntar da Sra. Betina o que ela mais precisa no momento.	Que a Sra. Betina deseja ficar sozinha por um momento.
Cenário 16- A Sra. Olívia, 84 anos, teve uma queda em casa provocando uma fratura do quadril. Ela mora com seu filho único, Paulo, no segundo andar de um sobrado. Durante sua internação, você planeja junto com o Paulo a alta dela. Um encaminhamento para um Centro de Recuperação de Longa Permanência é planejado.	
Se você pensa:	E você observa:
*49- Que a Sra. Olívia sente uma perda de controle frente à sua falta de autonomia.	Que a Sra. Olívia recusou a ajuda da assistente social hoje de manhã.
*50- Que Paulo se sente culpado por colocar sua mãe num centro desse tipo.	Que a Sra. Olívia lhe fala que seu filho lhe tinha feito a promessa de nunca colocá-la num Centro de Recuperação de Longa Permanência.
51- Que a Sra. Olívia pode voltar para a casa com a ajuda do seu filho.	Que o Paulo já havia mencionado o peso de assumir o cuidado da sua mãe em casa.

Cenário 17- Lina, 24 anos, está em pós-parto no hospital. Ontem ela deu à luz ontem a uma menina. Entrando no quarto, você a vê em prantos e tentando amamentar a recém-nascida. Ela explica que a amamentação é mais difícil do que pensava. O marido, Marcos, está ao lado dela e está receoso com a alta prevista para amanhã.	
Se você pensa:	E você observa
52- Que Lina apresenta um desequilíbrio hormonal que a deixa mais sensível à dificuldade de amamentar.	Que Marcos é pouco receptivo à amamentação mas respeita a escolha de Lina.
*53-Que Lina precisará de apoio após a alta do hospital.	Que o casal acabou de se mudar para um novo bairro e que os pais da Lina estão fora do país.
*54- Que Lina não está preparada para ter alta do hospital.	Que Lina está preocupada com seu bebê que acorda frequentemente. O bebê quer mamar cada duas horas.
*55- Que Lina precisaria da sua ajuda para melhorar técnica de amamentação.	Que Lina tem dores nas mamas na hora de amamentar. Os mamilos são sensíveis com vermelhidão e rachaduras.
Cenário 18- Você trabalha em uma Unidade Básica de Saúde da Família. Uma moça de 17 anos, Joana, se apresenta com seu namorado. Ela está apavorada porque após uma relação sexual não protegida, teme estar grávida	
Se você pensa:	E você observa:
*56- Que Joana não utiliza método contraceptivo por falta de informação sobre o assunto.	Que o parceiro da Joana não gosta da perda de sensibilidade causada pelo preservativo.
*57- Que Joana utiliza a pílula do dia seguinte como método contraceptivo regularmente.	Que Joana tomou a pílula do dia seguinte várias vezes nos últimos 10 meses.
*58- Que Joana não conhece os riscos ligados às relações sexuais não protegidas.	Que o casal fica preocupado com o custo dos métodos contraceptivos recomendados.
Cenário 19- Você trabalha em cuidados paliativos. Acometido por câncer do pulmão num estágio avançado, o Sr. Leo apresenta uma úlcera por pressão em estágio II na região do cóccix, necessitando de cuidados regularmente. Quando você faz o curativo, você observa que o Sr. Leo segura o choro. Ele pede para ir fumar apesar de precisar de oxigênio a 2L/min.	
Se você pensa:	E ele lhe fala:
59- Que o Sr. Leo nega sua situação de saúde pelo fato de querer fumar.	<i>"Fumar é tudo o que me resta de bom na vida."</i>
*60- Que o Sr. Leo não está pronto para morrer e que ele precisa de ajuda espiritual.	<i>"É muito difícil pra mim pensar em morrer neste lugar. Estou cansado de ver todos estes profissionais".</i>
*61-Que o Sr. Leo percebe que ele está perdendo o controle da situação de saúde.	<i>"Estou indiferente ao estado da minha ferida. Não perca seu tempo tentando curá-la".</i>
Cenário 20- A Sra. Júlia, 84 anos, está na emergência por causa de piora do seu estado geral e hipertermia. Além disso, ela tem Alzheimer, o que torna as interações difíceis. Você deve iniciar os procedimentos diagnósticos segundo a prescrição médica. A filha da Sra. Júlia, que	

vive com ela, está presente e manifesta seu desamparo quanto à situação da sua mãe e se diz esgotada.	
Se você estava pensando:	E ela lhe fala:
*62- Conversar com a filha da Sra. Júlia sobre os recursos da comunidade em serviços de apoio e cuidadores.	<i>"É minha mãe... e prometi cuidar dela. Vou me organizar sozinha."</i>
*63-Perguntar a filha da Sra. Júlia qual seria a melhor maneira de ajudá-la de imediato.	<i>"Não sei mais o que fazer" e ela começou a chorar.</i>
*64- Estabelecer com a filha da Sra. Júlia um plano de cuidados coerente e realista com a situação de saúde da mãe dela.	<i>"Acho tão duro que ela não me reconheça mais... ."</i>
Cenário 21- O Sr. Gabriel, 62 anos, tem uma hipertrofia benigna da próstata e foi submetido à ressecção transuretral da próstata, há dois dias. Seu cateter vesical foi retirado ontem e, desde então, o Sr. Gabriel monitora sua diurese. Ele segue a hidratação pós-operatória prescrita e parece aliviado pelo medicamento analgésico.	
Se você estava pensando em:	E você observa:
65- Investigar com o Sr. Gabriel o significado dessa intervenção cirúrgica sobre sua vida sexual.	Que o Sr. Gabriel faz brincadeiras a esse respeito e tenta fazer você se sentir incomodada ou pouco à vontade.
*66-Tranqüilizar o Sr. Gabriel sobre as possíveis perdas miccionais depois de ser submetido a esta cirurgia.	Que o Sr. Gabriel se diz envergonhado com esta situação; ele molhou as calças esta manhã.
67- Verificar o medo do Sr. Gabriel acerca da possibilidade de câncer da próstata entre os homens com hipertrofia benigna da próstata.	Que o Sr. Gabriel sabe que a hipertrofia da próstata não tem relação com o câncer da próstata.
Cenário 22- Internado por piora do estado geral, o Sr. Bruno, 83 anos, apresenta episódios de confusão desde que deu entrada no hospital. Ele tentou várias vezes sair da sua maca. Como ele caiu 4 vezes no decorrer das últimas 48 horas, uma contenção física foi instalada pelo pessoal de enfermagem do plantão anterior. Indignado, o filho do Sr. Bruno pede explicações.	
Se você estava pensando em:	E você observa:
68-Relatar ao Sr. Bruno o seu próprio constrangimento frente à situação.	Que o filho do Sr. Bruno quer registrar uma queixa formal ao estabelecimento de saúde.
69- Perguntar ao filho do Sr. Bruno sua opinião sobre os cuidados que o pai dele deveria receber.	Que a relação entre o Sr. Bruno e o filho dele não é muito harmoniosa. Eles não se veem há 3 anos.
70-Perguntar ao filho do Sr. Bruno seus medos e preocupações em relação à saúde de seu pai.	Que o filho do Sr. Bruno se fecha frente a qualquer conversa. Ele afirma: <i>"É você quem tem que me explicar o que está acontecendo."</i>
*71-Tomar medidas para remover a contenção e aumentar a supervisão do Sr. Bruno.	Que o filho do Sr. Bruno estabelece relação entre esta situação e a violência praticada contra as pessoas idosas, como é denunciada nas mídias.
Cenário 23- Você trabalha numa Unidade de Cuidados Coronarianos. O Sr. Marcos, 54 anos, se queixa de uma dor em aperto e repentina na região epigástrica de intensidade de 10 (numa escala de 0 a 10). Ansioso, ele fica cada vez mais dispneico. Você começa os procedimentos	

diagnósticos como prescrito. Você faz, entre outros, um eletrocardiograma e uma dosagem das enzimas cardíacas.	
Se você estava pensando:	E você observa:
*72- Apoiar o Sr. Marcos falando que pode ajudá-lo frente a essa dor súbita.	Que o Sr. Marcos acredita que, desta vez, é difícil demais para ele; ele não aguentará.
73- Entrar em contato com a família do Sr. Marcos.	Que o Sr. Marcos deseja que lhe deixem só. Ele não quer que a família dele o veja nesse estado.
74- Explicar os procedimentos diagnósticos aos poucos.	Que o Sr. Marcos apresenta um nítido aumento da sua ansiedade em função das explicações recebidas.
Cenário 24- A Sra. Clara, 45 anos, apresenta-se para a consulta pré-operatória. Daqui a duas semanas, ela vai passar por uma histerectomia abdominal total. Ela confessa estar preocupada com a cirurgia. Você planeja a orientação pré-operatória em função dessa cirurgia que vai ser realizada.	
Se você estava pensando em:	E você fica sabendo:
75- Perguntar da Sra. Clara o significado e a importância que ela dá ao seu útero.	Que a Sra. Clara não teve filhos e também não deseja ter.
76- Sugerir a Sra. Clara uma terapia de reposição hormonal após a cirurgia, em acordo com o médico.	Que a Sra. Clara já teve um tumor benigno na mama direita.
*77- Relatar à Sra. Clara a sua própria experiência nessa cirurgia, pois você já a vivenciou anos atrás.	Que a Sra. Clara receia essa menopausa cirúrgica. Ela acha que ela vai perder sua feminilidade.
Cenário 25- Você trabalha na Emergência Pediátrica. Nicolas, 2 anos e meio, dá entrada com broncoespasmo. Você monitora constantemente o estado respiratório de Nicolas que apresenta uma tiragem subcostal e xifoidiana, saturação de 92 % em ar ambiente e 42 movimentos respiratórios por minuto. Preocupada, a mãe de Nicolas fica perto dele.	
Se você estava pensando em:	E você observa:
78- Perguntar para a mãe do Nicolas o que ela faz normalmente para controlar as crises de asma do seu filho.	Que a mãe do Nicolas se sente sobrecarregada pelos acontecimentos. Mãe solteira, ela busca apoio.
79- Informar à mãe do Nicolas sobre as medidas de tratamento de uma crise de asma, entre outros, os medicamentos administrados.	Que a mãe do Nicolas teme um atraso no crescimento do seu filho, efeito secundário dos glicocorticoides usados durante crises de asma.
*80- Perguntar para a mãe do Nicolas o que mais a ajudaria a enfrentar a situação nesse momento.	Que a mãe do Nicolas administra bombinhas entre as doses de medicamentos apesar das explicações dadas a esse respeito.
Cenário 26- O Sr. Flávio, 34 anos, está na emergência com dor de origem cardíaca. Seu eletrocardiograma mostra certas irregularidades. Você monitoriza seu estado medindo com frequência seus sinais vitais e observando o traçado do eletrocardiograma. No momento de medir os sinais vitais, o Sr. Flávio quer utilizar seu computador e seu telefone celular, apesar das restrições impostas a esse respeito. Ele pede também para tirar os eletrodos para sair para fumar.	

Se você pensa:	E você fica sabendo:
*81- Que o Sr. Flávio não está esclarecido quanto a gravidade do seu estado. Ele nega sua situação de saúde.	Que o pai dele faleceu de um infarto do miocárdio na idade de 40 anos.
82- Que o Sr. Flávio é um homem estressado que dedica muito tempo ao seu trabalho.	Que o Sr. Flávio acaba de perder seu emprego e contata o sindicato. Esta situação o preocupa muito.
*83- Que o Sr. Flávio não está pronto para mudar seu estilo de vida.	Que o Sr. Flávio teve uma depressão grave, há um ano.
Cenário 27- Você visita a casa do Sr. e Sra. Lima. A Sra. Lima sofre de um câncer ósseo em fase terminal. Ela quer morrer em casa, cercada por sua família. Você deve dar-lhe suas injeções de analgésicos em horários regulares. Na sua chegada, o Sr. Lima tem o semblante tenso e lágrimas nos olhos. Ele se diz arrasado pela situação, e acredita que sua esposa está sofrendo muito.	
Se você estava pensando em:	E ele lhe fala:
*84- Perguntar ao Sr. Lima a melhor forma de ajudar a ele e sua esposa no momento.	Que ele acha que a esposa dele recebe injeções de analgésicos demais e que ele tem medo que o medicamento precipite seu falecimento.
*85- Fazer com que o Sr. Lima verbalize como percebe a morte.	Que somente Deus pode decidir a hora da morte de uma pessoa.
86- Oferecer ao Sr. Lima acolhimento e apoio adicionais.	Que a ajuda dada é mais que suficiente, e que ele quer ficar sozinho com a sua esposa.
Cenário 28- Eliana é uma adolescente de 13 anos que se apresenta na Unidade Básica com o objetivo de obter uma consulta sobre contracepção. No meio da consulta, ela desmorona em lágrimas e confessa que está grávida. Ela não sabe se deve fazer um aborto ou não.	
Se você pensava em:	E você observa:
*87- Perguntar a Eliana o que ela espera de você e de sua ajuda, tendo em vista a situação.	Que Eliana afirma não pode tomar decisão por enquanto e que ela quer que alguém decida no lugar dela.
*88- Identificar com ela os recursos no seu meio social que poderão lhe fornecer apoio e ajuda.	Que Eliana não pode contar sua condição para a sua família, porque a mesma desaprova as mães solteiras.
*89- Incentivar Eliana a falar sobre o significado que ela dá ao fato de ter um filho.	Que Eliana deseja levar sua gravidez a termo, apesar de sua pouca idade e sem a ajuda do pai.
Cenário 29- O Sr. Ferreira, 78 anos, foi operado para a substituição do quadril direito. Durante os cuidados de higiene, você nota uma úlcera por pressão estágio 2 no cóccix. O Sr. Ferreira se movimenta com dificuldade e quer ficar deitado de costas por enquanto. Ele recusa movimentar-se apesar da presença do ferimento no cóccix.	
Se você pensa:	E ele lhe fala:
*90- Que o Sr. Ferreira não recebeu as informações necessárias sobre os cuidados da sua úlcera por pressão.	<i>"Quero primeiro sarar do meu quadril. A gente cuida da ferida depois."</i>

*91- Que o Sr. Ferreira recusa movimentar-se porque sente dor.	<i>“Estou ficando com muito sono se eu tomo remédios contra a dor”.</i>
*92- Que o Sr. Ferreira tem medo de mobilizar seu quadril operado.	<i>“Os funcionários não me ajudam o bastante para me mobilizar. Falta pessoal. Não quero perturbar”.</i>

(*) Itens que foram retidos após o processo de otimização.

Fonte: Dados da pesquisa São Paulo, SP; Manaus, AM, Brasil.

Os escores do TCSHC versão brasileira são calculados apenas do total dos itens porque não foi possível identificar os três domínios teóricos propostos por Deschênes (2006) (aspectos humanos do cuidado, relacionamento terapêutico e atividades clínicas de enfermagem). Para permitir a comparação entre estudos, os escores totais são transformados em escala de 0 a 100.

6.3.6 Raciocínio clínico de estudantes de enfermagem e enfermeiros

Após a otimização do TCSHC versão brasileira foram realizadas análises estatísticas a partir das respostas dos participantes (estudantes de enfermagem e enfermeiros) e dos especialistas aos 53 itens. Os escores totais de cada respondente (enfermeiros, estudantes e especialistas) foram transformados em escala de 0 a 100 para permitir comparações com resultados usando o TCSHC com número diferente de itens.

A seguir, a Figura 5 mostra a distribuição dos escores totais dos especialistas, transformados para valores de 0 a 100, considerando os 53 itens. Observa-se que o gráfico da Figura 3 apresentada na seção de otimização do TCSHC considerou as respostas dos especialistas nos 92 itens iniciais.

Figura 5 - Distribuição dos escores (0 a 100) dos membros do painel de especialistas dos 53 itens do TCSHC versão brasileira.

Legenda: Número que representa o especialista (1-20)
 Figura que relaciona o escore do especialista (escores mínimo e máximo).

Fonte: Dados da pesquisa. São Paulo, SP; Manaus, AM, Brasil, 2016.

A seguir são apresentados os resultados dos testes de associação entre raciocínio clínico (escores médios no TCSHC versão brasileira) e variáveis selecionadas. Importante observar que há resultados referentes à amostra total de participantes (N=644), que inclui enfermeiros (n=296) e estudantes (n= 348), e referentes ao painel de especialistas (n=20).

Tabela 9 - Estatística descritiva dos escores dos enfermeiros, estudantes e especialistas.

Categoria do participante	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Intervalo de Confiança 95%		Mínimo	Máximo
					Lim Inferior	Lim Superior		
Estudante	348	65,71	12,00	0,64	64,44	66,97	14,28	92,15
Enfermeiro	296	69,35	14,39	0,84	67,70	71,00	22,70	94,92
Especialista	20	77,50	6,57	1,47	74,42	80,57	65,11	89,47
Total	664	67,69	13,23	0,51	66,68	68,69	14,28	94,92

Fonte: Dados da pesquisa. São Paulo, SP; Manaus, AM, Brasil, 2016.

As médias dos escores entre enfermeiros, estudantes e especialistas foram submetidas à análise de variância (ANOVA), cujos resultados estão nas Tabelas 10 e 11.

Tabela 10 - Resultados do ANOVA para comparação entre os três grupos (estudantes, enfermeiros e especialistas).

	Soma de Quadrados	g.l.	Quadrado Médio	F	P-valor
Entre Grupos	4107,206	2	2053,603	12,135	,000
Dentro dos Grupos	111864,775	661	169,236		
Total	115971,981	663			

Fonte: Dados da pesquisa. São Paulo, SP; Manaus, AM, Brasil, 2016.

Tabela 11 - Teste Post Hoc do ANOVA para comparação dois a dois entre enfermeiros, estudantes e especialistas.

Categorias dos participantes		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	Intervalo de confiança 95%	
					Lim. Inferior	Lim. Superior
Estudante	Enfermeiro	-3,64352*	1,02862	,001	-6,1123	-1,1747
	Especialista	-11,78762*	2,99134	,000	-18,9671	-4,6081
Enfermeiro	Estudante	3,64352*	1,02862	,001	1,1747	6,1123
	Especialista	-8,14409*	3,00558	,021	-15,3578	-,9304
Especialista	Estudante	11,78762*	2,99134	,000	4,6081	18,9671
	Enfermeiro	8,14409*	3,00558	,021	,9304	15,3578

(*) A diferença média é significativa ao nível de 0,05.

Fonte: Dados da pesquisa. São Paulo, SP; Manaus, AM, Brasil, 2016.

Os resultados das Tabelas 10 e 11 mostram que houve diferença significativa dos escores médios no TCSHC entre os grupos investigados ($F=12,135$; $gl=2$; $p=0,000$). Especialistas obtiveram melhores escores médios no TCSHC versão brasileira (77,50; DP= 6,57) que os enfermeiros (69,35 DP= 14,39; $p=0,021$) e que os estudantes (65,71 DP= 12,0; $p=0,021$) e os enfermeiros, por sua vez, melhores escores que o grupo de estudantes ($p=0,001$).

Os resultados daqui em diante referem-se apenas à amostra dos enfermeiros ($n=296$) e dos estudantes ($n=348$), totalizando 644 participantes.

Tabela 12- Estatística descritiva das médias dos escores segundo sexo dos participantes.

Sexo	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Intervalo de Confiança 95%		Mínimo	Máximo
					Lim Inferior	Lim Superior		
Masculino	128	63,91	12,81	1,13	61,67	66,15	22,70	88,98
Feminino	516	68,24	13,24	0,58	67,10	69,39	14,28	94,92
Total	644	67,38	13,27	0,52	66,36	68,41	14,28	94,92

Fonte: Dados da pesquisa. São Paulo, SP; Manaus, AM, Brasil, 2016.

Tabela 13 - Resultados do Teste t na comparação das médias dos escores segundo o sexo dos participantes.

Tese de Levine para a Equivalên cia das variações		Teste-t para Igualdade das Médias							
		F	Sig.	t	Df	Sig. (bicaudais)	Diferença média	Diferença do Desvio Padrão	Intervalo de confiança 95% Lim. Inferior Lim. Superior
Variações iguais assumidas		,161	,688	-3,33	642	,001	-4,32	1,29	-6,88 -1,77
Variações iguais não-assumidas		---	---	-3,39	199,81	,001	-4,32	1,27	-6,84 -1,817

Fonte: Dados da pesquisa. São Paulo, SP; Manaus, AM, Brasil, 2016.

O Teste t revelou diferença significativa dos escores médios dos participantes (enfermeiros e estudantes) entre os sexos (Tabela 13). Os escores médios no TCSHC versão brasileira das mulheres (68,24) foi significativamente superior que os dos homens (63,91; $t=-3,33$; $p=0,001$) (Tabelas 12 e 13).

Os índices de correlação de Pearson dos escores no TCSHC versão brasileira com a idade dos participantes ($N=644$) mostrou correlação positiva significativa fraca ($r=0,119$; $p=0,002$).

No subgrupo de estudantes ($n=348$) não houve associação entre a fase atual da graduação e os escores médios no TCSHC versão brasileira. Apesar de significativo e positivo, o coeficiente de correlação de Pearson foi muito baixo ($r=0,144$; $p=0,007$). Os escores no TCSHC versão brasileira dos estudantes ($n=348$) também foram testados quanto à exposição que já tinham tido ao processo de enfermagem na época da coleta dos dados. As Tabelas 14 e 15 mostram os resultados da comparação das médias dos escores em raciocínio clínico (Teste t de Student) entre os estudantes que já tinham tido algum conteúdo sobre o processo de enfermagem ($n=218$) e aqueles que ainda não tinham sido expostos ($n=127$).

Tabela 14 - Estatísticas descritivas dos escores médios dos estudantes (n=345) segundo exposição ao conteúdo relativo ao processo de enfermagem.

Conteúdo relativo ao processo de enfermagem	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Intervalo de Confiança 95%		Mínimo	Máximo
					Lim Inferior	Lim Superior		
Sim	218	67,08	12,14	0,82	61,47	65,48	35,26	89,70
Não	127	63,47	11,42	1,01	65,46	69,71	14,28	92,15
Total	345	65,76	11,99	0,65	64,49	67,03	14,28	92,15

Fonte: Dados da pesquisa. São Paulo, SP; Manaus, AM, Brasil, 2016.

Tabela 15 - Resultados do Teste t na comparação das médias dos escores segundo exposição ao conteúdo relativo ao processo de enfermagem.

Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
		F	Sig.	T	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference Lower Upper
Equal variances assumed		,147	,702	-2,722	343	,007	-3,61093	1,32668	-6,22038 -1,00148
Equal variances not assumed				-2,766	276,786	,006	-3,61093	1,30551	-6,18092 -1,04094

Fonte: Dados da pesquisa. São Pualo, SP; Manaus, AM, Brasil, 2016.

Observa-se nas Tabelas 14 e 15 que os estudantes que já tinham tido algum conteúdo sobre processo de enfermagem tiveram melhores escores (67,08) que os estudantes que ainda não tinham tido esse conteúdo (63,47; $t=-2,72$; $p=0,007$).

No subgrupo dos enfermeiros (n=296) não houve associação entre o tempo de experiência profissional e os escores médios no TCSHC. O coeficiente de correlação de Pearson foi positivo e significativo, mas muito próximo de zero ($r=0,158$; $p=0,006$).

As Tabelas 16, 17 e 18 mostram os resultados da análise descritiva e do teste que compara os escores dos enfermeiros (n=296) segundo o maior grau de formação.

Tabela 16 - Estatísticas descritivas dos escores de raciocínio clínico de acordo com o maior grau de formação entre os enfermeiros (n=296).

Maior grau de formação	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Int Confiança de 95%		Mínimo	Máximo
					Lim Inferior	Lim Superior		
Graduação	15	66,94	18,99	4,90	56,42	77,45	28,74	94,92
Especialização	221	68,23	14,55	0,98	66,30	70,16	22,70	93,13
Mestrado	42	71,21	11,61	1,79	67,60	74,83	41,55	88,70
Doutorado	18	80,76	8,08	1,90	76,75	84,78	64,06	92,79
Total	296	69,35	14,39	0,84	67,70	71,00	22,70	94,92

Fonte: Dados da pesquisa. São Pualo, SP; Manaus, AM, Brasil, 2016.

Tabela 17 - Resultados do teste ANOVA para associação entre os escores médios no TCSHC versão brasileira e o maior grau de formação obtido entre os enfermeiros (n=296).

	Soma dos quadrados	GI	Quadrado Médio	F	Sig.
Entre grupos	2855,272	3	951,757	4,772	,003
Intra grupos	58241,503	292	199,457	-	-
Total	61096,775	295	-	-	-

Fonte: Dados da pesquisa. São Pualo, SP; Manaus, AM, Brasil, 2016.

Tabela 18 - Resultados dos Testes Post Hoc para comparações múltiplas dois a dois entre os grupos de enfermeiros segundo maior grau de formação obtido.

Maior grau obtido		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Graduação	Especialização	-1,29518	3,76824	1,000	-11,3050	8,7146
	Mestrado	-4,27889	4,24807	1,000	-15,5633	7,0055
	Doutorado	-13,82830*	4,93742	,033	-26,9438	-,7128
Especialização	Graduação	1,29518	3,76824	1,000	-8,7146	11,3050
	Mestrado	-2,98371	2,37729	1,000	-9,2986	3,3312
	Doutorado	-12,53313*	3,46172	,002	-21,7287	-3,3376
Mestrado	Graduação	4,27889	4,24807	1,000	-7,0055	15,5633
	Especialização	2,98371	2,37729	1,000	-3,3312	9,2986
	Doutorado	-9,54942	3,97869	,102	-20,1182	1,0194
Doutorado	Graduação	13,82830*	4,93742	,033	,7128	26,9438
	Especialização	12,53313*	3,46172	,002	3,3376	21,7287
	Mestrado	9,54942	3,97869	,102	-1,0194	20,1182

Fonte: Dados da pesquisa. São Paulo, SP; Manaus, AM, Brasil, 2016.

Os resultados das Tabelas 16, 17 e 18 mostram que houve associação entre o maior grau de formação e raciocínio clínico ($F=4,772$; $p=0,003$). A Tabela 18 mostra as diferenças entre as médias dos escores entre os graus de formação e o p valor

para cada comparação. Os escores médios no TCSHC versão brasileira dos enfermeiros com doutorado (80,76; DP= 8,08) foram estatisticamente superiores aos dos enfermeiros com especialização (68,23; DP= 14,55; $p=0,002$) e aos dos com apenas a graduação (66,94; DP= 18,99; $p=0,033$), mas sem diferença estatística quando comparados aos escores dos enfermeiros cujo maior grau era o mestrado (71,21; $p=0,102$). Não houve diferenças estatísticas entre os escores médios no TCSHC versão brasileira dos que tinham como maior grau obtido a graduação, ou a especialização ou o mestrado. Em todos os casos de comparação dois a dois o p valor foi igual a 1,00.

7. Discussão

7 DISCUSSÃO

Os passos metodológicos do processo de adaptação cultural do TCSHC foram orientados pelas recomendações internacionais da *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* - ISPOR (WILD et al, 2005) e resultaram no desenvolvimento de sua versão brasileira, que ficou denominada como *Test de Concordance de Scripts Human Caring* - versão brasileira (TCSHC - versão brasileira). Decidimos manter o nome do instrumento original, ou seja como o teste é conhecido no meio acadêmico, acrescentando a expressão “versão brasileira” para facilitar a sua identificação nas bases de dados eletrônicas nacional e internacional.

São grandes os desafios para adaptar um instrumento criado num determinado país para o contexto de um outro país, garantindo a equivalência entre os dois. Vários autores têm se dedicado a desenvolver e testar metodologias para esse processo e há considerável variedade de procedimentos e recomendações que nem sempre são claras ou consistentes. As diferentes terminologias usadas nessa área dificultam ainda mais a compreensão das propostas metodológicas. A falta de consenso nos processos de adaptação cultural tem suas causas nas características dos instrumentos, das populações e nos contextos em que estes são aplicados. Instrumentos mal adaptados podem gerar resultados inconsistentes e pouco fidedignos (BORSA, DAMÁSIO, BANDEIRA, 2012). A ampla revisão dos princípios e boas práticas do processo de tradução e adaptação cultural de instrumentos de medidas realizada pela ISPOR, possibilitou traçar diretrizes aceitas universalmente e factíveis às práticas de pesquisas na área (WILD et al, 2005). Ao adaptar um instrumento de medida é preciso ponderar sobre os significados dos conceitos e dimensões pertinentes ao instrumento original, além de considerar a capacidade de reproduzir tais conceitos na nova população alvo (MUÑIZ, ELOSUA, HAMBLETON, 2013). O processo de tradução e adaptação do TCSHC para a língua portuguesa do Brasil, orientado pelos princípios e diretrizes da ISPOR, permitiu contemplar as equivalências conceitual, semântica e técnico-científica do instrumento adaptado.

Beaton et al (2000) comentam sobre a importância da equivalência cultural na garantia do uso de termos coerentes com a realidade vivenciada com a população-alvo e recomenda a modificação de termos que possam comprometer o nexo cultural.

No processo de adaptação do TCSHC para o Brasil, a revisão da versão retro-traduzida não evidenciou demandas importantes quanto à equivalência conceitual com o instrumento original. Porém, se a autora do instrumento original pudesse ter participado nessa fase, certamente facilitaria o processo das adequações conceituais. A maior dificuldade enfrentada foi na adaptação das instruções para o uso do instrumento. O formato do teste e o tipo de resposta requerida no TCS são muito peculiares. O examinando deve julgar a influência da apresentação de dados adicionais em hipóteses, diagnósticas ou terapêuticas, enunciadas a partir de um cenário que é uma descrição breve de uma situação clínica. Para adaptar as orientações do instrumento original para a versão brasileira foram feitas inúmeras tentativas. Finalmente, em reunião de consenso foram acordadas modificações na redação das instruções para garantir clareza e compreensão das orientações no correto preenchimento do teste.

A criação da grade de pontuação (o gabarito), realizada com a colaboração dos 20 especialistas, que gerou os escores atribuídos às possíveis respostas em cada item também não é procedimento usual na construção de testes. Opinar sobre as respostas corretas aos itens de um teste é o que mais comumente se solicita ao especialista. No caso do TCS, é solicitado que o especialista forneça suas próprias respostas ao teste, contra as quais as respostas de examinandos serão contrastadas (DORY, 2012). Para a construção da grade de resposta do instrumento original, a autora selecionou enfermeiros com conhecimento e prática baseados na Teoria do Cuidado Humano (DESCHÊNES, 2006). Na criação da grade de pontuação para a versão brasileira do TCSHC, contamos com a colaboração de enfermeiros com experiência no ensino, pesquisa e prática de processo de enfermagem, sistemas de classificação, teorias de enfermagem, raciocínio clínico, enfermagem baseada em evidências, cuidados paliativos, acurácia diagnóstica, gestão do conhecimento, terapia comportamental cognitiva, espiritualidade e fenomenologia., porque não conseguimos identificar especialistas na Teoria do Cuidado Humano. O exame cuidadoso dos itens do TCSHC mostra que os aspectos da Teoria do Cuidado Humano neles envolvidos permeiam os conceitos de pessoa, saúde, enfermagem e ambiente de várias teorias de enfermagem. Por essa razão, admitimos que o fato de não termos contado com especialistas na Teoria do Cuidado Humano, tal como

descrito na construção da grade de respostas do instrumento original, não interferiu nos resultados obtidos na adaptação.

Recomenda-se que as respostas do painel de especialistas sejam examinadas durante a construção de TCS (DORY, 2012). Esse procedimento é usado na construção de TCS para analisar os próprios itens e o efeito da variabilidade das respostas dos especialistas nas propriedades do TCS. Em geral, os desacordos entre as respostas dos especialistas são interpretados mais como resultado do caráter mal definido dos cenários, que expressão de erro de medida, embora isso seja parcialmente verdadeiro (DORY, 2012). Os itens para os quais as respostas dos especialistas são unânimes, muito provavelmente medem a aplicação de conhecimentos em cenários muito bem definidos, como é o caso dos testes tradicionais de múltipla escolha em que apenas uma resposta é correta (DORY, 2012).

Os TCS são indicados para avaliar o raciocínio clínico em situações mal definidas em que poderiam ser aceitáveis mais de uma resposta. Itens em que há grande desacordo entre os especialistas, como, por exemplo, quando um especialista responde no extremo oposto às respostas dos outros especialistas, sugerem problemas no enunciado do item ou problemas com a "expertise" do painel de especialistas (DORY, 2012). O impacto da exclusão de respostas "desviantes", seja por meio da exclusão da resposta desviante ou de todas as respostas dos especialistas que apresentam respostas desviantes, e o impacto da variabilidade das respostas dos especialistas nas propriedades psicométricas dos TCS é ainda tema controverso (DORY, 2012). Em estudo que avaliou o efeito das respostas "desviantes" na confiabilidade e poder discriminante dos TCS, os autores concluíram que para painéis de especialistas com 15 ou mais membros não é necessário removê-las (GAGNON, LUBASKY, LAMBERT, CHARLIN, 2011). Neste estudo foi adotada essa recomendação. No entanto, como ainda são incipientes os estudos sobre esse aspecto, a verificação, em outros estudos, do efeito da exclusão das respostas "desviantes" do painel de especialistas na confiabilidade do TCSHC versão brasileira agregará evidências para a discussão dessa controvérsia. Um aspecto interessante neste estudo é que, ao contrastar as Figuras 3 e 5 que mostram a distribuição dos escores totais dos especialistas aos 92 itens originais do TCSHC e aos 53 que resistiram à otimização dos itens, respectivamente, observamos que houve diminuição da amplitude de variação dos escores dos especialistas. Talvez, a própria otimização

dos itens seja suficiente para eliminar aqueles que são influenciados pelas respostas "desviantes" do painel de especialistas.

Após a fase de adaptação cultural do TCSHC partiu-se para a avaliação das suas propriedades psicométricas. Os *guidelines* de construção de testes de concordância recomendam a otimização da ferramenta com o objetivo de garantir melhores índices de confiabilidade (CHARLIN et al, 2000; GAGNON et al, 2005; FOURNIER; DEMEESTER; CHARLIN, 2008; DESCHÊNES et al 2011).

No processo de otimização do TCSHC versão brasileira foram eliminados 39 itens com um índice de correlação item-total $\leq 0,2$, seguindo as recomendações do CPASS (*Centre de Pédagogie Appliquée aux Sciences de la Santé*) da Universidade de Montreal. Nos estudos de Deschênes (2006) e Dawson (2012) os itens eliminados apresentaram um índice de correlação item-total $\leq 0,05$, sendo eliminados respectivamente 18 e 16 itens. No estudo original de Deschênes (2006) foram eliminados 18 itens, no estudo de Dawson (2012) foram eliminados 16 itens e no presente estudo foram eliminados 39 itens. Identificou-se 6 itens eliminados em comum com o estudo de Deschênes (2006) e 7 itens em comum com o estudo de Dawson (2012). Analisando as razões da eliminação dos itens dos três estudos mencionados não identificou-se justificativas dignas de observação em seus conteúdos, levando a concluir que a principal razão comum das exclusões entre os estudos foi o critério da medida de correlação item-total. Vale notar que o índice de correlação item-total adotado no presente estudo para eliminar itens ($r \leq 0,20$) foi mais rigoroso do que aquele dos estudos mencionados.

O TCSHC versão brasileira foi otimizado com um total de 53 itens, obtendo um valor alfa de 0,87, Deschênes et al (2006) no estudo original obtiveram um alfa de 0,86 e no estudo de Dawson (2012) um alfa de 0,85. Na literatura, diversos estudos têm apresentado evidências de boa consistência interna dos TCS (BRAILOVSKY et al, 2001; MORAL et al, 2004; SIBERT et al, 2005; METERISSIAN et al, 2007; LUBARSKY et al, 2009; CARRIÈRE et al, 2009; PIOVEZAN et al, 2010; HERNÁNDEZ et al, 2011; PIOVEZAN et al, 2010; HUMBERT et al, 2011; NOUH et al, 2012; WAN, 2015). Para Dory et al (2012) não fica muito claro nos estudos se a consistência interna foi calculada sobre os escores dos itens ou sobre os escores nos cenários (sobre as médias dos escores dos itens contidos em cada cenário), e que eliminar itens com baixas correlações no processo de otimização tende a superestimar a

consistência interna. No entanto, é importante observar que, por outro lado, a diminuição do número de itens tende a diminuir os índices de consistência interna e que o item que apresenta baixa correlação com o escore total indica que ele pouco contribui para a medida. Isso fala a favor da eliminação de itens com baixa correlação item-total.

Ao comparar as pontuações dos especialistas nos itens excluídos por correlação item-total $\geq 0,2$ do TCSHC versão brasileira com os mesmos itens do instrumento americano (DAWSON, 2012) pôde-se identificar discordâncias inter-painelistas (especialistas do mesmo painel) e inter-painel (entre diferentes painéis). As incongruências nas pontuações do painel podem levar a considerar possíveis deficiências na construção dos itens ou mostrar fragilidades do próprio método de pontuação (LINEBERRY; KREITER; BORDAGE, 2013).

Côte et al (2014) desenvolveram um TCS para avaliar o raciocínio clínico de enfermeiros no contexto da deterioração da condição clínica de pacientes clínico-cirúrgicos (TCS-DC). O estudo analisou a consistência interna, a validade de conteúdo, validade discriminante e a estabilidade temporal do instrumento. Na análise da consistência interna o instrumento obteve um alfa de 0,76; na validade de conteúdo foi utilizado o IVC (Índice de Validade de Conteúdo), os IVCs para relevância e clareza foram respectivamente de 0,99 e 0,99; a validade discriminante do TCS-DC foi estimada por meio de teste de hipótese de diferenças dos escores entre grupos conhecidos, observando-se diferença estatisticamente significativa dos escores entre enfermeiros novatos (64,2 DP=8,5) e enfermeiros especialistas (80,2 DP=5,6) e correlação positiva significativa e substancial ($r=0,52$) entre as médias do TCS-DC e os anos de experiência clínica. No mesmo estudo (CÔTE, 2014), o Coeficiente Intra Classe (ICC) do teste-reteste (com intervalo de duas semanas) foi significativo (0,554) o que indica estabilidade temporal moderadamente satisfatória. Em outro estudo na enfermagem, Latreille (2012) propôs construir e validar um TCS para avaliar o raciocínio clínico de estudantes e enfermeiros na pediatria considerando as três dimensões do raciocínio clínico (avaliação, intervenção e relação terapêutica). Nesse estudo, o instrumento obteve um índice de consistência interna de 0,61; a validade de conteúdo foi obtida pela análise de um comitê de juízes e a validade discriminante foi observada pela comparação das médias dos escores entre grupos conhecidos (estudantes, 62,3; enfermeiros, 75,0 e especialistas, 77,4). Nesses dois estudos, os

autores concluíram que o método de concordância de *scripts* é confiável e válido para ser utilizado em contextos da enfermagem (CÔTÉ ET AL. 2014; LATREILLE, 2012).

Em geral, as iniciativas de construção de TCS na enfermagem têm avaliado a consistência interna, a validade de conteúdo e a validade discriminante (DESCHÊNES 2006, 2012; DAWSON, 2012; LATREILLE, 2012), além da estabilidade temporal (CÔTE et al, 2014). Porém, em nenhum desses estudos foram realizadas análises fatoriais (exploratória ou confirmatória) e o mesmo ocorre no desenvolvimento de TCS na medicina. De acordo com Wilson (2013), a estrutura dos construtos dos TCS na medicina não tem sido investigada por análises fatoriais. As evidências de validade têm se limitado à validade de conteúdo (opinião de especialistas sobre os itens) e à validade discriminante por meio do teste de hipóteses de diferenças entre grupos conhecidos.

Neste estudo de adaptação do TCSHC, assumiu-se que o TCSHC, idealizado por Deschênes (2006) e replicado por Dawson (2012), considerou uma estrutura com três dimensões derivadas da Teoria do Cuidado Humano (WATSON, 1979, 1985), a saber: aspectos humanos do cuidado, relacionamento terapêutico e atividades clínicas de enfermagem. A análise fatorial confirmatória, realizada sobre as respostas dos estudantes e enfermeiros ao TCSHC versão brasileira, refutou a hipótese de validade dessa estrutura com três dimensões pois não houve ajuste do modelo (Comparative Fit Index (CFI) = 0,483; Tucker-Lewis Index (TLI) = 0,471). Como nos estudos de DESCHÊNES (2006) e de DAWSON (2012) não há resultados de qualquer análise fatorial, não se pode comparar os resultados aqui obtidos com os do TCSHC original (DESCHÊNES, 2006) e do adaptado para o inglês (DAWSON, 2012).

Sem a confirmação do modelo com três dimensões que foi assumido para a análise confirmatória, os dados foram submetidos à análise fatorial exploratória. No entanto, na melhor solução encontrada para os 53 itens, o primeiro fator explicou apenas 14,03% da variância dos escores e precisaríamos de 21 fatores para explicar 60%, que é a proporção de variância explicada desejável (Tabelas 5 e 6). Esses resultados são semelhantes aos resultados do estudo de Wilson (2013) em que usou os dados obtidos com dois TCS aplicados para avaliar as habilidades de interpretação de dados como componente essencial do raciocínio clínico de estudantes de medicina numa instituição de ensino de grande porte nos Estados Unidos da América. A análise fatorial confirmatória resultou em solução em que o exame das cargas fatoriais revelou

um número limitado de itens significativamente correlacionados com um único fator, sugerindo que os TCS não são unidimensionais (WILSON, 2013). Esses resultados mostram que há muito a ser desenvolvido em termos teóricos sobre uso dos TCS para avaliar o raciocínio clínico, independente de sua área de aplicação. É possível que cada TCS meça um construto específico, assim como é possível que as próprias características dos TCS extrapolem a capacidade de as análises existentes identificarem a estrutura do construto, ou ainda que os TCS meçam um construto de raciocínio clínico ainda não teorizado. Wilson (2013) ressalta a necessidade de estudos psicométricos mais rigorosos dos TCS, destaca a preocupação quanto ao significado das pontuações do teste e apresenta as seguintes proposições:

“Ou os TCS não medem consistentemente os mesmos construtos latentes, ou a estrutura fatorial dos TCS é mais complexa ou multifacetada do que poderia ser reconhecida pelas análises realizadas” (WILSON, 2013, p. 64).

Lineberry, Kreiter e Bordage (2013) em artigo de revisão dos estudos que avaliam o método de pontuação agregado utilizado pelos TCS afirmam que a particularidade do sistema de pontuação dos TCS é uma das ameaças à sua validade por introduzir inconsistências lógicas, como a possibilidade de as médias dos examinandos superarem as dos especialistas. O sistema de pontuação agregado utilizado nos TCS baseia-se no argumento de que diferentes profissionais, diante da mesma situação, podem não colher exatamente os mesmos dados, não seguir as mesmas linhas de raciocínio, ter desempenhos diferentes e que essas diferenças são consideradas válidas (CHARLIN et al 2006). Lineberry, Kreiter e Bordage (2013) contra argumentam que aceitar as diferenças entre os profissionais nos dados coletados e nas linhas de raciocínio que usam não significa que se possam aceitar conclusões diferentes, eventualmente opostas, como o que pode ocorrer no painel de especialistas para construir a grade dos TCS. Complementam com a afirmação de que se os profissionais não desempenham igualmente bem suas funções, os painéis de especialistas não deveriam incluir aqueles que, mesmo experientes, tenham concepções errôneas de raciocínio clínico, ou conhecimentos factuais falsos (LINEBERRY, KREITER, BORDAGE 2013). Em nossa opinião, os argumentos de Lineberry, Kreiter e Bordage (2013) perdem força se voltarmos à ideia de que os TCS são adequados a situações mal definidas, como, por exemplo, situações em que dados relevantes para as decisões estão faltantes, situações em que dilemas éticos

estejam envolvidos, ou ainda, situações em que as expectativas do paciente não correspondem às melhores evidências disponíveis sobre um determinado curso de ação. Em situações desses tipos é possível admitir decisões diferentes sem que qualquer delas represente mal desempenho profissional.

Em artigo de revisão, Lubarsky et al (2011) apresentam cinco tipos de evidência de validade e assim tentam oferecer suporte teórico para a interpretação das pontuações do método de concordância de scripts. Os tipos de evidências de validade de construto são: conteúdo, processo de resposta, estrutura interna, relação com outras variáveis e consequências de uso. Na análise do conteúdo dos cenários e itens contidos nos TCS as instruções recomendadas pelos desenvolvedores para a construção dos conteúdos dos itens e cenários que compõem os TCS orientam que sejam feitas por duas equipes de escritores, informações quanto a natureza das situações de incerteza, construção dos cenários e formato do item, detalhadamente são apresentadas nos *guidelines* e em outras produções científicas com os mesmos fins (GAGNON, et al, 2005; GAGNON et al, 2011; FOURNIER; DEMEESTER; CHARLIN, 2008; DORY et al, 2011). A evidência “processo de resposta” tem sido suportada pela relação entre o construto pretendido do TCS (por exemplo, interpretação de dados), o pensamento e o processo de resposta dos examinandos. A sustentação da validade do “processo de resposta” é predominantemente teórica e com mínima explicação empírica (COOK; BECKMAN, 2006; GAGNON et al, 2006). A evidência de validade da “estrutura interna” é comprovada pelos índices de consistência interna satisfatórios e um tamanho mínimo de painel garantindo estimativas de confiabilidade aceitáveis (CHARLIN et al, 1998; BRAZEAU-LAMONTAGNE et al, 2004; GAGNON et al, 2005; SIBERT et al, 2201; METERISSIAN, et al, 2207; FOURNIER; DEMEESTER; CHARLIN, 2008; LAMBERT et al, 2009; LUBASRKY et al, 2009, CARIÉRE et al, 2009). A evidência “relações com outras variáveis” é apoiada por estudos empíricos em que se comparam o desempenho de uma amostra no TCS com o desempenho em outro instrumento correlato. Por exemplo, Collard et al (2009) observaram correlação positiva entre os escores do TCS e um teste do tipo verdadeiro (V) ou falso (F) entre estudantes iniciantes, mas não em estágios de treinamento. Em outro exemplo de validade de “relações com outras variáveis”, Fournier et al (2008) não encontraram correlação significativa entre os escores de uma pequena coorte de residentes em emergência em 60 questões do

tipo múltipla escolha e em 90 questões de um TCS. A evidência de validade de “consequências” explora o impacto do teste no campo do ensino e aprendizagem. Estudos utilizaram o método de TCS em oficinas interativas para profissionais de saúde e as avaliações pré e pós oficina e mostraram que a experiência conduziu a melhorias no conhecimento dos participantes, nas habilidades de raciocínio clínico e hábitos de prática, mas estudos nessa área ainda são escassos (LABELLE et al, 2004; DELVIN et al, 2008; PETRELLA; DAVIS, 2007).

As evidências de validade apresentadas por Lubarsky et al (2011) consideraram estudos com variadas qualidades metodológicas. Wilson (2013) destaca a importância de que sejam realizadas análises psicométricas mais rigorosas e destaca a sua preocupação quanto ao significado das pontuações dos TCS em escala tipo Likert e propõe a utilização de outros tipos de escala para medir o raciocínio clínico como a de Guttman e Thurstone que exigiriam análises baseadas na teoria de resposta ao item, o que talvez facilitasse a identificação de uma estrutura comum para os TCS.

O presente estudo buscou identificar traços latentes da teoria do cuidado humano organizados em três domínios estabelecidos a priori por Deschênes (2006), porém as análises fatoriais não conseguiram identificar os construtos pretendidos.

Cronbach e Meheel (1955) apud Wilson (2013, p 64) afirmam que:

“as evidências que enfraquecem a validade de um instrumento de medida podem ser interpretadas de três maneiras: 1 O teste não mede a variável construto; 2 a rede teórica que gerou a hipótese está incorreta e 3 o projeto experimental não conseguiu testar a hipótese.”

No estudo de Wilson (2013, p.85) sobre a validade de construto dos TCS, o autor recorda ao leitor que a validade de *construto* “*não é uma proposição de tudo ou nada, mas é uma questão de grau*” e que apesar de a validade de construto não ser confirmada, permanece a possibilidade de que os construtos dos TCS existam de uma maneira mais complexa do que se imaginam e que a atual estrutura do método de pontuação imponha certo grau de confusão nas respostas.

Um traço determinante na precisão da consistência interna é a composição do painel de especialistas. No presente estudo a recomendação do tamanho de 20 especialistas orientada por Gagnon et al (2005) foi seguida. Uma outra característica apresentada pelo painel do estudo foi a variabilidade das respostas. Um estudo examinou o efeito da variabilidade das respostas dos membros do painel, na

confiabilidade e na habilidade discriminante dos TCS e constatou que painéis com variabilidade moderada garantem ao teste a capacidade de captar o raciocínio clínico em casos mal definidos de forma confiável e que discrimina a experiência entre os examinandos. O mesmo estudo examinou o impacto da exclusão de respostas consideradas “desviantes” e apesar de haver um aumento da validade aparente não apresentou benefícios psicométricos importantes (GAGNON et al, 2011). Tendo como base esta referência consideramos manter todas as respostas dos especialistas.

As análises estatísticas dos 53 itens do TCSHC versão brasileira foram apresentadas tendo como base as respostas do painel de 20 especialistas. Os resultados apontaram para uma relação linear entre os escores do TCSHC versão brasileira e os grupos examinados (estudantes, enfermeiros e especialistas) (Tabela 9), os conteúdos relacionados ao processo de enfermagem (Tabela 14).

Os resultados relacionados às diferenças entre as médias dos escores de estudantes e especialistas se mostraram semelhantes aos achados de Deschênes (2006), onde estudantes obtiveram escores médios de 53,3 e especialistas 61,6, reafirmando a natureza discriminante do TCSHC. É o que também se confirma na pesquisa de Dawson (2012), em que estudantes tiveram escores de 63,7, enquanto que os especialistas tiveram 78,5.

Estudos no campo da medicina também apresentaram resultados semelhantes quanto ao caráter discriminante dos TCS. Em artigo de revisão, Wan (2015) menciona que a validade de construto dos TCS pode ser examinada pela correlação dos seus escores com os níveis de treinamento de residentes e assim prever performances do raciocínio clínico. Humbert; Miech, (2014) mostrou que houve um ganho estatisticamente significativo na performance do TCS sobre duas coortes de alunos do 2º ano de medicina utilizando um TCS de 75 itens. Outros estudos apresentaram suporte empírico sobre o caráter discriminante dos TCS em estudos que identificaram relação linear positiva entre os escores do teste com a experiência clínica de estudantes de graduação e pós-graduação (CARIÈRE et al, 2009; LUBARSKY et al, 2009; DUCOS et al, 2015; CHARLIN et al, 2004; LAMBERT et al, 2009).

O desempenho em raciocínio clínico dos estudantes que já haviam tido conteúdos relacionados ao processo de enfermagem foram melhores do que aqueles estudantes que ainda não haviam recebido tais conteúdos (Tabelas 14 e 15). O desempenho em raciocínio clínico e a sua relação com conteúdos teóricos do

processo de enfermagem se deva em parte aos temas tratados na disciplina, como o pensamento crítico, raciocínio diagnóstico e diagnósticos de enfermagem. O artigo de revisão do tipo *Scoping* (MENEZES, CORREA, SILVA e CRUZ, 2015) mostra que estudos sobre o desenvolvimento de habilidades de raciocínio clínico e pensamento crítico nos ambientes de ensino-aprendizagem na enfermagem tem sido uma preocupação constante dos pesquisadores do tema, bem como sobre o desempenho de instrumentos de avaliação do raciocínio clínico.

Como instrumento de avaliação formativa os TCS podem ser utilizados para promover debates entre especialistas e estudantes sobre os cenários com suas hipóteses diagnósticas e intervenções e de maneira construtiva obter um feedback das respostas modais (DUCOS et al, 2015).

A associação entre o tempo de experiência clínica e o desempenho de enfermeiros no TCSHC versão brasileira foi considerada baixa ($r=0,158$; $p=0,006$). Tal achado não é sustentado pelos princípios que embasam a teoria dos scripts que falam sobre a relação da experiência com a ativação de scripts mentais. Os scripts são provenientes das experiências repetidas com os cenários do mundo real, ou por meio dos encontros clínicos, ou seja quanto mais frequentes forem os encontros clínicos mais rapidamente são ativadas as redes de conhecimento (GARDNER, 1987 apud CHARLIN et al, 2007). Os scripts das doenças são ativados quando estudantes são expostos à situações clínicas reais (SCHMIDT, NORMAN, BOSHUIZEN, 1990). Seria então esperado maior correlação entre o tempo de experiência dos enfermeiros e os escores médios do TCSHC versão brasileira.

Mulheres apresentaram melhores escores médios com relação aos homens nas sub-amostras do estudo e não houve associação entre as pontuações do TCSHC com a idade. Não há estudos na literatura para comparação dos dados de gênero e idade e sua relação com os escores de TCS.

7.1 LIMITAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Algumas limitações do presente estudo puderam ser identificadas. Durante a fase de adaptação cultural não foi realizada a etapa de harmonização por não haver versões do TCSHC em outros idiomas. A única versão existente do instrumento é a americana de Dawson (2012) que realizou uma tradução livre sem seguir protocolos

de tradução e adaptação reconhecidos na literatura. Na etapa de tradução um dos tradutores não recebeu informações sobre a base conceitual do instrumento, a “pessoa-chave” no país que participou como um dos tradutores foi a única a receber as informações sobre o instrumento. Nesta etapa a recomendação é a de que todos os tradutores envolvidos recebam informações sobre os conceitos que orientam o instrumento (WILD et al, 2005).

O autor do instrumento original não participou da fase de revisão da retro- tradução. É recomendável a participação do autor do instrumento original para avaliar a qualidade da versão retro-traduzida e assim possibilitar identificar possíveis discrepâncias da tradução (WILD et al, 2005).

A seleção de especialistas na teoria do Cuidado Humano de Jean Watson para a composição do painel foi um tanto dificultosa em virtude de não haver profissionais com tal especificidade. Procurou-se identificar profissionais na área de pesquisa em temas afins como teorias de enfermagem, raciocínio clínico, processo de enfermagem, diagnósticos de enfermagem entre outros. A variabilidade de expertises em um painel pode não apresentar ameaças à confiabilidade das pontuações (DORY et al, 2012).

A coleta de dados foi realizada exclusivamente pela pesquisadora tanto com os estudantes quanto com os enfermeiros. A coleta com o grupo de estudantes era realizada geralmente ao final das aulas, e o longo tempo destinado para a realização do teste pode levar a viés de desempenho. A dificuldade em obter a participação dos enfermeiros e o retorno dos testes preenchidos levou a pesquisadora a realizar diversas visitas aos hospitais, tornando o processo um tanto quanto demorado e exaustivo.

A carência de estudos correlacionando pontuações do TCS com as variáveis gênero e idade não possibilitaram uma análise comparativa.

O teste proposto por Deschênes (2006) para avaliar o raciocínio clínico em situações imersas no cuidado humano em contextos de incerteza considerando uma estrutura tridimensional do cuidado (aspectos humanos do cuidado, relacionamento terapêutico e atividades clínicas de enfermagem) foi submetido pela primeira vez a uma análise fatorial exploratória e uma análise de segunda ordem de componentes principais. Não foi possível assegurar a validade de construto do TCSHC versão brasileira e portanto não foi confirmada a estrutura teórica em três dimensões do

cuidado humano definida a priori. São necessárias mais pesquisas com avaliações psicométricas mais rigorosas convergindo para análises fatoriais e assim permitir análises comparativas de validade de construto em TCS.

Uma limitação evidente foi a falta de familiaridade dos participantes com o estilo do teste. Esplanações sobre o método de scripts e as especificidades do teste podem ser apresentadas anteriormente ao início do teste, porém demandaria um tempo maior para a realização do mesmo.

Os resultados do presente estudo vem contribuir com as pesquisas dos testes de concordância de *scripts* e com os estudos sobre a avaliação do raciocínio clínico em contextos de incerteza. Pesquisas sobre a utilização dos TCS na área da enfermagem ainda são escassas, o presente estudo é considerado pioneiro no Brasil a avaliar um TCS na enfermagem considerando a análise fatorial.

A evidência de validade discriminante do TCSHC versão brasileira possibilitará o seu uso como instrumento de avaliação formativa nos diferentes períodos da graduação e pós-graduação, além da possibilidade de ser utilizado para avaliar desempenho em raciocínio clínico de enfermeiros em diferentes áreas de atuação (DESCHÊNES et al, 2011; WAN, 2013; CÔTE et al, 2014).

Os resultados do estudo levaram a mais questões de pesquisa sobre a validade dos TCS e a sua natureza avaliativa: Quais construtos latentes do raciocínio clínico os TCS medem? Como os resultados dos TCS devem ser interpretados? e Qual valor é considerado satisfatório para atribuir concordância entre examinandos e o painel de especialistas?

8. Conclusão

8 CONCLUSÃO

O presente estudo propôs responder as seguintes perguntas de pesquisa:

- O TCSHC adaptado para o Brasil é confiável e válido para ser utilizado na avaliação do raciocínio clínico de estudantes de graduação e enfermeiro(a)s?
- Variáveis demográficas, de formação e relacionadas à experiência clínica guardam associação com o desempenho em raciocínio clínico?

O processo de tradução e adaptação do TCSHC para a língua portuguesa do Brasil orientado pelos princípios e diretrizes da ISPOR (2005) permitiu contemplar as equivalências conceitual, semântica e técnico-científica do instrumento adaptado. Análises de confiabilidade, validade de conteúdo e discriminante foram realizadas com resultados satisfatórios. Quanto a validade de construto não foi possível confirmar a estrutura tridimensional do TCSHC proposta por Deschênes (2006). Assim a resposta para a primeira pergunta de pesquisa é: O TCSHC versão brasileira apresentou evidências de confiabilidade satisfatória com alguma medida de validade (conteúdo e discriminante).

Para responder à segunda pergunta de pesquisa o TCSHC versão brasileira foi submetido à análises estatísticas para identificar as relações de associação entre as variáveis do estudo e chegou às seguintes conclusões: foi identificada uma relação linear entre os escores do TCSHC versão brasileira e os grupos examinados (estudantes, enfermeiros e especialistas), escores do TCSHC versão brasileira guardam associação com o grau de formação e com os conteúdos relacionados ao processo de enfermagem; a associação entre o tempo de experiência clínica e o desempenho de enfermeiros no TCSHC versão brasileira foi considerada baixa ($r=0,158$; $p=0,006$); mulheres apresentaram melhor desempenho no teste que os homens na sub-amostra do estudo; não foi identificada relação entre os escores do TCSHC versão brasileira e a idade; o desempenho de enfermeiros em raciocínio clínico foi significativamente mais elevado que o desempenho de estudantes.

9. Referências

9 REFERÊNCIAS

ALFARO LE-FREVE, R. Critical thinking, clinical reasoning, and clinical judgment. 5ª ed. Editora Elsevier. In What is critical thinking, clinical reasoning, and clinical judgment? 2013, cap.1, p. 1-23.

ALMANSA, P.; LÓPEZ-MARTINEZ, O.; CORBOLÁN, J.; LIMINANA-GRAS, R.M. Thinking styles and creativity preferences in nursing. *Creative Nursing*. 2013, v.19, n.2, p.91-100.

ANDRÉ, S.; COSTA, A.C.G.da. Educação para o desenvolvimento humano. São Paulo: Instituto Ayrton Senna. Editora Saraiva, 2004.

ARTHUR D., PANG S.&WONG T. The effect of technology on the caring attributes of an international sample of nurses. *International Journal of Nursing Studies*. 2001, n.38, p. 37–43.

BALDWING, Karen Brandt. Friday Night in the Pediatric Emergency Department a Simulate Exercise to promote Clinical Reasoning in the Classroom. *Nurse Educator*. 2007. vol. 32, no.1, p. 24-29.

BEATON, Dorcas; BOMBARDIER, Claire; GUILLEMIN, Francis; FERRAZ, Marcos Bosi. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000. V. 25, n.24, p. 3186-3191.

BEATON, Dorcas; BOMBARDIER, Claire; GUILLEMIN, Francis; FERRAZ, Marcos Bosi. Recommendation for the cross-cultural adaptation of health status measures. American Academy of Orthopaedic Surgeons. Institute for Work & Health. Dezembro, 1998. 27 p. Disponível: www.dash.iwh.on.ca/assets/images/pdfs/xculture2002pdf. Acesso em: 14/11/2014.

BECKIE, T.M.; LOWRY, L.W.; BARNETT, S. Assessing critical thinking in baccalaureate nursing students: a longitudinal study. *Holister Nursing Practice*. 2001, v.15, n.3, p.18-26.

BLAND, A. C.; KREITER, C. D.; GORDON, J. A. The psychometric properties of five scoring methods applied to the script concordance test. *Academic Medicine*. 2005, v.80, n.4 p.395-402.

BOGADO, Justo. Test de Concordancia Script (TCS). *Revista Educación en Ciencias de la Salud. Tendencias y Perspectivas*. Santiago:Chile. 2010. v. 7, n.2, p. 109-111.

BOGADO, Justo; LÓPEZ, Ilse B. Percepción de la aplicación del Test de Concordancia SCRIPT (TCS) como instrumento de evaluación, por parte de los estudiantes de quinto año de Urología, Medicina Oriente, Universidad de Chile. *Revista Educación en Ciencias de la Salud*. 2009; v. 7, n.1, p. 12-16.

BORSA, JULIANE CALLEGARO; DAMÁSIO, BRUNO FIGUEIREDO; BANDEIRA, DENISE RUSCHEL. Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas: Algumas Considerações. *Paidéia*. set.-dez. 2012, v. 22, n. 53, p. 423-432. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272253201314>.

BORGES, P.F.B. (2016). *Script Concordance Test: uma proposta de avaliação do raciocínio gerencial da enfermagem em situações de incertezas*. [dissertação de mestrado]. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Faculdade de Medicina Campus de Botucatu: São Paulo, 2016. Disponível em: <http://repositorio.unesp.br/handle/11449/136210>.

BRAILOVSKY, C; CHARLIN, Bernard; BEAUSOLEIL, S; COTE, Â. S; VAN der VLEUTEN, Cees. Measurement of clinical reflective capacity early in training as a predictor of clinical reasoning performance at the end of residency: an experimental study on the script concordance test. *Medical Education*. May, 2001; v.35, n. 5, p. 430-436.

BRAZEAU-LAMONTAGNE, L.; CHARLIN. B.; GAGNON, R.; SAMSON, L.; VAN DER VLEUTEN, C. Measurement of perception and interpretation skills during radiology training: utility of the script concordance approach. *Medical Teach*. 2004, n.26, p.326–332.

CARRIÈRE, B.; GAGNON, R.; CHARLIN, B.; DOWING, S.; BORDAGE, G. Assessing clinical reasoning in pediatric emergency medicine: validity evidence for a script concordance test. *Annals of Emergency Medicine*. 2009, v.53, n.5.

CERULLO, Josinete Aparecida da Silva Bastos; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da. Raciocínio clínico e pensamento crítico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. jan-fev 2010; v.18, n.1:[6 telas].

CHARLIN B, BRAILOVSKY CA, LEDUC C, BLOUIN D. The diagnostic script questionnaire: a new tool to assess a specific dimension of clinical competence. *Adv Health Sci Educ*. 1998, n.3, p.51–8.

CHARLIN, B.; TARDIF, J.; BOSHUIZEN, P. A. Scripts and Medical Diagnostic Knowledge: Theory and Applications for Clinical Reasoning Instruction and Research. *Academic medicine*. February, 2000a. v.75, n.2, p. 182-190.

CHARLIN, B., ROY, L., BRAILOVSKI, C. A., GOULET, F., & VAN DER VLEUTEN, C. The script concordance test, a tool to assess the reflective clinician. *Teaching and Learning in Medicine*, 2000b, n.12, p.189-195.

CHARLIN B., DESAULNIERS, M., GAGNON, R., BLOUIN, D., & VAN DER VLEUTEN, C. Comparison of an aggregate scoring method with a consensus scoring method in a measure of clinical reasoning capacity. *Teaching and Learning in Medicine*, 2002a, v.14, n.3, p.150-156.

CHARLIN, B.; GAGNON, R.; SIBERT, E. T.; VAN DER VLEUTEN, C.. Le test de concordance de script, un instrument d'évaluation du raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale*, 2002b, p 138.

CHARLIN, B.; VAN DER VLEUTEN, C. Standardized Assessment of Reasoning in Contexts of Uncertainty: The Script Concordance Approach. *Evaluation & The Health Professions*. Setembro, 2004. v. 27; n.3, p. 304-319.

CHARLIN, B.; BOSHUIZEN, H. P. A.; CUSTERS, E. J.; FELTOVICH, P. J. Scripts and clinical reasoning. *Medical Education*. 2007. v. 41, p. 1178–1184.

COSSETTE, Sylvie; CARA, Chantal; PEPIN, Jacinthe; RICARD, Nicole. Assessing nurse-patient interactions from a caring perspective: report of the development and preliminary psychometric testing of the Caring Nurse-Patient Interactions Scale (CNPI-Short Scale). *International Journal of Nursing Studies*. 2005, v. 42, p.673-686.

COSSETTE, Sylvie; COTE, Jose K.; PEPIN, Jacinthe; RICARD, Nicole; D'AOUST, Louis-Xavier. A dimensional structure of nurse-patient interactions from a caring perspective: refinement of the Caring Nurse-Patient Interaction Scale (CNPI-Short Scale). *Journal of Advanced Nursing*. Jul. 2006, v. 55, n. 2, p.198-214.

COSSETTE, Sylvie; COTE, Jose K.; PEPIN, Jacinthe; DE COURVAL, François P. The multidimensionality of caring: a confirmatory factor analysis of the Caring Nurse-Patient Interaction Scale. *Journal of Advanced Nursing*. 2008, v. 61, n. 6, p.1699-1710.

COATES C. (1997) The caring efficacy scale: nurses' self-reports of caring in practice settings. *Advanced Practice Nursing Quarterly*. 1997, v.3, n.1, p. 53–59.

COOK, D. A.; BECKMAN, T. J. Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments: theory and application. *Am J Med*. 2006, p. 119- 166.

COULSON, R. L.; FELTOVICH, P. J.; SPIRO, R. J. Foundations of a misunderstanding of the ultrastructural basis of myocardial failure: a reciprocation network of oversimplifications. *J Med Philos*. 1989. n.14, p.109–46.

CPASS. Centre de Pédagogie Appliquée aux Sciences de la Santé (CPASS). Université de Montréal. Disponível em: <http://www.cpass.unmontreal.ca/recherche/concordance/tcs>. Acesso em: 14/11/2016.

CRONBACH, L. J.; MEEHL, P. E. Construct validity in psychological tests. *Psychol Bull*. 1955; v. 52, n.4, p. 281-302.

DAMÁSIO, B. F. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação psicológica*. 2012, v.11, n. 2, p. 212-228.

DAWSON, Tiya Ellen. Can script concordance testing be used in nursing education to accurately assess clinical reasoning skills? [Thesis Master of Science in Nursing]. Western Carolina University. June, 2012.

DAWSON, Tiya Ellen; COMER, Linda; KOSSICK, Mark; NEUBRANDER, Judy. Can script concordance testing be used in nursing education to accurately assess clinical reasoning skills? *Journal Nurse Educator*. May, 2014. v.53, n.5, p. 281-6.

DEMIR, Y.; DENAT, Y.; KHORSHID, L.; ESER, I. Cultural validation of the “Use of Intuition by Nursing Students Scale - Turkish version”. *J Transcult Nurs*. 2013, v.23, n.4, p.369-376.

DESCHÊNES, Marie-France; CHARLIN, Bernard; GAGNON, Robert; GOUDREAU Johnanne. Use of a Script Concordance Test to Assess Development of Clinical Reasoning in Nursing Students. *Journal of Nursing Education*. 2011, v.50, n.7, p. 381-387.

DESCHÊNES, Marie-France. Élaboration et évaluation des propriétés psychométriques d'un instrument d'évaluation du raisonnement clinique empreint de *Human caring*. Université de Montréal Faculté des Études Supérieures. [Tese: Doutorado]. 2006. 158p.

DEVLIN, J.; MARQUIS, F.; RIKER, R.; ROBBINS, T.; GARPESTAD, E.; FONG, J.; DIDOMENICO, D.; SKROBIK, Y. Combined didactic and scenario-based education improves the ability of intensive care unit staff to recognise delirium at the bedside. *Crit Care*. 2008,v.12, n.1, p.R19 .

DORY, V.; GAGNON, R.; VANPEE, D.; CHARLIN, B. How to constructo and implemente script concordance tests: insights from a systematic review. *Medical Education*. 2012, v.46, p. 552-563.

DUCOS, G.; LEJUS, C.; SZTARK, F.; et al. The Script Concordance Test in anesthesiology: Validation of a new tool for assessing clinical reasoning. [Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine](#). 2015, n.34, p.11-5.

DUFFY, J. R. Want to graduate nurses who care? Assessing nursing students' caring competencies. *Annual Review of Nursing Education*, 2005, n. 3, p.56 – 76.

DUGGAN, Paul; CHARLIN, Bernard. Summative Assessment of 5th year Medical Students' Clinical Reasoning by Script Concordance Test: requirements and challenges. *BMC Medical Education*. 2012, 12:29, [8 telas]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/12/29>.

FIGUEIREDO FILHO, DALSON BRITTO; SILVA Jr, JOSÉ ALEXANDRE DA. Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson. *Revista Política Hoje*. 2009, v. 8, n. 1, p. 115 -146.

FOURNIER, J. P.; DEMEESTER, A.; CHARLIN, B. Script concordance tests: guideline for a construction. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2008, v.8, n.18. p.1-7.

FURR, R. M.; BACHARACH, V. R. *Psychometrics: an introduction*. 2nd edition. Los Angeles: Sage, 2014.

GAGNON, R.; CHARLIN, B.; COLETTI, M.; SAUVÉ, E.; VAN DER VLEUTEN, C. Assessment in the context of uncertainty: how many members are needed on the panel of reference of a script concordance test? *Medical education*. 2005, v.39, p. 284-291.

GAGNON, R.; CHARLIN, B.; ROY, L.; ST-MARTIN, M.; SAUVE, E.; BOSHUIZEN, H, P.A.; VAN DER VLEUTEN, C. P. M. The cognitive validity of the script concordance test: a time processing study. *Teach Learn Med*. 2006, v. 18, n.1, p. 22–7.

GAGNON, R.; LUBARSKY, S.; LAMBERT, C.; CHARLIN, B. Optimization of answer keys for script concordance testing: should we exclude deviant panelists, deviant

responses, or neither? *Advances Health Sciences Education. Theory and Practice*. 2011, december, v.16, n.5, p.601-608. doi: 10.1007/s10459-011-9279-2.

GARDNER, H. *The Minds New Science: a History of Cognitive Revolution*. New York: Basic Books Inc. 1987; 165 p.

GEORGE, J. B. *Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática*. In: TALENTO, B. Jean Watosn. Cap. 18, 4ª edição, Artmed: Porto Alegre. 2000, p. 253.

GUILLEMIN, Francis. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. *Scandinavian Journal Rheumatology*. February,1995; v.24, n.2, p.61-63.

GROVES, Michele; SCOTT, Ian; ALEXANDER, Heather. Assessing clinical reasoning: a method to monitor its development in a PBL curriculum. *Medical Teacher*. 2002, v.24, n.5, p. 507–515.

GROVES, Michele; DICK, Marie-Louise; McCOLL, Geoff; BILSZTA, Justin. Analysing Clinical Reasoning Characteristics Using a Combined Methods Approach. *BMC Medical Education*. 2013, 13:144. [7 telas]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/13/144>.

HAMBLETON, Ronald K.; PATSULA, Liane. Adapting tests for use in multiple languages and cultures. *Social Indicators Research*. 1998. v.45, ed.:1-3, p.153-171. doi:10.1023/A:1006941729637.

HATLEVIK, I. K. R. The theory-practice relationship: reflective skills and theoretical knowledge as key factors in bridging the gap between theory and practice in initial nursing education. *Journal Advanced Nursing*. v.68, n.4, p.68-77, 2011.

HAIR Jr, JOSEPH F.; BLACK, WILLIAM C.; BABIN, BARRY J.; ANDERSON, ROPH E.; TATHAM, RONALD L. *Análise multivariada de dados*. Bookman: Porto Alegre. 6ª ed. 2009. 688p. ISBN: 9788577804023.

HAYNES, Stephen N.; RICHARD, David C. S.; KUBANY, Eduard S. Content validity in Psychological to concept and methods. *Psychological Assessment*. September, 1995. Vol. 7, n° 3, p. 238-247.

HERNÁNDEZ, Sergio Zavaleta; RODRÍGUEZ, Magdalena Cerón; LÓPEZ, Víctor Olivar; MONTERO, Rubén Espinoza; CÓRDOBA, Antonio Rizzoli. Validation of the Script Concordance Test as an instrument to assess clinical reasoning of residents in pediatric emergency medicine in Mexico. *Boletim Médico do Hospital Infantil do Mexico*. Septiembre-Octubre 2011; v.68; n.5; p. 369-373.

HUGHES L.C. Relationships among the organizational characteristics of baccalaureate schools of nursing and the studentperceived organizational climate for caring. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin, TX, 1993.

HUGHES L. Development of an instrument to measure caring peer group interactions. *Journal of Nursing Education*, 1998, n.37, p. 202– 207.

HUMBERT, A. J.; JOHNSON, M.T.; MIECH, E.; FRIEDBERG, F.; GRACKIN, J. A.; SEIDMAN, P. A. Assessment of clinical reasoning: A script concordance test designed for pre-clinical medical students. *Medical Teacher*. 2011, v.33, p.472–477.

HUMBERT, A. J.; MIECH, E. J. Measuring gains in the clinical reasoning of medical students: longitudinal results from a school-wide script concordance test. *Academy of Medicine*. 2014, n.89, p.1046-1050.

JONES, J. Clinical reasoning in nursing. *Journal of Advanced Nursing*. v. 13, n.2, p. 185-192, 1988.

LABELLE, M.; BEAULIEU, M.; PAQUETTE, D.; FOURNIER, C.; BESSETTE, L.; CHOQUETTE, D.; RAHME, E.; THIVIERGE, R. L. An integrated approach to improving appropriate use of anti-inflammatory medication in the treatment of osteoarthritis in Quebec (Canada): the CURATA model. *Medical Teach*. 2004, v.26, n.5, p.463–470.

LAMBERT, C.; GAGNON, R.; NGUYEN, D.; CHARLIN, B. The script concordance test in radiation oncology: validation study of a new tool to assess clinical reasoning. *Radiat Oncology*. 2009, n. 4, p. 7- 4.

LAKE, Suzanne; McLNNES, Rhona J. Exploring cognitive skill development in midwifery education. *Nurse Education in Practice*. 2012, v.12 (s/n), p. 264-268.

LARSON P.J. & FERKETICH S.L. Patients' satisfaction with nurses' caring during hospitalisation. *Western Journal of Nursing Research*. 1993, n. 15, p. 690–707.

LASATER, Kathie; NIELSEN, Ann. Reflective Journaling for Clinical Judgment Development and Evaluation. *Journal of Nursing Education. Educational Innovations*. January 2009, v.48, n.1, p. 40-44.

LEA A., WATSON R. & DEARY I.J. Caring in nursing: a multivariate analysis. *Journal of Advanced Nursing* 28, 1998, p. 662–671.

LEARNING THEORIES. Learning_theories: script theory. [página de internet]. Disponível em: http://teorije-ucenja.zesoi.fer.hr/doku.php?id=learning_theories:script_theory, acesso em: 11/12/2014.

LIN, P.F. Development and psychometric evaluation of the Caring Behaviors Scale of Baccalaureate Nursing Student in Taiwan. Unpublished doctoral dissertation, Boston College School of Nursing, Boston, 2001.

LINEBERRY, M.; CLARENCE D KREITER, C. D.; BORDAGE, G. Threats to validity in the use and interpretation of script concordance test scores *Medical Education*. 2013, n.47, p.1175–1183. doi: 10.1111/medu.12283.

LOPES, M. H. B.; DELL'ACQUA, M. C. Q.; Raciocínio Clínico. Cap.2, p. 25-35. In: *Processo de Enfermagem: guia para a prática clínica*. Conselho Regional de Enfermagem; Alba Lúcia Bottura Leite de Barros. [et al] São Paulo: COREn-SP, 2015.

LUBARSKY, S.; CHALK, C.; KAZITANI, D.; GAGNON, R.; CHARLIN, B. The script concordance test: a new tool assessing clinical judgement in neurology. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*. 2009, v.36, p. 326-331.

LUBARSKY, S.; CHARLIN, B.; COOK, D. A.; CHALK, C.; VAN der VLEUTEN, Cees. Script concordance testing: a review of published validity evidence. *Medical Education*. 2011, v.45, p. 329–338.

LUBARSKY, S.; DORY, V.; DUGGAN, P.; GAGNON, R.; CHARLIN, B. Script concordance testing: from theory to practice: AMEE guide nº. 75. *Medical teacher*. Early online. 2013, p. 1-10. doi: 10.3109/0142159X.2013.760036.

LUNNEY, M. et al. Pensamento crítico para o alcance de resultados positivos em saúde: análises e estudos de caso em enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2011.

MANUAL COSMIN. [página da internet]. Disponível em: <http://www.cosmin.nl/images/upload/files/Tabel%20met%20definities-new.pdf>. Acesso em: 12/12/2014.

MARTINS, GILBERTO DE ANDRADE. Sobre confiabilidade e validade. *RBGN*, São Paulo, 2006, jan./abr., v.8, n.20, p. 1-12.

MENEZES, S.S.C.; CORRÊS, C.G.; SILVA, R.C. da; CRUZ, D.A.M.L. da. Raciocínio clínico no ensino de graduação em enfermagem: revisão de escopo. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2015, v. 49, n. 6, p. 1037-1044.

METERISSIAN, S.; ZABOLOTNY, B.; GAGNON, R.; CHARLIN, B. Is the script concordance test a valid instrument for assessment of intraoperative decision-making skills? *The American Journal of Surgery*. 2007, v.193, p.248–251.

MOKKINK, Lidwine B.; TERWEEA, Caroline B.; PATRICK, Donald L.; Jordi, ALONSO, Paul W.; STRATFORDE, Dirk L.; KNOLA, Lex M. BOUTERA, Henrica C.W. de Veta. The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2010, v.63, p. 737-745.

MORAL, R. R.; TORRES, L. A. P.; BARRIOS, L.; REJANO, J. M. P.; SÁNCHEZ, J. A.; PEÑA, A. L.; JIMÉNEZ, F. P. Effectiveness of a family medicine undergraduate course. Validity and reliability of a concordance script test. *Educación Médica*. 2004, v.7, n.2, p. 78-84.

MUÑIZ, J.; ELOUSA, P.; HAMBLETON, K. Directrices para la traducción y adaptación de Is tests: segunda edición. *Psicothema*. v.25, n.2, p. 151-517, 2013. doi: 10.7334/psicothema2013.24

NANDA Internacional. Diagnósticos de Enfermagem NANDA: definições e classificação. 2012-2014. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2012.

NKONGHO N.O. The caring ability inventory. In *Measurement of Nursing Outcomes. Volume 4: Measuring Client Self-Care and Coping Skills* (Strickland O.L. & Waltz C.F., eds), 1990, Springer, New York, p. 3–16.

NORCINI, J. J.; SHEA, J. A.; DAY, S. C. The use of aggregate scoring for a recertifying examination. *Evaluation & The Health Professions*. 1990. v.13, n. 2. p. 241-251.

NORMAN, G.R. Objective measurement of clinical performance. *Medical Education*. 1985. v. 19, p. 43-47.

NOUH, Thamer; BOUTROS, Marylise; GAGNON, Robert; REID, Susan; LESLIE, Kenneth; PACE, David; PITT, Dennis; WALKER, Ross; SCHILLER, Daniel; MACLEAN, Anthony; HAMEED, Morad; FATA, Paola; CHARLIN, Bernard; METERISSIAN, Sarkis H. The script concordance test as a measure of clinical reasoning: a national validation study. *The American Journal of Surgery*. April, 2012. v.203, n.4, p. 530–534.

PASQUALI, L. Psicometria. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 2009; v.43 (Esp); p. 992-999.

PASQUALI, L. Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? *Psicologia –Teoria e Pesquisa*. 2007, v. 23, (n. esp.), p. 99-107.

PASQUALI, L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis: Vozes; 2004.

PESUT, Daniel J; HERMAN, Joanne. Clinical reasoning: the art and Science of critical and creative thinking. In: *The art and Science of clinical reasoning: nursing and society*. Cengage Learning. USA. 1ª edition, 1999, p. 3-16.

PESSOA, SARAH M. F.; PAGLUICA, LORITA. M. F.; DAMASCENO, MARTA MARIA C. Teoria do cuidado humano: análise crítica e possibilidades de aplicação a mulheres com diabetes gestacional. *Revista de Enfermagem da UERJ*. Rio de Janeiro. 2006. Jul/Set., vol. 14, no, 3, p. 87-92.

PETRELLA, R.; DAVIS. P. Improving management of musculoskeletal disorders in primary care: the Joint Adventures Program. *Clinical Rheumatology*. 2007, n.26, p. 1061–1066.

PILATTI, L. A.; PEDROSO, B.; GUTIERREZ, G. L. Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação: um debate necessário. *RBECT*, vol.3, n.1. jan./abr. 2010, p.81-91. ISSN 1982-873X.

PIOVEZAN, Ronaldo Delmonte; CUSTÓDIO, Osvaldir; CENDOROGLO, Maysa Seabra; BATISTA, Nildo Alves. Teste de Concordância de Scripts: uma proposta para a avaliação do raciocínio clínico em contextos de incerteza. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2010. vol. 34, no.01, pág: 5-12.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Métodos, avaliação e utilização*. 5ª. Edição. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PROMIS. Patient-Reported Outcomes Measurement Information System. Instrument Development and Psychimetric Evaluation Scientific Standards. Translation and Cultural Adaptation. 2012, cap. 9, appendix 14, p. 67-72. Disponível em: http://www.nihpromis.com/Documents/PROMIS_Standards_050212.pdf Acesso em: 24/10/2016.

R CORE TEAM. R: A language and Environment for Statistical Computing. Vienna, Austria. 2015. Disponível em: <http://www.R-project.org/>

RIBEIRO, C. Metacognição: um apoio ao processo de aprendizagem. Psicologia: reflexão e crítica. Porto Alegre. v.16, n.1. p. 109, 2003.

RODRIGUES, Adriana da Silva. Raciocínio diagnóstico de enfermeiros e estudantes de enfermagem. [Tese de doutorado]. São Paulo: escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2012. 118p.

ROMEO, E.M. Quantitative Research on critical thinking and predicting nursing students' NCLEX-RN Performance. Journal Nursing Education. 2010, v.49, n.7, p.378-86.

SAMPIERE, R.H; COLLADO, C.F.; LUCIO, P.B. Metodologia de la investigación. México: McGraw Hill, 1996.

SCHANK, R.C, ABELSON R. Scripts, Plans, Goals and Understanding. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 1977.

SCHANK, R.C. Reading and Understanding. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1982.

SCHANK, R.C. Explanation Patterns: Understanding Mechanically and Creatively. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1986.

SCHMIDT, H. G.; NORMAN, G. R.; BOSHUIZEN, H. P. A. A cognitive perspective on medical expertise: theory and implications. Academy of the Medicine. 1990, v. 65, p. 611-620.

SCHEFFER, B. K.; RUBENFELD, M. G. A consensus statement on critical thinking. Journal Nursing Education. 2000, v.39, n. 8, p. 352-359.

SIBERT, L.; DARMONI, S. J.; DAHAMNA, B.; WEBER, J.; CHARLIN, B. Online clinical reasoning assessment with the Script Concordance test: a feasibility study BMC Medical Informatics and Decision Making 2005, v.5, n.18, p. 3-10. doi:10.1186/1472-6947-5-18. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/5/18>.

SIMMONS, B. Clinical reasoning: concept analysis. Journal of Advanced Nursing. 2010, v. 66, n.5, p. 1151-1158.

SMITH, A.J. Continued psychometric evaluation of intuition instrument for nursing students. Journal of Holistic Nursing. 2006, v.24, n. 2, p.82-89.

SPELIC, S.S; PARSONS, M.; HERCINGER, M.; ANDREWS, A.; PARKS, J.; NORRIS, J. Evaluation of critical thinking outcomes of a BSN program. Holistic Nursing Practice. 2001, v.15, n.3, p. 27-34.

STANFIELD M.H. Watson's caring theory and instrument development. Dissertation Abstracts International. 1991, v.52, n.8, 4128B.

STEWART, S.; DEMPSEY, L.F. A longitudinal study of baccalaureate nursing students' critical thinking dispositions. *Journal of Nursing Education*. February, 2005. v.44, n.2, p. 81-84.

STONE, C.A.; DAVIDSON, L.J.; EVANS, J.L.; HANSEN, M.A. Validity evidence for using a general critical thinking test to measure nursing students' critical thinking. *Holistic Nursing Practice*. 2001, v.15, n.4, p.65-74.

STREINER, D. L; NORMAN, G. R. Health measurement scales. A practical guide to their development and use. 2nd ed. New York: Oxford University Press: 2002.

TANNER, Christine A. Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. *Journal of Nursing Education*. June 2006, v. 45, n. 6. p. 204-211.

THORNDIKE, R. M, THORNDIKE-CHRIST, T. Measurement and evaluation in psychology and education. 8th ed. Boston, MA: Pearson Education, Inc; 2010.

WAN, S. h. Using the script concordance test to assess clinical reasoning skills in undergraduate and postgraduate medicine. *Hong Kong Medical Journal*. 2015, v. 21, p.1-7. doi: 10.12809/hkmj154572.

WAN, S. H. Using Script Concordance Testing (SCT) to assess clinical reasoning—the progression from novice to practising general practitioner. *Proceedings of the 11th Asia Pacific Medical Education Conference*. Singapore. 2014, jan. p.15-19; Singapore.

WATSON, J. Nursing: The philosophy and science of caring. Boston (USA): Little Boston; 1979. Boulder (Colorado/USA): Colorado Associated University Press; reprinted 1985. 321p.

WATSON, J. Caring science as sacred science. Philadelphia, USA: FA Davis Company, 2005, p. 242.

WATSON, J. Watson's of human caring and subjective living experiences: caritative factors/caritas process as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto & Contexto Enfermagem*. Florianópolis: 2007, Jan-Mar; v. 16, n. 1, p. 129-135.

WATSON, J. Caring as the essence and science of nursing and health care. *O mundo da saúde*. São Paulo: 2009, v.33, n. 2, p. 143-149.

WATSON CARING SCIENCE INSTITUTE & INTERNATIONAL CARITAS CONSORTIUM. [página da internet]. Disponível em: <http://watsoncaringscience.org/files/cohort%206/watsons-theory-of-human-caring-core-concepts-and-evolution-to-caritas-processes-handout.pdf>. [acesso 2014 Dez. 12].

WATSON, J. Jean Watson's Theory of Human Caring. In: *Nursing theories & Nursing practice*. Marlaine C. Smith; Marilyn E. Parker. 4th. Edition. Seccion V. Cap. 18. P. 321-339. 2015. ISBN: 978.0.8036.3312.4.

WEEKS, K. W.; HIGGINSON, R.; CLOSHESY, J. M.; COBEN, D. Safety in numbers 7: veni, vidi, duci: A grounded theory evaluation of nursing students' medication

problem-solving schemata construction. *Nursing Education in Practice*. 2013, v.13, n.2, p.78-87.

WOLF, Z. R.; GIARDINO, E. R.; OSBORNE, P. A.; AMBROSE, M. S. Dimensions of nurse caring. *The Journal of Nursing Scholarship*, 1994, n. 26, p.107–128.

WILD, Diane; GROVE, Alyson; MARTIN, Mona; EREMENCO, Sonya; McELROY Sandra; VERJEE-LORENZ, Aneesa; ERICKSON, Pennifer. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health*. 2005, v.8, n.2, p. 94-104.

WILD, DIANE; EREMENCO, SONYA; MEAR, ISABELLE; MARTIN, MONA; HOUCHIN, CAROLINE; GAWLICKI, MARY; HAREENDRAN, ASHA; WIKLUND, INGELA; CHONG, LEE YEE; VON MALTZAHN, ROBYN; COHEN, LAWRENCE; MOLSEN, ELIZABETH. Multinational Trials—Recommendations on the Translations Required, Approaches to Using the Same Language in Different Countries, and the Approaches to Support Pooling the Data: The ISPOR Patient-Reported Outcomes Translation and Linguistic Validation Good Research Practices Task Force Report. *Value in Health*. 2009, v.12, n.4, p. 430-440.

WILSON, A. B. A psychometric evaluation of script concordance tests for measuring clinical reasoning. Indiana University. [Doctoral thesis]. June. 2013. 160p.

Apêndices

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estudo: “Avaliação do Raciocínio Clínico: Adaptação e Validação do *Test de Concordance de Scripts Human Caring* (TCS HC)”.

Responsáveis pela pesquisa

- Nome: Sáskia Sampaio Cipriano de Menezes – investigador principal.
Cargo: Enfermeira. Aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto (PROESA)
Telefone: (92) 33055100/ (92) 982264034.
- Nome: Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz – Orientadora do estudo.
Cargo: Diretora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEUSP
- Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Endereço: Rua Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira César – CEP: 05403-000 – São Paulo – SP -
Telefone: 3061-7548 – E-mail: edipesq@usp.br.

A. Registro dos esclarecimentos dos pesquisadores aos participantes da pesquisa ou responsáveis legais.

Prezado (a) Senhor (a)

Nós, autoras do Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós Graduação da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas, convidamos você a participar de uma pesquisa intitulada: “Avaliação do Raciocínio Clínico: Adaptação e Validação do *Test de Concordance de Scripts Human Caring* (TCS HC)”.

A pesquisa tem por objetivo geral: realizar adaptação cultural e validação das propriedades psicométricas do Test de Concordance Scripts Human Caring para o português do Brasil. A coleta de dados ocorrerá por meio do preenchimento do Test de Concordance de Scripts Human Caring traduzido e adaptado para o português do Brasil, que avalia o raciocínio clínico e de um formulário de dados sócio-demográficos, de formação e relacionados à experiência clínica. O preenchimento do teste durará cerca de 1 hora. Alguns participantes poderão ser sorteados para realizar novamente o teste em um ano. Os riscos da pesquisa estarão relacionados à exposição de suas impressões acerca do assunto. A fim de minimizar tais riscos será assegurado o anonimato na divulgação dos resultados. Para garantir a privacidade do participante, não será coletada qualquer informação que permita sua identificação. Os benefícios da pesquisa irão possibilitar avanços no conhecimento sobre avaliação do raciocínio clínico de estudantes e enfermeiros, além de possibilitar abertura para outros estudos com diferentes cenários clínicos específicos para a enfermagem.

É importante ressaltar que sua participação é livre, portanto, não receberá qualquer pagamento por isso. Em qualquer momento o Sr(a) poderá desistir da participação e isso não lhe acarretará qualquer prejuízo. Também, poderá ter acesso aos resultados, caso tenha interesse, inclusive para sanarmos quaisquer dúvidas ou fazermos esclarecimentos. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

Algumas perguntas podem causar certo constrangimento, porém nenhum dano e serão garantidos a confidencialidade, o sigilo e privacidade das informações.

Caso aceite participar, o(a) senhor(a) deverá assinar as duas vias deste termo de consentimento, sendo que uma ficará conosco e a outra será entregue ao(à) senhor(a).

Desde já agradecemos a sua atenção e ficamos à disposição para quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa.

B. Autorização da participante ou responsáveis legais:

Compreendo o objetivo desta pesquisa e concordo em participar de forma voluntária da mesma, entendendo que as informações serão confidenciais, que não haverá identificação nominal e que não sofrerei qualquer tipo de sanção ou prejuízo, caso desista de participar deste estudo.

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Projeto de Pesquisa.

Dados do Participante

Nome: _____ RG: _____ Sexo: _____ Data de nascimento: ____/____/____ Telefone
_____ Endereço: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste residente ou representante legal para a participação neste estudo.

_____ Data ____/____/____

Sáskia Sampaio Cipriano de Menezes
Assinatura da Pesquisadora Responsável

APÊNDICE 2

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO ESTUDANTES

Código de pareamento: 4 últimos dígitos do seu CPF _____

1. Sexo: M () F ()

2. Idade: _____ anos.

2. Período atual no Curso de Graduação: _____ semestre.

3. Instituição em que estuda: _____.

4. Formação relacionada à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ou Processo de Enfermagem (PE) durante curso de graduação:

() Nenhum conteúdo sobre SAE ou PE na graduação

() Apenas conteúdo teórico sobre SAE/PE na graduação

() Conteúdo teórico e prático sobre SAE/PE na graduação, com muita prática na identificação de problemas de enfermagem

() Conteúdo teórico e prático sobre SAE/PE na graduação, com pouca ou nenhuma prática na identificação de problemas de enfermagem

5. Formação relacionada ao Raciocínio Clínico durante o curso de graduação:

() Nenhum conteúdo sobre raciocínio clínico/pensamento crítico na graduação

() Apenas conteúdo teórico sobre raciocínio clínico/pensamento crítico na graduação

() Conteúdo teórico e prático sobre raciocínio clínico/pensamento crítico na graduação, com muita prática na identificação de problemas de enfermagem

() Conteúdo teórico e prático sobre raciocínio clínico/pensamento crítico na graduação, com pouca ou nenhuma prática na identificação de problemas de enfermagem

6. Marque com um X quanto de contato você já teve com o tema diagnóstico de enfermagem conforme as seguintes atividades:

6.1 Realização de leitura: () nada () pouca () moderada () muita

6.2 Participação em aulas/cursos: () nada () pouca () moderada () muita

6.3 Participação em eventos específicos: () nada () pouca () moderada

() muita

6.4 Utilização nas práticas clínicas: () nada () pouca () moderada () muita

6.5 Realização de pesquisa: () nada () pouca () moderada () muita

7. Em suma, acredito que minha eficácia pessoal em raciocínio clínico/diagnóstico situa-se no seguinte nível – minha capacidade atual é:

() Restrita. Necessito de extensa preparação adicional (incentivo, orientação, maturação, prática e feedback) no processo de raciocínio diagnóstico.

() Parcial. Preciso de apoio e oportunidades de aperfeiçoamento no processo de raciocínio diagnóstico.

() Ampla. Tenho autonomia no processo em condições favoráveis.

() Máxima. Tenho plena autonomia no processo mesmo sob pressão negativa (ambiente adverso, falta de tempo, casos difíceis).

APÊNDICE 3

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO ENFERMEIROS (AS)

Código de pareamento: 4 últimos dígitos do seu CPF _____

1 Sexo: () M () F

2 Idade: _____ anos.

3 Ano da Graduação em enfermagem: _____ .

4 Maior grau obtido ou em andamento:

() Graduação () obtido em: _____ .

() Especialização () obtido em: _____ . () Andamento.

() Mestrado () obtido em: _____ . () Andamento.

() Doutorado () obtido em: _____ . () Andamento.

5 Sobre o conteúdo de Raciocínio Clínico/Pensamento crítico, durante o curso de graduação:

() Nenhum conteúdo.

() Apenas conteúdo teórico.

() Conteúdo teórico e prático com muita prática na identificação de Diagnósticos de enfermagem.

() Conteúdo teórico e prático com pouca ou nenhuma prática na identificação de Diagnósticos de enfermagem.

6 Tempo em anos de experiência na enfermagem: _____ anos.

7 Quanto a sua prática clínica (ensino, pesquisa, assistência)

() Inclui Classificação de Diagnóstico de Enfermagem: _____ anos.

() Não inclui Classificação de Diagnóstico de Enfermagem.

8 Marque com um X quanto de contato você já teve com o tema Raciocínio Diagnóstico/Raciocínio Clínico conforme as seguintes atividades:

8.1 Realização de Leituras sobre o tema:

() nada () pouco () moderado () muito

8.2 Participação em eventos relacionado ao tema:

() nada () pouco () moderado () muito

8.3 Participação em curso/aulas sobre o tema:

() nada () pouco () moderado () muito

8.4 Utilização na prática clínica:

() nada () pouco () moderado () muito

8.5 Realização de pesquisas sobre o tema:

() nada () pouco () moderado () muito

9 Acredito que minha eficácia no processo de Raciocínio Diagnóstico/Raciocínio Clínico situa-se no seguinte nível:

Minha capacidade atual é:

() Restrita. Preciso de extensa preparação adicional (incentivo, orientação, maturação, prática e feedback) no processo de raciocínio diagnóstico.

() Parcial. Preciso de apoio e oportunidades de aperfeiçoamento no processo de raciocínio diagnóstico.

() Ampla. Tenho autonomia no processo em condições favoráveis.

() Máxima. Tenho plena autonomia no processo mesmo sob pressão negativa (ambiente adverso, falta de tempo, casos difíceis).

Sáskia Sampaio Cirpiano de Menezes

APÊNDICE 4

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DO *TEST DE CONCORDANCE DE SCRIPTS HUMAN CARING* *

Data: 20-11-2014

De: Goudreau Johanne <johanne.goudreau@umontreal.ca>

Para: Diná Monteiro da Cruz <dinamcruz@usp.br>

Cc: SASKIA SAMPAIO CIPRIANO DE MENEZES <saskiasampaio@gmail.com>, "mdeschenes@cmaisonneuve.qc.ca" <mdeschenes@cmaisonneuve.qc.ca>, Charlin Bernard <bernard.charlin@umontreal.ca>

Assunto: RE: Script Concordance Test

Hello Prof. Monteiro da Cruz,

Thank you for your interest in our work. We are very pleased to grant you the permission to use the TCS as presented in the 2011 publication. The test is written in French and to my knowledge it has been translated in English by a PhD student in Nursing, Rebecca Gee, at Georgia Regents University. But, no one from the Portuguese Brazilian speaking people. He is the doctoral dissertation with the test and all of the results. Please make sure to cite our work properly.

Don't hesitate to communicate with me for more explanations if you need.

Cordially

Johanne Goudreau, inf, PhD.

Vice-doyenne aux études de premier cycle et à la formation continue

Professeure titulaire

Chercheuse, Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI)

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Diná Monteiro da Cruz dinamcruz@usp.br

Para: johanne.goudreau@umontreal.ca

Cc: SASKIA SAMPAIO CIPRIANO DE MENEZES saskiasampaio@gmail.com

Data: 20 de novembro de 2014 11:17

Assunto: Script Concordance Test

Enviado: usp.br

Dear Prof. Goudreau,

I am writing on behalf of a doctoral student under my supervision to ask for your permission to use the script concordance test (SCT) related to your 2011 publication (Deschene et al. Use of a Script Concordance Test to Assess Development of Clinical Reasoning in Nursing Students).

Additionally, I would like to know whether you know any initiative to make the SCT available for Portuguese Brazilian speaking people.

Currently, I am a professor at School of Nursing at the University of São Paulo. One of my area of interest in research and teaching is clinical reasoning. The paucity of methods to assess clinical reasoning properties in nursing challenges the advancement of knowledge in this field. I believe that adapting your proposal on SCT to be tested in other cultures could contribute to advance the knowledge in clinical reasoning.

I am looking forward to receiving your reply. Best regards, Diná

Diná Monteiro da Cruz

Diretora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP)

Professora Titular do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEUSP

Telefones: (55) (11) 3061-7501 / 7502 | Fax: (55) (11) 3088-8213

APÊNDICE 5

ORIENTAÇÕES AOS ESPECIALISTAS PARA A CONSTRUÇÃO DA GRADE DE PONTUAÇÃO DO *TEST DE CONCORDANCE DE SCRIPTS HUMAN CARING (TCS HC)*

Senhor (a),

Como parte do meu projeto de tese de doutorado pela Universidade de São Paulo, o qual tem como objetivo avaliar a qualidade do raciocínio clínico de estudantes de enfermagem e enfermeiros através do Test de Concordance de Scripts (TCS) embasado no Cuidado Humano de Jean Watson, o presente estudo metodológico envolve duas etapas: a) Tradução e Adaptação do TCS e b) Estudos das propriedades psicométricas (validade e confiabilidade) do TCS adaptado para o português do Brasil. A medida de validade requer a participação de um grupo/comitê de especialistas como você que participará na identificação/determinação de diferentes aspectos metodológicos do teste.

Você terá que completar o TCS dentro das mesmas circunstâncias que os estudantes de enfermagem e enfermeiro(a)s, onde será possível a construção de uma grade de pontuação para correção do teste. O TCS utiliza um método de pontuação combinada que leva em conta a variabilidade normal das respostas dadas pelos especialistas e estes pontos serão atribuídos ao estudante. A pontuação dada a cada resposta é calculada dependendo do número de especialistas que o escolhe. Quinze (15) especialistas participarão do desenvolvimento da grade de pontuação.

Instruções:

- Responder ao TCS individualmente, sem consulta aos colegas. É normal perceber a falta de informação nos cenários clínicos ou nos itens do teste, pois visa especificamente à avaliação da qualidade do raciocínio clínico de estudantes de enfermagem e enfermeiro(a)s em um contexto de incerteza.
- Responder diretamente no teste enviado e utilizar um marcador em cor para identificar a resposta de sua escolha.
- Retornar o teste de concordância respondido por e-mail no prazo de 5 dias.

Sabemos que o seu tempo é valioso e que a sua participação representa uma contribuição valiosa ao avanço científico e profissional. A investigação sobre o raciocínio clínico e avaliação de enfermagem são escassos. Sentimos que é importante desenvolver e validar um instrumento que venha ao encontro das necessidades da comunidade científica e assim incrementar os conhecimentos em educação em enfermagem ancorado no cuidado humano.

Ficariamos muito gratos que nos devolvessem o Test de Concordance de Scripts Human Caring o mais breve possível. Um retorno dentro de cinco dias seria muito apreciado.

Estou disponível para quaisquer informações que julgarem ser necessárias à sua colaboração.

Aceite minha mais elevada estima e consideração,

Sáskia Sampaio Cipriano de Menezes, doutoranda.
Escola de Enfermagem de Manaus, Universidade Federal do Amazonas.
saskiasamapio@gmail.com

Diná de Almeida Monteiro Lopes da Cruz
Professora Titular do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica
dinamcruz@usp.br

APÊNDICE 6

Test de Concordance de Scripts Human Caring

Instruções:

Este teste visa avaliar o seu raciocínio clínico no cuidado de enfermagem. Contém 29 cenários clínicos apresentados na forma de quadros. Para cada cenário são apresentadas 3 colunas com os seguintes conteúdos: a primeira coluna contém 3 a 4 sugestões de hipóteses ou intervenções de enfermagem relativas ao cenário; na segunda coluna, são apresentadas informações adicionais; e na terceira coluna, uma escala tipo Likert contendo cinco opções de respostas para você indicar a que melhor representa o seu julgamento, segundo a legenda fornecida na parte inferior dos cenários. A seguir apresentamos um exemplo de cenário clínico:

Exemplo de Cenário:

Com 78 anos de idade, a Sra. Diana se apresenta na triagem do hospital São Lucas com queixa de dificuldades respiratórias que se agravam nos últimos dias. Ela tem DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) há vários anos. Ela pede para sair para fumar, sem seu oxigênio.		
Se você estava pensando que:	E você observa:	Essa hipótese:
*1 A Sra. Diana não está esclarecida sobre a gravidade de sua condição e nega seu estado de saúde.	Uma saturação de 91% com oxigênio instalado.	-2 -1 0 1 2
Hipóteses/Intervenções		Informações Adicionais
*2 A Sra. Diana tem direito de ir fumar já que ela conhece bem seu estado de saúde há vários anos.	Antecedentes de não observância de tratamentos prescritos pelo pneumologista no prontuário.	-2 -1 0 1 2

LEGENDA

- 1 é repetida
- 2 se torna mais pontuante ou possivelmente menos a propriedade
- 0 não é influenciada pela informação adicional
- 1 deve ser explorada em um futuro próximo
- 2 deve ser explorada de imediato

Na primeira coluna, sugerimos uma hipótese: "Se você pensa..." que a Sra. Diana não está esclarecida sobre a gravidade da sua condição... Na segunda coluna, uma informação adicional sobre a pessoa é fornecida: "E você observa..." o que queremos saber é como essa nova informação vai influenciar a sua hipótese inicial. Na terceira coluna, "Essa hipótese..." você deverá circular a resposta que mais corresponde à sua opinião, levando em consideração a informação adicional.

1: Significa que você considera a hipótese válida, em função da nova informação recebida, mas que ela deve ser explorada num futuro próximo e não de imediato.

0: Significa que em função da informação recebida na 2ª coluna, você avalia que a mesma não influencia sua hipótese inicial.

As hipóteses e/ou intervenções não devem influenciar umas às outras. Isto é, no exemplo, você pode confirmar, ao mesmo tempo, sua hipótese de que a Sra. Diana está negando o diagnóstico médico (primeira hipótese) e sua ideia de que a Sra. Diana conhece bem seu estado de saúde (segunda hipótese).

CENÁRIO 01

A Sra. Beatriz tem uma recidiva do câncer de mama, e procura você no hospital para realizar a quimioterapia. Quando você a encontra, ela está com lágrimas nos olhos e ela diz: "Não estou muito bem faz duas semanas; tenho a impressão de que eu não controlo mais o que está acontecendo comigo."		
Se você estava pensando em:	E ela diz para você:	Essa intervenção se torna:
*1 Falar para a Sra. Beatriz dos grupos de apoio com outras pessoas que estão enfrentando a mesma situação que ela.	"Estou doente há vários anos. Ainda não estou morta."	-2 -1 0 1 2
*2 Incentivar a Sra. Beatriz a recorrer à sua rede social (família, amigos) para ter ajuda.	"Sinto que sou um peso para meus familiares e meus amigos. Além disso, vou ser avó em algumas semanas. Eles precisam de mim."	-2 -1 0 1 2
*3 Incentivar a Sra. Beatriz a tomar decisões sobre seus cuidados.	"Tenho a impressão de que cuidei muito de mim esses últimos anos. Não entendo por que ainda estou doente."	-2 -1 0 1 2
4 Ajudar a Sra. Beatriz a obter um apoio espiritual.	"A meditação budista me traz um pouco de serenidade na minha vida."	-2 -1 0 1 2
LEGENDA		
-2 totalmente ou quase contraindicada		
-1 pouco útil e possivelmente prejudicial		
0 nem mais nem menos útil		
1 útil		
2 necessária ou absolutamente necessária		

TCSHC - versão brasileira, 2016

CENÁRIO 02

Você trabalha numa instituição para pessoas idosas parcialmente independentes. Em maio, todos os idosos são convidados a tomar a vacina contra a gripe. Você encontra a Sra. Francisca, 83 anos, a fim de lhe propor a vacinação. A Sra. Francisca é lúcida e independente em suas atividades da vida diária, tem diabetes e hipertensão arterial.		
Se você estava pensando em:	E você observa:	Essa intervenção se torna:
*5 Verificar os conhecimentos da Sra. Francisca quanto às vantagens e riscos da vacinação.	Que a Sra. Francisca teme contrair a Síndrome de Guillain Barré.	-2 -1 0 1 2
*6 Explicar os perigos associados com o vírus da gripe em idosos.	Que a Sra. Francisca não tem nenhum histórico de problemas respiratórios em seu registro.	-2 -1 0 1 2
*7 Obter imediatamente o consentimento livre e esclarecido da Sra. Francisca.	Que a filha dela é contra esta vacinação e quer estar presente durante a consulta.	-2 -1 0 1 2
LEGENDA		
-2 totalmente ou quase contraindicada		
-1 pouco útil e possivelmente prejudicial		
0 nem mais nem menos útil		
1 útil		
2 necessária ou absolutamente necessária		

TCSHC - versão brasileira, 2016

CENÁRIO 03

<p>O Sr. Felipe passou por uma cirurgia para colocar uma prótese de quadril direito há dois dias. Esta manhã, ele ainda não se levantou, dizendo que é incapaz de fazer isso. Você observa que o Sr. Felipe recusa a ajuda de sua esposa que está presente à beira da cama. Ele recusa também um medicamento analgésico antes da mobilização.</p>		
Se você pensa:	E agora você nota:	Essa hipótese:
*8 Que o Sr. Felipe desconfia dos efeitos secundários dos opiáceos.	Que o Sr. Felipe recusou qualquer medicação analgésica há mais de 24 horas.	-2 -1 0 1 2
*9 Que o Sr. Felipe tem medo de mobilizar o quadril operado.	Que o Sr. Felipe tem artrose e sofre de dor crônica.	-2 -1 0 1 2
*10 Que o Sr. Felipe receia que se torne uma carga para a família quando ele voltar para a casa.	Que a esposa do Sr. Felipe recebeu o diagnóstico de câncer de mama faz 6 meses.	-2 -1 0 1 2
LEGENDA		
-2 é rejeitada		
-1 se torna menos pertinente ou possivelmente menos apropriada		
0 não é influenciada pela informação adicional		
1 deve ser explorada num futuro próximo		
2 deve ser explorada de imediato		

TCSHC - versão brasileira, 2016

CENÁRIO 04

<p>A Sra. Carola, 70 anos, está internada para uma cirurgia ginecológica prevista para amanhã. A filha dela veio visitá-la esta noite, mas saiu de repente do quarto da mãe batendo a porta. Quando você chega no quarto, a Sra. Carola lhe diz: "Faz 5 minutos que estou com dor de estômago. Estou nervosa para amanhã."</p>		
Se você pensa:	E agora você nota:	Essa hipótese:
*11 Que a Sra. Carola apresenta sinais de leve angústia e que ela precisa de conforto.	Que a Sra. Carola não digeriu bem o seu jantar e ela se acha ainda um pouco enjoada.	-2 -1 0 1 2
*12 Que a Sra. Carola está perturbada pela visita da filha.	Que a Sra. Carola tem antecedentes de angina no seu prontuário.	-2 -1 0 1 2
*13 Que a Sra. Carola não está preparada para passar por uma cirurgia.	Que a Sra. Carola deseja rever sua filha antes da cirurgia.	-2 -1 0 1 2
LEGENDA		
-2 é rejeitada		
-1 se torna menos pertinente ou possivelmente menos apropriada		
0 não é influenciada pela informação adicional		
1 deve ser explorada num futuro próximo		
2 deve ser explorada de imediato		

TCSHC - versão brasileira, 2016

Sáskia Sampaio Cirpiano de Menezes

CENÁRIO 05

<p>Você trabalha no Programa Saúde da Família, e visita o Sr. Paulo, que tem diabetes tipo 2 há 10 anos e começou a tomar insulina há duas semanas. Durante a visita pela manhã, você observa que ele apresenta glicemia de 396 mg/dl. Além da presença de polidipsia (sede excessiva), o Sr. Paulo não apresenta outros sinais de hiperglicemia. Sua esposa está presente na hora da visita e acabou de administrar insulina conforme prescrito pelo médico.</p>		
Se você estava pensando em:	E você observa:	Essa intervenção se torna:
14 Explorar com o Sr. Paulo e sua esposa o significado dessa experiência de saúde e do controle da diabetes.	Que o Sr. Paulo tem uma linguagem agressiva logo que se menciona o controle de seu diabetes.	-2 -1 0 1 2
*15 Validar os conhecimentos do casal em relação aos sinais e sintomas a observar.	Que o Sr. Paulo não se interessa pelas recomendações e deixa a esposa ouvir as informações necessárias.	-2 -1 0 1 2
*16 Perguntar para a esposa do Sr. Paulo se essa situação acontece com frequência e como eles costumam controlar a administração da insulina.	Que o Sr. Paulo diz ter administrado uma dose mais elevada de insulina ontem à noite.	-2 -1 0 1 2
17 Tranquilizar o casal sobre a ausência de sinais de hiperglicemia, além da polidipsia.	Que o Sr. Paulo tem hipertensão arterial.	-2 -1 0 1 2
LEGENDA		
-2 totalmente ou quase contraindicada		
-1 pouco útil e possivelmente prejudicial		
0 nem mais nem menos útil		
1 útil		
2 necessária ou absolutamente necessária		

TCSHC - versão brasileira, 2016

CENÁRIO 06

<p>O Sr. Ribamar, 62 anos, está internado há 3 dias em consequência de um AVE em artéria cerebral média esquerda. Ele apresenta afasia de Broca, hemianopsia (perda de metade do campo visual) e paralisia do lado direito. A esposa do Sr. Ribamar confessa a você que não sabe mais como se comunicar com seu esposo.</p>		
Se você estava pensando em sugerir à esposa do Sr. Ribamar que:	E você observa:	Essa intervenção se torna:
18 Ela se colocasse na parte preservada do campo visual do seu esposo durante a conversa.	Que o Sr. Ribamar está cansado e impaciente com ela.	-2 -1 0 1 2
*19 Ela falasse normalmente, expressando apenas uma ideia de cada vez.	Que a esposa do Sr. Ribamar usa um tom infantil quando ela fala com seu esposo.	-2 -1 0 1 2
20 Ela fizesse perguntas fechadas.	Que o Sr. Ribamar só responde com sinais de cabeça ou gestos.	-2 -1 0 1 2
*21 Ela utilizasse um pictograma para a expressão das necessidades.	Que o Sr. Ribamar chora quando vê o cartaz.	-2 -1 0 1 2
LEGENDA		
-2 totalmente ou quase contraindicada		
-1 pouco útil e possivelmente prejudicial		
0 nem mais nem menos útil		
1 útil		
2 necessária ou absolutamente necessária		

TCSHC - versão brasileira, 2016

Sáskia Sampaio Cirpiano de Menezes

CENÁRIO 07

Como responsável pelo programa de diabetes, você dá uma palestra a um grupo de pessoas com diagnóstico recente de diabetes.		
Se você estava pensando em:	E uma das pessoas lhe diz:	Essa intervenção se torna:
*22 Oferecer um folheto informativo sobre diabetes e alimentação, convidando as pessoas a assistir a um vídeo informativo.	"Minha alimentação e minha taxa de glicemia não são um problema. Não vou morrer tão cedo."	-2 -1 0 1 2
*23 Começar convidando os participantes a expressar suas experiências/preocupações frente à diabetes.	"Não tenho problemas, vocês cuidam de mim, e para mim está ótimo assim."	-2 -1 0 1 2
*24 Validar os conhecimentos das pessoas sobre a diabetes antes de iniciar a palestra.	"Eu não faço nada para mudar meus hábitos alimentares e eu ainda fumo dois maços de cigarros por dia. Eu sei que eu não me ajudo."	-2 -1 0 1 2
LEGENDA		
-2 totalmente ou quase contraindicada		
-1 pouco útil e possivelmente prejudicial		
0 nem mais nem menos útil		
1 útil		
2 necessária ou absolutamente necessária		

TCSHC - versão brasileira, 2016

CENÁRIO 08

O Sr. Gilberto deu entrada na Emergência do Hospital Psiquiátrico. Após uma primeira avaliação você observa que o Sr. Gilberto apresenta comportamentos que colocam sua saúde e segurança em risco.		
Se você estava pensando em:	E você observa:	Essa intervenção se torna:
25 Solicitar um serviço particular para assegurar uma presença constante junto ao Sr. Gilberto.	Que o Sr. Gilberto já tem um histórico de episódios de autoagressão no seu prontuário.	-2 -1 0 1 2
*26 Instalar meios de contenção física nos pulsos do Sr. Gilberto.	Que o Sr. Gilberto fica agitado na ocasião das interações. Ele ameaça bater no funcionário.	-2 -1 0 1 2
*27 Começar a tomar medidas apropriadas de contenção química em conformidade com as recomendações médicas.	Que o Sr. Gilberto recusa radicalmente o medicamento e manifesta seu descontentamento batendo na parede.	-2 -1 0 1 2
LEGENDA		
-2 totalmente ou quase contraindicada		
-1 pouco útil e possivelmente prejudicial		
0 nem mais nem menos útil		
1 útil		
2 necessária ou absolutamente necessária		

TCSHC - versão brasileira, 2016

Sáskia Sampaio Cirpiano de Menezes

CENÁRIO 09

Após apendicectomia, o Sr. Pedro se queixa de uma dor contínua no abdômen. Apesar do analgésico que recebeu 3 horas antes, ele sente dor persistente de intensidade de 9 a 10 em 10. Ele diz estar esgotado por sofrer tanto e fica na cama em posição fetal.		
Se você pensa:	E você observa:	Essa hipótese:
28 Que o Sr. Pedro tem dor de intensidade de 9 a 10 (numa escala de 0 a 10) não aliviada pelos analgésicos e que necessita de reavaliação médica.	Que o médico responsável planejou a diminuição da medicação logo no dia seguinte, pois o Sr. Pedro terá alta.	-2 -1 0 1 2
*29 Que o Sr. Pedro poderia usar outras medidas de alívio da dor (por exemplo: o descanso, relaxamento, imagens mentais).	Que o Sr. Pedro dormiu o dia todo segundo os registros da enfermeira que lhe antecedeu no Serviço.	-2 -1 0 1 2
*30 Que a dor do Sr. Pedro resulta de um processo normal de cicatrização e inflamação pós-operatória.	Que o Sr. Pedro tem um histórico de dependência de drogas.	-2 -1 0 1 2
LEGENDA		
-2 é rejeitada		
-1 se torna menos pertinente ou possivelmente menos apropriada		
0 não é influenciada pela informação adicional		
1 deve ser explorada num futuro próximo		
2 deve ser explorada de imediato		

TCSHC - versão brasileira, 2016

CENÁRIO 10

A Sra. Paula tem câncer da mama em estágio avançado com metástases ósseas. Ela sofre de dor aguda na coluna, que limita seus movimentos, mas recusa o medicamento analgésico. Quando você dá explicações sobre a importância de aliviar a dor, o mecanismo de ação dos analgésicos e a frequência das doses, a Sra. Paula começa a chorar.		
Se você estava pensando em:	E você observa:	Essa intervenção se torna:
31 Despertar na Sra. Paula um sentimento de esperança, salientando que ela poderia viver mais tranquilamente sua situação de saúde, controlando as suas dores.	Que a Sra. Paula acredita que deve aceitar sua morte iminente; que essa situação é inevitável.	-2 -1 0 1 2
*32 Explorar o significado da dor segundo a experiência da Sra. Paula.	Que a Sra. Paula é muito católica e acredita que sua dor vem de Deus e deve necessariamente acompanhar a doença.	-2 -1 0 1 2
33 Introduzir outras medidas de alívio da dor.	Que a Sra. Paula quer que seu acupunturista venha atendê-la no hospital.	-2 -1 0 1 2
LEGENDA		
-2 totalmente ou quase contraindicada		
-1 pouco útil e possivelmente prejudicial		
0 nem mais nem menos útil		
1 útil		
2 necessária ou absolutamente necessária		

TCSHC - versão brasileira, 2016

Sáskia Sampaio Cirpiano de Menezes

CENÁRIO 11

O Sr. Roberto, 57 anos, foi submetido a uma ressecção abdominoperineal em função de um câncer do reto. Ele se encontra com colostomia permanente. O Sr. Roberto passa a maior parte do tempo deitado na cama, de olhos fechados ou olhando para o nada. Ele esconde sua colostomia de sua companheira presente no quarto. Hoje de manhã, você deve começar a ensinar os cuidados com a colostomia como previsto no seu plano de cuidados de enfermagem.

Se você pensa:	E ele lhe fala:	Essa hipótese:
*34 Que o Sr. Roberto apresenta alteração da imagem corporal.	"Sinto-me sujo e não cheiro bem."	-2 -1 0 1 2
*35 Que o Sr. Roberto não está pronto para receber as orientações para cuidar da sua colostomia.	"Minha ostomia é uma verdadeira ferida que deve ser cuidada por um(a) profissional."	-2 -1 0 1 2
*36 Que o Sr. Roberto receia que sua vida sexual seja prejudicada por essa cirurgia.	Que tem uma nova companheira, com 34 anos de idade.	-2 -1 0 1 2
LEGENDA		
-2 é rejeitada		
-1 se torna menos pertinente ou possivelmente menos apropriada		
0 não é influenciada pela informação adicional		
1 deve ser explorada num futuro próximo		
2 deve ser explorada de imediato		

TCSHC - versão brasileira, 2016

CENÁRIO 12

Você dá uma palestra sobre os riscos do câncer de mama e a prevenção dessa doença. Você ensina a um grupo de mulheres as medidas preventivas e demonstra, entre outras coisas, o autoexame das mamas.

Se você estava pensando em:	E uma das mulheres lhe fala:	Essa intervenção se torna:
*37 Pedir para as mulheres falarem do significado e importância que elas dão às suas mamas.	"Perder uma mama, é perder toda minha feminilidade."	-2 -1 0 1 2
*38 Informar às participantes quanto à importância de uma alimentação saudável e diversificada em vitaminas e minerais.	"Os fitoestrógenos são extraordinários. Tomo soja todos os dias."	-2 -1 0 1 2
*39 Promover o intercâmbio de informações entre as participantes sobre os métodos que usam para reduzir o seu estresse diário.	"Não há nada melhor que uma boa refeição com uma boa garrafa de vinho."	-2 -1 0 1 2
LEGENDA		
-2 totalmente ou quase contraindicada		
-1 pouco útil e possivelmente prejudicial		
0 nem mais nem menos útil		
1 útil		
2 necessária ou absolutamente necessária		

TCSHC - versão brasileira, 2016

Sáskia Sampaio Cirpiano de Menezes

CENÁRIO 13

Lucas, 13 meses, está em observação na Emergência por febre de 39,5°C há três dias. Ele se alimenta e se hidrata bem e fica animado quando a febre é controlada. Os pais de Lucas (Maria e Max) estão preocupados por causa da febre e do estado de saúde do filho. Eles dizem que recebem pouco apoio da família e amigos para que os dois possam ir trabalhar.

Se você pensa:	E você fica sabendo:	Essa hipótese:
*40 Que os pais de Lucas têm dificuldade para se adaptar ao novo papel parental.	Que Lucas é o terceiro filho da Maria e do Max.	-2 -1 0 1 2
*41 Que os pais de Lucas tem muitas responsabilidades e preocupações e que eles precisam fazer escolhas importantes.	Que os pais de Lucas tem de trabalhar em tempo integral, a fim de atender às necessidades materiais das crianças.	-2 -1 0 1 2
*42 Que o aumento da temperatura de Lucas é claramente um sinal de infecção respiratória.	Que Lucas está na sua terceira internação em 3 meses.	-2 -1 0 1 2
LEGENDA		
-2 é rejeitada		
-1 se torna menos pertinente ou possivelmente menos apropriada		
0 não é influenciada pela informação adicional		
1 deve ser explorada num futuro próximo		
2 deve ser explorada de imediato		

TCSHC - versão brasileira, 2016

CENÁRIO 14

Catarina, 26 anos, procura a emergência por dores pélvicas. As dores são constantes, de intensidade média. Após os exames diagnósticos, o médico detectou gravidez extrauterina. Catarina já teve dois abortos espontâneos.

Se você pensa:	E ela lhe diz:	Essa hipótese:
*43 Que Catarina pode enfrentar sozinha essa situação.	<i>"A culpa é minha. Não tiro um tempo para pensar na minha saúde. Me sinto culpada."</i>	-2 -1 0 1 2
*44 Que Catarina precisa conversar sobre sua escolha de se tornar mãe.	<i>"Eu acho que tenho que entender a mensagem enviada para mim: eu nunca poderei ter filhos."</i>	-2 -1 0 1 2
*45 Que Catarina pode estar apresentando sinais de depressão	<i>"Não tenho pensamentos ruins por enquanto. Ainda sou jovem. Poderei superar isso."</i>	-2 -1 0 1 2
LEGENDA		
-2 é rejeitada		
-1 se torna menos pertinente ou possivelmente menos apropriada		
0 não é influenciada pela informação adicional		
1 deve ser explorada num futuro próximo		
2 deve ser explorada de imediato		

TCSHC - versão brasileira, 2016

Sáskia Sampaio Cirpiano de Menezes

CENÁRIO 15

A Sra. Betina, 62 anos, descobre que tem um câncer nos pulmões. O médico detectou também metástases ósseas e oferece a ela um tratamento paliativo, mas as chances de sobrevivência da Sra. Betina são reduzidas.		
Se você estava pensando em:	E você observa:	Essa intervenção se torna:
*46 Falar com a Sra. Betina sobre os sentimentos dela de tristeza quanto à notícia desse diagnóstico.	Que a Sra. Betina permanece sem demonstrar emoções diante do anúncio do diagnóstico. Seu semblante permanece neutro, mas tenso	-2 -1 0 1 2
47 Explicar para a Sra. Betina o transcurso do tratamento e seus efeitos colaterais	Que a Sra. Betina nega formalmente o diagnóstico. Ela repete que nunca fumou na vida dela.	-2 -1 0 1 2
*48 Perguntar à Sra. Betina o que ela mais precisa no momento.	Que a Sra. Betina deseja ficar sozinha por um momento.	-2 -1 0 1 2
LEGENDA		
-2 totalmente ou quase contraindicada		
-1 pouco útil e possivelmente prejudicial		
0 nem mais nem menos útil		
1 útil		
2 necessária ou absolutamente necessária		

TCSHC - versão brasileira, 2016

CENÁRIO 16

A Sra. Olívia, 84 anos, teve uma queda em casa provocando uma fratura do quadril. Ela mora com seu filho único, Paulo, no segundo andar de um sobrado. Durante sua internação, você planeja junto com Paulo a alta dela. Um encaminhamento para um Centro de Recuperação de Longa Permanência é planejado.		
Se você pensa:	E você observa:	Essa hipótese:
*49 Que a Sra. Olívia sente uma perda de controle frente à sua falta de autonomia.	Que a Sra. Olívia recusou a ajuda da assistente social hoje de manhã.	-2 -1 0 1 2
*50 Que Paulo se sente culpado por colocar sua mãe num centro desse tipo.	Que a Sra. Olívia lhe fala que seu filho lhe tinha feito a promessa de nunca colocá-la num Centro de Recuperação de Longa Permanência.	-2 -1 0 1 2
*51 Que a Sra. Olívia pode voltar para a casa com a ajuda do seu filho.	Que Paulo já havia mencionado o peso de assumir o cuidado da sua mãe em casa.	-2 -1 0 1 2
LEGENDA		
-2 é rejeitada		
-1 se torna menos pertinente ou possivelmente menos apropriada		
0 não é influenciada pela informação adicional		
1 deve ser explorada num futuro próximo		
2 deve ser explorada de imediato		

TCSHC - versão brasileira, 2016

Sáskia Sampaio Cirpiano de Menezes

CENÁRIO 17

Lina, 24 anos, está em pós-parto no hospital. Ontem ela deu à luz a uma menina. Entrando no quarto, você a vê em prantos e tentando amamentar a recém-nascida. Ela explica que a amamentação é mais difícil do que pensava. O marido, Marcos, está ao lado dela e receoso com a alta prevista para amanhã.

Se você pensa:	E você observa:	Essa hipótese:
*52 Que Lina apresenta desequilíbrio hormonal que a deixa mais sensível à dificuldade de amamentar.	<i>Que Marcos é pouco receptivo à amamentação mas respeita a escolha de Lina.</i>	-2 -1 0 1 2
*53 Que Lina precisará de apoio após a alta do hospital.	<i>Que o casal acabou de se mudar para um novo bairro e que os pais de Lina estão fora do país.</i>	-2 -1 0 1 2
*54 Que Lina não está preparada para ter alta do hospital.	<i>Que Lina está preocupada com seu bebê que acorda frequentemente. O bebê quer mamar a cada duas horas.</i>	-2 -1 0 1 2
55 Que Lina precisaria da sua ajuda para melhorar a técnica de amamentação.	<i>Que Lina tem dores nas mamas na hora de amamentar. Os mamilos são sensíveis com vermelhidão e rachaduras.</i>	-2 -1 0 1 2
LEGENDA		
-2 é rejeitada		
-1 se torna menos pertinente ou possivelmente menos apropriada		
0 não é influenciada pela informação adicional		
1 deve ser explorada num futuro próximo		
2 deve ser explorada de imediato		

TCSHC - versão brasileira, 2016

CENÁRIO 18

Você trabalha em uma Unidade Básica de Saúde da Família. Uma moça de 17 anos, Joana, se apresenta com seu namorado. Ela está apavorada porque após uma relação sexual não protegida, teme estar grávida.

Se você pensa:	E você observa:	Essa hipótese:
*56 Que Joana não utiliza método contraceptivo por falta de informação sobre o assunto.	<i>Que o parceiro da Joana não gosta da perda de sensibilidade causada pelo preservativo.</i>	-2 -1 0 1 2
57 Que Joana utiliza a pílula do dia seguinte como método contraceptivo regularmente.	<i>Que Joana tomou a pílula do dia seguinte várias vezes nos últimos 10 meses.</i>	-2 -1 0 1 2
*58 Que Joana não conhece os riscos ligados às relações sexuais não protegidas.	<i>Que o casal fica preocupado com o custo dos métodos contraceptivos recomendados.</i>	-2 -1 0 1 2
LEGENDA		
-2 é rejeitada		
-1 se torna menos pertinente ou possivelmente menos apropriada		
0 não é influenciada pela informação adicional		
1 deve ser explorada num futuro próximo		
2 deve ser explorada de imediato		

TCSHC - versão brasileira, 2016

CENÁRIO 19

<p>Você trabalha em cuidados paliativos. Acometido por câncer do pulmão num estágio avançado, o Sr. Léo apresenta uma úlcera por pressão em estágio II na região do cóccix, necessitando de cuidados regularmente. Quanto você faz o curativo, observa que o Sr. Léo segura o choro. Ele pede para ir fumar apesar de precisar de oxigênio a 2L/min.</p>		
Se você pensa:	E ele lhe fala:	Essa hipótese:
*59 Que o Sr. Léo nega sua situação de saúde pelo fato de querer fumar	"Fumar é tudo o que me resta de bom na vida".	-2 -1 0 1 2
*60 Que o Sr. Léo não está pronto para morrer e que ele precisa de ajuda espiritual.	"É muito difícil pra mim pensar em morrer neste lugar. Estou cansado de ver todos esses profissionais."	-2 -1 0 1 2
*61 Que o Sr. Léo percebe que ele está perdendo o controle da situação de saúde.	"Estou indiferente ao estado da minha ferida. Não perca seu tempo tentando curá-la."	-2 -1 0 1 2
LEGENDA		
-2 é rejeitada		
-1 se torna menos pertinente ou possivelmente menos apropriada		
0 não é influenciada pela informação adicional		
1 deve ser explorada num futuro próximo		
2 deve ser explorada de imediato		

TCSHC - versão brasileira, 2016

CENÁRIO 20

<p>A Sra. Júlia, 84 anos, está na Emergência por causa de piora do seu estado geral e hipertermia. Além disso, ela tem Alzheimer, o que torna as interações difíceis. Você deve iniciar os procedimentos diagnósticos segundo a prescrição médica. A filha da Sra. Júlia, que vive com ela, está presente e manifesta seu desamparo quanto à situação da sua mãe e se diz esgotada.</p>		
Se você estava pensando em:	E ela lhe fala:	Essa intervenção se torna:
62 Conversar com a filha da Sra. Júlia sobre os recursos da comunidade em serviços de apoio e cuidadores.	"É minha mãe... e prometi cuidar dela. Vou me organizar sozinha."	-2 -1 0 1 2
*63 Perguntar a filha da Sra. Júlia qual seria a melhor maneira de ajudá-la de imediato.	"Não sei mais o que fazer" e ela começou a chorar.	-2 -1 0 1 2
*64 Estabelecer com a filha da Sra. Júlia um plano de cuidados coerente e realista com a situação de saúde da mãe dela.	"Acho tão duro que ela não me reconheça mais..."	-2 -1 0 1 2
LEGENDA		
-2 totalmente ou quase contraindicada		
-1 pouco útil e possivelmente prejudicial		
0 nem mais nem menos útil		
1 útil		
2 necessária ou absolutamente necessária		

TCSHC - versão brasileira, 2016

Sáskia Sampaio Cirpiano de Menezes

CENÁRIO 21

O Sr. Gabriel, 62 anos, tem uma hipertrofia benigna da próstata e foi submetido à ressecção transuretral da próstata, há dois dias. Seu cateter vesical foi retirado ontem e, desde então, o Sr. Gabriel monitora sua diurese. Ele segue a hidratação pós-operatória prescrita e parece aliviado pelo medicamento analgésico.

Se você estava pensando em:	E você observa:	Essa intervenção se torna:
*65 Investigar com o Sr. Gabriel o significado dessa intervenção cirúrgica sobre sua vida sexual.	Que o Sr. Gabriel faz brincadeiras a esse respeito e tenta fazer você se sentir incomodada ou pouco à vontade.	-2 -1 0 1 2
*66 Tranquilizar o Sr. Gabriel sobre as possíveis perdas miccionais depois de ser submetido a esta cirurgia.	Que o Sr. Gabriel se diz envergonhado com essa situação; ele molhou as calças esta manhã.	-2 -1 0 1 2
67 Verificar o medo do Sr. Gabriel acerca da possibilidade de câncer da próstata entre os homens com hipertrofia benigna da próstata.	Que o Sr. Gabriel sabe que a hipertrofia da próstata não tem relação com o câncer da próstata.	-2 -1 0 1 2
LEGENDA		
-2 totalmente ou quase contraindicada		
-1 pouco útil e possivelmente prejudicial		
0 nem mais nem menos útil		
1 útil		
2 necessária ou absolutamente necessária		

TCSHC - versão brasileira, 2016

CENÁRIO 22

Internado por piora do estado geral, o Sr. Bruno, 83 anos, apresenta episódios de confusão desde que deu entrada no hospital. Ele tentou várias vezes sair da maca. Como ele caiu 4 vezes no decorrer das últimas 48 horas, uma contenção física foi instalada pelo pessoal de enfermagem do plantão anterior. Indignado, o filho do Sr. Bruno pede explicações.

Se você estava pensando em:	E você observa:	Essa intervenção se torna:
*68 Relatar ao Sr. Bruno o seu constrangimento frente à situação.	Que o filho do Sr. Bruno quer registrar uma queixa formal ao estabelecimento de saúde.	-2 -1 0 1 2
69 Perguntar ao filho do Sr. Bruno sua opinião sobre os cuidados que o pai dele deveria receber.	Que a relação entre o Sr. Bruno e o filho dele não é muito harmoniosa. Eles não se veem há 3 anos.	-2 -1 0 1 2
*70 Perguntar ao filho do Sr. Bruno seus medos e preocupações em relação à saúde de seu pai.	Que o filho do Sr. Bruno se fecha frente a qualquer conversa. Ele afirma: "É você quem tem que me explicar o que está acontecendo."	-2 -1 0 1 2
71 Tomar medidas para remover a contenção e aumentar a supervisão do Sr. Bruno.	Que o filho do Sr. Bruno estabelece relação entre esta situação e a violência praticada contra as pessoas idosas, como é denunciada nas mídias.	-2 -1 0 1 2
LEGENDA		
-2 totalmente ou quase contraindicada		
-1 pouco útil e possivelmente prejudicial		
0 nem mais nem menos útil		
1 útil		
2 necessária ou absolutamente necessária		

TCSHC - versão brasileira, 2016

CENÁRIO 23

Você trabalha numa Unidade de Cuidados Coronarianos. O Sr. Marcos, 54 anos, se queixa de uma dor em aperto e repentina na região epigástrica de intensidade 10 (numa escala de 0 a 10). Ansioso, ele fica cada vez mais dispneico. Você começa os procedimentos diagnósticos como prescrito. Você faz, entre outros, um eletrocardiograma e uma dosagem das enzimas cardíacas.

Se você estava pensando em:	E você observa:	Essa intervenção se torna:
*72 Apoiar o Sr. Marcos falando que pode ajudá-lo frente a essa dor súbita.	<i>Que o Sr. Marcos acredita que, desta vez, é difícil demais para ele; ele não aguentará.</i>	-2 -1 0 1 2
*73 Entrar em contato com a família do Sr. Marcos.	<i>Que o Sr. Marcos deseja que lhe deixem só. Ele não quer que a família dele o veja nesse estado.</i>	-2 -1 0 1 2
*74 Explicar os procedimentos diagnósticos aos poucos	<i>Que o Sr. Marcos apresenta um nítido aumento da sua ansiedade em função das explicações recebidas.</i>	-2 -1 0 1 2
LEGENDA		
-2 totalmente ou quase contraindicada		
-1 pouco útil e possivelmente prejudicial		
0 nem mais nem menos útil		
1 útil		
2 necessária ou absolutamente necessária		

TCSHC - versão brasileira, 2016

CENÁRIO 24

A Sra. Clara, 45 anos, apresenta-se para a consulta pré-operatório. Daqui a duas semanas, ela vai passar por uma histerectomia abdominal total. Ela confessa estar preocupada com a cirurgia. Você planeja a orientação pré-operatória em função dessa cirurgia que vai ser realizada.

Se você estava pensando em:	E você fica sabendo:	Essa intervenção se torna:
*75 Perguntar à Sra. Clara o significado e a importância que ela dá ao seu útero.	<i>Que a Sra. Clara não teve filhos e também não deseja ter.</i>	-2 -1 0 1 2
*76 Sugerir a Sra. Clara uma terapia de reposição hormonal após a cirurgia, em acordo com o médico.	<i>Que a Sra. Clara já teve um tumor benigno na mama direita.</i>	-2 -1 0 1 2
*77 Relatar à Sra. Clara a sua experiência nessa cirurgia, pois você já a vivenciou anos atrás.	<i>Que a Sra. Clara receia essa menopausa cirúrgica. Ela acha que ela vai perder sua feminilidade.</i>	-2 -1 0 1 2
LEGENDA		
-2 totalmente ou quase contraindicada		
-1 pouco útil e possivelmente prejudicial		
0 nem mais nem menos útil		
1 útil		
2 necessária ou absolutamente necessária		

TCSHC - versão brasileira, 2016

Sáskia Sampaio Cirpiano de Menezes

CENÁRIO 25

Você trabalha na Emergência Pediátrica. Nicolas, 2 anos e meio, dá entrada com broncoespasmo. Você monitora constantemente o estado respiratório de Nicolas que apresenta tiragem subcostal e xifoidiana, saturação de 92 % em ar ambiente e 42 movimentos respiratórios por minuto. Preocupada, a mãe de Nicolas fica perto dele.

Se você estava pensando em:	E você observa:	Essa intervenção se torna:
*78 Perguntar para a mãe do Nicolas o que ela faz normalmente para controlar as crises de asma do seu filho.	<i>Que a mãe do Nicolas se sente sobrecarregada pelos acontecimentos. Mãe solteira, ela busca apoio.</i>	-2 -1 0 1 2
*79 Informar à mãe do Nicolas sobre as medidas de tratamento de uma crise de asma, entre outros, os medicamentos administrados.	<i>Que a mãe do Nicolas teme um atraso no crescimento do seu filho, efeito secundário dos glicocorticoides usados durante crises de asma.</i>	-2 -1 0 1 2
*80 Perguntar para a mãe do Nicolas o que mais a ajudaria a enfrentar a situação nesse momento.	<i>Que a mãe do Nicolas administra bombinhas entre as doses de medicamentos apesar das explicações dadas a esse respeito.</i>	-2 -1 0 1 2
LEGENDA		
-2 totalmente ou quase contraindicada		
-1 pouco útil e possivelmente prejudicial		
0 nem mais nem menos útil		
1 útil		
2 necessária ou absolutamente necessária		

TCSHC - versão brasileira, 2016

CENÁRIO 26

O Sr. Flávio, 34 anos, está na emergência com dor de origem cardíaca. Seu eletrocardiograma mostra certas irregularidades. Você monitoriza seu estado medindo com frequência seus sinais vitais e observando o traçado do eletrocardiograma. No momento de verificar os sinais vitais, o Sr. Flávio quer utilizar seu computador e seu telefone celular, apesar das restrições impostas a esse respeito. Ele pede também para tirar os eletrodos para sair para fumar.

Se você pensa:	E você fica sabendo:	Essa hipótese:
*81 Que o Sr. Flávio não está esclarecido quanto à gravidade do seu estado. Ele nega sua situação de saúde.	<i>Que o pai dele faleceu de um infarto do miocárdio na idade de 40 anos.</i>	-2 -1 0 1 2
*82 Que o Sr. Flávio é um homem estressado que dedica muito tempo ao seu trabalho.	<i>Que o Sr. Flávio acaba de perder seu emprego e contata o sindicato. Esta situação o preocupa muito.</i>	-2 -1 0 1 2
*83 Que o Sr. Flávio não está pronto para mudar seu estilo de vida.	<i>Que o Sr. Flávio teve uma depressão grave há um ano.</i>	-2 -1 0 1 2
LEGENDA		
-2 é rejeitada		
-1 se torna menos pertinente ou possivelmente menos apropriada		
0 não é influenciada pela informação adicional		
1 deve ser explorada num futuro próximo		
2 deve ser explorada de imediato		

TCSHC - versão brasileira, 2016

Sáskia Sampaio Cirpiano de Menezes

CENÁRIO 27

Você visita a casa do Sr. e Sra. Lima. A Sra. Lima sofre de um câncer ósseo em fase terminal. Ela quer morrer em casa, cercada por sua família. Você deve dar-lhe suas injeções de analgésicos em horários regulares. Na sua chegada, o Sr. Lima tem o semblante tenso e lágrimas nos olhos. Ele se diz arrasado pela situação, e acredita que sua esposa está sofrendo muito.

Se você estava pensando em:	E ele lhe fala:	Essa intervenção se torna:
*84 Perguntar ao Sr. Lima a melhor forma de ajudar a ele e sua esposa no momento	Que ele acha que a esposa dele recebe injeções de analgésicos demais e que ele tem medo que o medicamento precipite seu falecimento.	-2 -1 0 1 2
*85 Fazer com que o Sr Lima verbalize como percebe a morte.	Que somente Deus pode decidir a hora da morte de uma pessoa.	-2 -1 0 1 2
*86 Oferecer ao Sr. Lima acolhimento e apoio adicionais.	Que a ajuda dada é mais que suficiente, e que ele quer ficar sozinho com a sua esposa.	-2 -1 0 1 2
LEGENDA		
-2 totalmente ou quase contraindicada		
-1 pouco útil e possivelmente prejudicial		
0 nem mais nem menos útil		
1 útil		
2 necessária ou absolutamente necessária		

TCSHC - versão brasileira, 2016

CENÁRIO 28

Eliana é uma adolescente de 13 anos que se apresenta na Unidade Básica com o objetivo de obter uma consulta sobre contracepção. No meio da consulta, ela desmorona em lágrimas e confessa que está grávida. Ela não sabe se deve fazer um aborto ou não.

Se você estava pensando em:	E você observa:	Essa intervenção se torna:
*87 Perguntar à Eliana o que ela espera de você e de sua ajuda, tendo em vista a situação.	Que Eliana afirma não poder tomar decisão por enquanto e querer que alguém decida no lugar dela.	-2 -1 0 1 2
*88 Identificar com ela os recursos no seu meio social que poderão lhe fornecer apoio e ajuda.	Que Eliana não pode contar sua condição para a sua família, porque a mesma desaprova as mães solteiras.	-2 -1 0 1 2
*89 Incentivar Eliana a falar sobre o significado que ela dá ao fato de ter um filho.	Que Eliana deseja levar sua gravidez a termo, apesar de sua pouca idade e sem a ajuda do pai.	-2 -1 0 1 2
LEGENDA		
-2 totalmente ou quase contraindicada		
-1 pouco útil e possivelmente prejudicial		
0 nem mais nem menos útil		
1 útil		
2 necessária ou absolutamente necessária		

TCSHC - versão brasileira, 2016

CENÁRIO 29

O Sr. Ferreira, 78 anos, foi operado para a substituição do quadril direito. Durante os cuidados de higiene, você nota uma úlcera por pressão estágio 2 no cóccix. O Sr. Ferreira se movimenta com dificuldade e quer ficar deitado de costas por enquanto. Ele recusa movimentar-se apesar da presença do ferimento no cóccix.		
Se você pensa:	E ele lhe fala:	Essa hipótese:
*90 Que o Sr. Ferreira não recebeu as informações necessárias sobre os cuidados com a sua úlcera por pressão.	"Quero primeiro sarar do meu quadril. A gente cuida da ferida depois."	-2 -1 0 1 2
*91 Que o Sr. Ferreira recusa movimentar-se porque sente dor.	"Estou ficando com muito sono se eu tomo remédios contra a dor."	-2 -1 0 1 2
*92 Que o Sr. Ferreira tem medo de mobilizar seu quadril operado.	"Os funcionários não me ajudam o bastante para me mobilizar. Falta pessoal. Não quero perturbar."	-2 -1 0 1 2
LEGENDA		
-2 é rejeitada		
-1 se torna menos pertinente ou possivelmente menos apropriada		
0 não é influenciada pela informação adicional		
1 deve ser explorada num futuro próximo		
2 deve ser explorada de imediato		

APÊNDICE 7

TCSHC versão brasileira

Grade de Pontuação

Item	Alternativas					Item	Alternativas				
	-2	-1	0	1	2		-2	-1	0	1	2
1	0,00	0,10	0,50	1,00	0,40	47	0,22	1,00	0,11	0,33	0,56
2	0,25	1,00	0,25	0,75	0,25	48	0,00	0,22	0,67	0,33	1,00
3	0,00	0,33	0,78	1,00	0,11	49	0,20	0,20	0,10	0,50	1,00
4	0,00	0,00	0,15	0,38	1,00	50	0,06	0,00	0,06	0,00	1,00
5	0,00	0,00	0,18	1,00	0,64	51	0,17	1,00	0,00	0,25	0,25
6	0,00	0,08	1,00	0,50	0,08	52	0,43	0,29	1,00	0,43	0,71
7	1,00	0,71	0,00	0,29	0,86	53	0,00	0,08	0,17	0,42	1,00
8	0,07	0,07	0,00	0,20	1,00	54	0,00	0,08	0,33	0,25	1,00
9	0,07	0,00	0,29	0,07	1,00	55	0,00	0,06	0,06	0,00	1,00
10	0,14	0,00	0,00	1,00	0,29	56	0,50	0,75	0,00	0,25	1,00
11	0,14	0,57	0,29	0,86	1,00	57	0,00	0,00	0,00	0,18	1,00
12	0,00	0,14	0,07	0,21	1,00	58	0,67	0,50	0,67	0,50	1,00
13	0,00	0,15	0,23	0,15	1,00	59	1,00	0,60	0,20	0,00	0,20
14	0,29	0,71	0,14	0,71	1,00	60	0,00	0,50	0,38	0,63	1,00
15	0,00	0,25	0,38	0,88	1,00	61	0,20	0,20	0,10	0,50	1,00
16	0,00	0,00	0,00	0,05	1,00	62	0,00	0,20	0,30	0,50	1,00
17	0,56	0,33	1,00	0,22	0,11	63	0,00	0,20	0,40	0,40	1,00
18	0,00	0,18	0,18	1,00	0,45	64	0,00	0,00	0,60	0,40	1,00
19	0,08	0,08	0,08	0,42	1,00	65	0,20	0,30	0,30	1,00	0,20
20	0,00	0,08	0,08	0,38	1,00	66	0,00	0,06	0,00	0,12	1,00
21	1,00	0,78	0,11	0,11	0,22	67	0,63	0,38	1,00	0,25	0,25
22	0,11	0,44	0,33	1,00	0,33	68	0,67	1,00	1,00	0,33	0,33
23	0,00	0,11	0,67	1,00	0,44	69	0,14	1,00	0,86	0,71	0,14
24	0,00	0,00	0,22	1,00	1,00	70	0,17	0,50	0,67	1,00	1,00
25	0,00	0,00	0,00	0,33	1,00	71	0,00	0,20	0,50	0,30	1,00
26	0,33	1,00	0,33	0,67	1,00	72	0,00	0,07	0,07	0,29	1,00
27	0,00	1,00	0,13	0,38	1,00	73	0,33	1,00	0,00	0,25	0,08
28	0,00	0,00	0,12	0,06	1,00	74	0,60	1,00	0,00	0,20	0,20
29	0,83	1,00	0,33	1,00	0,17	75	0,25	0,63	1,00	0,50	0,13
30	0,83	1,00	0,33	0,33	0,83	76	1,00	0,23	0,08	0,15	0,08
31	0,00	0,20	0,30	0,50	1,00	77	0,00	0,00	0,27	1,00	0,55
32	0,00	0,00	0,27	0,55	1,00	78	0,00	0,63	0,50	1,00	0,38
33	0,00	0,08	0,00	0,58	1,00	79	0,00	0,18	0,00	1,00	0,64
34	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	80	0,00	0,29	0,71	1,00	0,86
35	0,09	0,18	0,09	0,45	1,00	81	0,00	0,22	0,44	0,56	1,00
36	0,10	0,00	0,00	1,00	0,90	82	1,00	0,50	0,33	1,00	0,50
37	0,00	0,10	0,10	0,80	1,00	83	0,00	0,00	0,18	1,00	0,64
38	0,00	0,10	0,50	1,00	0,40	84	0,09	0,18	0,09	0,45	1,00
39	0,00	0,45	0,18	1,00	0,18	85	0,00	0,30	0,30	1,00	0,40
40	1,00	0,63	0,13	0,38	0,38	86	0,22	1,00	0,56	0,44	0,00
41	0,00	0,00	0,18	0,64	1,00	87	0,50	0,00	0,50	0,50	1,00
42	0,20	0,30	0,40	0,10	1,00	88	0,00	0,11	0,11	1,00	1,00
43	1,00	0,63	0,25	0,25	0,38	89	0,00	0,11	0,22	1,00	0,89
44	0,38	0,13	0,00	1,00	1,00	90	0,09	0,18	0,27	0,27	1,00
45	1,00	0,75	0,13	0,63	0,00	91	0,43	0,29	0,29	0,86	1,00
46	0,00	0,22	0,22	1,00	0,78	92	0,67	0,22	0,11	0,22	1,00

Sáskia Sampaio Cirpiano de Menezes

Anexos

ANEXO 1

Poder Executivo
Ministério da Educação
Universidade Federal do Amazonas
Escola de Enfermagem de Manaus

OF.Nº423/EEM/UFAM

Manaus, 30 de dezembro de 2014.

Ao Comitê de Ética da Universidade de São Paulo

Informamos pelo presente documento que a doutoranda Sáskia Sampaio Cipriano de Menezes tem autorização da Escola de Enfermagem de Manaus para coletar dados junto ao segmento discente da pesquisa intitulada "AVALIAÇÃO DO RACIOCÍNIO CLÍNICO: ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO TESTE DE CONCORDÂNCIA DE SCRIPT HUMAN CARING", sob a orientação da Profa Dra Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz. Temos conhecimento que a coleta dos dados ocorrerá no segundo trimestre de 2015 e que será aplicado inicialmente um formulário, para obter dados sócio-demográficos, seguido do Teste de Concordância de Script Human Caring.

Desta forma, esperamos contribuir como instituição co-participante do projeto de tese da doutoranda, no resguardo ético e segurança do bem-estar dos envolvidos.

Respeitosamente,

PROFª.DRª NAIR CHASE DA SILVA
Diretora da EEM
SIAPE Nº.64744501

ANEXO 2

GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins de direito que a pesquisa intitulada **“AVALIAÇÃO DO RACIOCÍNIO CLÍNICO: adaptação e validação do Test de Concordance de Script Human Caring”** de responsabilidade das pesquisadoras **Profª Dra. Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz e Doutoranda Sáskia Sampaio Cipriano de Menezes**, do Curso de Doutorado Interinstitucional entre a Universidade de São Paulo e a Universidade Federal do Amazonas do Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, foi autorizada pela Direção e Coordenação do Curso de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas para seu desenvolvimento nesta Instituição de Ensino. Ressaltamos o cumprimento rigoroso das normas e diretrizes para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, contidas na Resolução n. 466/2012 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

Respeitosamente,

Prof. M.Sc. Darlisom Sousa Ferreira
Direção da ESA/UEA

Profa. M. Sc. Jucimery Almeida do Nascimento
Coordenadora do Curso de Enfermagem da ESA/UEA

UEA
UNIVERSIDADE
DO ESTADO DO
AMAZONAS

Universidade do Estado do Amazonas
Escola Superior de Ciências da Saúde – ESA/UEA
Avenida: Carvalho Leal, 1777 – Cachoeirinha
CEP: 69.065-001 / Manaus – AM
3878-4380

ANEXO 3

CARTA DE ANUÊNCIA DA ÁREA ENVOLVIDA NO ESTUDO

São Paulo, 13 de outubro de 2015.

Prezados Senhores,

O projeto de pesquisa "**Avaliação do raciocínio clínico: adaptação e validação do Test de Concordance de Script Human Caring**", a ser realizado nas dependências do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU/USP), cuja pesquisadora responsável é a Profa. Dra. Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz, foi considerado exequível pela Divisão de Enfermagem. Aluna: Sáskia Sampaio Cipriano de Menezes.

Declaro que esta Chefia e o responsável pelo projeto têm conhecimento dos procedimentos da Universidade de São Paulo no que se refere à excelência científica exigida, às características da revisão anônima por pares e aos termos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que este documento se refere à anuência dada pela área para a possível realização do estudo, **o que não autoriza o início da pesquisa**, devendo o pesquisador aguardar a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da USP, para tanto.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Heloisa Helena Ciqueto Peres
Professora Titular da Escola de Enfermagem da USP
Chefe Técnico do Departamento de Enfermagem
do Hospital Universitário da USP
Nº USP 52.200 COREN SP 39.120

ANEXO 4

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA

EBSERH

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do Projeto de Pesquisa intitulado “**Avaliação do raciocínio clínico: adaptação e validação do *Test de Concordance de Script Human Caring***” que tem por Pesquisadora Sáskia Sampaio Cipriano de Menezes e por orientadora Prof^a Dra. Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz.

Manaus, 15 de janeiro de 2015

Dra. Mihar Maguinoria Matsuura Matos
Gerente de Ensino e Pesquisa do HUGV

ANEXO 5

GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

Manaus, 21 de janeiro de 2015.

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado "Avaliação do raciocínio clínico: adaptação e validação do Test de Concordance de Script Human Caring" sob a coordenação e a responsabilidade de Sáskia Sampaio Cipriano de Menezes do curso de Doutorado Interinstitucional entre a Universidade de São Paulo e a Universidade Federal do Amazonas Programa de Pós – Graduação em Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Wilson Duarte Alecrim
Secretário de Estado de Saúde

ANEXO 6

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO RACIOCÍNIO CLÍNICO: ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO TEST DE CONCORDANCE DE SCRIPT HUMAN CARING.

Pesquisador: Sáskia Sampaio Cipriano de Menezes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 41014915.7.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 995.433

Data da Relatoria: 17/03/2015

Apresentação do Projeto:

O desafio de como avaliar o desempenho do raciocínio clínico dos estudantes nos programas de formação da área da saúde, incluindo a enfermagem, surge continuamente. O Test de Concordance de Scripts (TCS) é uma ferramenta de avaliação projetada para medir o raciocínio clínico a partir do modelo clássico hipotético-dedutivo e da teoria de script (Schank, 1970) que procura mostrar como está organizado o conhecimento do examinado para suas ações clínicas. Considerando que estudos/instrumentos sobre avaliação do raciocínio clínico são incipientes ou inexistentes; que o uso de um Teste de Concordância de Scripts foi validado para estudantes de medicina em diversas especialidades e que para a enfermagem os estudos ainda são escassos; que o TCS desenvolvido por Deschênes (2006) necessita ser adaptado e validado em diferentes culturas, incluindo o Brasil; que a ferramenta TCS pode ser aplicada entre os profissionais enfermeiros; justifica-se a realização do presente estudo.

Trata-se de um estudo metodológico, que propõe traduzir e validar o Test de Concordance de Script embasado na Teoria do Cuidado Humano de J. Watson (DESCHÊNES, 2006), assim como verificar a validade e confiabilidade da versão adaptada.

O estudo se desenvolverá em duas fases:

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 995.433

- Adaptação Cultural do Test de Concordance de Scripts Human Caring (TCS HC)
- Estudo das propriedades psicométricas, validade e confiabilidade, do TCS HC, depois de adaptado para o português brasileiro.

O TCS HC contém 92 itens, portanto a amostra será de no mínimo, 644 participantes (entre estudantes e enfermeiros) no total, buscando-se proporções de 40 a 60% de cada grupo. Quatro instituições participarão deste estudo: Escola de enfermagem de Manaus, Escola Superior de ciências de saúde do Amazonas e a Fundação da universidade do Amazonas e a Secretaria de Estado da Saúde - SUSAM.

Será aplicado um formulário para obter dados sócio-demográficos em dois formatos um para os estudantes de enfermagem e outro para os enfermeiros, antes do início do TCS HC. No primeiro contato (em reunião ou individual) serão apresentados os objetivos e procedimentos do estudo, solicitando-se anuência de participação. Os que aceitarem participar, assinarão TCLE, e receberão as orientações sobre a aplicação do teste.

Metodologia de Análise de Dados: Antes de realizar as estimativas de propriedades psicométricas, as respostas serão pontuadas conforme a grade de pontuação adaptada. O sistema de pontuação é elaborado para aferir a concordância entre as respostas dos estudantes e as dos especialistas, sendo que estes últimos formaram o painel de referência para o valor de cada opção de resposta, conforme descrito na adaptação da grade de pontuação. A pontuação atribuída a cada resposta do teste é calculada conforme o número de expertos que a escolheram. Os alunos que escolherem a resposta que um maior número de especialistas tenham escolhido, chamado resposta modal, recebem um (1) ponto, as outras opções recebem crédito parcial (CHARLIN et al, 2000). As pontuações obtidas no teste serão avaliadas quanto a consistência interna, validade e responsividade. Para a tabulação e as análises estatísticas (média,

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 995.433

mediana, moda, desvio padrão) será utilizado o Statistical Package for the Social Sciences versão 15.0 (SPSS for Windows). Para a avaliação da consistência interna será utilizado o alfa de Cronbach, e para a avaliação de cada dimensão do cuidado humano (aspecto humano, atividades clínicas, relação terapêutica) e para a totalidade do teste, será calculado o um coeficiente de correlação de Pearson.

Esta relação permite julgar a força da relação entre duas variáveis. Um valor positivo indica uma mudança simultaneamente no mesmo sentido, enquanto um valor negativo indica uma variação simultaneamente na direção oposta. Finalmente, um valor de zero indica que não há relação entre as duas variáveis (STREINER e NORMAN, 1995). Para a estimativa de validade de construto será realizada a análise fatorial confirmatória para demográficas, de formação e relacionadas à experiência clínica guardam associação com o desempenho em raciocínio clínico? Dispor de um instrumento de avaliação do raciocínio clínico baseado no teste de concordância de scripts, para ser

utilizado pelas escolas de enfermagem do Brasil, será contribuição relevante para o desenvolvimento de pesquisas que envolvam o raciocínio clínico na enfermagem. A verificação da adequação do TCS HC para uso com enfermeiros permitirá o uso do instrumento para planejamento de ações de educação permanente em serviços de saúde.

As hipóteses a serem testadas neste estudo são:

- O TCS adaptado para o Brasil é válido e confiável para ser utilizada na avaliação de raciocínio clínico de enfermeiros e estudantes de enfermagem.
- O desempenho de enfermeiros em raciocínio clínico é significativamente mais elevado quando comparado com o desempenho de estudantes de enfermagem.- Maior intensidade de conteúdos e práticas sobre o processo de enfermagem, raciocínio clínico e diagnóstico de enfermagem é associada a melhor

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

Sáskia Sampaio Cirpiano de Menezes

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 995.433

desempenho em raciocínio clínico.

- verificar se a estrutura teórica do instrumento se confirma pelos dados empíricos. Ainda com relação à validade de construto será testada a hipótese de que os enfermeiros terão melhor desempenho em raciocínio clínico que os estudantes. Para essa estimativa serão realizados testes paramétricos ou não paramétricos,

a depender das condições dos dados. As probabilidades serão bicaudais com nível de significância de 5%.

Para testar a responsividade do TCS HC adaptado, 20% dos estudantes de graduação serão convidados a responder novamente um ano depois o mesmo instrumento, com a hipótese de melhora significativa dos seus escores. Da mesma forma que no teste da hipótese de diferença entre estudantes e enfermeiros, para essa estimativa serão realizados testes paramétricos ou não paramétricos, a depender das condições dos dados. As probabilidades serão bicaudais com nível de significância de 5%. O teste de responsividade, pela necessidade do intervalo de tempo, não comporá os resultados para a tese de doutorado, pois inviabilizaria a conclusão do curso. Testes paramétricos e não paramétricos de associação entre variáveis serão realizados para verificar se variáveis demográficas, de formação e relacionadas à experiência clínica guardam associação com o desempenho em raciocínio clínico. Todas as análises serão conduzidas por profissional estatístico

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos deste estudo são:

1. realizar a adaptação cultural do TCS para o português do Brasil;
2. estimar as propriedades psicométricas da versão brasileira do TCS em amostras de enfermeiros e estudantes de enfermagem e descrever e analisar o raciocínio clínico de enfermeiros e estudantes de enfermagem.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 995.433

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Ao abordar os acadêmicos de enfermagem e enfermeiro(a)s escolhido(a)s para a realização dessa pesquisa, estes poderão expor suas impressões acerca do assunto, a fim de minimizar tais riscos o instrumento será respondido de forma individual, em horário que não comprometa as atividades acadêmicas assim como lhe será assegurado o anonimato na divulgação dos resultados. Para garantir a privacidade do participante, não será coletada qualquer informação que permita sua identificação.

Benefícios:

Os benefícios da pesquisa são que os seus resultados possibilitarão avanços no conhecimento sobre avaliação do raciocínio clínico de estudantes e enfermeiros, além de disponibilizar instrumentos que operacionaliza o raciocínio clínico como variável de pesquisa para outros estudos com diferentes cenários clínicos específicos para a enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto já analisado em, 13 de fevereiro de 2015.

Enviado como pendente devido a ajustes no TCLE:

1. Alterar a referência da Lei da pesquisa envolvendo seres humanos para 466/12
2. Retirar do TCLE a parte referente à impressão digital pois os participantes são universitários ou graduados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: Foram anexadas duas versões idênticas de TCLEs (uma para especialistas e outra para enfermeiros e estudantes de enfermagem). Faz-se necessários esclarecer se receberão o mesmo TCLE.

Para os especialistas pode-se eliminar o TCLE e utilizar apenas uma carta convite.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As solicitações do parecer anterior foram realizadas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 995.433

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil.

Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

SAO PAULO, 23 de Março de 2015

Assinado por:

Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br