

MARIA TEREZA CAZAL TRISTÃO

**SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES
CIRÚRGICOS EM UM HOSPITAL ESPECIALIZADO:
CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO**

Orientador: Prof. Adjunto José Eduardo Corrente

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional – da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

**BOTUCATU
2008**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus

Tristão, Maria Tereza Cazal.

Sistema de classificação de pacientes cirúrgicos em um hospital especializado: construção e validação de um instrumento / Maria Tereza Cazal Tristão. – Botucatu : [s.n.], 2008

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2008.

Orientador: José Eduardo Corrente

Assunto CAPES: 40401006

1. Serviços de enfermagem - Avaliação
2. Enfermagem e pacientes
3. Enfermagem cirúrgica

CDD 610.73677

Palavras-chave: Avaliação em enfermagem; Confiabilidade e validade; Paciente cirúrgico



Epigrafe

Navega, descobre tesouros, mas não os tires do fundo do mar, o lugar deles é lá.

Admira a Lua, sonha com ela, mas não queiras trazê-la para Terra. Goza a luz do Sol, deixa-te acariciar por ele. O calor é para todos.

Sonha com as estrelas, apenas sonha, elas só podem brilhar no céu.

Não tentes deter o vento, ele precisa correr por toda a parte, ele tem pressa de chegar sabe-se lá onde.

As lágrimas? Não as seques, elas precisam correr na minha, na tua, em todas as faces.

O sorriso! Esse deves segurar, não o deixes ir embora, agarra-o!

Quem amas? Guarda dentro de um porta jóias, tranca, perde a chave! Quem amas é a maior jóia que possuis, a mais valiosa.

Não importa se a estação do ano muda, se o século vira, conserva a vontade de viver, não se chega a parte alguma sem ela.

Abre todas as janelas que encontrares e as portas também. Persegue o sonho, mas não o deixes viver sozinho. Alimenta a tua alma com amor, cura as tuas feridas com carinho.

Descobre-te todos os dias, deixa-te levar pelas tuas vontades, mas não enlouqueças por elas.

Procura! Procura sempre o fim de uma história, seja ela qual for.

Dá um sorriso àqueles que esqueceram como se faz isso. Olha para o lado, há alguém que precisa de ti. Abastece o teu coração de fé, não a percas nunca.

Mergulha de cabeça nos teus desejos e satisfá-los. Agoniza de dor por um amigo, só sairás dessa agonia se conseguires tirá-lo também.

*Procura os teus caminhos, mas não magoes ninguém nessa procura.
Arrepende-te, volta atrás, pede perdão!*

Não te acostumes com o que não te faz feliz, revolta-te quando julgares necessário. Enche o teu coração de esperança, mas não deixes que ele se afoque nela.

Se achares que precisas de voltar atrás, volta! Se perceberes que precisas seguir, segue!

Se estiver tudo errado, começa novamente. Se estiver tudo certo, continua.

Se sentires saudades, mata-as. Se perderes um amor, não te percas! Se o achares, segura-o!

Circunda-te de rosas, ama, bebe e cala. "O mais é nada".

Navegar (Fernando Pessoa)



Dedicatória

*A Deus,
pela dádiva da vida, pela sua presença constante, pela força para
enfrentar dificuldades, pela possibilidade de encontro, por me permitir
a realidade, pela força e misericórdia e pelas diversas formas de amar.*

*A minha família:
aos meus pais, Alberto e Maria Ruthe (in memoriam)
aos meus filhos, Augusto e Alessa
ao meu marido, Celso.
Enfim, aos que se foram e aos presentes, com eterno e infinito amor.*



Agradecimentos

Incontáveis são as pessoas que desejo agradecer neste espaço. Afinal, cada uma, a seu modo, contribuiu significativamente para o sucesso de meu trabalho. Para não cometer injustiças, nem correr o risco de me esquecer de alguém, divido em grupos os anjos da guarda que me ajudaram no decorrer desta pesquisa...

Para começar, agradeço minha família.

À minha mãe, Maria Ruthe: por todos os momentos bons que já me proporcionou e por continuar, de longe, de outra dimensão, acompanhando meus passos... Agradeço a você, mãe querida, lembrando um provérbio indiano: “A alma não está onde há vida, mas onde há amor”.

Ao meu pai, Alberto: agradeço por me ofertar a oportunidade de trocar de lugar e poder dispensar a você os cuidados que um dia tão carinhosamente dispensou a mim. Nas adversidades de sua doença, vivenciei emoções da profissional enfermeira e da filha preocupada e tudo isso só me fortaleceu. Cuidar de você não é sacrifício, é exercício de amor por quem me apoiou indiscriminadamente em todas as fases de minha vida.

Aos meus filhos, Augusto e Alessa: só por tê-los nesta vida tudo já valeu a pena. Vocês são a maior razão da minha existência.

Ao meu marido, Celso: agradeço pelo amor, pela paciência e compreensão, pelos sacrifícios compartilhados e, sobretudo, pela inesgotável fonte de estímulo para o meu aprimoramento.

Aos meus tios Dirce e Elmir: agradeço pelo afeto constante demonstrado durante a minha trajetória de vida. Vocês são os meus segundos pais e eu os amo por isso.

Alguns agradecimentos são mais do que especiais. Afinal, referem-se a pessoas que não estão unidas em mim por laços familiares. São pessoas que cruzaram o caminho do conhecimento que busquei e marcaram momentos indispensáveis para o meu crescimento profissional. Agradeço:

Ao professor adjunto José Eduardo Corrente, pela confiança, serenidade, exemplo, incentivo, disponibilidade e conhecimentos ímpares transmitidos durante a orientação deste trabalho. Mais do que orientador, você tornou-se um amigo muito querido.

À enfermeira Raqueline S. Gandara, pelas preciosas sugestões no projeto que muito colaborou com a realização deste trabalho e por encorajar-me a estudar e resistir a tantos desafios.

Ao doutor Carlos Antonio Negrato, por ter sido mais do que um médico; por ter se tornado um amigo a quem, de forma crescente, aprendi a admirar como pessoa e profissional. Muito obrigada pela dedicação à minha trajetória.

Às professoras doutoras Wilza Carla Spiri e Silvia Bocchi, pelo carinho, amizade e por tantas vezes terem, literalmente, me transportado para o campus do conhecimento (Unesp Botucatu), facilitando, assim, a mudança ocorrida em minha vida.

À enfermeira Maristela Magri, por cada palavra de incentivo, pela amizade e pelo companheirismo demonstrado no decorrer do curso.

A todos os pacientes do HRAE que pude cuidar, por terem me trazido infinitos ensinamentos durante nossa vivência, bem mais profundos do que os encontrados em livros, artigos e teses.

Aos funcionários da Unidade de Internação (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) do HRAE, pelo profissionalismo, carinho e amor com que tratam nossos pacientes. E pelos laços de afeto eternizados em meu coração.

À enfermeira Rosângela Pimentel dos Santos, por me ajudar na missão de cuidar de meu pai, favorecendo, assim, algumas horas adicionais para meus estudos.

Aos funcionários das Seções de Documentação e Informação e de Apoio à Pesquisa do HRAE, pela presteza e solicitude com que sempre me atenderam.

Aos meus colegas de trabalho pela substituição na minha ausência. Em especial, à enfermeira Renise Assunção Costa pela colaboração e participação na coleta de dados.

À doutora Maria Drene Bacheqa, minha diretora e amiga, pela compreensão e apoio no processo final deste trabalho.

A todos os docentes do Programa de Pós-Graduação, pela oportunidade de poder desfrutar de seus ensinamentos, experiências e amizade.

À Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (FMB-UNESP) e seu corpo docente, por expandirem meus conhecimentos e me oportunizarem experiências ímpares no campo científico.

À doutora Raquel Rapone Gaidzinski, pelas sugestões e palavras incentivadoras no exame de qualificação.

Enfim, a todos que, de alguma forma, participaram desse caminho, e, independentemente de estarem citados nesses papéis, sempre estarão em minha memória e em meu coração.



Sumário

LISTA DE SIGLAS	15
RESUMO	17
ABSTRACT	20
1. INTRODUÇÃO	23
1.1 Sistema de Classificação de Pacientes	28
2. OBJETIVOS	36
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	38
3.1. Aspectos éticos do estudo.....	39
3.2. Delineamento do estudo	39
3.3. Caracterização do local do estudo	40
3.3.1. O Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais	40
3.3.2. Características Morfológicas e Origem Embriológica das Fissuras Labiopalatinas	42
3.3.3. Tratamentos Cirúrgicos aos Pacientes com Fissuras Labiopalatinas	44
3.3.4. Unidade de Internação.....	45
3.4. Construção do Instrumento de Classificação de Pacientes	50
3.5. Validação do Instrumento	54
3.5.1 Validade de Conteúdo	55
3.5.1.1. Operacionalização do teste de validação de conteúdo.	56
3.5.2 Validade de confiabilidade	58
3.5.2.1. Operacionalização do teste do coeficiente α de Cronbach	59
3.5.2.2. Operacionalização do teste de avaliação da concordância interavaliadores	59
3.5.3 Validade de constructo	61
3.5.3.1. Operacionalização do teste de validade de constructo	62
3.5.4. Procedimentos de análises de informações	63
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	64
4.1. Avaliação do teste de validade de conteúdo	65
4.2. Avaliação da confiabilidade do instrumento	67
4.2.1. Avaliação do coeficiente α de Cronbach.....	67
4.2.2. Avaliação da concordância interavaliadores.....	68
4.2.2.1. Caracterização dos pacientes classificados com este instrumento	69
4.2.2.2. Concordância interavaliadores nas áreas de cuidados ..	71
4.3. Avaliação do teste de validação de constructo	73
4.3.1. Caracterização dos pacientes classificados com este instrumento	73
4.3.2. Estudo da distribuição da gradação por área de cuidados	76
5. CONCLUSÃO	82
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
ANEXOS	97
APÊNDICE	100



Lista de Siglas

CEP -	Comitê de Ética em Pesquisa
CPP -	Cuidado Progressivo de Paciente
FOB -	Faculdade de Odontologia de Bauru
FUNCRAF -	Fundação para o Estudo e Tratamento das Deformidades Craniofaciais
HRAC -	Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais
ICCP -	Instrumento de Classificação de Pacientes de Perroca
JCAH -	Joint Commission on Accreditation of Hospitals
MS -	Ministério da Saúde
OMS -	Organização Mundial de Saúde
SIS -	Sistema de Informação de Saúde
SCP -	Sistema de Classificação de Pacientes
SP -	Estado de São Paulo
SUS -	Sistema Único de Saúde
USP -	Universidade de São Paulo
UTI -	Unidade de Terapia Intensiva



Resumo

O sistema de classificação de pacientes, como ferramenta na prática administrativa de enfermagem, proporciona a formação de um banco de dados indispensável ao processo de tomada de decisão em áreas relacionadas com o dimensionamento e alocação de recursos humanos, a garantia da qualidade da assistência e o monitoramento da produtividade e custos dos serviços de enfermagem.⁽²²⁾ Vários sistemas têm sido desenvolvidos, mas não existem estudos que abordem instrumentos específicos para classificar pacientes cirúrgicos em hospital especializado. Desse modo, faz-se necessária a construção e a validação de um instrumento específico para essa clientela. O presente estudo foi conduzido com intuito de elaborar um instrumento de classificação de pacientes cirúrgicos em relação ao grau de dependência de enfermagem na Unidade de Internação do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) – USP – Bauru/SP, assim como verificar a confiabilidade e a validade desse instrumento. A construção do instrumento fundamentou-se em levantamento bibliográfico sobre a implementação de modelos operacionais de instrumento de classificação de pacientes. Foram consideradas dez áreas de cuidados e as três situações de dependência de cuidados, graduadas de um a quatro pontos, seguindo uma intensidade crescente de complexidade assistencial. Na validade de conteúdo do instrumento, utilizou-se a técnica Delphi, formada por juízes que avaliaram o instrumento proposto. A confiabilidade entre avaliadores foi aplicada pela pesquisadora e outra enfermeira lotada na unidade cirúrgica da Unidade de Internação do HRAC, em 20 pacientes acima de quatro anos de idade, escolhidos aleatoriamente. A validade de construto foi aplicada pela pesquisadora na clínica cirúrgica da unidade de Internação do HRAC, em 52 pacientes acima de quatro anos de idade, escolhidos aleatoriamente. A confiabilidade avaliou o grau de consistência

na aplicação do instrumento para cada área de cuidado, e a validade de construto avaliou a categoria de cuidados a que o paciente pertencia. Procederam-se as análises de dados pelo α de Cronbach e coeficiente de Kappa, revelando-se: 1) boa consistência do instrumento pela variação da gradação da área de cuidado pelo α de Cronbach de 0,54 e boa concordância pelo coeficiente Kappa, que variou entre 0,29 e 1,00, considerando todas as áreas de cuidado, apresentando um índice de baixa concordância para área de cuidado higiene; 2) Na aplicação do instrumento desenvolvido, observou-se que todos os pacientes foram classificados como grau 1, ou seja, cuidados mínimos. O estudo permitiu concluir que este instrumento apresenta-se prático e possui evidências positivas quanto à confiabilidade e validade, estando em condições de ser aplicado na prática gerencial do enfermeiro com intuito de conhecer as necessidades de cuidado do paciente e a carga de trabalho da equipe de enfermagem.

Descritores: Avaliação em enfermagem, paciente cirúrgico, confiabilidade e validade.



Abstract

A surgery patient classification system at a specialized hospital: construction and validation of an instrument

As a tool in nursing management, the patient classification system enables the compilation of an essential database to the decision-making process in areas related to the dimensioning and allocation of human resources, the guarantee of health care provision quality and productivity and cost control in nursing services⁽²²⁾. Various systems have been developed, but no studies have been reported which approach specific instruments to classify surgery patients in specialized hospitals. Hence, the construction and validation of a specific instrument for such clientele are necessary. This study was conducted with the purposes to design an instrument for classifying surgery patients in relation to their level of dependence on the nursing staff at an inpatient unit of the Craniofacial Anomaly Rehabilitation Hospital (CARH) – USP in Bauru/SP and to evaluate the reliability and validity of such instrument. The instrument's design was based on a literature review on the implementation of operational models for patient classification instruments. Ten care provision areas and the three care dependence situations were taken into account and graded from one to four points according to an increasing intensity of care provision complexity. As regards the instrument's content validity, the Delphi technique was used, consisting of three referees who evaluated the proposed instrument. The reliability among evaluators was applied by the researcher and another nurse allotted to the surgery unit of the inpatient ward of CARH to 20 over-four-year-old randomly selected patients. The validity of the construct was applied by the researcher at the surgery unit of the inpatient ward of CARH to 52 over-four-year-old randomly selected patients. Reliability evaluated the level of consistency in the instrument's

application for each care provision area, and the construct's validity evaluated the care category to which the patient belonged. Data analysis was performed by Cronbach's α and Kappa coefficient, which showed: 1) the instrument's good consistency through the variation of the care provision area's gradation by a Cronbach's α of 0.54 and good agreement by the Kappa coefficient, which varied from 0.29 to 1.00 by taking into account all care provision areas and showing a low agreement index for the care area hygiene; 2) In applying the developed instrument, it was observed that all patients were classified as level 1, that is, minimum care. The study allowed for the conclusion that this instrument is practical and has positive evidence as regards reliability and validity, and that it can be applied in nursing management with the purpose to know about patients' care needs and the nursing team's work load.

Descriptors: Nursing evaluation, surgery patient, reliability, validity, consistency and coherence, inpatient unit.



1. Introdução

As transformações ocorridas no cenário mundial, com a tecnologia e a disseminação dos meios de comunicação, têm exigido dos setores da indústria e de serviços um padrão de eficiência e qualidade para entender as exigências da clientela. Os serviços da saúde, inseridos neste cenário de transformação, têm passado por adaptações buscando melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços prestados ⁽¹⁾.

O processo de gestão, assim como as demais áreas do conhecimento, tem sofrido o impacto destas transformações. O gerenciamento tem evoluído de uma prática mecanicista para uma valorização do homem como o mais importante fator de desenvolvimento do trabalho ⁽²⁾.

Neste novo contexto de mudanças, as organizações de saúde necessitam modernizar sua forma de gerir as pessoas e o trabalho ⁽²⁾.

Não é mais possível utilizar formas tradicionais de gerenciamento fundamentadas no controle e supervisão das ações de enfermagem, uma vez que estas se centralizam nas formas de execução e não na qualidade dos resultados obtidos ⁽³⁾.

A qualidade dos serviços de saúde, determinante para o seu bom funcionamento, é o conjunto da estrutura, do processo de trabalho e dos resultados das ações realizadas para melhorar a saúde da clientela ^(4,5). Os serviços de saúde com estruturas apropriadas como área física, recursos humanos e materiais adequados, favorecem condições para prestar uma assistência de melhor qualidade ⁽⁶⁾.

Nas instituições hospitalares, o serviço de enfermagem representa papel fundamental no processo assistencial e, por isso, o gerenciamento de

recursos humanos deve receber especial atenção para equilibrar questões como custo, eficácia e qualidade da assistência hospitalar ⁽¹⁾.

Os aspectos quantitativos e qualitativos dos recursos humanos em enfermagem estão diretamente ligados à qualidade da assistência oferecida ao paciente ⁽⁷⁾ e requerem atenção dos administradores dos serviços de enfermagem, devido aos reflexos negativos que o dimensionamento inadequado desses recursos pode causar à assistência de enfermagem prestada à clientela ⁽⁸⁾.

Para Fávero⁽⁹⁾ e Galvão *et al.*⁽¹⁰⁾, o enfermeiro deverá desempenhar uma gerência inovadora, mais voltada para as transformações, estando direcionada tanto à melhoria da qualidade da assistência de enfermagem como à busca de estratégias que possibilitem uma maior satisfação da equipe de enfermagem em seu trabalho cotidiano. Neste contexto, a liderança surge como recurso fundamental para a implementação de mudanças na forma de gestão de enfermeiro.

As chefias dos serviços de enfermagem devem recorrer aos meios que possibilitem uma melhor gerência dos recursos humanos sob sua responsabilidade, buscando conhecimentos, habilidades e competências que lhes permitam realizar um melhor planejamento, alocação e controle do pessoal de enfermagem, assumindo posição importante na negociação do quadro de pessoal e no direcionamento das políticas de recursos humanos dentro das instituições de saúde ⁽¹⁾.

Mishima *et al.*⁽¹¹⁾, abordando a articulação do gerenciamento às práticas de saúde, salientam a importância fundamental da gerência como instrumento do processo de trabalho em saúde para a implementação de projeto de mudança. Segundo a mesma autora ⁽¹¹⁾, a ação gerencial é determinada e determinante do processo de organização de serviços de saúde e fundamental na

efetivação de políticas sociais e, em específico, as de saúde. Esclarecem, ainda, que a função gerencial não se limita exclusivamente ao domínio dos conhecimentos técnicos e administrativos pelo gestor, mas sim à capacidade de se compreender a dinâmica das organizações sociais na organização dos serviços de saúde.

No desempenho de sua prática profissional, compete ao enfermeiro o gerenciamento da assistência de enfermagem prestada ao paciente. Contudo, no contexto hospitalar, o enfermeiro ainda tem desenvolvido um gerenciamento mais voltado para as necessidades de serviço e cumprimentos de regulamentos, normas e tarefas, atuando como mero executor do que é preconizado pela organização e pelos profissionais da equipe médica. Este estilo de gerenciamento não contribui para uma atuação direcionada aos conhecimentos e atendimentos das reais necessidades cuidativas dos pacientes ⁽¹⁰⁾.

O dimensionamento de pessoal é um processo sistemático que fundamenta o planejamento e avaliação do quantitativo e qualitativo de pessoal de enfermagem, necessário para prover cuidados de forma a garantir a qualidade, previamente estabelecida a um grupo de paciente, de acordo com a filosofia, singularidade e estrutura de cada organização ⁽¹²⁾.

Para o dimensionamento de pessoal em enfermagem é necessário realizar o diagnóstico situacional de cada unidade ou serviço, o qual envolve a caracterização epidemiológica da clientela, a consideração da filosofia, dos objetos e das propostas assistenciais de cada instituição ^(13,14,15).

Sabemos que é por meio de uma correta avaliação do paciente, seu estado físico/emocional e grau de dependência da enfermagem, que podemos sustentar um excelente planejamento da assistência ⁽¹⁶⁾.

O grau de dependência pode variar entre parcial ou total. Na dependência total está implícita a extensão, compreendendo tudo aquilo que a enfermagem faz pelo ser humano, quando este não tem condições de fazer, seja qual for sua causa. Na dependência parcial, a assistência de enfermagem pode situar-se em termos de ajuda, orientação, supervisão e encaminhamento, havendo uma ordenação seqüencial e inter-relacionada dessa assistência, isto é, quando a dependência é de ajuda, esta implica, necessariamente, orientação, supervisão e o encaminhamento, quando couber ⁽¹⁷⁾.

Modelos de assistência de enfermagem devem levar em conta as necessidades assistenciais dos pacientes atendidos, os quais, a depender da complexidade e grau de dependência em relação ao cuidado de enfermagem, exigirão recursos humanos em termos quantitativos e qualitativos adequados ⁽¹⁸⁾.

Para a caracterização epidemiológica da clientela, a classificação de pacientes possibilita discriminar pacientes em grupos ou categorias de cuidado e quantificar a demanda de cuidado requerido por cada categoria ⁽¹⁹⁾.

A adoção de um Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), como ferramenta para a prática administrativa de enfermagem, propicia a tomada de decisão em áreas relacionadas a dimensionamento de pessoal, qualidade e monitoramento de custos da assistência de enfermagem ^(15,20,21,22).

Portanto, sob o ponto de vista da enfermagem, o SCP ideal é aquele que utiliza instrumentos que permitam resultado seguro para a avaliação dos pacientes e da unidade. Entre esses recursos, destacam-se os desenvolvidos para identificar a gravidade dos doentes, avaliar a carga de trabalho de enfermagem, quantificar as necessidades de cuidados dos pacientes e estimar a real necessidade de profissionais de enfermagem por paciente ⁽²³⁾.

A falta de um SCP para paciente cirúrgico como ferramenta na identificação na demanda de cuidados, pode inviabilizar um caminho efetivo para equilibrar as questões de demanda, oferta e qualidade em clínica cirúrgica.

Diante da inexistência de estudos que abordem instrumentos específicos para classificar pacientes cirúrgicos em hospital especializado, faz-se necessária a construção e validação de um instrumento específico para essa clientela.

1.2 Sistema de Classificação de Pacientes (SCP)

Embora a história mostre que a classificação de pacientes na área de enfermagem tenha surgido desde o período de Florence Nightingale é a partir da década de 1930, nos Estados Unidos, que o SCP foi desenvolvido e passou a ser amplamente utilizado nos hospitais norte-americanos, com a finalidade de analisar a tipologia de paciente internado, estimar o tipo e a quantidade de recursos necessários para assisti-los e monitorar as ações desenvolvidas, segundo o nível de gravidade e complexidade ⁽¹⁸⁾.

Durante séculos, os pacientes foram predominantemente classificados de acordo com seu diagnóstico médico, idade e sexo, no entanto, verificou-se que apenas essas variáveis não distinguem a necessidade de atenção a pacientes com diferentes necessidades de cuidados. A partir do século 20, nos hospitais americanos, os pacientes passaram a ser classificados de acordo com a severidade da doença e tipo de cuidado requerido, introduzindo o uso de SCP's ^(20,24).

Em 1956, com a publicação no manual da *Asociacion Americana de Hospitalares* e da *Liga Nacional de Educacion de Enfermeria* foi introduzida aos métodos de dimensionamento a variável “ausências da equipe de enfermagem” no que se referia às folgas e às férias ⁽²⁾.

Somente em 1981, por resolução da *Joint Comission on Accreditation of Hospitals (JCAH)*, comissão que avalia os padrões de assistência dos hospitais nos Estados Unidos, os hospitais começaram a desenvolver e implementar SCP para determinar as necessidades de cuidado de enfermagem do paciente e solucionar o problema de alocação de pessoal de enfermagem ^(24,25).

A partir dos trabalhos de Connor *et al.* ⁽²⁶⁾, no John Hopkins Hospital, foi introduzido o conceito de SCP como um critério para ser considerado no método de dimensionar o pessoal de Enfermagem ⁽²⁾.

A noção de classificação de pacientes foi considerada a partir de um trabalho realizado pela Escola de Enfermagem de Pittsburgh na década de 1950, destinado a determinar as necessidades de cuidados de enfermagem para pacientes com diagnósticos de clínica médica e cirúrgica. Nesse estudo pioneiro que introduziu o conceito de CPP, o número médio de horas despendidas pela equipe de enfermagem, segundo cada categoria de pacientes, foi o principal parâmetro proposto para o SCP. Tendo por base os princípios desse trabalho, vários outros modelos de classificação passaram a ser desenvolvidos ⁽²⁹⁾.

No Brasil, uma das primeiras autoras a abordar a classificação de pacientes hospitalizados foi Ribeiro ⁽²⁷⁾. Em seu estudo, a autora pautou-se no conceito de Cuidado Progressivo aos Pacientes (CPP) como método para instrumentalizar o dimensionamento de recursos humanos em enfermagem com

vistas a assegurar uma distribuição mais eqüitativa da assistência, aumento da produtividade e eficiência hospitalar ⁽²⁸⁾.

O SCP constitui-se num instrumento valioso na medida em que disponibiliza dados das condições do paciente, os quais vão auxiliar no processo decisório relacionado à alocação de recursos humanos, qualidade da assistência, monitorização da produtividade e processo orçamentário ^(21,24,30). É um método para estimular, quantificar e avaliar a demanda de cuidados de enfermagem por grupos de pacientes, categorizando-os de acordo com a necessidade de cuidados por eles requeridos, em um período de tempo específico ^(19,20,24,31).

Assim, o SCP consiste em método capaz de determinar, validar e monitorar o cuidado individualizado, por meio da identificação e classificação de pacientes em grupos de cuidados ou categorias. Os dados obtidos no processo de classificação subsidiam a alocação de pessoal de enfermagem, o planejamento de custos da assistência e a manutenção de padrões de qualidade ^(20,32).

Autores apontam algumas funções do SCP, entre elas: agrupar os pacientes por complexidade assistencial, observando o perfil de cada grupo ou categoria previamente estabelecida; distribuir os leitos para atendimento da demanda por grupo de pacientes; realocar recursos materiais e humanos; detalhar a dinâmica operacional do sistema; reorientar a equipe envolvida no processo assistencial ^(33,34).

De Groot ⁽²¹⁾ considera um conceito mais amplo de SCP, de forma que não trata o SCP como apenas um instrumento para a classificação de pacientes, mas como um método que permite determinar, validar e monitorar a demanda de cuidado requerido por cada paciente, ao longo de um período; sendo esses dados essenciais para dimensionar pessoal, planejar custos com a

assistência e manter os padrões de qualidade da mesma. Para Rainio e Ohinmaa ⁽¹⁵⁾ os dados obtidos do uso de SCP devem ser usados para o gerenciamento de recursos humanos e consideram que a alocação pode ocorrer de forma mais justa.

A literatura destaca três modelos de SCP: avaliação protótipo, avaliação de fatores e avaliação informatizada ⁽⁶⁾.

Avaliação protótipo consiste na descrição de categorias de pacientes e a respectiva demanda de cuidado de cada categoria. Uma vez avaliado, o paciente é então classificado na categoria que melhor representar suas características e nível de dependência do cuidado de enfermagem ^(14,20,31).

A avaliação de fatores consiste na identificação de elementos específicos ou indicadores de cuidado de enfermagem, de como classificar o paciente em cada um desses fatores ou indicadores. A cada um desses indicadores é atribuído um peso ou um valor numérico e a soma de todos os indicadores resulta em uma pontuação que define o tipo de categoria de cuidado que cada paciente requer ^(14,20,31).

A avaliação de fatores é comumente chamada de forma objetiva, enquanto a avaliação protótipo de subjetiva, porém autores como Giovannetti ⁽²⁰⁾ e Hauner ⁽³¹⁾ advertem que ambos os sistemas de classificação são subjetivos porque algum nível de subjetividade é inevitável em qualquer avaliação das exigências do cuidado de enfermagem ⁽⁶⁾.

A avaliação informatizada é descrita por alguns pesquisadores como uma nova geração de SCP, que tem como característica o uso de um software, no qual a classificação do paciente é automaticamente inserida no sistema, o que

possibilita conhecer a demanda de cuidado de uma determinada enfermaria ou de todas as unidades de enfermagem de um serviço de saúde ^(14,31,35,36,37).

O SCP pode ser considerado um Sistema de Informação em Saúde (SIS), pois, de acordo com Sanches, Júnior, Coeli e Cascão ⁽³⁸⁾, é uma forma de organizar o conhecimento e tem a capacidade de agrupar, armazenar e recuperar um amplo número de informações, o que corresponde às funções de um banco de dados. Esse banco de dados permite a avaliação da demanda de cuidados de uma unidade como um todo, propiciando não apenas a alocação de recursos humanos, mas também a necessidade de recursos financeiros ⁽³⁵⁾.

Rainio e Ohinmaa ⁽¹⁵⁾ destacam que os SCPs têm evoluído paralelamente à evolução de SIS, os quais facilitam o acesso de informações de pacientes e hospitais ⁽⁶⁾.

Na prática gerencial do enfermeiro, o SCP contribui para o aperfeiçoamento dos modelos utilizados na determinação da carga de trabalho da equipe de enfermagem, uma vez que possibilita evidenciar a variação do tempo médio de trabalho de enfermagem, dedicado aos pacientes classificados nas diferentes categorias de cuidado ⁽³⁹⁾.

Por meio da utilização de um instrumento para classificar pacientes, segundo as necessidades de cuidados prestados pela equipe de enfermagem, é possível, também, caracterizar a clientela usuária do serviço, ou seja, estabelecer o perfil do cliente para cada tipo de cuidado ou grau de dependência ⁽¹³⁾. Assim, a classificação funciona como diretriz, norteando o planejamento da assistência de enfermagem, bem como o controle das ações assistenciais e gerenciais do enfermeiro como forma de garantia da qualidade da assistência ⁽²⁾.

Williams ⁽⁴⁰⁾ alerta que o uso de SCP deve ser adaptado para cada instituição e mesmo entre as unidades de uma mesma organização, devido às diferenças quanto à planta física, questões operacionais, padronização de técnicas e políticas de enfermagem, fatores que influenciam diretamente a assistência de enfermagem.

Fugulin, Silva, Shimizu e Campos ⁽⁴¹⁾ destacam que, com a implantação de um SCP em um hospital universitário, pode-se verificar a melhoria de alguns indicadores como: o decréscimo da média de permanência e do coeficiente de mortalidade dos pacientes, a racionalização de recursos materiais e equipamentos, maior satisfação e melhoria da competência da equipe de enfermagem para o atendimento diferenciado a cada grupo de pacientes.

No Brasil, vários autores têm desenvolvido instrumentos para classificação de pacientes, podendo citar instrumentos para pacientes domiciliares ⁽⁴²⁾, hospitalizados ^(39,41,42,43), pediátricos ⁽⁶⁾ e psiquiátricos ⁽⁴⁵⁾, dentre outros. No entanto, esses instrumentos são considerados adequados para esses pacientes e não possibilitam a classificação de pacientes cirúrgicos de um hospital especializado.

O Instrumento de Classificação de Pacientes de Perroca (ICPP) ⁽⁴⁶⁾ e Perroca e Gaidzinski ⁽⁴³⁾ foi construído com o intuito de nortear a classificação de pacientes por tipo de cuidado e, inicialmente, foi submetido a um teste de validação de conteúdo por juízes. Em fase posterior, emergiu a necessidade de se monitorar a confiabilidade e a validade deste instrumento para determinar a exatidão das informações fornecidas pelo mesmo.

O instrumento de classificação de paciente de Dini ⁽⁶⁾ considerou a inexistência de instrumentos específicos para classificar pacientes pediátricos conceituando as categorias de cuidado em pediatria e avaliar a validade e a confiabilidade do instrumento. Já o instrumento de classificação de pacientes psiquiátricos de Martins ⁽⁴⁵⁾ foi desenvolvido a partir de um instrumento para classificar o nível de dependência na enfermagem psiquiátrica com a validação de conteúdo e do constructo; e Martins ⁽⁴⁵⁾ buscou a validação clínica e verificação de sua aplicabilidade na prática gerencial do enfermeiro, determinando o grau de dependência do paciente portador de transtornos mentais internado aos cuidados da equipe de enfermagem psiquiátrica.

De acordo com Tranquillini e Padilha ⁽²⁸⁾, o sistema de classificação de pacientes como instrumentos de gestão em unidade de terapia intensiva considerou tanto os índices de gravidade quanto os de carga de trabalho de enfermagem. Discutem-se facilidades e dificuldades inerentes à implementação destes instrumentos.

Internacionalmente, Rahuala *et al.* ⁽⁴⁷⁾ apresentam o sistema de classificação RAFAELA, que é um dos poucos instrumentos de monitoramento validados que dimensiona a carga de trabalho da equipe de enfermagem associado ao paciente. Já em Rahuala *et al.* ⁽⁴⁸⁾, é relatada a experiência com o sistema de classificação RAFAELA levando-se em conta outros fatores associados à assistência além do cuidado intensivo ao paciente, como uma maneira de mensurar a carga de trabalho total.

Jongenelis *et al.* ⁽⁴⁹⁾ constróem e validam um instrumento para classificação de pacientes geriátricos para uso domiciliar, que é uma versão simplificada da escala de depressão geriátrica.

No entanto, para que os sistemas de classificação sejam confiáveis, é imprescindível que os instrumentos de medida que lhes dão sustentação sejam de fácil aplicação, abrangentes, precisos e válidos, a fim de evitar vieses na aferição do fenômeno. Isso se justifica porque erros podem ocorrer quando, por exemplo, tais sistemas consideram os cuidados prestados ao invés dos requeridos pelos pacientes, quando a experiência dos profissionais é ignorada, quando aspectos indiretos dos cuidados não são considerados e quando diferentes dimensões da prática de enfermagem não são consideradas ⁽⁵⁰⁾.

Dessa forma, o SCP constitui-se em poderoso instrumento para fortalecer os gerentes nos processos de trabalho assistencial e gerencial ⁽²⁾.

A motivação mais importante para desenvolver um novo instrumento é a crença do pesquisador de que escalas ou instrumentos prévios não cobrem o domínio de estudo ⁽⁵¹⁾.



2. Objetivos

O presente estudo tem como objetivos:

- elaborar um instrumento para classificação de paciente cirúrgico em relação ao grau de dependência da Enfermagem na Unidade de Internação do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP), campus Bauru;

- avaliar a validade e a confiabilidade do instrumento;
 - realizar validação clínica do instrumento.
-



3. Procedimientos Metodológicos

3.1. Aspectos éticos do estudo

O projeto para estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HRAC-USP-BAURU e recebeu o parecer aprovado (ANEXO 1), ofício nº 035/2007 SVAPEPE-CEP, em reunião de 28/02/2007.

Para a validação clínica do instrumento proposto, foi enviado um novo projeto para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HRAC-USP-BAURU, obtendo a aprovação em 28/05/2008 (ANEXO 2).

Os pacientes ou responsáveis dos pacientes internados que concordaram em participar do estudo de validação clínica assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e receberam uma cópia do mesmo (APÊNDICE 1).

3.2. Delineamento do estudo

O estudo pode ser classificado como do tipo metodológico, observacional, transversal e descritivo, com abordagem quantitativa.

O desenvolvimento do estudo ocorreu em três etapas:

- a) construção do instrumento para classificação de pacientes cirúrgicos e conceituação das áreas de cuidados;
 - b) avaliação do instrumento através da validade de conteúdo;
 - c) validação clínica através da avaliação da confiabilidade do instrumento obtido pelo coeficiente α de Cronbach e do coeficiente *kappa*, além da avaliação de constructo.
-

Será utilizada como campo de pesquisa a Clínica Cirúrgica da unidade de Internação do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais e os pacientes cirúrgicos internados acima de quatro anos de idade.

3.3. Caracterização do local do estudo

3.3.1. O Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC)

O HRAC-USP, de nível terciário, carinhosamente chamado de “Centrinho”, tem por finalidade o ensino, a pesquisa e a extensão dos serviços à população portadora de anomalias craniofaciais e distúrbios correlacionados à audição, visão e linguagem. Para tanto, desenvolve atividades assistenciais de prevenção, tratamento, proteção e recuperação da saúde; promove e estimula o ensino e a pesquisa; colabora no desenvolvimento de tecnologias assistenciais, educativas e operacionais; mantém intercâmbio cultural, nacional e internacional e presta informações a diferentes órgãos, dentre outros ⁽⁵²⁾.

É um centro de excelência qualificado pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como referência na especialidade de tratamento e reabilitação de lesões labiopalatinas e anomalias craniofaciais na América Latina, Estados Unidos, Europa e Japão. Em abril de 2001, ganhou o “Prêmio Qualidade Hospitalar 2000”, na categoria nacional, sendo um dos nove hospitais de todo o país que receberam a melhor avaliação de qualidade assistencial prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pelo MS ^(53,54).

O atendimento prestado pelo HRAC-USP é público e integral, suportado financeiramente com recursos da USP e do SUS - administrados pela Fundação para o Estudo e Tratamento das Deformidades Craniofaciais (FUNCRAF), entidade com a qual mantém uma importante parceria para obter suporte financeiro, técnico e operacional.

Com o apoio da FUNCRAF, o hospital criou diferentes programas visando atingir suas metas com eficiência e garantir um tratamento integrado, completo e com alto padrão de qualidade: o programa de atendimento às fissuras labiopalatinas, o programa de malformações craniofaciais, o programa de implante ósseo integrado e o programa de deficiência auditiva ⁽⁵²⁾.

Avalia-se, por meio de estudos, que nascem por ano no país 5.500 crianças com fissuras labiopalatinas, 1.800 destas no estado de São Paulo. Desse modo, o HRAC tem um compromisso assumido com as pessoas com fissuras labiopalatinas e deficiências auditivas no empenho pela criação de núcleos de atendimento em todo o território nacional, visando implementar programas de forma integrada, descentralizando o atendimento e possibilitando a reabilitação dos pacientes na sua região de origem, preferencialmente no seu município.

Localizado na cidade de Bauru, Estado de São Paulo (SP), situada na região sudeste do estado, tem uma área de 702 km² (setecentos e dois quilômetros quadrados), localizando-se a 324 km (trezentos e vinte e quatro quilômetros) da capital, com uma altitude média de 526 m (quinhentos e vinte e seis metros), dentro de uma região cuja vegetação nativa é o serrado ^(55,56).

Hoje, o hospital é formado por uma equipe multidisciplinar altamente qualificada e já prestou atendimento para mais de 60 (sessenta) mil pacientes, onde

são realizadas, em média, 718 cirurgias por mês. Também é reconhecido como centro de excelência dentro e fora do país.

O HRAC encontra-se no campus de Bauru da USP, Vila Universitária, onde também funciona a Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB).

O hospital é dividido em diversos setores interdisciplinares e unidades de serviço que, juntos, oferecem tratamento integral ao paciente.

No processo de reabilitação das anomalias craniofaciais, o trabalho em equipe é fundamental e cada área possui o seu campo de atuação, no sentido de procurar um tratamento integral aos pacientes atendidos, englobando aspectos estéticos, funcionais e psicossociais. É a interação dessas áreas que possibilita a compreensão do paciente no seu todo, como ser humano em sua totalidade. Portanto, para conhecer e compreender o paciente com malformações, portadores de fissuras labiopalatinas abordamos alguns aspectos do discurso na literatura.

3.3.2. Características Morfológicas e Origem Embrionária das Fissuras Labiopalatinas

Os itens Características Morfológicas e Origem Embrionária das fissuras labiopalatinas e tratamentos cirúrgicos aos pacientes com fissuras labiopalatinas foram retirados do livro *Fissuras Labiopalatinas: Uma Abordagem Interdisciplinar* ⁽⁵⁷⁾.

De etimologia latina, a palavra fissura significa fenda, abertura. Para a biologia, é transportada como “solução de continuidade” na topografia anatômica, não expressando necessariamente patologia. No contexto patológico, o termo é genérico, amplo e denota qualquer abertura anatômica inata que diverge ao normal.

Sua manifestação plural envolve qualquer região da face e do crânio, no tecido mole e/ou no esqueleto, muito embora seja usuais no lábio e/ou no palato.

Os defeitos congênitos identificados como fissuras lábiopalatinas são comuns entre as malformações que atingem a face do ser humano e ocorre com uma prevalência média entre um e dois indivíduos para cada 1.000 nascimentos.

No Brasil, admite-se que a incidência de fissuras labiopalatinas oscila em torno de 1:650.

Essas malformações são estabelecidas precocemente na vida intra-uterina, mais precisamente no período embrionário e no princípio do período fetal, o que significa dizer até a 12ª semana gestacional. As fissuras surgem cedo porque a face e o palato se formam velozmente. No princípio da vida fetal, a face está pronta, e até o nascimento muda de proporção em relação ao crânio e ao corpo.

No final da 12ª semana de gestação, é a vez dos processos palatinos completarem, com a sua coalescência, a divisão anatômica entre as cavidades oral e nasal.

É possível diagnosticá-los, inclusive, mediante ultra-sonografia pré-natal, mas até o momento não é possível tratá-los na vida intra-uterina e tampouco preveni-las, já que evoca etiologia multifatorial, intercalando predisposição genética, incluindo aqui a hereditariedade e os fatores teratogênicos extra-genéticos, ditos ambientais.

Entretanto, é a partir do nascimento que as fissuras podem ser diagnosticadas com precisão e tratadas coerentemente. A reconstrução urgente do defeito anatômico, com recuperação estética e adequação funcional que favoreça a integração e realização psicossociais, constitui a meta terapêutica que uma equipe profissional deve aspirar na reabilitação das fissuras labiopalatinas.

Existem as fissuras raras da face localizadas em bochecha, pálpebras, orelha, nariz e ossos do crânio e da face, como frontal, nasal, etmóide, malar e temporal, que acontecem, mas representam raridade em relação às fissuras labiopalatinas.

As fissuras labiopalatinas são associadas a deformidades nasais características, que resultam de forças anormais geradas pela descontinuidade das narinas. De acordo com a localização anatômica as fissuras labiais podem ser classificadas em unilaterais, bilaterais e medianas.

Dos indivíduos com fissuras labiopalatinas, 60% apresentam as vias aéreas nasais comprometidas.

Diante das alterações estético-funcionais envolvidas, as cirurgias nasais constituem procedimentos de relevância no processo de reabilitação das fissuras labiopalatinas.

Definitivamente, isso nem sempre constitui tarefa fácil e exige a instauração de tratamentos cirúrgicos e extra-cirúrgicos em épocas oportunas, cujos protocolos de tratamento estão subordinados à extensão anatômica da fissura, ou seja, do tipo de fissura.

A reabilitação total exige muitos anos de tratamento, estendendo-se da infância até a maturidade esquelética.

3.3.3. Tratamentos Cirúrgicos aos Pacientes com Fissuras Labiopalatinas

No protocolo de tratamento do HRAC, o lábio é refeito pela queiloplastia primária que é a cirurgia de reconstituição da fissura labial pela coaptação das margens do lábio, sendo idealmente realizada a partir de três meses de idade.

A palatoplastia é realizada a partir de 12 meses de idade, reconstrói a anatomia que distingue a cavidade nasal da cavidade oral, com o fechamento da fenda com a aproximação da mucosa palatina, sendo uma cirurgia com objetivos essencialmente funcionais.

Os indivíduos com fissura labiopalatina apresentam alta ocorrência de problemas otológicos, com conseqüente perda auditiva.

Devido aos freqüentes episódios de otite média que acometem os indivíduos com fissuras labiopalatinas e suas prováveis seqüelas, cirurgias otológicas como inserção de tubo de ventilação (microcirurgia otológica), timpanoplastia, mastoidectomia, associadas ou não ao tratamento medicamentoso, fazem parte do tratamento, visando à saúde auditiva destes pacientes.

Entre outras, a cirurgia de enxerto ósseo alveolar secundário é muito freqüente e compreende o procedimento terapêutico de preenchimento do defeito ósseo alveolar com osso medular esponjoso e autógeno, retirado da crista íliaca, fundindo em poucos meses os segmentos alveolares divididos pela lesão congênita.

A terminologia secundário refere-se à época do procedimento a ser realizado, determinada pela idade dentária.

3.3.4. Unidade de Internação

A Unidade de Internação do HRAC conta com 109 leitos, distribuídos em:

- 1) Unidade Pediátrica para pacientes iguais e menores de quatro anos de idade;
-

- 2) Unidade Pós-operatória, onde todos os pacientes são encaminhados da sala de recuperação anestésica independentemente da faixa etária. Os pacientes maiores e iguais a quatro anos de idade permanecem até o dia seguinte da cirurgia e os menores de quatro anos são transferidos a unidades pediátricas após observação do estado geral e aceitação alimentar destes pacientes durante duas ou três horas;
- 3) Unidade de Clínica Cirúrgica, para pacientes maiores ou iguais a quatro anos de idade em primeiro pós-operatório. Esses pacientes são transferidos ao pós-operatório imediato logo no início da manhã;
- 4) Unidade de Cuidados Especiais para lactentes com fissuras labiopalatinas associadas a síndromes genéticas, complexas, associações ou seqüências de anomalias.

Estas unidades são caracterizadas por receberem pacientes de variadas especialidades cirúrgicas: plásticas, otorrinolaringológicas, odontológicas, oftálmicas, neurocirúrgicas, exceto a unidade de cuidados especiais. O número de leitos varia conforme as cirurgias realizadas diariamente, menos nos finais de semanas e feriados, pois são cirurgias eletivas e agendadas, salvo intercorrências que poderão ocorrer.

As cirurgias acontecem dentro de um plano de tratamento adequado a cada paciente, considerando a faixa etária, o estado de saúde, tipo de fissura, além de procurar prevalecer a satisfação do paciente.

Este trabalho foi desenvolvido nas unidades cirúrgicas para pacientes iguais e maiores de quatro anos de idade, que contam com 57 (cinquenta e sete) leitos onde os pacientes são alocados, observando-se critérios de divisão por sexo e faixa etária.

A Unidade de Internação é composta de 12 enfermeiras e 34 técnicos/auxiliares de enfermagem.

A carga horária de trabalho do pessoal lotado nessas unidades é de 36 horas/semanais, sendo que, no turno diurno, os funcionários trabalham seis dias com jornada de seis horas. No turno da noite, são feitos plantões de 12 (doze) horas, em noites alternadas. Enfermeiros que realizam atividades assistenciais e também administrativas trabalham 40 horas/semanais.

A admissão do paciente na Unidade de Internação é realizada pela enfermeira, checando os cuidados pré-operatórios, preenchendo um impresso próprio, encaminhado ao pré-anestésico e, em seguida, ao centro cirúrgico.

Existe uma rotina para os pacientes e a equipe de enfermagem após a transferência da unidade pós-operatória para a unidade clínica cirúrgica, como: desjejum no refeitório, orientações realizadas pela equipe multidisciplinar, horário do suco, curativo e orientações de enfermagem, visando identificar as necessidades de conhecimento dos pacientes e/ou acompanhantes e melhorar a qualidade do atendimento, almoço, espera para a avaliação médica para provável alta que, na maioria das vezes, ocorre no período da manhã e entrega na saída de alta dos atestados médicos, receitas médicas, solicitação de retirada de pontos na cidade de origem e relatório de alta.

Na Unidade de Internação o programa “Mãe-participante” existe há vários anos como uma forma de facilitar a reabilitação e auxiliar o paciente que necessita de constantes retornos à instituição no caso de diversas cirurgias e possibilita um maior envolvimento com rotinas hospitalares e ao tratamento prestado.

Este Programa também favorece que o paciente tenha no acompanhante uma relação de apoio e confiança, assim a demanda de enfermagem poderá ser menor, bem como quando o acompanhante deseja e executa ações de cuidados pós-operatório.

Entretanto, essa situação poderia mascarar a demanda de enfermagem, pois o acompanhante não pode ser contado como diminuidor da carga de trabalho

Para que o acompanhante esteja orientado e envolvido suficientemente no tratamento do paciente, ele deve receber orientação, supervisão e auxílio constante da equipe de enfermagem.

A participação de familiares na assistência, bem como a comunicação eficiente entre pais e enfermagem, pode minimizar a ansiedade, aumentar a aceitação da hospitalização e facilitar o regime de tratamento e o enfrentamento da doença ⁽⁵⁸⁾.

A assistência de enfermagem do paciente cirúrgico e sua família podem tornar a hospitalização uma oportunidade para que o paciente recupere-se o mais rápido possível do procedimento cirúrgico e, ainda, em conjunto com sua família, encontre apoio extra-hospitalar na manutenção da sua recuperação após a alta.

A unidade de internação do HRAC caracteriza-se pela importância do cuidado de enfermagem, que valoriza a integralidade e complexidade do paciente, proporcionando-lhe bem-estar, como também, permite que seja gerado um sentimento de segurança na relação entre o paciente e a enfermagem.

Assim, a assistência de enfermagem contribui para a melhora da qualidade de vida do paciente e auto-cuidado e, ainda, para a melhora do quadro clínico do paciente e seu restabelecimento.

O cuidado, na sua vertente expressiva, contribui para a minimização da dor e do sofrimento, advindos do processo de hospitalização e/ou conseqüentes de procedimentos técnicos invasivos.

O cuidado na prática com o paciente cirúrgico do HRAC caracteriza-se pela aplicação de habilidades dos profissionais de enfermagem, no qual o enfermeiro identifica, coordena e monitora os cuidados necessários para atender a necessidade desses pacientes.

Para que os profissionais de enfermagem do HRAC possam atender às necessidades dos pacientes cirúrgicos e de seus familiares, é preciso muito mais que conhecimento, habilidade, valores e sensibilidade individual, mas, também, é necessário prover meios facilitadores para que os profissionais coloquem essas características em prática.

3.4. Construção do Instrumento de Classificação de Pacientes

Muitos dos fenômenos de interesse para a pesquisa e prática de enfermagem são intangíveis, e o reconhecimento da necessidade de medi-los motiva o desenvolvimento de instrumentos de medidas para torná-los tangíveis ⁽⁵⁹⁾.

A mensuração possibilitada por instrumentos consiste na aplicação de uma escala para cada variável, conferindo escores numéricos que, combinados, conferem um escore geral que atribuem indiretamente aos números a tarefa de representar atributos ⁽⁶⁰⁾.

O primeiro passo para construir um novo instrumento foi “...olhar para o que os outros fizeram...” ⁽⁵¹⁾, pois raramente o instrumento...”floresce de dentro do pesquisador” ⁽⁵¹⁾.

Desse modo, para a construção de um instrumento de classificação para pacientes cirúrgicos foi feito um levantamento bibliográfico sobre a implementação de modelos operacionais dentre os diversos sistemas existentes.

Assim, buscou-se construir um instrumento que possibilitasse a classificação de pacientes cirúrgicos em diferentes graus de dependência em relação à enfermagem, cuja estrutura seja a avaliação de áreas de cuidados dos pacientes cirúrgicos, como também utilizado em Fugulin, Gaidzinsk e Kurcgant ⁽³⁹⁾, que consistiu num sistema único e específico de acordo com a especialidade da unidade.

A terminologia área de cuidado compreende as principais áreas de atuação da enfermagem na assistência ao paciente cirúrgico do HRAC. Portanto, cada área de cuidado de enfermagem representa um indicador de demanda de enfermagem.

Foram, então, levantados os cuidados de enfermagem mais freqüentes entre os pacientes do HRAC, por meio da vivência profissional de 21 anos da pesquisadora, acrescido de observação, diálogo e sugestões da equipe de enfermagem, cujas informações foram agrupadas. Os cuidados de enfermagem que ocorreram com menos freqüência não foram considerados como itens a serem incluídos na construção do instrumento.

Desta forma, foram consideradas dez áreas de cuidados: comunicação, intervalo de aferição de sinais vitais, mobilidade, deambulação, alimentação, higiene, curativo, orientações de cuidados pós-operatório, eliminações e terapêutica medicamentosa.

A seguir, apresentamos a descrição considerada para cada área de cuidado:

- *Comunicação*: atividade de emitir, enviar e receber mensagens. É o processo que envolve a troca de informações e que atinge um objetivo definido;
 - *Intervalo de aferição de sinais vitais*: é o ato de verificar e analisar os dados cardiovasculares, respiratório e da temperatura corporal para determinar e prevenir complicações em um determinado intervalo de tempo;
 - *Mobilidade*: capacidade de mobilizar voluntariamente os segmentos corporais;
 - *Deambulação*: capacidade de movimentar voluntariamente o corpo;
-

- *Alimentação*: promoção da ingestão de nutrientes;
- *Higiene*: realização da higiene pessoal, incluindo a higiene corporal, com finalidade de asseio, e bucal, de modo a promover a cicatrização em pacientes com alterações na mucosa oral e contribuição para a aquisição do hábito da higiene bucal;
- *Curativo*: prevenção de complicações em incisões cirúrgicas e promoção de sua cicatrização, por meio de limpeza e monitoração;
- *Orientações de cuidados pós-operatório*: assistência a pacientes na compreensão aos cuidados com a cirurgia e preparação para alta hospitalar;
- *Eliminações*: realização das eliminações urinária e intestinal;
- *Terapêutica medicamentosa*: utilização das diversas vias de aplicação dos agentes terapêuticos medicamentosos prescritos.

Os itens “Estado mental” e “Oxigenação” não foram incluídos, uma vez que, na presença desses sinais alterados, o paciente é transferido para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Para cada uma das áreas de cuidado consideradas, foram atribuídas quatro situações de dependência, graduados de 1 a 4, seguindo uma intensidade crescente de complexidade, de forma que o valor 1 corresponde ao menor nível de atenção de enfermagem e o valor 4 (quatro) ao nível máximo de complexidade assistencial. A classificação de um paciente, assim, consistirá na avaliação das dez

áreas de cuidados e escolha da situação que melhor descrever sua condição. O escore mínimo obtido pelo instrumento é de dez pontos e o máximo de 40 (quarenta) pontos fornecidos pela soma dos pontos atribuídos em cada uma das áreas consideradas.

Um critério adotado para mensurar a dependência foi: pontuação menor que 20 (vinte) correspondem à categoria de grau 1, entre 20 (vinte) e 30 (trinta) pontos de grau 2 e maior que 30 (trinta) pontos de grau 3, de modo que:

- *Grau 1 (cuidados mínimos)*: Cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, tendo ou não acompanhante de acordo com rotina hospitalar, colabora com o tratamento e realiza ações de auto cuidado sob a supervisão da enfermagem.
 - *Grau 2 (cuidados intermediários)*: Cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, tendo ou não acompanhante de acordo com rotina hospitalar, colaboram com o tratamento e realizam ações de auto-cuidado, mas requerem orientação de enfermagem e/ou precisam de auxílio para essas atividades.
 - *Grau 3 (cuidados de alta dependência)*: Cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de , que, independentemente da presença do acompanhante, necessitam de assistência de enfermagem permanente e especializada.
-

Na construção, avaliação ou aplicação de um instrumento de medida, as questões de confiabilidade e validade são fatores cruciais que merecem atenção por parte de pesquisadores, de forma que tanto os instrumentos quanto os estudos que utilizem possam ser reconhecidos na comunidade científica ⁽⁶⁾.

3.5. Validação do Instrumento

A validade é um fator crucial na seleção ou aplicação de um instrumento e possibilita comprovar se o mesmo mede com precisão o que se propõe a medir ^(61,62,63,64).

Assim, quando se submete um instrumento ao procedimento de validação, na realidade não é o instrumento em si mesmo que está sendo validado, mas sim o propósito pelo qual o instrumento está sendo usado ^(64,65,66).

De acordo com Horn e Horn ⁽⁶⁷⁾, tanto a validade como a confiabilidade são medidas importantes de um instrumento. Se um instrumento é apenas válido, mas não se mostra confiável, então mensurações com o instrumento não podem ser replicadas. Por outro lado, se um instrumento é apenas confiável, mas não é válido, ele não está medindo o que supostamente deve medir, embora suas medidas possam ser replicáveis.

3.5.1. Validade de Conteúdo

A *validade de conteúdo* verifica se os itens propostos no instrumento são representativos do domínio do conteúdo estudado, se a redação do conteúdo reflete o conceito que se deseja medir e se há legibilidade e clareza na conceituação. Essa avaliação é feita por meio da apreciação do instrumento por um grupo de juízes, especialistas na área do conceito a ser estudado ^(68,69).

Um método para a avaliação da validade de conteúdo é a técnica *Delphi*, a qual consiste na realização de julgamentos por um grupo de juízes (especialistas na área) quanto ao conteúdo de um instrumento. Os julgamentos são realizados por meio de questionários, sendo que, após a resposta de todos os juízes, o pesquisador agrupa e analisa minuciosamente as opiniões para aprimorar a idéia inicial e realizar uma nova fase de questionamentos (aos mesmos juízes). Podem ser realizadas várias fases de questionamento, seguidas de modificações do instrumento, de forma a aperfeiçoá-lo, até que se obtenha o consenso entre o grupo de juízes quanto ao conteúdo do instrumento ^(68,69).

A terminologia *validação clínica*, utilizada em alguns momentos nesta pesquisa, está fundamentada nos estudos de Fhering ⁽⁷⁰⁾ sobre modelos práticos para validar diagnósticos de enfermagem. A mesma autora ⁽⁷⁰⁾ propôs dois modelos para a validação de diagnósticos de enfermagem, de acordo com duas diferentes formas de obtenção de fontes de evidências: validação de conteúdo e validação clínica ⁽²⁾.

Na validação de conteúdo é considerada a opinião de enfermeiros com vasta experiência profissional sobre o grau em que as características

definidoras são indicativas de um determinado diagnóstico. A validação clínica se baseia na obtenção de evidências para um determinado diagnóstico a partir da prática clínica com duas formas de abordagens: por observação clínica diretamente do paciente (exame físico) ou por entrevista ou questionários ⁽²⁾.

Dessa forma, para se afirmar que um instrumento para a classificação de pacientes é válido, é necessário que ele passe por um processo que permita concluir se os indicadores de cuidado representam, de fato, o que é encontrado na prática clínica. Isto implica em alguns questionamentos tais como: *em que extensão o instrumento consegue medir com precisão a necessidade de cuidado do paciente com relação à enfermagem? Os pacientes com as mesmas necessidades de cuidados de enfermagem são classificados na mesma categoria? O instrumento pode ser usado, com igual precisão, por diferentes enfermeiros, em diferentes unidades e com diferentes tipos de pacientes? Estariam os indicadores de cuidado em número suficiente?* ⁽²⁾

3.5.1.1. Operacionalização do teste de validação de conteúdo

Para a validação de conteúdo do instrumento utilizou-se a técnica Delphi composta por um grupo de juízes, formado por enfermeiros que atuam na assistência direta e indireta do paciente de forma a possibilitar oportunidades de análise sob diferentes perspectivas, além de valorizar as contribuições de conhecimentos na prática profissional no cuidado com o paciente cirúrgico.

O julgamento coletivo, quando organizado adequadamente, é superior à opinião de um só indivíduo.

Portanto, como critério de inclusão dos juízes foi considerada a vasta experiência com o paciente cirúrgico na unidade de internação.

Os juízes receberam orientações individualmente de como realizar as avaliações do instrumento construído. (APÊNDICE 4)

O anonimato foi preservado e não houve reunião, permitindo que cada juiz apresentasse opiniões individuais, sem ser discutido por outros juízes para que não sofressem influência como nas titulações e cargos de gerências.

Entretanto, sabemos, que poderá ocorrer na avaliação certo nível de subjetividade, inevitável em qualquer avaliação de pacientes, em virtude das variáveis como valores, crenças, formação acadêmica e profissional do avaliador.

Os enfermeiros participantes do estudo são em número de seis, predominante do sexo feminino, com idade entre 39 e 46 anos, e quanto ao tempo de atuação profissional, houve uma variação de 14 a 21 anos de experiência.

No que concerne a qualificação profissional, três enfermeiros possuem título de especialista em áreas como: pediatria, médico-cirúrgico, saúde pública e UTI. Dos outros três enfermeiros, uma enfermeira está cursando mestrado e duas já realizaram curso de pós-graduação, mestrado e doutorado respectivamente.

Com a necessidade de conhecer a percepção dos enfermeiros que avaliaram o instrumento de classificação de pacientes construído, elaborou-se um questionário (APÊNDICE 3) que foi acompanhado de uma carta esclarecendo a finalidade do estudo (APÊNDICE 2).

Neste questionário, é solicitado a cada uma das enfermeiras que avaliem cada uma das dez áreas de cuidados apresentados no que diz respeito:

- a) facilidade ou dificuldade de compreensão;
- b) abrangência e aplicabilidade;
- c) tecer comentários, caso julgasse necessário.

3.5.2. Validade de confiabilidade

A *confiabilidade* é a capacidade de um instrumento medir fielmente um fenômeno e pode ser avaliada a partir de três aspectos: *homogeneidade*, *estabilidade* e *equivalência* ou *concordância* ^(59,62,71).

O método de avaliação da *homogeneidade* ou consistência interna mais comum é realizado comparando-se cada questão de uma escala com outra simultaneamente, interpretando-se por meio do coeficiente α de *Cronbach* ⁽⁵⁹⁾.

O α de *Cronbach* é um teste de coerência interna. Isso significa que os itens se correlacionam ou são complementares uns aos outros. A coerência interna das questões permite ao investigador somá-las e obter um escore total para o conceito. O escore total é então usado para a análise dos dados ⁽³⁷⁾.

A *estabilidade* do instrumento é verificada por meio de aplicação repetida do mesmo, sendo considerado confiável quando se obtêm mesmos resultados nas duas aplicações. Pode ser verificada por *teste-reteste*, por meio da aplicação do mesmo instrumento aos mesmos sujeitos da pesquisa sob condições semelhantes em duas ou mais ocasiões; ou pela *confiabilidade de forma paralela*, realizada por meio de duas aplicações, sendo a segunda composta por questões redigidas de forma diferente, mas que preservem o conceito ⁽⁵⁹⁾.

A equivalência refere-se à *concordância interavaliadores*, ou seja, quando dois ou mais observadores apresentam concordância na aplicação do mesmo instrumento. Isto produz alta correlação e é obtida através do cálculo da estatística *kappa* ^(59,62).

3.5.2.1. Operacionalização do teste do coeficiente α de Cronbach

Um estudo piloto foi conduzido utilizando-se os prontuários de 20 pacientes internados na Unidade de Internação do HRAC em primeiro pós-operatório para verificar a utilidade e facilidade de aplicação do instrumento elaborado.

Os prontuários foram escolhidos aleatoriamente e a escala de graduação foi então aplicada, de acordo com o descrito no prontuário.

Os dados foram digitados numa planilha Excel e analisados pelo Programa SAS para o cálculo do α de Cronbach.

3.5.2.2. Operacionalização do teste de avaliação da concordância interavaliadores

Após a validação do conteúdo do instrumento de classificação pelos juízes e o teste de confiabilidade pelo coeficiente α de Cronbach, realizou-se a verificação da confiabilidade interavaliadores e a validade do instrumento, observando se ele apresenta exatidão de seu uso. Esta monitorização favorece a credibilidade das informações fornecidas pelo mesmo.

A confiabilidade foi avaliada quanto ao aspecto da equivalência ou concordância entre avaliadores. Esta avaliação constituiu na comparação dos resultados obtidos na aplicação do instrumento de classificação de pacientes por dois observadores: a pesquisadora e uma enfermeira lotada na Clínica Cirúrgica da Unidade de Internação, no turno da manhã, após esclarecimento sobre os objetivos do estudo, bem como o conteúdo do instrumento de classificação de pacientes cirúrgicos e a forma de operacionalização do mesmo.

Estas enfermeiras atuaram como avaliadoras para verificar em quais áreas de cuidado há maior ou menor grau de concordância em 20 pacientes escolhidos aleatoriamente no primeiro pós-operatório, durante a primeira quinzena do mês de junho de 2008.

A aplicação do instrumento foi sob forma de exame físico e entrevista com pacientes e/ou acompanhantes, em horários mais próximos possíveis.

O formulário para registro dos dados foi composto por duas partes: a primeira abrangeu os dados de identificação do paciente (nº do prontuário, idade, sexo, origem, tipo de cirurgia, presença ou não do acompanhante, horário de saída de alta) e data da coleta de dados. A outra parte referiu-se ao registro da pontuação em cada área de cuidados dos pacientes classificados.

Não houve comunicação entre as enfermeiras quanto ao registro das pontuações obtidas em cada área de cuidado em suas avaliações para evitar influências nas respostas.

Para avaliar o grau de concordância atribuído pelas enfermeiras na aplicação do instrumento de classificação para cada área de cuidado, procedeu-se a

análise do coeficiente de Kappa, favorecendo o estudo da intensidade da concordância dos diagnósticos obtidos nas classificações das duas enfermeiras.

O coeficiente Kappa pode ser definido como uma medida de associação usada para descrever e testar o grau de concordância (confiabilidade e precisão) na classificação. Apesar de largamente utilizado para o estudo de confiabilidade, este método estatístico apresenta limitações na medida em que não fornece informações a respeito da estrutura de concordância e discordância, muitas vezes, não considerando aspectos importantes presentes nos dados. Dessa forma, não deve ser utilizado, indiscriminadamente, como uma única medida de concordância; e outras abordagens devem ser incorporadas com o objetivo de complementar a análise ⁽⁷²⁾. Landis e Koch ⁽⁷³⁾ caracterizaram diferentes faixas para os valores kappa, segundo o grau de concordância que eles sugerem. Assim, valores maiores que 0,75 (setenta e cinco décimos) representam excelente concordância. Valores abaixo de 0,40 (quarenta décimos) representam baixa concordância e valores situados entre 0,40 (quarenta décimos) e 0,75 (setenta e cinco décimos) representam concordância mediana.

3.5.3 Validade de constructo

A *validade de constructo* tem como pressuposto que um instrumento mede um construto teórico com o objetivo de validar a teoria subjacente à medição. Esse tipo de validade pode ser avaliado por meio de: *testagem de hipóteses*, quando utiliza a teoria ou conceito da ferramenta de medição para elaborar hipóteses relativas ao comportamento dos sujeitos; abordagem *convergente* ou abordagem

divergente, quando instrumentos que medem o mesmo construto (convergente) ou construtos diferentes (divergentes) são aplicados simultaneamente; por abordagem de *grupos contrastados*, quando se verifica a sensibilidade do instrumento ao aplicá-lo em grupos de características diversificadas; ou, ainda, por abordagem *analítica de fator*, quando se avalia a relação entre as questões do instrumento para estabelecer sua dimensionalidade ⁽⁵⁹⁾.

Esclarece Keeves ⁽⁶⁵⁾ que a validade de constructo pode ser acessada quando o pesquisador acredita que o seu instrumento reflete um constructo particular que está atrelado a certos significados. A interpretação proposta vai gerar hipóteses significativas que, testadas, vão fornecer um significado de confiança ou não referente ao que foi alegado.

O ponto significativo da validade de constructo é sua preocupação não meramente de validar o teste e sim em validar a teoria que o suporta ⁽⁶⁴⁾.

3.5.3.1. Operacionalização do teste de validade de constructo

A validação de constructo do instrumento proposto foi realizada na unidade cirúrgica na primeira quinzena do mês de junho de 2008, no turno da manhã.

A pesquisadora atuou como avaliadora para classificar o grau de complexidade assistencial de 52 pacientes escolhidos aleatoriamente em primeiro pós-operatório.

A aplicação do instrumento de classificação de pacientes cirúrgicos foi sob forma de exame físico e entrevista com pacientes e/ou acompanhantes.

O formulário para registro dos dados foi composto por duas partes: a primeira abrangeu os dados de identificação do paciente (nº do prontuário, idade, sexo, origem, tipo de cirurgia, presença ou não do acompanhante, horário de saída de alta) e data da coleta de dados. A outra parte referiu-se ao registro da pontuação em cada área de cuidado, do escore e categoria de cuidado a que o paciente pertencia.

3.5.4. Procedimentos de análises de informações

Todas as informações obtidas foram inseridas em um banco de dados em planilha Excel, no qual foram registrados os seguintes itens: nº do prontuário, idade, sexo, tipo de cirurgia, origem, horário de saída de alta hospitalar, presença ou não do acompanhante, pontuação de cada área de cuidado e a categoria dos pacientes classificados.

Para avaliar o estudo da intensidade do grau de concordância do instrumento pelos enfermeiros e definir a demonstração da validade de constructo do instrumento de avaliação, utilizou-se o programa estatístico *SAS for Windows*, v.9.1.3.



4. Resultados e Discussão

Neste capítulo, apresentam-se os resultados obtidos e a discussão, divididos em três partes. A primeira parte mostra a validade de conteúdo de instrumento pelos juízes. A segunda parte mostra a confiabilidade do instrumento, por meio do coeficiente α de Cronbach e teste de concordância interavaliadores, calculando-se o coeficiente Kappa. Na terceira, demonstra a validade de constructo.

4.1. Avaliação do teste de validade de conteúdo

A seguir, são apresentados os resultados obtidos segundo avaliação dos enfermeiros que analisaram o instrumento de classificação de pacientes.

Em relação às características intrínsecas do instrumento: todas as enfermeiras o consideraram completo e aplicável. No que se refere a “fácil entendimento” somente uma enfermeira respondeu não ser de “fácil entendimento”, entretanto não houve qualquer justificativa sobre a dificuldade encontrada.

De acordo com os resultados das avaliações quanto às dificuldades encontradas em cada um das dez áreas de cuidados que compõem o instrumento de classificação, foram apontados como de maior facilidade de entendimento: intervalos de aferição de sinais vitais e orientações de cuidados pós-operatório.

Entretanto, as enfermeiras destacaram algumas discordâncias nas demais áreas de cuidado: comunicação, mobilidade, deambulação, eliminações, curativo e terapêutica medicamentosa.

Os comentários das enfermeiras com referência a estes aspectos são:

-
- uma enfermeira afirmou que na área de cuidado “comunicação” a graduação já está classificada, pois muitos pacientes apresentam voz anasalada. De modo geral, pacientes com fissuras labiopalatinas podem apresentar distúrbios da fala. As alterações são as mais variadas, podendo ocorrer desde uma leve distorção de algum fonema até o desenvolvimento de hipernasalidade e de mecanismos compensatórios que tornam a fala ininteligível;
 - outra enfermeira, também no item comunicação, citou que podemos ter dificuldade em razão de os pacientes pertencerem a diferentes etnias e também por apresentarem diferentes necessidades de comunicação, como, por exemplo, indígenas e deficientes auditivos. A modificação solicitada foi efetuada no instrumento;
 - duas enfermeiras relataram que na área de cuidado “eliminações” deveria constar comadre para evacuações na graduação quatro; a modificação solicitada foi efetuada no instrumento;
 - uma enfermeira solicitou para acrescentar na área de cuidado “terapêutica medicamentosa”, medicação “via gástrica”. Não foi considerado como item a ser inserido, pois este cuidado ocorre em menor frequência;
 - uma enfermeira sugeriu que a graduação dois na área de cuidado curativo deveria acrescentar orientação da enfermagem. Salientamos que as orientações de enfermagem aos pacientes cirúrgicos podem ser iniciadas em quaisquer áreas de cuidado, desde que o paciente tenha condições físicas e emocionais para recebê-las;
-

-
- duas enfermeiras discordaram com respeito à terminologia, uma opinou para usar o termo “limitação” e não “dificuldade” para mover-se/virar-se na área de cuidado “mobilidade” na graduação três; a outra sugeriu que na área de cuidado “deambulação” seja repouso absoluto na graduação quatro e não restrito ao leito. As modificações solicitadas foram efetuadas no instrumento.

A área de cuidado “comportamento” não foi inserida, pois foi apontada de difícil avaliação devido à dificuldade na percepção de alguns comportamentos do paciente, de acordo com estudo de Perroca⁽²⁾. Estudos poderão ser feitos junto ao setor de Psicologia para averiguação sobre esses comportamentos dos pacientes cirúrgicos, portadores de malformações craniofaciais, de modo a verificar se eles podem interferir nos cuidados de enfermagem do HRAC.

4.2. Avaliação da confiabilidade do instrumento

4.2.1. Avaliação do coeficiente α de Cronbach.

Os resultados apresentados, a seguir, referem-se ao cálculo da confiabilidade pelo coeficiente α de Cronbach, verificando, por meio dos prontuários como um estudo piloto, a utilização e facilidade de aplicação do instrumento elaborado, como mostra a tabela 1.

Tabela 1 - Estatísticas descritivas obtidas na aplicação do instrumento de classificação de pacientes cirúrgicos do HRAC, Bauru, 2007 (estudo piloto).

Área de Cuidado	N	Média	DP	Soma	Mínimo	Máximo
intervalo de aferição de sinais vitais	20	1.50	0.51299	30	1	2
mobilidade	20	1.15	0.36635	23	1	2
deambulação	20	1.25	0.44426	25	1	2
curativo	18	2.05	0.72536	37	1	3
terapêutica medicamentosa	20	1.20	0.61559	24	1	3

O valor do α de Cronbach para este estudo foi de 0,64, considerado bom para os dados obtidos, já que muitas informações não foram obtidas por não constarem dos prontuários e as demais áreas de cuidado (comunicação, alimentação, higiene, orientação de cuidados pós-operatório e eliminações) foram retiradas da análise atribuída por conterem o mesmo valor na gradação. Desse modo, o valor foi calculado apenas com cinco variáveis.

4.2.2. Avaliação da concordância interavaliadores

Os resultados, a seguir, referem-se ao cálculo do coeficiente Kappa entre avaliadores do instrumento de classificação de pacientes, sendo aplicados pela pesquisadora e uma enfermeira lotada na Unidade de Internação, iniciando pela caracterização dos pacientes avaliados e a classificação em categoria de cuidados.

4.2.2.1. Caracterização dos pacientes classificados com este instrumento

Os 20 pacientes avaliados pelos enfermeiros durante este estudo eram predominantemente do sexo masculino (60%, n=12). A faixa etária apresentou uma média de 19,75 anos com um desvio padrão de 12,05 anos.

As cirurgias mais freqüentes realizadas neste período nos pacientes avaliados são: queiloplastia (25%, n=5), rinosseptoplastia (20%, n=4) e enxerto ósseo alveolar secundário, (20%, n=4), como é possível observar na tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos tipos de cirurgias mais freqüentes realizados no HRAC, Bauru, 2008.

Cirurgia	N	%	N	%
alongamento de columela	1	5.00	1	5.00
enxerto ósseo-alveolar secundário	4	20.00	5	25.00
faringoplastia	1	5.00	6	30.00
fístula de palato	1	5.00	7	35.00
mastoidectomia	1	5.00	8	40.00
palatoplastia	1	5.00	9	45.00
palatoplastia + microotológica	1	5.00	10	50.00
queiloplastia secundária	5	25.00	15	75.00
rinoplastia	1	5.00	16	80.00
rinosseptoplastia	4	20.00	20	100.00

O HRAC atende pacientes com fissura labiopalatina de diversos estados do Brasil, dentre esses pacientes avaliados o estado mais freqüente é o estado de São Paulo (60%, n=12), seguido de Rondônia (15%, n=3) e Paraná (10%, n=2).

Os pacientes foram avaliados sempre no turno da manhã. Observou-se a frequência em relação ao horário de saída de alta hospitalar que dez pacientes (70%) saíram no turno da manhã e quatro (30%) saíram no turno da tarde, como mostra a tabela 3. Os demais continuaram internados.

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes classificados de acordo com horário de saída de alta hospitalar no HRAC, Bauru, 2008.

Hora alta	N	%	N	%
09:50:00	1	7.14	1	7.14
10:00:00	1	7.14	2	14.29
10:30:00	1	7.14	3	21.43
11:00:00	1	7.14	4	28.57
12:00:00	3	21.43	7	50.00
12:30:00	2	14.29	9	64.29
13:00:00	1	7.14	10	71.43
13:50:00	1	7.14	11	78.57
14:00:00	1	7.14	12	85.71
14:10:00	1	7.14	13	92.86
14:30:00	1	7.14	14	100.00

A presença do acompanhante do paciente cirúrgico do HRAC tem grande influência na recuperação e continuidade do tratamento após a alta. Podemos verificar na incidência do acompanhante durante a internação desses pacientes que 13 (65%) estavam com acompanhantes e sete (35%) sem acompanhantes, como mostra a tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes classificados de acordo com a presença de acompanhante durante a internação no HRAC, Bauru, 2008.

Acompanhante	N	%	N	%
Não	7	35.00	7	35.00
Sim	13	65.00	20	100.00

4.2.2.2. Concordância interavaliadores nas áreas de cuidados

A tabela 5 mostra a gradação atribuída pelas enfermeiras na aplicação do instrumento de classificação de 20 pacientes para cada área de cuidado.

Tabela 5 - Distribuição dos valores dos atribuídos para cada um dos indicadores das áreas de cuidados na aplicação do instrumento por dois avaliadores, HRAC, Bauru, 2008.

área de cuidado	Avaliador	Gradação		Gradação		Gradação		Gradação	
		1		2		3		4	
		N	%	N	%	N	%	N	%
comunicação	1	20	(100,00)	0	(0,00)	0	(0,00)	0	(0,00)
	2	19	(95,00)	1	(5,00)	0	(0,00)	0	(0,00)
Intervalo de aferição de sinais vitais	1	15	(75,00)	5	(25,00)	0	(0,00)	0	(0,00)
	2	16	(80,00)	4	(20,00)	0	(0,00)	0	(0,00)
mobilidade	1	15	(75,00)	2	(10,00)	3	(15,00)	0	(0,00)
	2	16	(80,00)	3	(15,00)	1	(5,00)	0	(0,00)
deambulação	1	15	(75,00)	1	(5,00)	4	(20,00)	0	(0,00)
	2	16	(80,00)	1	(5,00)	3	(15,00)	0	(0,00)
alimentação	1	19	(95,00)	1	(5,00)	0	(0,00)	0	(0,00)
	2	16	(80,00)	3	(15,00)	1	(5,00)	0	(0,00)
higiene	1	13	(65,00)	7	(35,00)	0	(0,00)	0	(0,00)
	2	15	(75,00)	5	(25,00)	0	(0,00)	0	(0,00)
curativo	1	7	(35,00)	7	(35,00)	3	(15,00)	3	(15,00)
	2	9	(45,00)	2	(10,00)	4	(20,00)	5	(25,00)
orientações de cuidados pós-operatório	1	20	(100,00)	0	(0,00)	0	(0,00)	0	(0,00)
	2	18	(90,00)	2	(10,00)	0	(0,00)	0	(0,00)
eliminações	1	20	(100,00)	0	(0,00)	0	(0,00)	0	(0,00)
	2	20	(100,00)	0	(0,00)	0	(0,00)	0	(0,00)
terapêutica medicamentosa	1	19	(95,00)	0	(0,00)	1	(5,00)	0	(0,00)
	2	19	(95,00)	0	(0,00)	1	(5,00)	0	(0,00)

A tabela 6 mostra o coeficiente kappa calculado para cada área de cuidado na aplicação do instrumento por dois avaliadores.

Tabela 6 - Coeficiente kappa calculado para as concordâncias entre avaliadores na aplicação do instrumento obtido, HRAC, Bauru, 2008.

área de cuidado	Kappa	IC 95%
comunicação	-	-
intervalo de aferição de sinais vitais	0,8571	0,5870 – 1,0000
mobilidade	0,6026	0,2866 – 0,9187
deambulação	0,8639	0,6044 – 1,0000
alimentação	-	-
higiene	0,2941	0,0000 – 0,7297
curativo	0,5270	0,2517 – 0,8024
orientações de cuidados pós-operatório	-	-
eliminações	-	-
terapêutica medicamentosa	1,0000	-

De acordo com a tabela 5, dos dez indicadores que compõem o instrumento, as áreas de cuidados “eliminações” e “terapêutica medicamentosa” são as que apresentaram totalidade no índice de concordância. Isto pode ser visto também na tabela 6 na qual o valor de kappa para “terapêutica medicamentosa” foi o valor máximo. Já para “eliminações”, o valor não foi calculado uma vez que as respostas foram as mesmas pelos dois avaliadores.

Ainda conforme a tabela 6, o nível de concordância entre os enfermeiros quanto às áreas de cuidados “intervalo de aferição de sinais vitais” e “deambulação”, foi classificado de concordância alta. Para as áreas de cuidado “mobilidade” e “curativo”, teve-se uma concordância moderada e para a área de cuidado “higiene”, baixa concordância.

Nota-se que os níveis de concordância moderada e baixa obtidos nas áreas de cuidado “curativo” e “higiene”, respectivamente, talvez tenham sido baseados em tarefas desenvolvidas pela enfermagem para o cuidado do paciente, ao invés de serem baseados nas necessidades objetivas do paciente.

De acordo com os resultados obtidos, mostra-se que o instrumento apresenta uma boa confiabilidade, demonstrando ser capaz de avaliar o grau de dependência do paciente cirúrgico quanto às áreas de cuidado consideradas.

4.3. Avaliação do teste de validação de constructo

Neste item, apresentam-se os resultados obtidos para a validação de constructo, iniciando pela caracterização dos pacientes avaliados pela pesquisadora e a classificação em categoria de cuidados.

4.3.1. Caracterização dos pacientes classificados com este instrumento

Dos 52 pacientes avaliados pela pesquisadora durante o estudo, 48,08% (n=25) eram do sexo feminino e 51,92% (n=27) eram do sexo masculino.

Em relação à idade, os pacientes apresentaram uma idade média de 15,35 anos com um desvio padrão de 10,42 anos.

A tabela 7 apresenta a distribuição dos pacientes segundo o tipo de cirurgia.

Tabela 7 - Distribuição dos pacientes classificados de acordo com o tipo de cirurgia realizada no HRAC, Bauru 2008.

Cirurgia	N	%
amigdalectomia+adenoidectomia	1	1,92
amigdalectomia+adenoidectomia+microotologica	1	1,92
alongamento de columela	2	3,85
dentisteria+exodontia	1	1,92
enxeto ósseo-alveolar secundário	7	13,46
faringoplastia	2	3,85
microotologica	3	5,77
palatoplastia+along. columela	1	1,92
palatoplastia anterior secundário	2	3,85
palatoplastia	2	3,85
palatoplastia posterior	2	3,85
palatoplastia total	5	9,62
queiloplastia	5	9,62
queiloplastia+asa	3	5,77
queiloplastia+fístula de palato	1	1,92
queiloplastia+rinoplastia	1	1,92
queiloplastia+rinosseptoplastia	1	1,92
queiloplastia bilateral	1	1,92
queiloplastia secundária	1	1,92
queiloplastia secundária+microotológica	1	1,92
rinosseptoplastia	4	7,69
rinosseptoplastia+queiloplastia	1	1,92
septoplastia+turbinectomia	1	1,92
septoplastia	1	1,92
timpanoplastia	1	1,92
timpanomastoidectomia	1	1,92

Na tabela 7 pode-se observar que os tipos de cirurgias mais freqüentes dos pacientes estudados são: enxerto ósseo-alveolar secundário (13,46%, n=7), seguido de palatoplastia total (9,62%, n=5) e queiloplastia (9,62%, n= 5).

Em relação à origem dos pacientes classificados, o estado de São Paulo foi o de maior incidência (26,92%, n=14) e, em seguida, o estado de Minas Gerais (21,15%, n=11).

A tabela 8 mostra que o horário de maior frequência de alta é realizado no turno da manhã (cerca de 82%, n=28), considerando que o turno da manhã na Instituição é das 7h às 13 horas.

Tabela 8 - Distribuição dos pacientes classificados de acordo com o horário de saída de alta no HRAC, Bauru 2008.

Hora alta	N	%	N	%
10:00:00	5	14.71	5	14.71
10:10:00	2	5.88	7	20.59
10:25:00	4	11.76	11	32.35
10:30:00	1	2.94	12	35.29
10:50:00	1	2.94	13	38.24
11:00:00	1	2.94	14	41.18
11:50:00	1	2.94	15	44.12
12:00:00	8	23.53	23	67.65
12:20:00	1	2.94	24	70.59
12:30:00	3	8.82	27	79.41
12:35:00	1	2.94	28	82.35
14:00:00	1	2.94	29	85.29
15:00:00	2	5.88	31	91.18
16:00:00	1	2.94	32	94.12
17:00:00	1	2.94	33	97.06
18:00:00	1	2.94	34	100.00

A presença do acompanhante durante a internação dos pacientes avaliados foi de cerca de 83% (n=43) e sem acompanhante, cerca de 17% (n=9).

4.3.2. Estudo da distribuição da gradação por área de cuidados

A tabela 9 mostra as estatísticas descritivas com relação à média, desvio padrão, valores máximo, mínimo e mediana para cada área de cuidado na aplicação do instrumento a 52 pacientes avaliados.

Tabela 9 - Estatísticas descritivas obtidas em cada área de cuidado na aplicação do instrumento a 52 pacientes, HRAC, Bauru, 2008.

área de cuidado	Mean	Std Dev	N	Min.	Max.	Méd.
comunicação	1.1346154	0.5250153	52	1.0000000	4.0000000	1.0000000
intervalo de aferição de sinais vitais	1.1730769	0.3820047	52	1.0000000	2.0000000	1.0000000
mobilidade	1.3269231	0.7063064	52	1.0000000	3.0000000	1.0000000
deambulação	1.3846154	0.7182180	52	1.0000000	3.0000000	1.0000000
alimentação	1.1346154	0.3446423	52	1.0000000	2.0000000	1.0000000
higiene	1.2884615	0.4574670	52	1.0000000	2.0000000	1.0000000
curativo	1.4807692	0.8964064	52	1.0000000	4.0000000	1.0000000
orientações de cuidados pós-operatório	1.0576923	0.2354355	52	1.0000000	2.0000000	1.0000000
eliminações	1.0000000	0	52	1.0000000	1.0000000	1.0000000
terapêutica medicamentosa	1.1346154	0.5611209	52	1.0000000	4.0000000	1.0000000

A tabela 10 mostra a distribuição da gradação obtida na aplicação do instrumento aos 52 pacientes avaliados pela pesquisadora.

Tabela 10 - Distribuição dos pacientes classificados de acordo com a variação da graduação por área de cuidado, Bauru 2008.

área de cuidado	Gradação							
	1		2		3		4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
comunicação	48	(92,40)	2	(3,85)	1	(1,92)	1	(1,92)
sinais vitais	43	(82,69)	9	(17,31)	0	(0,00)	0	(0,00)
mobilidade	42	(80,77)	3	(5,77)	7	(13,46)	0	(0,00)
deambulação	34	(75,00)	6	(11,54)	7	(13,46)	0	(0,00)
alimentação	45	(86,54)	7	(13,46)	0	(0,00)	0	(0,00)
higiene	37	(71,15)	15	(28,85)	0	(0,00)	0	(0,00)
curativo	39	(75,00)	3	(5,77)	8	(15,38)	2	(3,85)
orientação	49	(94,23)	3	(5,77)	0	(0,00)	0	(0,00)
eliminações	52	(100,00)	0	(0,00)	0	(0,00)	0	(0,00)
terapêutica medicamentosa	49	(94,23)	0	(0,00)	2	(3,85)	1	(1,92)

Após a aplicação do instrumento aos 52 pacientes, foi obtido um α de Cronbach de 0,54, um pouco menor que o valor obtido no estudo piloto, mas ainda considerado bom para o presente estudo. Deve-se notar que, nesta nova avaliação, foram consideradas nove áreas de cuidado, uma vez que o valor para “eliminações” não apresentou variabilidade, sendo eliminada do cálculo. Além disso, a diminuição do coeficiente também pode ser notada pela maior variabilidade na graduação em algumas das áreas de cuidado.

A tabela 11 mostra a distribuição do escore final obtido com a aplicação do instrumento a 52 pacientes.

Tabela 11 - Distribuição do escore final obtido com a aplicação do instrumento a 52 pacientes.

soma dos pontos	N	%	Grau
10	17	32,69	1
11	14	26.92	1
12	5	9.62	1
13	1	1.92	1
14	2	3.85	1
15	7	13.46	1
16	7	13.46	1
17	7	13.46	1
18	7	13.46	1

De acordo com a tabela 11, todos os pacientes foram classificados como grau 1, ou seja, cuidados mínimos. Isto porque, devido a exigências das cirurgias, o paciente deve apresentar um bom estado geral de saúde no pré-operatório. No geral, a faixa etária dos pacientes é menor, o que apresenta um menor risco de complicações. Devido aos retornos constantes para o tratamento cirúrgico, o paciente e o acompanhante adquirem um maior conhecimento dos cuidados pós-operatório, diminuindo, desse modo, uma constante assistência da enfermagem.

Em síntese, mostrou-se com este estudo que:

1. No que se refere à avaliação dos enfermeiros sobre a elaboração do instrumento de classificação de pacientes cirúrgicos utilizando o método de validação de conteúdo por meio da aplicação da técnica Delphi:

-
- A totalidade das enfermeiras consideram o instrumento completo e aplicável;
 - Em sua maioria, as enfermeiras consideram o instrumento de fácil entendimento;
 - As áreas de cuidado “intervalo de aferição de sinais vitais” e “orientações quanto aos cuidados pós-operatório” foram apontadas como de maior facilidade de entendimento;
 - Enfermeiros destacaram algumas discordâncias nas áreas de cuidado: comunicação, mobilidade, deambulação, eliminações, curativo e terapêutica medicamentosa.

2. No que se refere ao teste de confiabilidade:

2.1. Avaliação do coeficiente α de Cronbach

- O grau de concordância com relação a cada área de cuidado por meio do coeficiente α de Cronbach foi de 0,64, considerado bom para os dados obtidos.

2.2. Avaliação da concordância entre avaliadores

2.2.1. Caracterização dos pacientes classificados

- Os 20 pacientes avaliados pelos enfermeiros eram: predominantemente do sexo masculino (60%); a idade variou, apresentando uma média de 19,75 anos; a cirurgia mais freqüente realizada foi de queiloplastia (25%); a origem foi o estado de São Paulo (60%); o horário de maior freqüência foi o
-

turno da manhã para a saída de alta hospitalar (70%), e; a incidência da presença do acompanhante durante a internação foi de 65%.

2.2.2. Concordância nas áreas de cuidados

- As áreas de cuidado “eliminações” e “terapêutica medicamentosa” foram as que apresentaram totalidade no índice de concordância (excelente concordância);
- As áreas de cuidado “intervalo de aferições de sinais vitais” e “deambulação” apresentaram de concordância alta;
- As áreas de cuidado “mobilidade” e “curativo” apresentaram uma concordância moderada;
- A área de cuidado “higiene” teve uma baixa concordância.

3. No que se refere ao teste de validade de constructo:

3.1. Característica dos pacientes classificados

- Os 52 pacientes avaliados eram: predominantemente do sexo masculino (51,92%); apresentaram uma idade média de 15,35 anos; a cirurgia realizada com maior frequência foi de enxerto ósseo-alveolar secundário (13,46%); a origem de maior incidência foi o estado de São Paulo (26,92%); horário de maior frequência de saída de alta foi no turno da manhã (82%), e; a presença do acompanhante durante a internação foi de cerca de 83%.
-

3.2. Distribuição da gradação por área de cuidados

- O valor obtido pelo coeficiente α de Cronbach foi de 0,54; considerado bom, mostrando uma coerência e consistência entre as áreas de cuidado.
- O escore final obtido com a aplicação do instrumento de classificação de pacientes cirúrgicos foi em sua totalidade como grau 1.

O instrumento de classificação de pacientes cirúrgicos acima de quatro anos de idade, em seu formato final com as instruções de preenchimento, encontram-se no APÊNDICE 6 e no APÊNDICE 5, respectivamente.



5. Conclusão

A qualidade da assistência prestada pela enfermagem é correlacionada à eficácia de recursos humanos e esses, por sua vez, estão cada vez mais escassos nas instituições de saúde.

É um grande desafio na gerência de enfermagem determinar o quantitativo de pessoal necessário para atender os cuidados da clientela. Desse modo, são desenvolvidos sistemas para classificar pacientes com relação à dependência de cuidados de enfermagem.

O presente estudo justifica-se pela ausência na literatura de um instrumento adequado que atenda o tipo de cuidado de enfermagem aos pacientes cirúrgicos, como é o caso do paciente atendido na Unidade de Internação do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – USP, Bauru-SP.

Assim, o instrumento de classificação proposto para pacientes cirúrgicos acima de quatro anos de idade, composto por dez áreas de cuidado baseadas nas necessidades objetivas do paciente, com sua classificação em categorias de cuidados (cuidados mínimos, cuidados intermediários e cuidados de alta dependência), mostrou-se eficiente.

Isto foi verificado por meio da aplicação de técnicas de validação de conteúdo (técnica Delphi), da confiabilidade interavaliadores na concordância das áreas de cuidados e da validação de constructo, permitindo estabelecer o grau de dependência do paciente em relação à enfermagem.

De acordo com os resultados obtidos nas avaliações das enfermeiras, o instrumento para classificar o nível de dependência em enfermagem do paciente cirúrgico é aplicável à prática assistencial de enfermeiro na especialidade.

No estudo da avaliação da confiabilidade pelo coeficiente Kappa, calculado para as concordâncias entre avaliadores na aplicação do instrumento, demonstrou grau de concordância moderado, apresentando valores variando de 0,29 a 1,00, sendo possível afirmar que o instrumento de classificação de pacientes cirúrgicos proposto é confiável nas dez áreas de cuidados que compõem o instrumento.

A validação de constructo evidenciou que a construção do instrumento não apresenta divergências importantes entre as áreas de cuidados, sendo possível considerá-lo válido. Além disso, foi identificado o grau de dependência do paciente em relação à enfermagem na Unidade de Internação do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – USP, Bauru-SP, e em sua totalidade foi categorizado como Grau I, ou seja, cuidados mínimos.

O estudo permitiu concluir que o instrumento de classificação de pacientes cirúrgicos construído apresenta evidências de confiabilidade e validade, obtendo-se sua validação clínica, denotando a possibilidade de sua aplicabilidade na prática gerencial do enfermeiro, com intuito de melhoria no atendimento prestado à clientela, tanto na qualidade de serviço quanto na carga de trabalho da enfermagem.

Estudos futuros poderão ser feitos de modo a relacionar a mensuração do tempo de enfermagem para cada grau de dependência do paciente cirúrgico, com a finalidade de garantir o dimensionamento de pessoal adequado, suprimindo as necessidades dos cuidados direta e indiretamente de enfermagem do paciente assistido nas unidades de internação.

Verificou-se, ainda, ser necessário o treinamento para os enfermeiros que irão aplicar o instrumento da classificação do paciente para evitar contradições. Acredita-se que, com o resultado da aplicação, será possível contribuir eficazmente com os gerentes de enfermagem na participação das negociações de recursos na administração hospitalar, evitando um processo empírico baseado na vivência e na intuição.



6. *Referências
Bibliográficas*

-
1. FUGULIN, F.M.T. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: avaliação do quadro de pessoal das unidades de internação de um hospital de ensino [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2002.
 2. PERROCA, M.G. Instrumento de classificação de pacientes de PERROCA: validação clínica [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2000.
 3. MENEGHIN P. et al. Comunicação na enfermagem em nível organizacional: questões e opções. *Ver Paul Enf.* 1991;10(3):115-20.
 4. CAMPBELL, S.M; ROLAND, M.O., BUETOW, A.S. Defining quality of care. *Social Science & Medicine.* 2000;51:1611-25.
 5. HARADA, M.J.C.S. Ocorrências adversas da prática de enfermagem em uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2002.
 6. DINI, A.P. Sistema de Classificação de Pacientes Pediátricos: construção e validação de instrumento [dissertação]. Campinas: UNICAMP, 2007.
 7. TANOS, M.A.A.; MASAROLLO, M.C.K.B.; GAIDZINSKI, R.R. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em uma unidade especializada em transplante de fígado: comparação do real com o preconizado. *Rev Esc Enf da USP.* 2000;34(4)376-82.
-

-
8. GAIDZINSKI, R.R; KURCGANT. P. Dimensionamento do pessoal de enfermagem: vivência de enfermeiras. *Nursing*. 1998;1(2):28-35. [edição brasileira]
 9. FÁVERO, N. O gerenciamento do enfermeiro na assistência ao paciente hospitalizado [livre docência]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1996.
 10. GALVÃO, C.M. et al. A liderança do enfermeiro no século XXI: algumas considerações. *Rev Esc Enf USP*. 1998;32(4):302-6.
 11. MISHIMA, S.M. et al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: Almeida MCP, Rocha SMM (org.). *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez; 1997. Cap.8:251-96.
 12. GAIDZINSKI, R.R.; FUGULIN, F.M.T; CASTILHO, V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: KURCGANT, P. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005: 125-37.
 13. GAIDZINSKI, R.R. Dimensionamento de pessoal de enfermagem. In: KURCGANT, P. *Administração em enfermagem*. São Paulo: EPU; 1991. Cap.7:91-7.
 14. HUBER, D. Staffing and Scheduling. In: Huber D. *Leadership and nursing care management*. Philadelphia: Saunders; 2000:573-90.
-

-
15. RAINIO, A.K.; OHINMAA, A.E. Assessment of nursing management and utilization of nursing resourcer with the RAFAELA patient classification system – case study form the general wards o fone central hospital. *J Clinical Nursing*. 2005;14:674:84.
 16. CARMONA, L.M.P.; ÉVORA, Y.D.M. Grau de dependência do paciente em relação à enfermagem: análise de prontuários. *Rev Latino-am Enf*. Julho/2003;11(4)468-73.
 17. HORTA, W.A. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU; 1979.
 18. LAUS, A.M; ANSELMI, M.L. Caracterização dos pacientes internados nas unidades médicas e cirúrgicas do HCFMRP-USP: segundo grau de dependência em relação ao cuidado de enfermagem. *Rev Latino-am Enf*. Julho/2004;12(4):643-9.
 19. TROFINO, J. JCAHO nursing standards nursing care hours and LOS per DRG: Part I. *Nurs Manage*. 1989;20(1):29-32.
 20. Giovanneti P. Understanding Patient Classification Systems. *J Nurs Adm*. 1979;9(2):4-9.
 21. De Groot HÁ. Patient classification system evaluation. Part 1: essential system elements. *J Nurs Adm*. 1989a;19(6):30-5.
-

-
22. Rodrigues Filho J. Sistema de Classificação de Pacientes. Parte I: dimensionamento de pessoal de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 1992;26(3):395-404.
 23. Malloch K, Neeld AP, McMurry C, Meeks L, Wallach M, Williams S, et al. Patient classification systems. Part 2: The third generation. J Nurs Adm. 1999;29(9):33-42.
 24. Alward RR. Patient Classification Systems: the ideal vs reality. J Nurs Adm. 1983;13(2):14-9.
 25. Dickers M, Paradise T. One system for both staffing and costing. Nurs Manag. 1986;17(1):25-34.
 26. Connor RJ. Et al. Effective use of nursing resources: a research report. Hospitals. 1961;35:30-9.
 27. Ribeiro CM. Sistema de classificação de pacientes como subsídio para provimento de pessoal de enfermagem [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1972.
 28. Tranquitelli AM, Padilha KG. Sistemas de classificação de pacientes como instrumentos de gestão de Unidades de Terapia Intensiva. Rev Esc Enf da USP. 2007;41(1):141-6.
 29. Gaidzinski RR. Dimensionamento do pessoal de enfermagem em instituições hospitalares [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1998.
-

-
30. Van Slyck A. A systems approach to the management of nursing services. Parte II: patient classification systems. *Nurs Manag.* 1991;22(4):23-5.
 31. Hauner ME. Patient classification, staffing and scheduling. In: Wise PSY. *Leading and managing in nursing.* New York: Mosby Year Book; 1995:437-58.
 32. De Groot HA. Patient classification system evaluation: part two, system selection and implementation. *J Nurs Adm.* 1989b;19(7):24-30.
 33. Barham VZ, Schneider WR. Matrix: a unique patient classification system. *J Nurs Adm.* 1980;10:25-31.
 34. Batty K, Mooney M, Lowry C. Patient classification: a visible difference. *Nurs Manage.* 1990;21(9):71-5.
 35. Edwardson SR, Giovannetti P. A review of cost-accounting methods for nursing services. *Nurs Economics.* 1987;5(3):107-17.
 36. Giovannetti P, Johnson JM. A new generation patient classification system. *J Nurs Adm.* 1990;20(5):33-40.
 37. Hokama CSM, Serrano CDBH. Sistema de Classificação de Pacientes. Ins: Bork AMT. *Enfermagem de excelência: da visão à ação.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003:101-10.
 38. Sanches KRB, Júnior KRC, Coeli CM, Cascão AM. Sistemas de informação em saúde. In: Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KV, Luiz RR, Wernech GL. *Epidemiologia.* São Paulo: Atheneu; 2003:337-60.
-

-
39. Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. *Rev Latino-am Enf.* 2005;13(1):72-8.
 40. Williams MA. When you don't develop your own: validation methods for patient classification systems. *Nurs Manag.* 1988;19(3):91-6.
 41. Fugulin FMT, Silva SH, Shimizu HE, Campos FPF. Implantação do sistema de Classificação de Pacientes na unidade de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. *Rev Méd HU-USP.* Jan-dez/1994;4(1/2):63-8.
 42. Dal Ben LW, Sousa RMC. Adaptação de instrumento para dimensionar horas diárias de assistência de enfermagem residencial. *Rev Esc Enf da USP.* 2004;38(1):80-9.
 43. Perroca MC, Gaidzinski RR. Sistema de Classificação de Pacientes: construção e validação de um instrumento. *Rev Esc Enferm USP.* 1998;32(2):153-68.
 44. Martins EAP, Haddad MCL. Validação de um instrumento que classifica os pacientes em quatro graus de dependência do Cuidado de Enfermagem. *Rev Latino-am Enf.* 2000;8(2):74-82.
 45. Martins PASF. Sistema de Classificação de Pacientes na especialidade Enfermagem Psiquiátrica [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2007.
-

-
46. Perroca MG. Sistema de Classificação de Pacientes: construção e validação de um instrumento [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1996.
 47. Rauhala A, Kivimaki M, Fagerström L, Elovainio M, Virtanen M, Vahtera J, et al. What degree of work overload is likely to cause increased sickness absenteeism among nurses? Evidence from the RAFAELA patient classification system. *Journal of Nursing Management*. The authors, Journal compilation. Blackwell Publishing Ltd; 2007a.
 48. Rauhala A, Fagerström L. Are nurses' assessments of their workload affected by non-patient factors? An analysis of the RAFAELA system. *Journal of Nursing Management*. 2007b;15:490-99.
 49. Jongenelis K, Gerritsen DL, Pot AM, Beekman ATF, Eisses AMH, Kluiters H, Ribbe MW. Construction and validation of a patient – and user-friendly nursing home version of the Geriatric Depression Scale. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2007;22:837-42
 50. Phillips CY. et al. Nursing intensity going beyond patient classification. *Journal of Nursing Administration*. 1992;22(4):46-52.
 51. Streiner DL, Norman G. *Health Measurement Scales: a practical guide to their development and use*. 2nd edition. Great Britain: Oxford Medical Publications; 2001:230.
 52. Souza Freitas JA, Graciano MIG, Custódio SAMC. Uma visão integral do paciente: quem somos, quanto somos e o que fazemos. In: *Curso de Malformações Congênitas lábio-palatais*, 30/31, 2000. Bauru. Anais... Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC-USP); 2000:1-5.
-

-
53. Bianco MHBC. Monitorização de malformações congênitas. Cadernos de Divulgação Cultural. Bauru: EUSC; 1996.
 54. Souza E. HRAC/USP e FUNCRAF ganharam prêmio "Qualidade Hospitalar". Fundação. 2001;3(1):22-3.
 55. Cavassan O, Martins RF. Estudos florestais e citossociológicos em áreas de vegetação nativa no município de Bauru-SP. *Salusvita*. 1989;8:41-7.
 56. Antonio MA. Enchentes em Bauru-SP: efeito da urbanização. In: Simpósio Brasileiro de Recursos Hídricos do Cone Sul. Gramado (RS). Anais... Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Recursos Hídricos, 1993:99-108.
 57. Trindade, I.E.K.; Silva Filho, O.G. Fissuras Labiopalatinas: Uma Abordagem Interdisciplinar. Livraria Santos Editora Ltda. São Paulo,SP. 2007
 58. Sabaté AL, Borba RIH. As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho *Rev Latino-am Enf*. 2005;13(6):968:73.
 59. Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001:330.
 60. McDowell I, Newell C. The theoretical and technical foundations of health measurement. In: *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. 2ª ed. Oxford: Oxford University Press; 1996:10-46.
 61. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Research*. 1986;35(6):382-5.
-

-
62. Polit DF, Hungler BP. Designs for nursing research. In: Nursing research: principle and methods. 4th ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Company; 1991: 178-9.
 63. McGibbon G. How to make a questionnaire work. *Nurs Times*. 1997;92(23)46-8.
 64. Kerlinger FN. Foundations of behavioral research. New York, Holt Rinehart and Winston;1964. Cap.25:444-62. Validity.
 65. Keeves JP. Educational research, methodology and measurement. 2^a ed. Great Britain, Pergamon Press. Measurement for educationa research. 1990;3:322-30.
 66. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995a. Cap.9:199-219.
 67. Horn SD, Horn RA. Reliability and validity of the severity of illness index. *Méd Care*. 1986;24(2):159-78.
 68. Goodman CM. The Delphi Technique: a critique. *J Adv Nurs*. 1987;12:729-34.
 69. Williams PL, Webb C. The delphi technique: a methodological discussion. *J Advanced Nurs*. 1994;19:180-6.
 70. Fehring R. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart Lung*. 1987;16(6): 625-9.
-

71. Contradiopoulos A, Champagne F, Potvin L, Denis J, Boyle P. Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura, financiamento. 3ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro; 1999.

 72. Silva EF, Pereira MG. Avaliação das estruturas de concordância e discordância nos estudos de confiabilidade. *Rev Saúde Públ.* 1998;32(4):383-93.

 73. Landis JR, Koch GG, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
-



Anexas

ANEXO 1
Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



Ofício nº 035/2007-SVAPEPE-CEP

Bauru, 08 de março de 2007.

Prezado(a) Senhor(a)

O projeto de pesquisa encaminhado a este Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, denominado "*Caracterização do grau de dependência do paciente cirúrgico em relação à enfermagem no HRAC-USP-Bauru-SP.*", de autoria de V.Sª desenvolvido sob orientação do Dr. José Eduardo Corrente, foi enviado ao relator para avaliação.

Na reunião de **28/02/2007** o parecer do relator, **aprovando o projeto**, foi aceito pelo Comitê, considerando que não existem infrações éticas pendentes para início da pesquisa. Solicitamos a V.Sª a gentileza de anexar o presente ofício ao projeto, pois o mesmo será necessário para futura publicação do trabalho.

A pesquisadora fica responsável pela entrega no Setor de Apoio ao Projeto de Pesquisa do SVAPEPE dos relatórios semestrais, bem como comunicar ao CEP todas as alterações que possam ocorrer no projeto.

Informamos que após o recebimento do trabalho concluído, este Comitê enviará o parecer final para publicação.

Atenciosamente

PROFA. DRA. IZABEL MARIA MARCHI DE CARVALHO

Vice-Coordenadora, em exercício, do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HRAC-USP

Ilmo(a) Sr(a)

Maria Tereza Cazal Tristão

Enfermagem – HRAC/USP

ANEXO 2
Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



Ofício nº 166/2008-SVAPEPE-CEP

Bauri, 05 de junho de 2008.

Prezado(a) Senhor(a)

O projeto de pesquisa encaminhado a este Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, denominado "*Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento.*", de autoria de V.Sª, foi enviado ao relator para avaliação.

Na reunião de **28/05/2008** o parecer do relator, **aprovando o projeto**, foi aceito pelo Comitê, considerando que não existem infrações éticas pendentes para início da pesquisa. Solicitamos a V.Sª a gentileza de anexar o presente ofício ao projeto, pois o mesmo será necessário para futura publicação do trabalho.

A pesquisadora fica responsável pela entrega no SVAPEPE - Apoio ao Projeto de Pesquisa dos relatórios semestrais, bem como comunicar ao CEP todas as alterações que possam ocorrer no projeto.

Informamos que após o recebimento do trabalho concluído, este Comitê enviará o parecer final para publicação.

Atenciosamente

PROFA. DRA. IZABEL MARIA MARCHI DE CARVALHO

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HRAC-USP

Ilmo(a) Sr(a)

Maria Tereza Cazal Tristão

Enfermagem - HRAC/USP



Apêndices

APÊNDICE 1



HOSPITAL DE REABILITAÇÃO
DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Seções de Documentação e Informação
e Apoio à Pesquisa do SVAPEPE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____, portador da cédula de identidade _____, responsável pelo paciente * _____, após leitura minuciosa deste documento, devidamente explicado pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisas Sistema de Classificação de pacientes cirúrgicos em um hospital especializado: construção e validação de um instrumento, realizada por: Maria Tereza Cazal Tristão nº do Conselho: Coren 34.366 , sob orientação do Dr: José Eduardo Corrente..

que tem como objetivo: Uma melhor qualidade da assistência de enfermagem prestada, e na ausência de um instrumento adequado que atenda o tipo de cuidado requerido pelos pacientes cirúrgicos da Unidade de Internação do HRAC é que foi construído este instrumento. Não acarretará nenhum desconforto e nem riscos ao paciente. Qualquer dúvida será esclarecida pela pesquisadora, sua privacidade será mantida e terá plena liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem prejuízo a continuidade de seu tratamento na instituição.

"Caso o sujeito da pesquisa queira apresentar reclamações em relação a sua participação na pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, do HRAC-USP, pelo endereço Rua Silvio Marchione, 3-20 no Serviço de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão ou pelo telefone (14) 3235-8421".

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 81 do Código de Ética de enfermagem.).

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru-SP, _____ de _____ de .

Assinatura do Sujeito da Pesquisa
Responsável
ou responsável

Assinatura do Pesquisador

* A SER PREENCHIDO, SE O SUJEITO DA PESQUISA NÃO FOR O PACIENTE.

Nome do Pesquisador Responsável: Maria Tereza Cazal Tristão

Endereço do Pesquisador Responsável : Av. Affonso José Aiello ,6-100

cidade: Bauru Estado:SP CEP: 17.018-520 Telefone: 3234-4769 E-mail:
mari.cazal@bol.com.br

Endereço Institucional : Rua Silvio Marchione 3-20

Cidade:Bauru Estado: SP CEP: 17.012-900.

Rua Silvio Marchione, 3-20 Bauru SP Brasil
caixa postal 1501 cep 17.01
tel. 55 14 3235 8421
e-mail: uep_projeto@centrinho.usp.br

APÊNDICE 2
AVALIAÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O INSTRUMENTO DE
CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES CIRÚRGICOS ACIMA DE 4 ANOS DE IDADE
DO HRAC - Bauru

Bauru, 20 de Maio de 2007

Caro colega:

Como aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (Mestrado Profissional) da FMB-Unesp-Botucatu, estou elaborando um instrumento para avaliar a classificação do paciente em função da complexidade assistencial.

Solicitamos sua apreciação sobre cada um dos dez indicadores da área de cuidado apresentados no instrumento no que diz respeito à facilidade ou dificuldade de compreensão e no preenchimento da pontuação, assinalando sim ou não para cada um dos tópicos. Você poderá ainda acrescentar algum comentário, se julgar necessário. A sua resposta é muito importante.

Desde já agradecemos por sua disponibilidade e importante contribuição em nossa pesquisa para que ela chegasse a termo.

Colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos que se façam necessários.

Maria Tereza Casal Tristão

- Alimentação

Haverá dificuldade? Sim () Não ()

Qual? _____

Comentários: _____

- Higiene

Haverá dificuldade? Sim () Não ()

Qual? _____

Comentários: _____

- Curativo

Haverá dificuldade? Sim () Não ()

Qual? _____

Comentários: _____

- Orientações de cuidados pós-operatório

Haverá dificuldade? Sim () Não ()

Qual? _____

Comentários: _____

- Eliminações

Haverá dificuldade? Sim () Não ()

Qual? _____

Comentários: _____

- Terapêutica medicamentosa

Haverá dificuldade? Sim () Não ()

Qual? _____

Comentários: _____

APÊNDICE 4
INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES CIRURGICOS ACIMA
DE QUATRO ANOS DE IDADE AVALIADO PELA TECNICA DELPHI

Nome: _____

Unidade: _____

Data: _____ Horário: _____

GRADAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL

Área de cuidado	1	2	3	4
Comunicação	Comunica-se com clareza e lógica	Dificuldade de comunicar por sensibilidade dolorosa ao falar	Não se comunica com clareza e lógica	Comunicação não-verbal, através de gesto, escrita, choro
Intervalo de Aferição de Sinais vitais	Temperatura corporal em intervalos de 6 horas	Controle SSW em intervalos de 6 horas	Controle SSW em intervalos de 4 horas	Controle SSW em intervalos menores ou iguais a 2 horas
Mobilidade	Movimenta todos os segmentos corporais	Limitação na amplitude de movimentos	Dificuldade para mover-se/virar-se	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal
Deambulação	Ambulante	Repouso relativo	Necessita de auxílio no uso de artefato para deambular (cadeira de rodas, bengalas)	Restrito ao leito
Alimentação	Auto-suficiente	Necessita encorajamento da enfermagem	Necessita de auxílio da enfermagem para alimentação	Através de sonda nasogástrica
Higiene	Auto-suficiente	Orientação e supervisão ao acompanhante para o auxílio na higiene	Necessita de auxílio da enfermagem para higiene	Higiene realizada pela enfermagem
Curativo	Auto-suficiente para realizar o curativo	Encorajamento e supervisão para realizar o curativo	Orientação e supervisão ao acompanhante para auxílio na realização do curativo	Assistência efetiva de enfermagem
Orientações cuidados pós-operatório	Orientação de enfermagem ao paciente e /ou acompanhante sobre auto-cuidado(tempo utilizado pela enfermagem 5 minutos)	Orientação de enfermagem ao paciente e /ou acompanhante sobre auto-cuidado(tempo utilizado pela enfermagem 10 minutos)	Orientação de enfermagem ao paciente e /ou acompanhante sobre auto-cuidado (tempo utilizado pela enfermagem 15 minutos)	Orientação de enfermagem ao paciente e /ou acompanhante sobre auto-cuidado (tempo utilizado pela enfermagem mais que 15 minutos)
Eliminações	Auto-suficiente	Supervisão e controle pela enfermagem das eliminações	Uso de comadre ou urinol	Uso de sonda vesical para diurese, comadres para evacuações ou fraldas
Terapêutica medicamentosa	Medicação V.O.	Medicação LM.	Medicação E.V.intermitente	Medicação EV contínua

APÊNDICE 5

SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES

Instruções para Preenchimento

- O Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) é um processo no qual se procura categorizar pacientes de acordo com a quantidade de cuidado de enfermagem requerido, ou seja, baseado no grau de complexidade da assistência de enfermagem (PERROCA, 1996).
 - Este instrumento para classificação de pacientes está constituído de dez áreas de cuidados: Comunicação, Intervalo de aferição de sinais vitais, Mobilidade, Deambulação, Alimentação, Higiene, Curativo, Orientações de cuidados pós-operatório, Eliminações e Terapêutica medicamentosa.
 - Cada uma das áreas de cuidado possui gradação de um a quatro, apontando intensidade crescente de complexidade do cuidado, de forma que, o **valor 1** corresponde ao **menor nível de complexidade assistencial** e o **valor 4**, ao **nível máximo de complexidade assistencial**.
 - O paciente deve ser classificado em todos os indicadores, em um dos quatro níveis, na opção que melhor descreva a sua situação em relação à assistência de enfermagem.
 - O valor obtido individualmente, em cada um dos indicadores, é somado e o valor total obtido é comparado com os intervalos de pontuações propostos, conduzindo, dessa forma, a uma classe ou categoria de cuidado a que este paciente pertence: **cuidados mínimos, cuidados intermediários e cuidados de alta dependência**.
 - A pontuação mínima a ser alcançada será de dez pontos e a máxima de 40 pontos.
 - Em situação de dúvida entre dois níveis de cuidado, em qualquer dos indicadores, considere sempre o **nível de maior complexidade assistencial**.
-

**APÊNDICE 6:
INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES CIRÚRGICOS ACIMA
DE QUATRO ANOS DE IDADE**

Nome: _____

Unidade: _____

Data: _____ Horário: _____

GRADAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL

Área de cuidado	1	2	3	4
Comunicação	Comunica-se com clareza e lógica	Dificuldade de comunicar por sensibilidade dolorosa ao falar	Barreira relacionado à língua (outra etnia, indígena, deficiente auditivo)	Comunicação não-verbal, através de gesto, escrita, choro
Intervalo de aferição de sinais vitais	Temperatura corporal em intervalos de 6 horas	Controle SSW em intervalos de 6 horas	Controle SSW em intervalos de 4 horas	Controle SSW em intervalos menores ou iguais a 2 horas
Mobilidade	Movimenta todos os segmentos corporais	Limitação na amplitude de movimentos	Limitação para mover-se/virar-se	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal
Deambulação	Ambulante	Repouso relativo	Necessita de auxílio no uso de artefato para deambular (cadeira de rodas, bengalas)	Repouso absoluto
Alimentação	Auto-suficiente	Necessita encorajamento da enfermagem	Necessita de auxílio da enfermagem para alimentação	Através de sonda nasogastrica
Higiene	Auto-suficiente	Orientação e super visão ao acompanhante para o auxílio na higiene	Necessita de auxílio da enfermagem para higiene	Higiene realizada pela enfermagem
Curativo	Auto-suficiente para realizar o curativo	Encorajamento e supervisão para realizar o curativo.	Orientação e supervisão ao acompanhante para auxílio na realização do curativo	Assistência efetiva de enfermagem
Orientações cuidados pós-operatório	Orientação de enfermagem ao paciente e /ou acompanhante sobre auto-cuidado(tempo utilizado pela enfermagem 5 minutos)	Orientação de enfermagem ao paciente e /ou acompanhante sobre auto-cuidado(tempo utilizado pela enfermagem 10 minutos)	Orientação de enfermagem ao paciente e /ou acompanhante sobre auto-cuidado(tempo utilizado pela enfermagem 15 minutos)	Orientação de enfermagem ao paciente e /ou acompanhante sobre auto-cuidado(tempo utilizado pela enfermagem mais que 15 minutos)
Eliminações	Auto-suficiente	Supervisão e controle pela enfermagem das eliminações	Uso de comadre ou urinol	Uso de sonda vesical para diurese, comadres para evacuações ou fraldas
Terapêutica medicamentosa	Medicação V.O.	Medicação LM.	Medicação E.V.intermitente	Medicação EV contínua

Avaliação dos tipos de cuidados

- *Grau 1 - cuidados mínimos (10 a 20 pontos):*

Cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, tendo ou não acompanhante de acordo com rotina hospitalar, colaboram com o tratamento e realizam ações de auto-cuidado sob a supervisão da enfermagem.

- *Grau 2 - cuidados intermediários (21 a 30 pontos):*

Cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, tendo ou não acompanhante de acordo com rotina hospitalar, colaboram com o tratamento e realizam ações de auto-cuidado, mas requerem orientação de enfermagem e/ou precisam de auxílio para essas atividades.

- *Grau 3 - cuidados de alta dependência: (31 a 40 pontos)*

Cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, que, independentemente da presença do acompanhante, necessitam de assistência de enfermagem permanente e especializada.

Total da Pontuação: _____

Classificação: _____

Enfermeiro: _____
