UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE MEDICINA

Letícia Carvalho Vieira

Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos – versão 2: um estudo de confiabilidade e validade de conteúdo

Botucatu

2020

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE MEDICINA

Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos – Versão 2: um estudo de Confiabilidade e Validade de Conteúdo.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Doutorado Acadêmico para obtenção do título de Doutor. Faculdade de Medicina. Botucatu. UNESP.

Aluna: Letícia Carvalho Vieira

Orientadora: Prof.ª Associada Wilza Carla Spiri

Botucatu

2020

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Vieira, Letícia Carvalho.
Sistema de classificação de pacientes psiquiátricos - versão 2 : um estudo de confiabilidade e validade de conteúdo / Letícia Carvalho Vieira. - Botucatu, 2020

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Wilza Carla Spiri
Capes: 40404005

1. Enfermagem psiquiátrica. 2. Enfermagem baseada em evidências. 3. Serviços de enfermagem - Administração. 4. Estudos de validação.

Determinação de necessidades de cuidados de saúde; Enfermagem baseada em evidências; Enfermagem psiquiátrica; Estudos de validação.

Pesquisa parcialmente financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) através do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior edital nº 47/2017 em parceria com a School of Nursing da University of British Columbia – Vancouver – Canadá sob o processo número: 88881.188653/2018-01

AGRADECIMENTOS

Dentro da minha espiritualidade eu prefiro agradecer a tudo e todos que estiveram no meu caminho neste período de 4 anos para a realização deste estudo e assim, não cair na falha do esquecimento.

Gratidão à todo ser humano que em algum momento cruzou o meu caminho me ensinando como ser uma alma melhor nesta experiência da subjetividade humana.

Gratidão aos lugares que visitei e aos processos pessoais, profissionais e espirituais que me proporcionaram. Sem estes lugares, certamente, eu não daria um salto quântico em minha vida.

Gratidão aos lugares que me assustaram pois foram eles que me impulsionaram para terminar esta tese e finalmente viver minha essência de alma.

A gratidão quando é ampliada, alcança a todos aqueles que estiveram nesta minha trajetória devolvendo-lhes exatamente o que cada um me deu.

EPÍGRAFE

... “administração consiste em eficiência para galgar a escada do sucesso, mas a liderança determina se a escada está ou não apoiada na parede certa.”

Stephen R. Covey

RESUMO

VIEIRA LC. Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos – versão 2: um estudo de confiabilidade e validade de conteúdo. [Tese] Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", 2020.

Objetivo: Compreender o significado do uso dos sistemas de classificação de pacientes como ferramenta gerencial para os gestores de enfermagem psiquiátrica e avaliar as características psicométricas do Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos – versão 2. **Método:** Estudo multimétodo sendo o delineamento qualitativo para a compreensão do significado, coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas áudio gravadas e referencial metodológico da Análise de Conteúdo, já o delineamento de estudo metodológico foi utilizado para avaliar as características psicométricas através da Técnica Delphi com análise estatística. Participaram 10 gerentes de enfermagem de instituições psiquiátricas do Estado de São Paulo e 60 juízes especialistas. Utilizou-se o software NVivo para auxílio na análise das entrevistas e opiniões dos juízes e o software R Core Team para a análise estatística. A coleta de dados foi realizada entre agosto/2016 e maio/2017. **Resultados:** Quanto aos gerentes, a amostra constituiu-se de nove mulheres e um homem, com 14 anos de experiência em saúde mental e que estavam há quase sete anos no referido cargo na atual instituição. O ambiente do cuidado psiquiátrico emergiu como tema geral cercado por quatro subtemas: modelo atual de tomada de decisão, modelo ideal de tomada de decisão, dimensionamento de enfermagem, legislação profissional e de saúde mental. Apenas metade dos gerentes utilizaram um sistema de classificação de pacientes como ferramenta gerencial e as práticas ainda são baseadas no empirismo. Quanto ao painel de juízes, a amostra constituiu-se de 14 docentes, cinco enfermeiros pesquisadores e 41 enfermeiros assistenciais pertencentes às 10 Instituições participantes. Obteve-se uma concordância geral de 90% na 1ª rodada não sendo necessária rodadas subsequentes. O indicador "comportamento relacionado ao fumo" e "equivalência das

horas de enfermagem" obtiveram concordância de 63,3% e 78,3%, respectivamente, sinalizando a exclusão de ambos do instrumento. O instrumento apresentou alpha de Cronbach de 0.85 e Índice de Validade de Conteúdo de 0.9 no geral. **Conclusão:** Estabeleceu-se um modelo conceitual de como o ambiente psiquiátrico ainda é visto pelos gerentes de enfermagem e identificada a necessidade de remodelamento do processo de trabalho gerencial para estabelecer-se uma prática baseada em evidências. Identificou-se que o subdimensionamento da equipe de enfermagem é um dificultador para o remodelamento embora o órgão regulamentador da enfermagem respalde este processo. A educação permanente é necessária para o remodelamento. No que tange ao instrumento, foi retirado somente o indicador "comportamento relacionado ao fumo", pois a baixa concordância do outro item foi avaliada como dificuldade dos juízes no entendimento da proposta de equivalência das horas de enfermagem já que os parâmetros atuais ainda são incipientes e pouco utilizados. Apesar disto, o instrumento pôde ser considerado válido e confiável na população estudada devendo ser aplicado em contexto psiquiátrico para realizar outros testes psicométricos.

Descritores: Enfermagem Psiquiátrica; Administração de Serviços de Saúde; Enfermagem Baseada em Evidências; Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde; Estudos de Validação.

ABSTRACT

Objective: To understand the meaning of using patient classification systems as a managerial tool for psychiatric nursing managers and to evaluate the psychometric characteristics of the Psychiatric Patient Classification System - version 2. **Method:** Multi-method study used or qualitative quality design of the meaning, data collection through recorded semi-structured audio interviews and methodological references of Content Analysis, already outlining methodological studies used to evaluate how psychometric characteristics applied by the Delphi Technique with Statistical Analysis. Participated 10 managers of psychiatric nursing institutions in the State of São Paulo and 60 expert judges. The N-Vivo software was used to aid in the analysis of interviews and judges' opinions and the R Core Team software for statistical analysis. Data collection was carried out between August 2016 and May 2017. **Results:** As for the managers, a sample composed of nine women and one man, with 14 years of experience in mental health and who were almost seven years without a load at the current institution. The emerging psychiatric care environment as the general theme surrounded by four sub-themes: current decision model, ideal decision model, nursing dimension, professional legislation and mental health. Only half of the managers used a patient classification system as a management tool and as practices are still used without empiricism. As for the panel of judges, a sample composed of 14 documents, five nurse researchers and 41 nurse assistants belonging to 10 participating institutions. Obtained an overall agreement of 90% in the 1st round, with no subsequent rounds required. The indicator "behavior related to smoking" and "equivalence of nursing hours" obtained an agreement of 63.3% and 78.3%, respectively, signaling an exclusion of both instruments. The instrument displayed Cronbach's alpha of 0.85 and content validity index of 0.9 overall. **Conclusion:** A conceptual model of how the psychiatric environment is still seen by nursing managers was established and the need to remodel the managerial work process to establish an evidence-based practice was identified. It was identified that the under sizing of the nursing team makes reform difficult, although the nursing regulatory body supports this process. Continuing education is necessary for reform. Regarding the instrument, only the indicator “behavior related to smoking” was removed, since the low agreement of the other

item was assessed as the difficulty of the judges in understanding the proposal for equivalence of nursing hours, since the current parameters are still incipient and little used. Despite this, the instrument can be considered valid and reliable in the population studied and must be applied in a psychiatric context to perform other psychometric tests.

Descriptors: Psychiatric Nursing; Health Services Administration; Evidence-Based Nursing; Needs Assessment; Validation Studies.

LISTA DE TABELAS, FIGURAS E QUADROS

Tabela 1. Compreensão dos gerentes de enfermagem de unidades psiquiátricas sobre o uso dos Sistemas de Classificação de Pacientes como ferramenta gerencial.....39

Figura 1 – Diagrama do ambiente do cuidado psiquiátrico sob a visão dos gerentes de enfermagem em psiquiatria.....43

Figura 2 – Palavras mais frequentes nos discursos dos enfermeiros gerentes de instituições psiquiátricas do Estado de São Paulo sobre como compreendem o uso dos Sistemas de Classificação de Pacientes como ferramenta gerencial.....44

Tabela 2. Percentual de concordância dos itens do instrumento SCPP - versão 2, segundo os juízes especialistas.....46

Figura 3 – Palavras mais frequentes nas avaliações dos juízes especialistas acerca do SCPP - versão 2.....53

Tabela 3 – Índice de variação de conteúdo para cada item avaliado no questionário acerca do instrumento SCPP – versão 2, segundo os juízes especialistas.....56

Figura 4 – Análise da covariância dos itens que compõem o SCPP – versão 2, segundo a avaliação dos juízes especialistas.....58

Figura 5 – Correlação entre os juízes especialistas dos itens do SCPP - versão 2.....59

Figura 6 – Análise dos componentes principais do SCPP – versão 2 em covariância com os juízes especialistas que avaliaram a pertinência dos itens do instrumento.....61

Figura 7 – Representação gráfica da alta covariância entre os itens do SCPP - versão 2 e os juízes especialistas.....62

Quadro 1. Adaptação do grau de dependência do SCPP – versão 2 segundo a Resolução Conselho Federal de Enfermagem nº 543/2017 e validação pelos juízes especialistas.....69

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....12

1.1 A saúde mental no Brasil.....13

1.2 Os modelos assistenciais deste estudo.....16

1.3 A Clínica Ampliada.....19

1.4 A Enfermagem brasileira no contexto da saúde mental.....20

2. OBJETIVOS.....29

2.1 Objetivo Geral.....29

2.2 Objetivos Específicos.....29

3. MATERIAL E MÉTODO.....30

3.1 Tipo de estudo.....30

3.1.1 Etapa 1: Abordagem qualitativa 32

3.1.2 Etapa 2: Abordagem qualiquantitativa.....33

3.1.3 Etapa 3: Abordagem quantitativa 34

4. RESULTADOS 36

4.1 Etapa 1.....36

4.2 Etapa 2.....45

4.3 Etapa 3.....55

4.4 Versão final do instrumento.....63

5. DISCUSSÃO 70

6. CONCLUSÃO.....95

7. RECOMENDAÇÕES.....98

REFERÊNCIAS 100

ANEXOS

Anexo 1 (SCPP – versão 2) 115

Anexo 2 (Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa) 121

APÊNDICES

Apêndice 1 (TCLE – etapa 1 – Enfermeiros gerentes) 124

Apêndice 2 (TCLE – etapa 2 – Enfermeiros juízes) 125

Apêndice 3 Ficha de caracterização dos juízes especialistas 126

Apêndice 4 Questionário para avaliação do SCPP – versão 2 127

1. INTRODUÇÃO

A área de Saúde Mental e Psiquiatria vem tomando um novo rumo no seu perfil assistencial desde o início da década de 80 com a Reforma Psiquiátrica que possibilitou a redução dos leitos psiquiátricos em hospitais especializados proporcionando uma assistência humanizada, ativa e participativa, corresponsável, construtiva, re(socializadora), inclusiva e aberta através da desinstitucionalização. Os leitos foram substituídos pelos serviços extra hospitalares como sua principal estratégia para assistir ao paciente portador de transtorno mental de forma assertiva. O marco deste momento foi a Lei nº 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redireciona o modelo assistencial em saúde mental garantindo o direito de serem tratadas em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos[1]. Entretanto, no cotidiano da especialidade é possível perceber que apesar dos esforços políticos e públicos, os recursos extra hospitalares podem ser escassos, ineficazes e/ou insuficientes juntamente com a dificuldade de adesão do paciente e familiares ao tratamento.

Almeja-se, assim, ressignificar a loucura na sociedade através da desinstitucionalização física, subjetiva e das práticas assistenciais aos indivíduos portadores de transtornos mentais sendo vista como a quebra do paradigma da perseguição da cura para a potencialização da vida em convivência harmônica com o processo saúde – doença. Entretanto, a lei da reforma psiquiátrica, por si só não é capaz de promover a mudança necessitando de um novo modelo assistencial, o psicossocial para redirecionar as práticas sendo a Clínica Ampliada sua via de acontecer, ambos sustentados por políticas públicas executoras e organizadoras para a formação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)[1-5].

1.1 A Saúde Mental no Brasil no momento atual

Como explicitado anteriormente, a Lei da Reforma Psiquiátrica redirecionou todas as ações no que tange à saúde mental no país constituindo a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) que compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país para organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em saúde mental no âmbito de prevenção, tratamento e reabilitação. Em 2017, a PNSM passou por remodelações que suscitaram grandes discussões técnicas-éticas-filosóficas-políticas porém, não foi levantada a discussão sobre o quanto um Hospital Psiquiátrico Especializado pode transformar-se em um modelo psicossocial de atenção sem necessariamente ter que fechar suas portas como se não fosse o principal ator desta peça[6-11].

A Lei da Reforma Psiquiátrica é bem clara no seu repúdio às instituições de características asilares que epistemologicamente assumiram um modelo asilar-castrador como tratamento às pessoas portadoras de transtornos mentais sendo desta forma, compreensível todo o pânico instalado ao redor da Nova Política Nacional de Saúde Mental (NPNSM) pois há uma fortíssima associação de que "Hospital Psiquiátrico" é sinônimo de "Instituição com características asilares". Em pesquisa, recente, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) há, no Estado de São Paulo, 5.828 leitos psiquiátricos distribuídos em 152 instituições consideradas como especializadas em saúde mental sendo que nenhuma delas está intitulada como "Manicômio, Sanatório, Hospício" ou qualquer outra denominação sinônima sugerindo mudanças das práticas. Houve uma importante transformação, tanto da denominação das instituições especializadas em saúde mental como do fechamento daquelas que ainda tinham práticas asilares através do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH), que promoveu a redução progressiva e pactuada de leitos hospitalares psiquiátricos dos hospitais psiquiátricos de maior porte[11-12]. Exemplos decorrentes do Hospital Psiquiátrico do

município de Botucatu/SP que passou a ser denominado "Centro de Atenção Integral" (CAIS) após Decreto específico[1] e de sete hospitais psiquiátricos da região de Sorocaba/SP, por meio de um Termo de Ajustamento de Conduta, foram fechados em 2012[2]. Ao mesmo tempo em que ocorre esse movimento da Reforma Psiquiátrica, o Serviço Hospitalar de Referência para Atenção à pessoas portadoras de transtornos mentais em decorrência do uso de álcool e/ou outras drogas vem compor a RAPS sendo uma realidade no município de Botucatu/SP.

A RAPS insere-se dentro da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e surge em 2011 estabelecendo os pontos de atenção para o atendimento em saúde mental nos níveis de implantação dos serviços de saúde articulando-se entre si através do Projeto Terapêutico Singular (PTS) pautado no princípio da territorialização. Os sete componentes da RAPS são: 1) Atenção Básica em Saúde que compreende as Unidades Básicas de Saúde e toda sua complexidade; 2) Atenção Psicossocial Especializada traduzida na forma dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); 3) Atenção de Urgência e Emergência incluindo o componente Pré-Hospitalar Móvel; 4) Atenção Residencial de Caráter Transitório incluindo as comunidades terapêuticas para pessoas portadoras de transtornos mentais em decorrência do uso de álcool e/ou outras drogas; 5) Atenção Hospitalar com enfermarias especializadas em Hospital Geral e o Serviço Hospitalar de Referência já citado acima; 6) Estratégias de desinstitucionalização formada pelos Serviços Residenciais Terapêuticos; 7) Reabilitação Psicossocial como Oficinas Terapêuticas. Com a Nova Política Nacional de Saúde Mental, Hospital Psiquiátrico Especializado, Hospital-Dia, Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral e Unidades Ambulatoriais Especializadas passam a compor a assistência em saúde mental reforçando que o modelo psicossocial é a conversa que todos esses dispositivos de saúde devem ter. A NPSM introduz a criação de CAPS AD IV, reforça o repasse de financiamento e custeio

[1] Decreto Estadual nº 53.269 de 23 de julho de 2008.
[2] http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/atuacao-do-mpf/tac-desinstitucionalizacao-de-hospitais-psiquiatricos-2012

dos Serviços Residenciais Terapêuticos e CAPS. Mas também, um incentivo financeiro aos Hospitais Psiquiátricos para internações de curta duração entendidas como até 90 dias[5-7].

Neste último ponto, é importante polemizar que em muitos municípios, o Hospital Psiquiátrico é a primeira porta de entrada do sujeito pois o mesmo não encontra acolhimento na unidade de saúde, ou o CAPS não está bem estruturado, ou o município não dispõe de recursos farmacológicos necessários, ou seja, há uma falha grande dos recursos extra-hospitalares ou uma Linha de Cuidado ainda não está estruturada[15-16]. Assim, o tempo de permanência em um Hospital Psiquiátrico Especializado, seria utilizado para que a equipe multiprofissional fosse a articuladora e a iniciadora do Projeto Terapêutico Singular deste sujeito junto ao seu sistema de saúde de origem trabalhando na lógico do modelo psicossocial e da Clínica Ampliada que aliás, não é uma tecnologia exclusiva da saúde mental. Importante salientar que a legislação da RAPS prevê este adendo de estruturação:

> *§ 2º O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos*[5].

Embora haja tantas polêmicas acerca da Nova Política Nacional de Saúde Mental uma coisa é certa, os recursos humanos permanecem os mesmos no que tange à assistência hospitalar. A Portaria nº 251/2002 estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria definindo a estrutura em termos físicos, de recursos humanos e processo de trabalho. Dentro os recursos humanos estabelece que os Hospitais Psiquiátricos Especializados deverão contar com, no **mínimo**: 01 médico plantonista nas 24 horas, 01 médico clínico geral, 01 médico psiquiatra com 20 horas semanais distribuídos em 4 dias as semana, 01 enfermeiro das 19:00 às 7:00 (período noturno) para cada 240 leitos, 01 enfermeiro e 04 auxiliares de enfermagem; 01 assistente social, 01 psicólogo, 01 terapeuta ocupacional, 01 nutricionista e 01 farmacêutico para cada 40-60 leitos. Reforça que a composição dos recursos humanos deve

garantir a continuidade do quantitativo necessário em situações de férias, licenças e outros eventos[12].

1.2 Os modelos assistenciais adotados neste estudo

A saúde, em todo mundo, é organizada a partir de combinações técnicas para atingir um objetivo final que, dependendo do ponto de vista teórico-filosófico-cultural-político-econômico, pode ser a cura ou meramente a ausência dos sintomas, a convivência e aceitação do processo saúde-doença, a promoção ou prevenção, e assim por diante. Dependendo do conceito de saúde-doença adotado pelo país, a organização dos serviços de saúde, a visão da população e dos profissionais ganharão peculiaridades. A forma como enxergamos o mundo é determinante para nossas ações, e esta forma é construída ao longo de nossas vidas por diversos determinantes, então como reduzir a saúde a meramente ausência de doença?

Os modelos assistenciais são uma forma de articular técnicas e tecnologias (leves, duras e leve-duras) para atender às necessidades conceituais de uma proposta do que seria saúde-doença de forma resolutiva devendo considerar três dimensões: a dimensão gerencial relaciona-se aos meios políticos e estruturais das ações e dos serviços de saúde propriamente ditos; a dimensão organizativa refere-se às relações entre os níveis de complexidade daquele sistema para produção do cuidado, a hierarquização e territorialização; a dimensão técnico-assistencial envolve as relações entre todos os atores do sistema de saúde, como se comunicam, o processo de trabalho diário mediados pelo conhecimento científico sustentadores das práxis. Essa última dimensão, que seria a linha de frente de um modelo assistencial, está repleta das ações do inconsciente coletivo dos profissionais e assemelha-se à dimensão sociocultural do modelo psicossocial[14].

Para que a transformação de um modelo assistencial seja concretizada é necessária a conjunção dessas três dimensões, entretanto, a mais transformativa será na dimensão técnico-

assistencial que é onde se opera as relações estabelecidas entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho, bem como, as suas subjetividades e objetividades em relação a este *continuum*. E é neste processo que o modelo psicossocial vem caminhando desde a reforma psiquiátrica ocorrida, na dimensão gerencial, em 2001[11,14].

O modelo biomédico, como é atualmente conhecido, teve suas raízes em meados de 1910 após o estudo *Medical Education in the United States and Canada – a Report to the Carnegie Foundation for the Advancement Teaching*, mais conhecido com o Relatório Flexner elaborado pelo educador Abraham Flexner, cujo irmão mais velho foi um dos fundadores da Fundação Rockfeller. Flexner visitou, em seis meses, as 155 escolas de medicina existentes, na época, nos EUA e Canadá avaliando os respetivos processos de ensino e chegou à conclusão que apenas 31 delas deveriam continuar funcionando. Este relatório orientou as práticas médicas no sentido de ruptura com a ciência de base metafísica e holística até então vigente, como a homeopatia, classificando-as de desprovidas de saber científico e metodologias. Assim, o relatório de fato organizou o processo de ensino extinguindo aquelas escolas cuja a qualidade deixava a desejar, entretanto, desencadeou um processo de extinção de todas as propostas de atenção à saúde que não profetassem o modelo biomédico desconsiderando, totalmente, outros fatores que afetam o processo saúde-doença bem como a organização dos serviços de saúde. Para Flexner *"o estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta, onde o ciclo de aprendizagem dever ser nos hospitais pois ali se encontra o local privilegiado para estudar as doenças".* O relatório teve sua enorme contribuição para a estruturação da grade curricular dos cursos de medicina, além dos recursos físicos para o aprendizado da ciência médica, porém, conduziu à formação de profissionais de saúde com uma visão reducionista[17].

E assim, surgia o modelo biomédico com ênfase no hospital, no processo biológico, na identificação do sintoma para remissão, nas intervenções determinadas, nos serviços

estratificados e hierarquizados, no uso das tecnologias duras, na frieza das relações e em uma enfermagem sem autonomia, oprimida e destituída de práxis. Aqui não cabe uma crítica ao modelo biomédico pois dentro de um contexto ele foi e continua sendo resolutivo no seu campo de atuação prático-teórico-filosófico. Entretanto, na psiquiatria ele evolui para práticas hospitalocêntricas e manicomiais destituindo o sujeito e toda a sua singularidade, autonomia, potencialidades e humanização, como se não houvesse um eu dentro do corpo biológico. O sujeito fora desmontado e apenas medicalizado. Dizer-se-ia que o modelo biomédico, dentro da psiquiatria, perdeu-se, já que ele não seria de todo ruim, pois contempla em sua anamnese a história atual da moléstia, história pregressa, tratamentos anteriores, exame físico e psíquico, dentre outros dados coletados. O modelo biomédico preza a interdisciplinaridade que é quando alguns especialistas discutem entre si a situação de um paciente e os aspectos comuns a mais uma especialidade. Possibilita também a multidisciplinaridade onde vários profissionais de diversas categorias profissionais atendem o mesmo paciente de maneira independente. Mas como esse modelo foi chegar às práticas alienadoras do cenário psiquiátrico? O próprio modelo biomédico segregou aqueles sujeitos cujo adoecimento impedia-os de conviver na sociedade ou cujo o tratamento envolvia áreas extra hospitalares e talvez os profissionais não soubessem como tratar já que o hospital era o "local privilegiado pra estudar as doenças". Sob esta afirmativa de Flexner, criam-se os hospitais para enfim, tratá-los[17-19].

Desta forma, atualmente, coexistem dois paradigmas: o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador estruturado no princípio doença-cura e assim, na busca pela remissão dos sintomas e tamponamento das causas, mas que é totalmente diferente do Modelo-Asilar-Castrador e o Paradigma Psicossocial estruturado no processo saúde-doença enquanto processo e na compreensão da sua complexidade, fruto do meio social e psicológico em que o sujeito está ancorado, além do componente biológico. A nomeação do alvo do cuidado, de paciente no modelo biomédico para indivíduo-sujeito-família é o principal sinalizador da

postura do profissional frente a esses paradigmas. Importante destacar, que no modelo psicossocial o componente biológico é levado em consideração pois faz parte da existência do sujeito que é o alvo das intervenções através de práticas intersetoriais e transdisciplinares entendidas como colaborativas. A medicação passa a ser vista como mais um recurso terapêutico no mesmo nível de importância da construção de rede, atendimento familiar, vinculação e acolhimento pois a finalidade é o aumento do poder de contratualidade do sujeito portador de transtorno mental. O foco do cuidado não é a doença, nem os seus sintomas na perspectiva biológica e normalizante, mas a existência de sofrimento e as condições materiais de produção de vida e, consequentemente, de produção de saúde e adoecimento. O poder de contratualidade é a capacidade do sujeito de realizar suas trocas afetivas e materiais dentro do meio social, o que aliás, deve ser estendido para as relações dos sujeitos enquanto recursos humanos deste modelo[19].

1.3 A Clínica Ampliada

A Clínica Ampliada, é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização, e visa aumentar a autonomia do sujeito, família, comunidade e do trabalhador em saúde por meio de um compromisso com o sujeito e sua singularidade. Reconhece os limites dos saberes dos sujeitos e profissionais, os limites técnicos de cada serviço de saúde lançando mão da intersetor alidade para a produção do cuidado de modo a conviver qualitativamente com a existência-patologia além da busca do conhecimento (núcleo) de diferentes saberes profissionais aliado ao saber do sujeito. Sustenta o modelo psicossocial pois ancora-se no princípio de produção à vida e não ao combate à doença. Para que o princípio da integralidade seja alcançado faz-se necessário uma abordagem multi e interdisciplinar indo ao encontro da RAPS. Exige dos profissionais um exame dos próprios conceitos, conhecimentos técnicos e limitações de forma a apoiar a transformação da dimensão sociocultural da RPB[2-3, 20].

O nascimento da clínica, ou medicina moderna, na metade do século XVIII reorienta as práticas sistematizando-as porém, como toda prática, atingiu seu limite por supervalorização do biológico desconsiderando as dimensões subjetivas e sociais do sujeito. Assim, a clínica do sujeito ou clínica ampliada surge, no Brasil, resposta a esse limite, na segunda metade da década dos anos 90 e fundamenta-se na: 1) singularização do atendimento; 2) seguimento longitudinal; 3) ampliação do grau de autonomia dos atores envolvidos; 4) construção do vínculo entre os atores da clínica; 5) valorização da escuta e 6) superação da fragmentação do cuidado. Franco Basaglia, em seu processo de construção e solidificação da Reforma Psiquiátrica Italiana, buscou em Gramsci e Sartre o referencial teórico para a construção do Sujeito que até então era desprovido de *"ser do seu jeito"* construindo uma abordagem fenomenológica desta palavra que mudou políticas de saúde[19-20].

A Clínica Ampliada permite iniciar o olhar para o sujeito do ponto de vista biológico e ir galgando indagações nos outros componentes e determinantes de saúde pois é pautada nas pessoas reais, em sua existência concreta, devendo os serviços de saúde operacionalizarem com plasticidade suficiente para dar conta da variedade existência-patologia[2-3]. Não exclui nenhum componente do determinante de saúde do sujeito, e por isso, dilata todo o seu processo de saúde-doença incluindo muito mais atores e cenários.

A clínica amplia-se tanto que consegue promover a remodelação gerencial do sistema indo ao encontro da liderança transformacional ao trabalhar com as potencialidades dos indivíduos, sejam os sujeitos ou os trabalhadores.

1.4 A Enfermagem brasileira no contexto da saúde mental

Conseguinte à breve explanação dos modelos assistenciais abordados neste texto, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) possui quatro dimensões bem delimitadas sendo os CAPS os principais serviços substitutivos aos leitos hospitalares psiquiátricos, passando de 424

para 1937, sinalizando a transição na dimensão jurídico-política sustentada por portarias criadas com o objetivo de viabilizar a reforma e incluir o sistema hospitalar como componente desta rede também, porém com outro modelo de funcionamento[4,20]. As outras três dimensões da reforma psiquiátrica são: 1) dimensão teórico-assistencial que desconstrói o binômio doença-cura trabalhando com o conceito de existência-sofrimento e o melhor enfretamento desta dualidade com o paciente no centro das ações; 2) dimensão técnica-assistencial que trata-se da construção de uma rede de serviços como espaços de sociabilidade, acolhimento, escuta, resolubilidade, participação ativa do paciente como co-gestor do seu tratamento através de pactualidade, comunicação terapêutica estruturada e horizontalizada em despeito dos serviços frios, punitivos, autoritários, e verticalizados; 3) dimensão sociocultural, talvez a mais difícil de ser transposta, onde dão-se as relações que irão transformar o imaginário coletivo acerca da loucura inserindo o paciente na condição de cidadão e participativo do SUS como já estabelecido na Lei Orgânica de Saúde[18,20-21].

A enfermagem insere-se em todas as dimensões através da Lei do Exercício Profissional enquanto sustentadora da práxis com competências claramente estabelecidas reforçadas, atualmente, pela Norma Técnica para atuação da equipe de enfermagem em psiquiatria[22-23]. Na década de 30, a enfermagem foi fundamental para a implementação do modelo biomédico caracterizando práticas marcadas pelo uso da força e execução da prescrição médica à revelia da individualidade do paciente, neste sentido, possui, também, o potencial para a remodelação assistencial ao desconstruir a dimensão sociocultural da loucura, pois o enfermeiro é visto como facilitador do cuidado multidisciplinar e humanizado[4, 24].

A transição dos modelos concentrou esforços nos serviços substitutivos esquecendo-se de que o transtorno mental, apesar de ser uma patologia crônica, possui momentos de agudização requerendo internação fechada quando os recursos extra hospitalares se esgotam. Este aspecto, associado ao modelo biomédico vigente dentro das internações em oposição ao

modelo psicossocial, ainda não tão bem estruturado fora delas, gerou o fenômeno *revolving door*, um efeito colateral da dimensão sociocultural ainda não tão bem trabalhada, onde o paciente transita por diversas internações no curso de um ano sinalizando baixa resolubilidade em ambos os dispositivos de saúde[15-16,25].

O hospital dever ser visto como articulador da rede e estratégico para realizar a ponte com os serviços da RAPS, caso o dispositivo seja o primeiro contato do paciente[15]. Na internação, a simples mudança do processo de trabalho com o estabelecimento de projeto terapêutico singular, alta-assistida, visão integral e não fragmentação do cuidado, como ainda ocorre, consulta de enfermagem, discussões de caso com o território do paciente são estratégias pautadas na clínica ampliada e que garantem uma assistência de qualidade. O modelo psicossocial não é exclusivo dos serviços extra-hospitalares, deveria ser um *modo operandis* da saúde como um todo.

Facilmente compreende-se essa forte ligação entre CAPS e modelo psicossocial já que ambos surgem na mesma época e erroneamente, foram ditos como sinônimos. De fato, os CAPS's são os dispositivos de saúde cuja proposta de ações está mais pautada no modelo psicossocial, entretanto, não é o mesmo que dizer que o CAPS é o modelo psicossocial pois este se traduz em um paradigma que transcende aquele dispositivo[24,26].

Diante desta mistura dos conceitos e cronologia, CAPS e modelo psicossocial entremearam-se no processo de ensino, que ainda é biomédico e asilar em se tratando do cenário psiquiátrico, dando a entender que não é possível adotar o modelo psicossocial fora do contexto de um CAPS e dificultando que os profissionais realizem a reforma psiquiátrica na dimensão técnica-assistencial por não apreenderem que o modelo psicossocial é algo macro, é um paradigma, assim como o modelo biomédico. Percebe-se que o conceito de atenção psicossocial e modelo psicossocial necessitam de maiores discussões entre os profissionais de saúde com o

intuito de melhor caracterizá-los e assim, atingir a dimensão sociocultural da reforma psiquiátrica[26-28].

O limite dos atuais dispositivos de saúde para o atendimento ao paciente portador de transtorno mental traduz o limite do transtorno mental em si, considerando os episódios agudos, dependentes ou não de tratamento continuado, ou seja, ainda que o portador faça uso regular do serviço, o mesmo pode apresentar um episódio de agudização e a internação psiquiátrica pode ser o único recurso para sua preservação[16,25]. O futuro dos hospitais psiquiátricos não é sua extinção e sim a mudança dos paradigmas no sentido de adequar a filosofia institucional a esta nova configuração da assistência, haja vista que, mesmo em controvérsias, é um dispositivo de saúde muito ativo. No que tange à enfermagem, proceder à incorporação de novas tecnologias gerenciais para proporcionar uma prática baseada em evidências deve ser o início desta nova configuração de forma a reformular o processo de trabalho assistencial da equipe. A descoberta de ferramentas gerenciais que possam melhorar a qualidade da assistência de enfermagem constitui relevante perspectiva. As mudanças na prestação de serviços de saúde requerem que o enfermeiro esteja empoderado dos conceitos e ferramentas da gestão para utilizá-los no processo de tomada de decisão gerencial com forte repercussão no processo de trabalho assistencial.

No cuidado em saúde há dois corpos de evidências: a Prática Baseada em Evidências (PBE) que está, diretamente, associada às inovações clínico-assistenciais e excelência de resultados na prática clínica e Gerenciamento Baseada em Evidência (GBE) que, expressando um sentido macro, mas ainda não político-legislativo, está associada à eficácia do processo de tomada de decisão e inovações gerenciais que potencializem as ferramentas de gestão já existentes ou não. A adoção de uma PBE deve se articular à implantação de um GBE, que por sua vez precisa ser reconhecida pelos gestores e gerentes de enfermagem como uma forma segura, ativa e construtiva de liderar[29-30].

Na enfermagem, o gerenciamento envolve a identificação da situação problema, coleta de dados, planejamentos, organização, custos, administração de recursos materiais e humanos, liderança e avaliação de estrutura, processo e resultados[30]. Avançando nestas práticas, o Gerenciamento Baseado em Evidências identifica a melhor evidência disponível para a resolução do problema levantado de forma que a evidência possa ser implementada naquela prática diária e inova à medida que a incorporação de novas tecnologias, estratégias, estruturas ou processos beneficiem o paciente, equipe e instituição ao mesmo tempo[29].

O conceito de inovação no gerenciamento em enfermagem surgiu há quase 20 anos como uma nova maneira de pensar sobre o processo de trabalho gerencial do enfermeiro embasada por evidências científicas e pela construção das mesmas. Diferentemente do conceito de mudança que desagrega, é vertical, hierárquico e descarta o conhecimento já produzido, a Inovação requer o envolvimento de todos os atores envolvidos no processo de trabalho e procura por respostas no próprio conhecimento já disponível. Identifica-se cincos áreas para implementação de um gerenciamento de enfermagem inovador: 1) introdução de novas tecnologias como equipamentos e sistemas de informação em enfermagem; 2) desenvolvimento de pessoal através de programas de treinamentos, educação continuada, certificações, educação em liderança, programas de preceptoria; 3) alterações dos modelos assistenciais através de ferramentas da gestão como gerenciamento de caso, práticas colaborativas e diferenciadas, mapa de cuidados, governança (decisão) compartilhada; 4) implementação nos mecanismos de melhoria da qualidade como testes de competências e habilidades, programa de garantia de qualidade; 5) alterações na forma de recompensar o trabalhador de forma assertiva e incentiva como a incorporação de prêmios, incentivos e planos de carreira[31].

O gerenciamento em enfermagem na saúde mental começa a ser evidenciado na Resolução nº 293/2004 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que fixa e estabelece os parâmetros mínimos para o dimensionamento de pessoal de enfermagem em diversas áreas

sendo a psiquiatria brevemente citada no Art. 4 § 8º: *"O cliente com demanda de cuidados intensivos deverá ser assistido em unidade com infraestrutura adequada e especializada para este fim"* [32]. Em 2017, com a Resolução nº 543\2017 a especialidade ganha parâmetros técnicos mais claros e objetivos possibilitando um avanço nas pesquisas sobre o dimensionamento principalmente ao adotar o Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos, ou instrumento de Martins, como o passo inicial ao provisionamento de recursos humanos de enfermagem nas unidades de internação psiquiátrica, embora, ainda não estabeleça as horas de enfermagem para cada grau de dependência do instrumento assim como temos para o instrumento de Fugulin[33-35].

Já evidenciada esta lacuna, estudo recente sugeriu uma equivalência das horas de enfermagem sendo que o paciente com grau de dependência plena assemelha-se à gravidade do paciente intensivo necessitando de 18hs de enfermagem, o grau de dependência intermediária do instrumento de Martins assemelha-se à gravidade do paciente semi-intensivo ou alta dependência do instrumento de Fugulin requerendo 10 hs de enfermagem e por fim, o grau de dependência discreta equivaleria ao paciente de cuidado intermediário com 6hs de enfermagem[36]. As sugestões ainda não testadas. Outros estudos que utilizaram o instrumento de Martins, identificaram o perfil de dependência dos pacientes psiquiátricos em relação aos cuidados de enfermagem, mas não procederam ao dimensionamento pela ausência das horas de enfermagem[37-38]. Indubitavelmente faz-se necessário iniciar estudos neste sentido.

Os Sistemas de Classificação de Pacientes (SCP's) são considerados sistemas de informação e têm sido utilizados desde a década de 60 como a principal ferramenta gerencial para traduzir as necessidades de cuidados dos pacientes em quantidade de horas de enfermagem necessárias identificando a carga de trabalho, promovendo alocação adequada de recursos humanos, influenciando no processo orçamentário e de custos, além de formar um banco de dados institucional. Os SCP's identificam o grau de dependência dos pacientes em relação à

equipe de enfermagem através de indicadores críticos do cuidado e são amplamente utilizados em muitos países tendo sua prática sedimentada enquanto elo gerencial-assistencial. Todos os instrumentos construídos devem ser ter sua validade e confiabilidade testadas periodicamente para continuarem a embasar o processo de tomada de decisão[36, 39-40].

Na enfermagem psiquiátrica, como já mencionado, o instrumento de Martins identifica o grau de dependência, em relação à equipe de enfermagem, dos pacientes portadores de transtorno mental acometidos pela fase aguda pois irão requerer internação em ambiente especializado. Possui 11 indicadores críticos do cuidado psiquiátrico, com três níveis de gradação cada um: Discreta, Intermediária e Plena. Os indicadores são: 1) cuidados com a aparência e higiene; 2) expressão do pensamento; 3) humor; interação social; 4) atividades; 5) alimentação e hidratação; 6) sono; 7) medicação; 8) eliminações; 9) sinais vitais e outros controles; 10) problemas e 11) queixas somáticas. A pontuação de 11 a 33, distribuindo os pontos em três categorias: 11 a 18 pontos - Grau de Dependência Discreta; 19 a 26 pontos - Grau de Dependência Intermediaria; 27 a 33 pontos - Grau de Dependência Plena. O instrumento teve sua validade e confiabilidade estabelecidas[34-35]. Estudos recentes demonstraram que o SCPP é possível de ser utilizado na prática clínica estabelecendo o grau de dependência dos pacientes psiquiátricos em leitos psiquiátricos em hospitais gerais e em instituições especializadas[36-38]. Todos evidenciam a importância da utilização do SCPP para o dimensionamento de pessoal de enfermagem psiquiátrica, entretanto, até o momento apenas um estudo contemplou a temática e propôs a complementação do instrumento para melhor refletir a prática complexa da enfermagem psiquiátrica e embasar o processo de tomada de decisão bem como atribuir horas de enfermagem para cada grau de dependência.

O “instrumento de Martins” foi complementado em três indicadores críticos que interferem na qualidade do cuidado de enfermagem e na demanda da assistência: 12) comportamento relacionado ao suicídio; 13) abordagem familiar e 14) comportamento

relacionado ao fumo. Os 11 indicadores críticos iniciais foram revisados criticamente e acrescidas características relacionados à assistência de enfermagem além de alguns sinais/ e sintomas. Estabeleceu-se um novo intervalo de pontuação de 13 a 42 pontos da enfermagem psiquiátrica distribuindo-os em três categorias: 13 a 22 pontos – Grau de Dependência Discreta; 23 a 32 – Grau de Dependência Intermediária; 33 a 42 – Grau de Dependência Plena[36]. A necessidade de haver um indicador crítico relacionado aos aspectos familiares já havia sido abordada em estudo anterior, entretanto, não houve tempo hábil para a construção do mesmo[34]. Desta forma, é possível inferir que a tendência dos SCP's é ter sua confiabilidade e validade testadas em um determinado contexto institucional caracterizando-se como uma ferramenta gerencial específica para uma prática baseada em evidências.

O fato de exercer suas práticas e tomar as decisões com base em evidências deve ser entendido como peremptório a todos os enfermeiros como uma competência de sua práxis. É importante reconhecer que a implementação das melhores práticas baseadas em evidência não constitui apenas uma meta individual do enfermeiro, há necessidade do apoio administrativo institucional para que a coleta de dados baseados em evidências seja parte da prática de todos os enfermeiros. Essa abordagem vem sendo reconhecida pelo Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP) em seus diversos Pareceres Técnicos e mais recentemente no "Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem" [41].

A incorporação, na prática diária, de um instrumento para a classificação do grau de dependência dos pacientes psiquiátricos possibilita o estabelecimento da enfermagem psicodinâmica quando o enfermeiro conhece a si mesmo, o paciente e o ambiente em sentido ampliado. Sustenta também, a ressignificação do cuidado da enfermagem psiquiátrica tanto subjetivamente como uma prática sustentada em uma evidência. Sendo assim, tendo como objeto o SCPP – Versão 2 (Anexo 1), este estudo justifica-se pela lacuna do conhecimento e para a produção de um Gerenciamento de Enfermagem Baseado em Evidência.

1. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender o significado do uso dos sistemas de classificação de pacientes como ferramenta gerencial para os gerentes de enfermagem psiquiátrica e avaliar as características psicométricas do Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos – versão 2.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1 Compreender o significado do uso dos sistemas de classificação de pacientes como ferramenta gerencial para os gerentes de enfermagem psiquiátrica.

2.2.2 Compreender a opinião dos juízes especialistas acerca do Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos – versão 2.

2.2.3 Estabelecer a confiabilidade do Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos –versão 2.

2.2.4 Estabelecer a validade do Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos – versão 2.

2. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de múltiplos métodos.

A realidade possui diversas dimensões e a pesquisa multimétodo consegue ilustrar essa complexidade através de um delineamento integrado caracterizado por uma mescla criteriosa dos dois tipos de dados: qualitativos e quantitativos. Possui suas raízes no pragmatismo, uma corrente filosófica originada por John Dewey em meados de 1840, que via o mundo como uma realidade formada por experiências diversas onde a teoria é uma abstração da prática que é vista como importante e significativa. Na enfermagem, a pesquisa multimétodo postula que muitos questionamentos da ciência enfermagem, uma ciência aplicada, precisam ser respondidos por ambos os delineamentos para fornecer um amplo conhecimento e abstração daquele modelo utilizado sendo um método ainda superficialmente explorado, porém, amplamente forte para que a profissão se desenvolva no campo de pesquisas e construção de práticas baseadas em evidências. Através deste tipo de pesquisa é possível conhecer o fenômeno por vários lados produzindo um resultado capaz de ser translacionado para outras realidades. As vantagens incluem características de complementação, incremento, maior validade favorecida e criação de novas fronteiras. À medida que os dados qualitativos e quantitativos são complementares minimizam-se as limitações da abordagem única, pois se entrelaçam no sentido de estabelecer uma maior validade favorecida agilizando o progresso em direção ao entendimento. A criação de novas fronteiras permite um avanço das práticas. A maior crítica a este tipo de pesquisa é que deve ser avaliado, rigorosamente, se a existência de dois métodos integrados agrega valor significativo ao estudo, assim, dentre os tipos de pesquisa multimétodo, optou-se pela sequencial exploratória usualmente utilizada para dados coletados e analisados qualitativamente, seguida pela análise quantitativa/estatística para auxiliar na interpretação dos achados, mostrar a generalização e ilustrar a distribuição do fenômeno em uma população em

particular[42]. No caso, o fenômeno é o SCP e a população são os gerentes de enfermagem psiquiátrica, enfermeiros e docentes da área.

Desta forma, a pesquisa caminhou através de um *continuum* encadeado e interdependente: abordagem qualitativa – estudo metodológico – abordagem quantitativa.

A abordagem qualitativa foi utilizada para a compreensão da opinião dos gerentes de enfermagem acerca do uso dos SCP's como ferramenta gerencial, a abordagem de estudo metodológico para validação dos juízes (especialistas) acerca do instrumento estudado e por fim, a quantitativa para avaliar as características psicométricas do instrumento.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu sob o parecer nº 1.657.831 (Anexo 2) e seguiu as normas preconizadas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, relativa à pesquisa envolvendo seres humanos[43]. Foi mantido o anonimato dos participantes de todas as fases, bem como a isenção de quaisquer prejuízos para os mesmos e a garantia de desistência da pesquisa. Conforme parecer técnico, os riscos são baixos, já que os participantes não foram submetidos a nenhum procedimento técnico invasivo. Houve garantia do sigilo de todos e entre todos.

3.1.1 Etapa 1: Abordagem qualitativa

Nesta fase adotou-se exclusivamente a abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa é aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais humanas proporcionando um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos, direcionado à compreensão da manifestação do objeto de estudo. No entanto, existem diferentes técnicas de organização e análise dos dados na pesquisa qualitativa, sendo a Análise de Conteúdo uma destas possibilidades[41]. A Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. Visa compreender os conteúdos manifestos e ocultos possibilitando a organização dos dados em unidades léxicas, ou seja, por meio de palavras significativas ou categorias que são classes de dados definidos por uma expressão ou palavra[44].

Utilizou-se o software QRS NVivo – 12 para gerenciar a análise dos dados qualitativos de forma a melhorar acurácia da análise, porém sem substituir o pesquisador. O software possibilita otimizar a análise dos dados em caráter exclusivo ou complementar a um referencial metodológico dependendo do nível de abstração do pesquisador. Diferentemente dos softwares estatísticos, cuja principal função é analisar os dados, o NVivo auxilia neste processo de análise devendo o pesquisador permanecer sempre no controle e no conteúdo daquilo que lhe faz sentido. O software foi desenvolvido pela Universidade de La Trobe, na Austrália, e tem como princípios a codificação e o armazenamento do texto em categorias conforme os comandos e necessidade do pesquisador além de possibilitar o armazenamento das análises e retorno a elas sempre que necessário. Lançado em 2002 está na 12ª versão[45].

A população-alvo foram os gerentes de enfermagem das unidades psiquiátricas de 10 hospitais que atendem pacientes portadores de transtornos mentais agudos do Estado de São

Paulo escolhidos convenientemente através do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro, ocupar a posição de gerente de enfermagem do setor de psiquiatria e aceitar participar da pesquisa mediante concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1).

A coleta de dados deu-se no período de 01/08/2016 a 01/03/2017 por meio de entrevistas semiestruturadas áudio gravadas com duração de 30 a 40 minutos. Foi realizado agendamento prévio com os gerentes por e-mail por meio de carta-convite e contemplado os pré-requisitos conforme cada gerência institucional. Não houve desistência de nenhuma instituição. A pergunta norteadora foi *"O que significa para você o uso dos sistemas de classificação de pacientes como ferramenta gerencial?"* seguida por questões complementares com o objetivo de aprofundar a temática e obter a saturação dos dados. Foi realizada a validação da fala do entrevistado no momento da entrevista já que não haveria retorno das transcrições aos gerentes. As entrevistas foram realizadas pessoalmente, em ambiente confortável e sigiloso, transcritas e apagadas posteriormente. Foram codificados pelo tipo de instituição que pertencem (A, B, C) e ordem de transcrição das entrevistas.

3.1.2 Etapa 2: Estudo Metodológico

Nesta etapa foi utilizada a Técnica Delphi para a coleta dos dados objetivando captar a opinião de juízes especialistas acerca do instrumento na versão 2. O público alvo desta fase foram três populações distintas e constituíram-se em 60 juízes: enfermeiros assistenciais dos hospitais cujos gerentes de enfermagem foram entrevistados, docentes de enfermagem psiquiátrica e enfermeiros pesquisadores que já tiveram artigos publicados devido ao uso do SCPP. Os critérios de inclusão, para todos, foram: ser enfermeiro com título de especialista, mestre e/ou doutor em Enfermagem Psiquiátrica/Saúde Mental ou mínimo de experiência de três anos na área e aceitar participar da pesquisa mediante concordância com TCLE (Apêndice

2). Os enfermeiros pesquisadores e docentes foram selecionados convenientemente, sendo estes últimos, por bola de neve. Todos foram codificados pela letra E seguidos cardinalmente pela ordem de análise dos questionários. Os juízes foram caracterizados pela idade, tempo de atuação na saúde mental/psiquiatria, e grau de instrução (Apêndice 3). A opinião dos juízes foi levada em consideração já que o questionário dispunha de espaço para comentários e sugestões (Apêndice 4). Ao total haviam 25 itens para serem avaliados através de uma pergunta: *"Este item é pertinente? ( ) Sim ou ( ) Não"* e foram analisados com auxílio do software NVivo para gerar uma nuvem de palavras. Utilizou-se de porcentagens.

As etapas da Técnica Delphi foram: elaboração do questionário acerca do objeto de estudo, seleção e contato com os participantes escolhidos para compor o painel de juízes especialistas, envio da primeira rodada de questionários, tabulação e análise dos questionários recebidos, reformulação do instrumento conforme o sugerido como consenso de 85%[46-47]. Os questionários foram enviados por e-mail para os docentes e enfermeiros pesquisadores solicitando o retorno pela mesma via e para os enfermeiros assistenciais, disponibilizados com o respectivo gerente de enfermagem que comprometeu-se a distribuí-los e recolhê-los no tempo previsto e posteriormente retirado, pessoalmente, pela pesquisadora. A coleta de dados foi realizada no período de 03/08/2016 a 01/03/2017.

3.1.3 Etapa 3: Abordagem quantitativa

Esta etapa, final, compôs-se da avaliação estatística para estabelecer as características psicométricas do instrumento. Foram avaliadas as seguintes características psicométricas: confiabilidade através da consistência interna do instrumento com o Alpha de Cronbach e a validade através da validade de conteúdo com Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e validade de constructo com a Análise do Componentes Principais (ACP). Utilizou-se da análise estatística com Linguagem R v3.5.1 – R CORE TEAM por ser uma linguagem mais avançada

e mais utilizada, atualmente, por estatísticos em detrimento de outros programas que são construídos para pesquisadores que não precisem dominar de programas estatísticos. Independente do software utilizado os resultados das análises devem ser os mesmos pois os programas utilizam os mesmos algoritmos e só mudam as interfaces[48].

Existem vários tipos de mensuração sendo a confiabilidade e validade mais utilizadas para mensurações quantitativas. Entende-se que a validação é um processo contínuo, pois quanto mais evidências forem reunidas de que o instrumento está medindo o que realmente deve medir, maior a confiança nele. Nem todo instrumento que apresente confiabilidade teve sua validade testada, mas todo aquele que teve sua validade testada tem confiabilidade. Sendo assim, prioriza-se analisar a confiabilidade antes da validade. A confiabilidade refere-se à consistência com que o instrumento mede o atributo mesmo que mude o avaliador, quanto menor a variação produzida pelo instrumento nas mensurações repetidas de um atributo, maior a sua confiabilidade. Podem haver três critérios de confiabilidade: estabilidade (teste reateste ou intra-observadores), consistência interna (alpha de Cronbach) e equivalência (inter-observadores). Escolheu-se a consistência interna por indicar se todos os subcomponentes do instrumento medem a mesma característica, que no caso é a dependência dos pacientes psiquiátricos em relação aos cuidados de enfermagem, valor do alpha de Cronbach acima de 0,70 são os ideais para uma consistência interna aceitável. Após, a validade irá dizer se o instrumento mede, realmente, aquilo que se propõe a medir podendo haver três outros critérios: validade refere-se ao grau em que o instrumento mede o que supostamente deveria medir e possui as seguintes abordagens investigativas: validade do conteúdo (juízes especialistas), validade relacionada ao critério (coeficiente de validade) e validade do construto. Escolheu-se a validade de conteúdo sendo utilizada a avaliação de juízes especialistas seguida pelo IVC que mensurou a proporção dos juízes em concordância com os itens do instrumento sendo aceitável um índice mínimo de 0,80 [49].

3. RESULTADOS

Os dez hospitais selecionados convenientemente foram classificados em três categorias conforme o perfil de assistência psiquiátrica: A – Hospitais Gerais Públicos com leitos psiquiátricos no total de quatro instituições; B – Hospitais Públicos Psiquiátricos Especializados no total de quatro instituições e C – Hospitais Filantrópicos Psiquiátricos Especializados no total de duas instituições. Todos hospitais foram aprovados, em 2011, pela última avaliação do Programa Nacional de Avaliação Hospitalar – Psiquiatria (PNASH).

4.1 Etapa 1: abordagem qualitativa

Foram entrevistados dez gerentes de enfermagem sendo nove mulheres e um homem com média de idade de 47,5 anos, graduados há 23 anos com 14 anos, em média, de experiência em saúde mental/psiquiatria e trabalhando na atual instituição, como gerentes de enfermagem, há sete anos em média. O mestrado foi o maior grau de escolaridade sendo dois gerentes com mestrado em saúde mental e um na área clínica; três possuíam especialização em saúde mental, dois em administração hospitalar e dois gerentes, os mais velhos de casa segundo a amostra, sem nenhuma pós-graduação. Conforme o tipo de administração, quatro gerentes pertencem aos hospitais do tipo A, quatro gerentes pertencem aos hospitais do tipo B e dois pertencem aos hospitais do tipo C. Importante elucidar que os hospitais do tipo B, são chamados atualmente, de Centros de Atenção Integral à Saúde Mental (CAISM) e são oriundos da Reforma Psiquiátrica no Estado de São Paulo quando na sua origem já foram Hospitais Psiquiátricos Especializados de grande porte. Passaram por uma remodelação estrutural após avalição do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares/Psiquiatria e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS, e na dimensão Legislativa-Legal através de Decretos específicos, como é o caso da cidade de Botucatu/SP (citado na introdução).

Em relação ao uso de um SCP para realizar o dimensionamento da equipe de enfermagem, seis gerentes (A1, A4, B5, B8, C9 e C10) utilizaram-no para esta finalidade sendo que dois aplicaram um SCP clínico (A1 e C10) e os demais, o instrumento de Martins ou SCPP. Destes, os gerentes A4, B5 e B6 mantém a classificação diária com revisão anual do cálculo. Duas instituições do grupo A possuem o SCP informatizado junto com o prontuário eletrônico e outras três em um banco de dados interno do tipo planilha do Excel (A4, B5, B8). O gerente A2 utilizava o SCPP como ferramenta assistencial para identificar 30% dos pacientes mais complexos e proceder à sistematização da assistência de enfermagem desconhecendo seu uso para o dimensionamento.

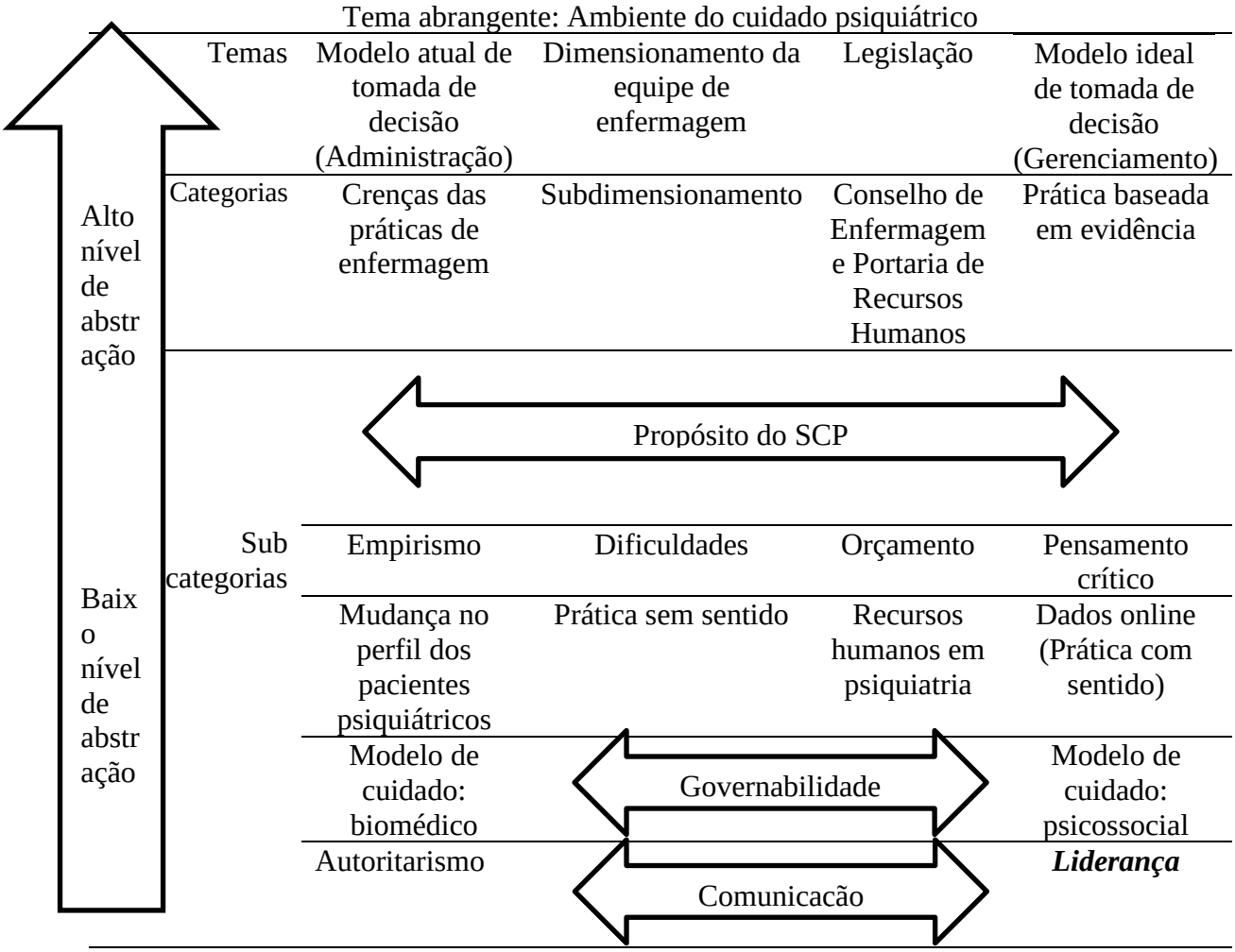
A finalidade de um SCP foi relatada por B6 e B7 porém, não o utilizam na instituição por falta de tempo do enfermeiro assistencial, além de justificarem não possuir governabilidade para a contratação do quadro requerido pelo dimensionamento por se tratar de Instituição Pública. O gerente A3 desconhecia totalmente o propósito de um SCP expressando sua apreensão de que a ferramenta possa engessar e/ou padronizar o cuidado com os pacientes portadores de transtorno mental e que seu dimensionamento fora realizado por outra instância institucional não competindo a ela. Nenhuma governabilidade de contratação nas instituições do tipo A e B fora relatada. C10 afirma possibilidade de discussão técnica com administradores para contratações como já fora feito e C9 justifica que a instituição segue a portaria do Ministério da Saúde que embasa o quantitativo de profissionais.

Por outro lado, o COREN-SP tem atuado positivamente ao oferecer apoio técnico para os gerentes de enfermagem realizarem o dimensionamento fato mencionado por todos. Destaca-se que os gerentes que utilizaram um SCP clínico para o dimensionamento encontraram muita dificuldade por não captar as dimensões do cuidado em psiquiatria. Neste contexto, A4 refere utilizar um SCP clínico pela manhã e o SCPP pela tarde devido a demanda clínica que os

pacientes psiquiátricos vêm apresentando requerendo tempo de enfermagem em sua opinião. A mudança do perfil clínico nesta população foi relatada por A2, B5, B6, C9 e C10.

Os demais conteúdos emergidos estão demonstrados na figura 1. O propósito do SCP foi transversal a todas as subcategorias, governabilidade e comunicação foram transversal a duas subcategorias. O conteúdo foi extraído do menor nível de abstração (conteúdo manifesto) ao maior nível de abstração (conteúdo latente).

Tabela 1. Compreensão dos gerentes de enfermagem de unidades psiquiátricas sobre o uso dos Sistemas de Classificação de Pacientes como ferramenta gerencial. Botucatu, SP, Brasil, 2017.



Ao fim, toda a tabela converge para a liderança como o componente principal necessário à remodelação do processo de trabalho gerencial.

A partir destes dados foi possível construir um modelo conceitual sobre o ambiente de cuidado psiquiátrico no que tange ao gerenciamento de enfermagem. Abstraiu-se que os temas **"modelo atual de tomada de decisão"** e **"modelo ideal de tomada de decisão"** estão presentes em um *continuum*, conforme revelam as falas:

> *"... eu acho que nós trabalhamos com a tomada de decisão baseada em nossa experiência e sempre deu certo (B7)"*
>
> *" Não houve um parâmetro... eu acho que foi mais por experiência da outra ala (A2)"*
>
> *"Quando eu fiz o primeiro dimensionamento eu usei um SCP clinico que não era o ideal e com isso consegui provar para a administração a necessidade de aumentar a equipe de enfermagem (C10)"*

> *"Aqui nós temos usado o instrumento de Martins há seis anos. Anualmente revemos o cálculo do dimensionamento e todos os dados estão em uma planilha no Excel (B8)"*

Em seis instituições as práticas de enfermagem, sejam assistenciais ou gerenciais, ainda estão baseadas na experiência. Para transicionar este *continuum* há os aspectos facilitadores e dificultadores sendo que o COREN – SP foi verbalizado, por todos os gerentes, como o grande facilitador deste processo e o subdimensionamento da equipe de enfermagem, a prática sem sentido e pouca governabilidade foram os dificultadores. A comunicação aparece como um *continuum* entre o modelo biomédico hierarquizado e vertical e o modelo psicossocial horizontal sinalizando o tipo de liderança adotada pelo gerente. Abaixo seguem os discursos que melhor representam o conteúdo acima:

> *"...então no fim, eu fiz o cálculo com a ajuda do COREN" (C9)*
>
> *"... a gente tá com a papelada lá para aplicar, mas aí não consegue porque falta tempo devido à falta profissional, e acaba não aplicando. Tem que cobrir a enfermaria porque o colega faltou (B7)".*
>
> *"...todos os dias o enfermeiro supervisor realiza a classificação de forma obrigatória e colocam no sistema online (A1)".*
>
> *"Já veio determinado de cima para baixo esse quantitativo e eu não participei do processo(A3)".*
>
> *"... conjuntamente com o Departamento de Enfermagem do hospital tendo um trâmite pra gente continuar com qualidade o trabalho de assistência além dos enfermeiros assistenciais conversarem entre si sobre o processo de classificar e a importância...Um cobra do outro (A4)"*

As dificuldades referentes ao dimensionamento estão relacionadas com o processo de realizar o cálculo, os componentes do cálculo, incorporar a prática da classificação no processo de trabalho, utilizar o SCP adequado para a clientela e desconstruir que o SCP seria mais um papel para ser preenchido. As falas expressam:

> "*O mais difícil foi conseguir classificar os pacientes, porque assim, a gente que anda por aí a gente vai vendo e na minha cabeça a gente já vai fazendo aquela classificação. Mas o conselho quis isso em uma planilha. Eu tive que fazer tudo sozinha porque os enfermeiros assistenciais dizem que não 'e problema deles (C9)"*
>
> *"Aí você pega os dois instrumentos (clínico e psiquiátrico), e vê que nenhum é fidedigno e tentamos aproximar o melhor possível (A4)".*

Importante destacar que, unanimemente, os gerentes identificaram que um SCP deve ser o mais fidedigno possível à realidade institucional para fazer sentido técnico embora não tenham tempo para desenvolvê-los*:*

> *"É extremamente importante escolher o SCP adequado para a realidade institucional, porque cada instituição tem um perfil de paciente, mas não temos pernas para isso (A1)"*
>
> *"A gente já até tentou com vários outros instrumentos, mas não conseguimos mostrar (A2)"*
>
> *"Olha, esse instrumento, dia a dia, a gente encontra dificuldade de atender porque se fosse moldado para cada unidade seria mais fácil. O maior desafio é criar algo para a nossa realidade (B5)"*
>
> *"E que realmente a falta de um instrumento adequado acaba dificultando porque não consegue ter noção da real necessidade, fica no achômetro, a gente acaba não tendo o embasamento(C10)"*.

Outro ponto essencial foi a percepção dos participantes sobre a necessidade de mais pesquisas neste campo:

> *"Eu acho que os estudos são sempre produtivos, porque a área da saúde mental é muito específica e não temos estudos de gerenciamento (A3)".*
>
> *"Somos hospital escola e com os alunos é um tema que a gente vem batendo em cima sempre (A4)"*
>
> *"Eu acho que a psiquiatria carece de parâmetros, pois é muito comum as outras áreas terem parâmetros, eu acho que a psiquiatria precisa caminhar nesse sentido (B6)"*

A legislação atual de recursos humanos em saúde mental referida pelos gerentes é a Portaria nº 251/2002 e configura um limitador importante para que os mesmos não vejam sentido no processo de dimensionamento da equipe de enfermagem principalmente nos hospitais do tipo C*:*

> *"...mas como a gente está, pelo Ministério da Saúde, dentro da portaria, a gente tá seguindo a portaria e não o cálculo que deu pelo Conselho (C9)"*
>
> *"A resistência cultural é da parte administrativa que segue a Portaria, a enfermagem sempre entendeu que é melhor de outra forma, mas é difícil sustentar isso (C10)"*

A governabilidade para as contratações mediante o cálculo do dimensionamento é diretamente afetada nas instituições do tipo A e B:

> *"Mesmo você fazendo o dimensionamento que precisa de tanto, não é nem o ideal, é o necessário, aí você não tem isso aprovado. E muitas pessoas não entendem isso... dizem: "ai, é só pedir" ... não é só pedir. Não foi aprovado pelo governo. Então, você quer 10, ele te dá 8 (A2)"*

> *"... a gente adequou o máximo que pudemos, mas com as aposentadoria e crise aí do Estado, as saídas não repostas, a gente tem um pouco de dificuldade ainda (B8)"*

> *"... por um lado é mais difícil pela questão da burocracia, mas você vai em um hospital privado pode ser mais fácil, mais rápido, mas eles não vão te dar um número tão adequado assim (B7)".*

> *"Por outro lado, há a possibilidade de envolvimento dos dois atores neste processo de dimensionamento principalmente através do Conselho ... o Estado e as Instituições também precisam entender desta classificação para prover um padrão de lotação adequado. Então não é só uma gestão interna cotidiana, mas isso extrapola a gestão macro, maior, de política pública. A gente precisa mudar as portarias em função disso, não é só o Executivo, é o Legislativo que precisa ser provocado para isso. Tudo é baseado em Legislação, o SUS tem um legado cheio de pressupostos... tudo que fazemos é baseado em portarias, regulamentações e premissas. Mas eu vejo hoje, uma força bastante positiva do nosso Conselho em levar essa discussão para o Estado, para a Secretaria, provocar uma discussão no sentido de melhorar o número de enfermeiros (B6)".*

E por fim, ainda há resquícios do modelo biomédico nas práticas da enfermagem:

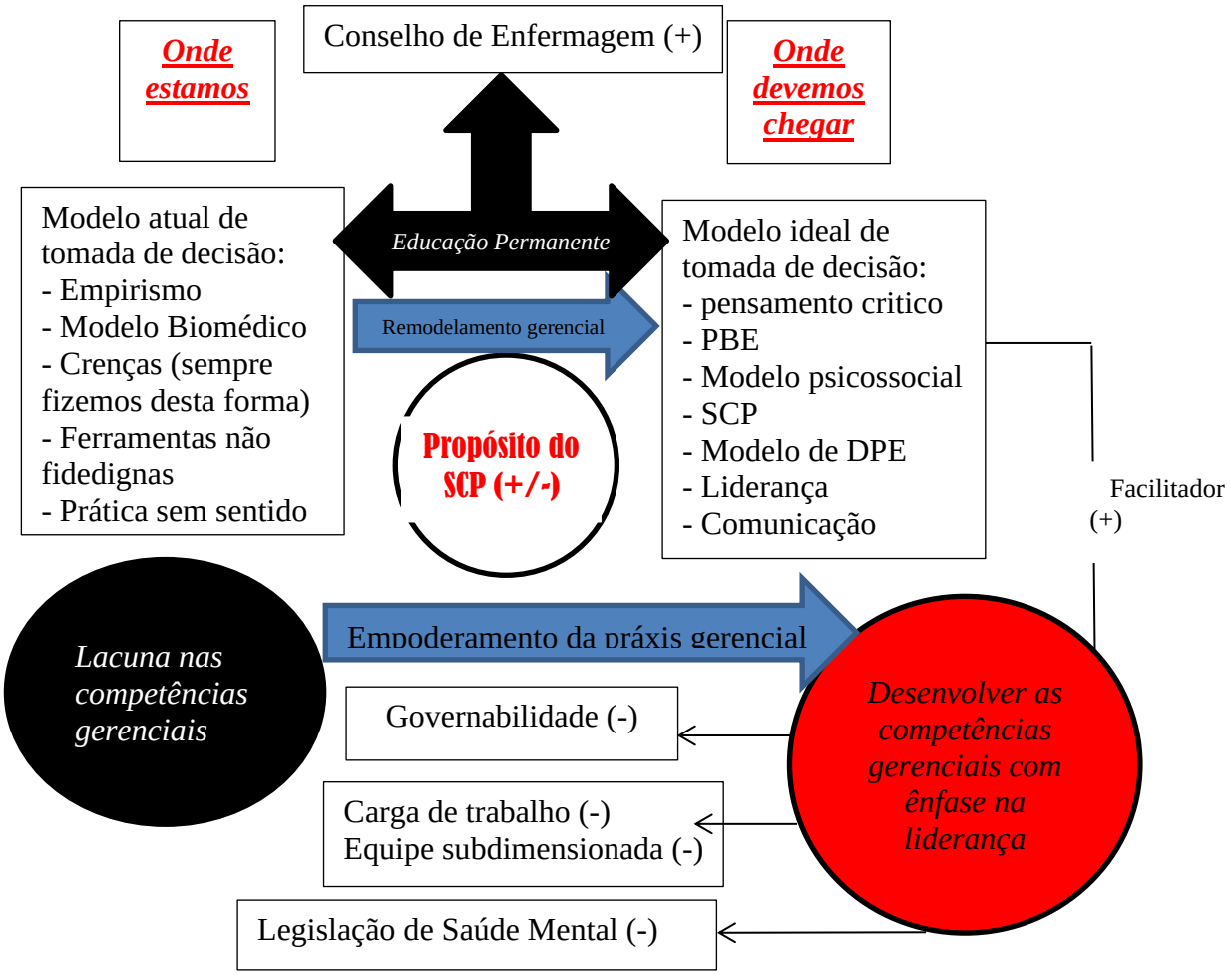
> *"...temos dois enfermeiros no período da tarde que ficam lá dentro e passando por todos os setores, avaliando, perguntando para a enfermagem, e mesmo os técnicos já falam "o paciente não tá bem, tá alteradinho, andando de um lado para o outro" .... Ou "tá isoladinho". Esse enfermeiro chama o médico plantonista para a conduta (C9)*

Mas também a visualização do modelo psicossocial:

> "*... então a gente trabalha com o apoio de todos (equipe multiprofissional). Então tudo é negociado terapeuticamente (A3)"*

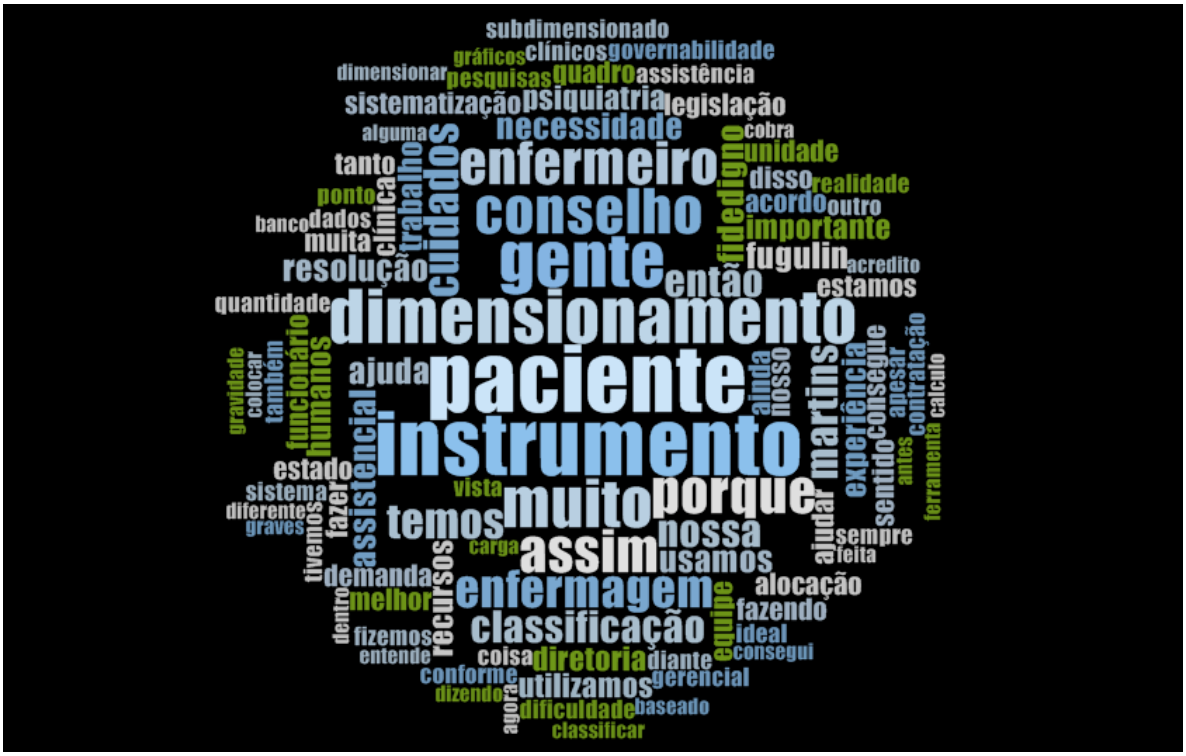
Foi possível gerar um diagrama acerca de como constitui-se o ambiente do cuidado psiquiátrico atualmente representado pelo círculo (figura 2). Destacam-se os elementos facilitadores (+) para a transformação da prática e os dificultadores (-) que deverão ser trabalhados em diversas instâncias, além da identificação das lacunas gerenciais cuja influência potencializa os elementos dificultadores. Sendo assim, o desenvolvimento destas competências pode ser visto como um forte elemento facilitador (+) para atingir uma PBE. Observa-se também, que a Educação Permanente foi um elemento captado subjetivamente como uma ferramenta auxiliadora desta transição somada ao papel do COREN-SP.

Figura 1 – Diagrama do ambiente do cuidado psiquiátrico sob a visão dos gerente de enfermagem em psiquiatria. Botucatu, SP, Brasil, 2017.



Ao final, gerou-se uma nuvem de palavras sinalizando quais foram mais frequentes nos discursos dos enfermeiros. Na nuvem, figura 2, aparecem em tamanho maior aquelas palavras com o elevado índice de recorrência dentro do campo científico.

Figura 2 – Palavras mais frequentes nos discursos dos enfermeiros gerentes de instituições psiquiátricas do Estado de São Paulo sobre como compreendem o uso dos Sistemas de Classificação de Pacientes como ferramenta gerencial. Botucatu, SP, Brasil, 2017.



4.2 Etapa 2

O painel de juízes especialistas foi constituído por 60 enfermeiros: 14 docentes, cinco enfermeiros pesquisadores e 41 enfermeiros assistenciais pertencentes às dez Instituições participantes. Todos foram codificados somente com a letra E, de enfermeiro, seguido cardinalmente pela ordem de avaliação dos dados. Quanto à caracterização dos juízes: a média de idade foi 42 anos com predominância do sexo feminino e expressivos 34% do sexo masculino; 50% dos juízes possuíam especialização em saúde mental, 34% com mestrado, 32% com doutorado e 9% com Pós-Doutorado. Os enfermeiros assistenciais, possuíam em média, sete anos de experiência em psiquiatria/saúde mental. Nenhum questionário foi devolvido incompleto. Obteve-se uma concordância geral de 90% na 1ª rodada não sendo necessária rodadas subsequentes. O indicador **"comportamento relacionado ao fumo"** e **"equivalência das horas de enfermagem"** obtiveram concordância de 63,3% e 78,3%, respectivamente, sinalizando a exclusão de ambos do instrumento. O indicador **"alimentação e hidratação"** obteve 100% de concordância e todas as sugestões de inclusão de termos técnicos e observações que demandam tempo de enfermagem na execução do cuidado foram acrescentados. Na tabela abaixo visualiza-se a concordância de todos os itens avaliados.

Tabela 2. Percentual de concordância dos itens do instrumento Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos – versão 2, segundo os juízes especialistas. Botucatu, SP, Brasil, 2017.

Cabeçalho (4 itens)	Concordância
Nome	93,30%
Idade	93,30%
Hipótese Diagnóstica (HD)	86,60%
Instruções para preenchimento do instrumento	96,60%
Conteúdo principal - Indicadores (14 itens)	
1. Cuidado com aparência e Higiene	95%
2. Expressão do pensamento	86,60%
3. Humor e afeto	91,60%
4. Atividades	93,30%
5. Interação social	93,30%
6. Alimentação e hidratação	100%
7. Sono	96,60%
8. Medicação	95%
9. Eliminações	95%
10. Sinais vitais e outros controles	96,6%
11. Queixas e problemas somáticos	93,30%
12. Comportamento relacionado ao suicídio	93,30%
13. Abordagem familiar	95%
14. Comportamento relacionado ao fumo	63,30%
Proposta de classificação - Fechamento do instrumento (7 itens)	
Pontuação	90%
Classificação	86,60%
Descrição do grau de dependência discreta	85%
Descrição do grau de dependência intermediária	90%
Descrição do grau de dependência plena	85%
Equivalência dos graus de dependência	86,60%
Equivalências das horas de enfermagem	78,30%

No cabeçalho os itens **"nome e idade"** não houve concordância de 100% pois alguns enfermeiros assistenciais acharam que o instrumento era para ser aplicado ao paciente naquele momento e deveriam manter o sigilo sobre esses dados, tanto que os enfermeiros que emitiram essa opinião foram aqueles que aplicaram o instrumento. Aqueles enfermeiros que não concordaram com o item **"instruções de preenchimento"** não sinalizaram o porquê sendo que grande parte reiterou a importância dele haja vista que grande parte desconhece a função e aplicabilidade do instrumento segundo E36 e E1. Ainda neste item, foi sinalizado que a numeração 1,2,3 corresponde à pontuação já que muitos juízes acharam que era algo meramente organizativo e foram retiradas as siglas DD, DI, DP dos indicadores, pois referiram:

> *"... que representam um julgamento final" (E40)*.

Já o item **"hipótese diagnóstica"** gerou comentários importantes pois aqueles que seguem a linha do modelo psicossocial, ao indagar uma Hipótese Diagnóstica informaram:

> *"O paciente é rotulado induzindo a equipe de enfermagem a certos comportamentos pré-estabelecidos conforme a patologia*" (E46).

Além do mais, o instrumento é uma ferramenta exclusiva da enfermagem e justamente por isso, independente de diagnóstico médico, e desta forma, seria mais adequado:

> *"Diagnóstico de enfermagem" após a avaliação do grau de dependência do paciente propondo a sistematização da assistência de enfermagem (E 43).*

O E41 recorda que a hipótese diagnóstica não influencia o processo de dimensionamento já que pacientes com a mesma hipótese irão demandar cuidados de enfermagem diferentes, e desta forma, carga de trabalho diferente. Por outro lado, os enfermeiros assistenciais de hospitais psiquiátricos tradicionais se reconhecem no modelo biomédico sendo importante manter este item já que sustem que, dependendo do diagnóstico, espera-se por um certo tipo de grau de dependência segundo comentário do E25. Por fim, decidiu-se manter o item devido à concordância.

O indicador **"pensamento"** atingiu o menor grau de concordância devido à falta de termos técnicos específicos para o indicador, embora, seja um indicador:

> *"Que mais representa o grau de dependência de um paciente já que as patologias psiquiátricas afetam o pensamento de alguma forma" (E59).*

O mesmo ocorreu com o indicador **"humor e afeto"**, apesar de haver sugestões para separá-los já que *"são processos distintos de avaliação"* segundo E58.

Os indicadores **"atividades"** e **"interação social"** geraram dúvidas sobre medirem a mesma coisa dentre os enfermeiros que aplicaram o instrumento. O indicador **"queixas e problemas somáticos"** também geraram dúvidas na forma com estavam redigidos sendo acatadas as sugestões de termos técnicos que deveriam ser incluídos para diferenciar do indicador de **"sinais vitais e problemas clínicos"**. E por fim, o indicador **"comportamento relacionado ao fumo"** foi excluído devido à baixa concordância do item, embora houvessem sugestões para dissolvê-lo no indicador **"interação social"** e/ou mantê-lo alterando a estratificação da gravidade como no indicador **"comportamento relacionado ao suicídio"** haja vista que o tabaco ainda causa desestabilização do paciente e demanda para a enfermagem no manejo da abstinência e aplicação do adesivo, às vezes é necessária muita negociação com o paciente para colocar o adesivo (E25, E37, E60, E3). Os indicadores **"comportamento relacionado ao suicídio"** e **"abordagem familiar"** foram amplamente elogiados em relação ao instrumento original já que são ações que demandam tempo de enfermagem percebidos empiricamente (E23). O tempo descrito para a abordagem familiar foi diminuído, conforme sugestão:

> *"... a equipe deve trabalhar com multiprofissionais sendo núcleo de atuação do assistente social e o enfermeiro atua como campo no modelo psicossocial" (E18).*

Sugerido incluir um item voltado ao comportamento auto mutilante pois a experiência clínica de muitos enfermeiros fez com quem sentissem ausência deste comportamento que demanda tempo de enfermagem, porém não houve tempo hábil para a construção do mesmo que iria modificar a estrutura original do instrumento, desta forma, sendo necessária nova rodada para os juízes especialistas.

Importante destacar que algumas sugestões para a seção **"cabeçalho"** não foram acatadas por depender da rotina institucional, protocolos de enfermagem e padronização dos impressos. Foi sugerido que haja um campo para preenchimento do "registro hospitalar" do paciente, campo com designação do gênero e campo para identificar o horário de avaliação do paciente. Este último, entende-se que por tratar-se de uma avaliação de enfermagem, ao término dela procede-se à assinatura e carimbo do profissional bem como a identificação da data e hora conforme regras de anotação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Desta forma, o campo "registro hospitalar" e "gênero" podem ficar a critério de cada instituição conforme o *layout* dos impressos já que são itens que não interferem na identificação do grau de dependência dos pacientes. O único item imprescindível seria **"nome"** uma vez que o objetivo é que o instrumento faça parte do prontuário do paciente integrando as informações para a tomada de decisão do enfermeiro conforme citado pelo E42.

A seção de indicadores foi a que apresentou mais comentários e sugestões concordantes entre si sendo. Todas foram acatadas, principalmente no quesito da redação e termos técnicos dos itens. No geral, a discordância limitou-se àqueles enfermeiros que aplicaram o instrumento em um determinado paciente que as características oferecidas pelos indicadores não contemplavam adequadamente o paciente e/ou o enfermeiro encontrou dificuldade para manusear o instrumento e classificar o paciente. Foi sugerido globalmente e por diversos juízes, inserir o procedimento contenção química/física como grau de dependência plena por considerarem ser o procedimento de enfermagem que requer mais horas de cuidados, elaborar frases mais sucintas e diretas o que facilita na aplicação do instrumento. Na redação final do instrumento optou-se por generalizar o termo "contenção" e frisar "conforme protocolo institucional" já que houveram muitos comentários acerca da importância deste procedimento técnico estar devidamente descrito em protocolo institucional além de configurar-se como:

> *"Procedimentos técnicos de enfermagem crescentes na complexidade, tempo de execução e cuidados" (E57).*

Houveram muitas sugestões para estratificar os indicadores em quatro graus de dependência, e não três conforme apresenta-se. Além do mais:

> "*... a descrição das características dos itens 1 não configuram dependência que justifique internação do paciente sendo que o cuidado é mais indicativo de CAPS III do que internação*" *(E54).*

Um novo *layout* para o instrumento de forma a facilitar a visualização do enfermeiro também foi a sugestão geral de 10 enfermeiros assistenciais que já o utilizam na instituição, porém não houve tempo hábil para a construção de um novo formato do instrumento conforme sugestões.

Houve ênfase ao indicador **"sinais vitais e problemas clínicos"** haja vista que o perfil dos pacientes psiquiátricos, atualmente, têm mudado e possuem muitas demandas clínicas requerendo, empiricamente, mais horas de enfermagem conforme E9, E16 e E40. Desta forma o E40 levanta a possibilidade de aplicar outro SCP clínico naqueles pacientes com disfunções clínicas além das abordadas no instrumento psiquiátrico fato este que ocorre em sua instituição.

Outros enfermeiros que já utilizam o SCPP comentaram sobre o quanto é difícil manejar as demandas clínicas sem um instrumento específico e por isso utilizam dois instrumentos no dia-a-dia, desta forma, sugeriram acrescentar características clínicas ao indicador e até ampliar a complexidade para quatro graus de dependência já que *"um curativo em um paciente psiquiátrico nunca é somente um curativo como em um paciente clínico"* (E47, E52, E53).

A seção **"fechamento do instrumento"** foi a que mais gerou comentários e discordâncias pois os juízes não compreenderam o propósito da equivalência das horas de enfermagem sinalizando baixa concordância (78,30%):

> *"Acredito que esta equivalência se aplica a pacientes em condições de cuidados clínicos em situações especiais. Dar uma equivalência em relação ao grau de dependência a pessoas com transtornos mentais pode ser mais um rótulo que receberá" (E58).*

Outro juiz afirma que:

> *"Os cuidados em saúde mental devem ser responsabilidade da equipe multidisciplinar referência e não devem ser medidas em horas, mas sim na qualidade*

> *terapêutica, de ressocialização e nos vínculos estabelecidos com a pessoa que apresenta transtorno mental" (E54).*

A não compreensão da utilidade da equivalência das horas de enfermagem foram dos juízes defensores do modelo psicossocial alegando engessamento da prática, por outro lado, expressa-se:

> "*Observo que o instrumento tem a potencialidade de acessar as tarefas assistenciais e avaliações que são exigidas para um enfermeiro de unidade de internação psiquiátrica sendo importante para a coordenação do processo de cuidar e planejamento assistencial" (E43).*

Outros participantes complementam com o comentário de que o instrumento é adequado para a avaliação da dependência do paciente bem como para promover o dimensionamento de pessoal de enfermagem como um todo e por plantão. Muitos enfermeiros assistenciais visualizam que a clínica psiquiátrica carece desses parâmetros. Ainda sobre o dimensionamento:

> *"Sobre as horas de cuidado, estamos sob uma questão de dimensionamento sendo assim, coloquei como pertinente a equivalência. Mas faltaram os cuidados mínimos de 3,8horas que poderiam ser dispensados aos pacientes com Independência, que o seu instrumento não acolhe. (E53)".*

Outro juiz afirma que:

> *"... essa escala de classificação certamente irá facilitar para evidenciar o grau de dependência do paciente e, consequentemente, irá contribuir para mostrar a real necessidade de recursos humanos" (E52).*

Em outra instituição, afirma-se que:

> "*... a quantidade de horas de enfermagem sugerida pelo instrumento deve ser coisa da universidade, porque na prática isso não funciona e nem quero saber" (E20).*

Quanto ao item **"pontuação"** as sugestões permearam a necessidade de aplicar o instrumento e realizar testes estatísticos para avaliar o ponto de corte sugerido conforme E53.

Outro juiz avalia que:

> "*...embora eu acredite que acima de 15 pontos deveria ser Dependência Intermediária, ou seja apenas um item com Dependência Intermediária já caracterizaria o todo, porque enfermagem psiquiátrica tem sempre um plus na ação, que é a aceitação e entendimento do pacientes sobre o que está sendo realizado, que*

> *difere totalmente das outras clínicas. No mesmo raciocínio, apenas um item como Dependência Plena caracterizaria o cuidado como Dependência Plena, pelos mesmos motivos (E57)".*

Já no item **"descrição dos graus de dependência"** houve uma concordância nos relatos acerca da sequência lógica crescente de complexidade (E22) e definição clara dos cuidados que os pacientes precisam (E30) apesar da necessidade de melhorar a redação e acrescentar termos técnicos pertinentes à complexidade. Porém, ainda o desconhecimento acerca do objetivo da pontuação, e do instrumento em si, permeie os comentários:

> *"... compreendo que, a descrição de cada nível de dependência, sirva tão e somente para alinhar o computo da classificação obtida pelo "escore", visto que, se fosse para encaixar numa classificação descrita, não haveria necessidade de classificar com pontos (E46)".*

A última seção foi a que mais recebeu comentários conforme o trecho transcrito abaixo:

> *"... eu desconhecia essa proposta de equivalência e nem que isso poderia ser feito" (E21).*

Complementando que achou interessante ter um parâmetro para iniciar o cálculo do dimensionamento já que não há **"horas de enfermagem"** na psiquiatria ainda".

> *"... eu concordo com a equivalência por mostrar de forma simples e fácil o grau de dependência e as horas de enfermagem sendo mais fácil testar o cálculo, além de ser um instrumento totalmente pertinente a minha realidade institucional" (E29).*
>
> *"... acho importante a equivalência das horas pois os cuidados são realizados adequadamente sem sobrecarregar nenhum funcionário além de pensar em uma assistência humanizada e individualizada*" *(E34)*
>
> *"... mesmo com todos esses dados nunca teremos um real do número de horas específico para cada grau porque ainda não temos estudos como em outras clínicas" (E26).*
>
> *"... é necessário aplicar o instrumento por um tempo para ver as lacunas das características e testar os cálculos com as suas horas sugeridas" (E41).*
>
> *"... baseado na minha experiência a equivalência Dependência Plena e Pacientes Intensivos não se aplica, pois os Pacientes Intensivos estão em risco iminente de morte sem autonomia para realizar suas atividades da vida diária e monitorização contínua. Acredito que na psiquiatria a Dependência Plena seria equivalente ao Paciente Semi-Intensivo" (E8).*

No geral, o instrumento obteve concordância em 90% dos juízes fato corroborado pelos comentários sobre a importância do instrumento para o dimensionamento, que o instrumento é inovador e de fácil aplicabilidade além dos itens totalmente pertinentes.

> *"... todos os itens são pertinentes tornando o instrumento claro e fidedigno quanto aos critérios utilizados na sua elaboração" (E380.*

> *"... o instrumento deve compor o prontuário do paciente e a pontuação uma planilha diária gerencial ou passagem de plantão para realizar o dimensionamento da unidade" (E37).*

Assim, gerou-se uma nuvem de palavras sinalizando quais foram as mais frequentes dentre as sugestões dos enfermeiros assistenciais, enfermeiros pesquisadores e docentes de enfermagem. Na figura abaixo, aparecem em tamanho maior àquelas palavras com o elevado índice de recorrência dentro do campo científico.

Figura 3 – Palavras mais frequentes nas avaliações dos juízes especialistas acerca do Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos – versão 2. Botucatu, SP, Brasil, 2017.

Como limitação dessa etapa, percebeu-se a subjetividade dos juízes e a não compreensão do objetivo da pesquisa já que o E33 observa que os itens abordados pelo instrumento não

refletem as características do paciente que ela escolheu para classificar. Este fato também fica evidente nos comentários acerca do item “nome” subentendo que deveriam aplicar o instrumento em um paciente fato este concretizado quando os questionários foram devolvidos. Identificou-se também, a compreensão equivocada da equivalência proposta acerca das horas de enfermagem para cada grau de dependência denotando que o enfermeiro assistencial pouco entrou em contato, na prática, com o processo de dimensionamento:

> *“Todos os pacientes são tratados de forma igual sendo padronizada a quantidade de horas de enfermagem para todo o hospital e não se leva em conta a particularidade do sujeito ou a característica do hospital”* (E10).

Outra enfermeira da mesma instituição escreve que:

> *“... o cuidado é realizado de forma coletiva e não na particularidade, por isso a quantidade de horas deve ser igual”* (E9).

Exemplifica que na sua instituição há dois funcionários para 18 pacientes e um enfermeiro/turno mas o quadro ideal seriam três auxiliares\técnicos de enfermagem.

4.3 Etapa 3

4.3.1 Confiabilidade

Utilizou-se o coeficiente Alpha de Crombach de acordo com a equação abaixo:

$$\alpha = \frac{k}{k-1}\left(1 - \frac{\sum_{i=1}^{k} S_i^2}{S_{soma}^2}\right)$$

Onde:

K é o número de itens analisados, ***n*** é o número de juízes, ***s2i*** é a variância dos n escores fornecidos pelos juízes ao i-ésimo item (i = 1, ..., k) e ***s2soma*** é a variância dos totais Tj (j = 1, 2, n) de escores fornecidos por cada juiz.

O valor encontrado foi de 0.85, sendo classificado como quase perfeito/excelente de acordo com a escala proposta em Landis e Koch, (1977).

4.3.2 Validade

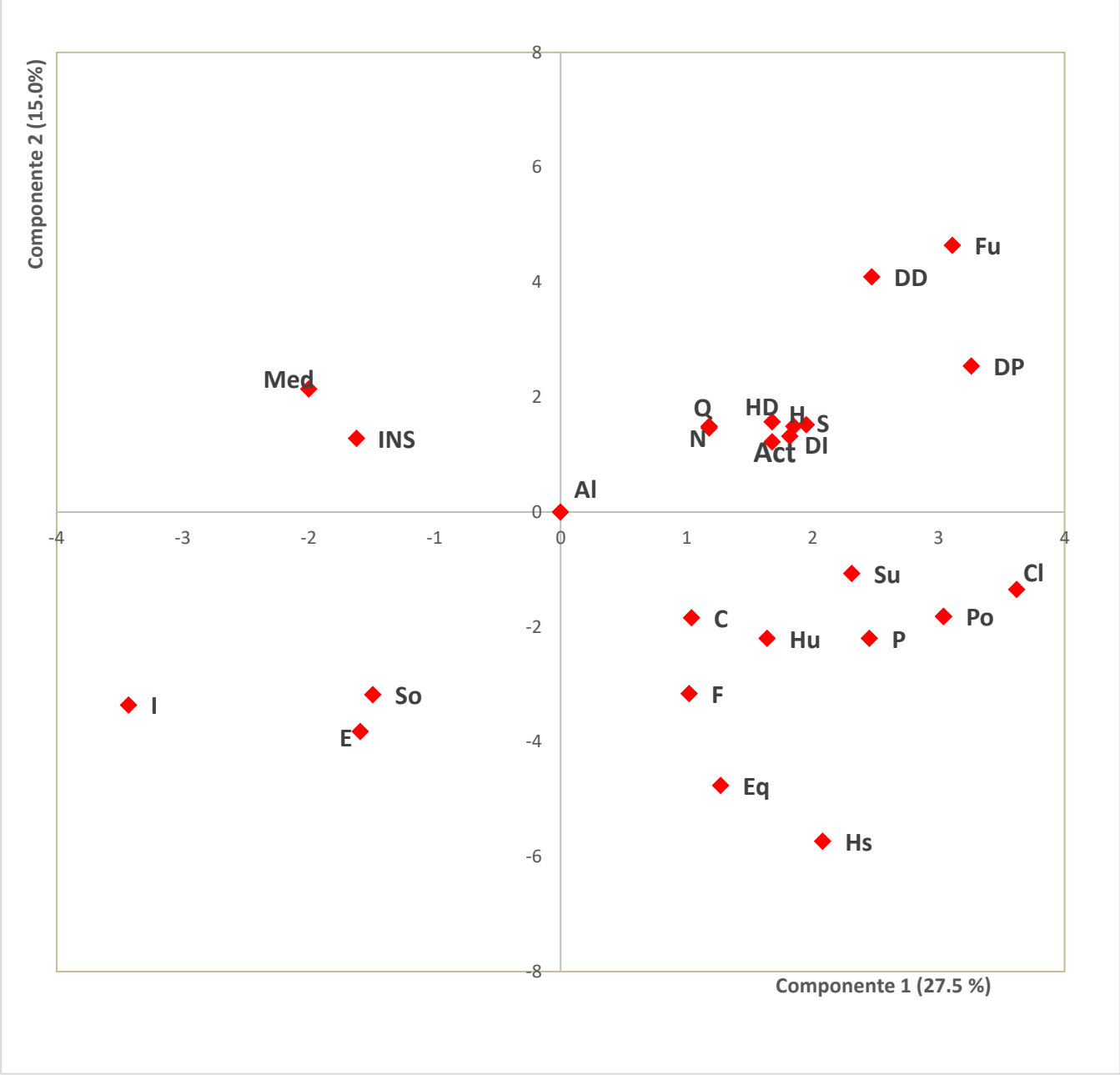
O IVC mediu a validade de conteúdo do instrumento que foi 0.9 no geral e também identificou os itens considerados mais importantes. Na tabela abaixo segue índice de cada item do instrumento sendo que o indicador **"comportamento relacionado ao fumo"** e **"equivalências das horas de enfermagem"** tiveram os menores índices respectivamente, 0.63 e 0.78.

Tabela 3 – Índice de variação de conteúdo (IVC) calculado para cada item avaliado no questionário acerca dos itens do instrumento Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos – versão 2, segundo os juízes especialistas. Botucatu, SP, Brasil, 2017.

Cabeçalho (4 itens)	IVC
Nome (N)	0.93
Idade (I)	0.93
Hipótese Diagnóstica (HD)	0.87
Instruções para preenchimento do instrumento (INS)	0.97
Conteúdo principal - Indicadores (14 itens)	
1. Cuidado com aparência e Higiene (H)	0.95
2. Expressão do pensamento (P)	0.87
3. Humor e afeto (HU)	0.92
4. Atividades (ACT)	0.93
5. Interação social (S)	0.93
6. Alimentação e hidratação (Al)	1.0
7. Sono (So)	0.97
8. Medicação (Med)	0.95
9. Eliminações (E)	0.95
10. Sinais vitais e outros controles (C)	0.97
11. Queixas e problemas somáticos (Q)	0.93
12. Comportamento relacionado ao suicídio (Su)	0.93
13. Abordagem familiar (F)	0.95
14. Comportamento relacionado ao fumo (Fu)	*0.63*
Proposta de classificação - Fechamento do instrumento (7 itens)	
Pontuação (Pon)	0,90
Classificação (Cl)	0.87
Descrição do grau de dependência discreta (DD)	0.85
Descrição do grau de dependência intermediária (DI)	0.90
Descrição do grau de dependência plena (DP)	0.85
Equivalência dos graus de dependência (Eq)	0.97
Equivalências das horas de enfermagem (Hs)	*0.78*

Finalmente, para visualização dos padrões observados nas respostas foi realizada a Análise de Componentes Principais com a matriz de covariâncias que resumiu cerca de 44% da variância total do questionário (27.5% no primeiro componente e 15% no segundo). Os dois componentes avaliados foram os itens do instrumento *versus* os juízes. Na figura 4 observa-se que as variáveis (em vermelho) mais próximas entre si indicam alta covariância, ou seja, padrões similares de respostas e são itens que caminham juntos na pertinência para o instrumento. Assim, juízes que consideraram o indicador **"sono"** (So) pertinente, também consideraram o indicador **"eliminações"** (E); no outro quadrante acima, **"medicação"** (Med) e **"instruções"** (INS) são itens ambos pertinentes com alta correlação. Por outro lado, os itens distantes entre si não possuem correlação, ou seja, juízes que acharam o indicador **"comportamento relacionado ao fumo"** (Fu) pertinente não necessariamente acharam o item **"equivalência das horas de enfermagem"** (Hs) pertinente também, ambos estão na maior amplitude da distribuição sinalizando baixa correlação com os demais itens. As variáveis no mesmo quadrante possuem pertinência entre si. O indicador **"alimentação e hidratação"** (Al) situado bem na intersecção sinaliza alta correlação entre si além de pertinência de si com si mesmo e com os itens ao seu redor.

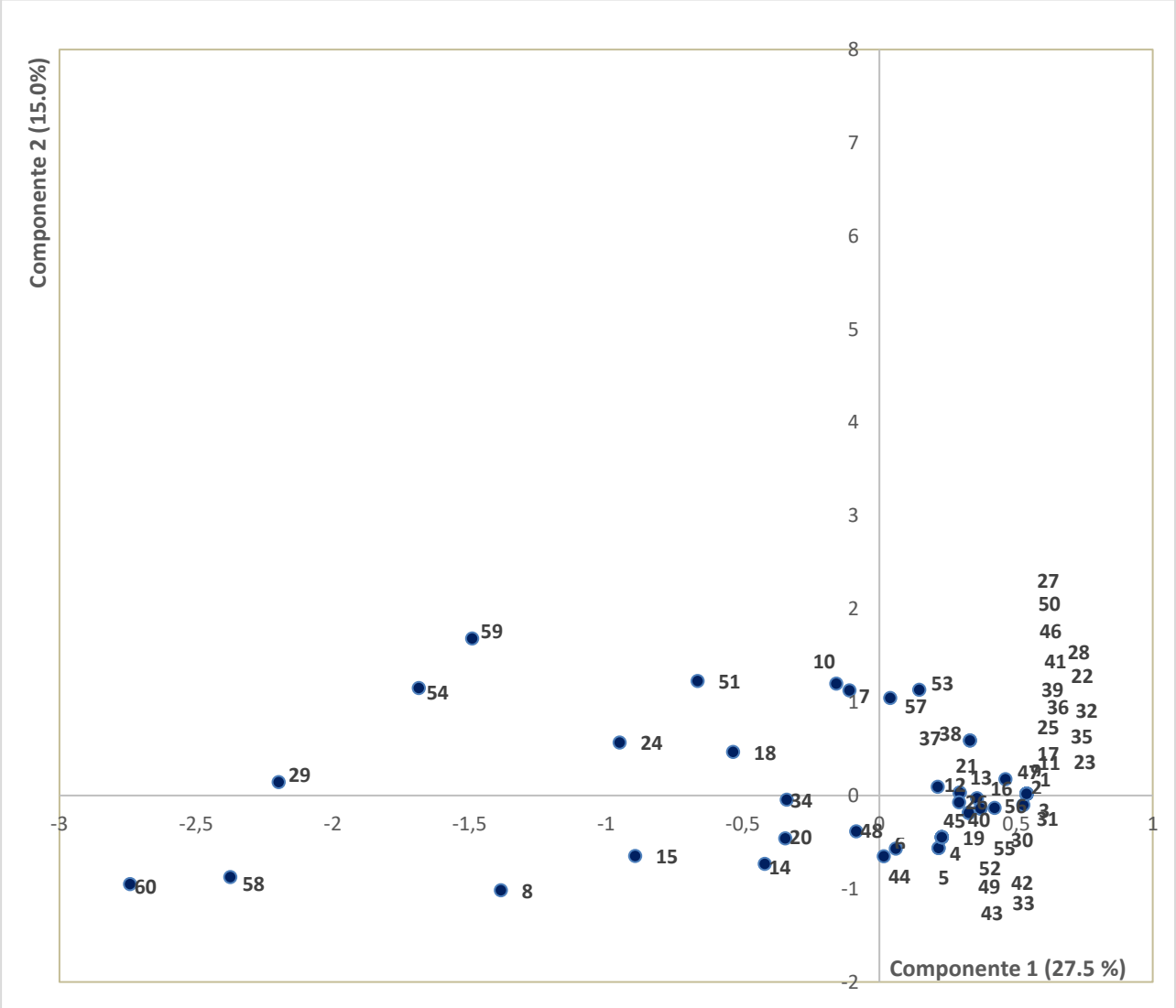
Figura 4 – Análise da covariância (correlação e variância) dos itens que compõem o Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos – versão 2, segundo a avaliação dos juízes especialistas. Botucatu, SP, Brasil, 2017.



Na figura abaixo, há a representação da distribuição dos juízes na correlação entre si sendo que quanto mais próximos, maior tendência a valorizar os mesmos itens. É possível observar uma forte concentração dos juízes no lado direito do gráfico e uma dispersão dos

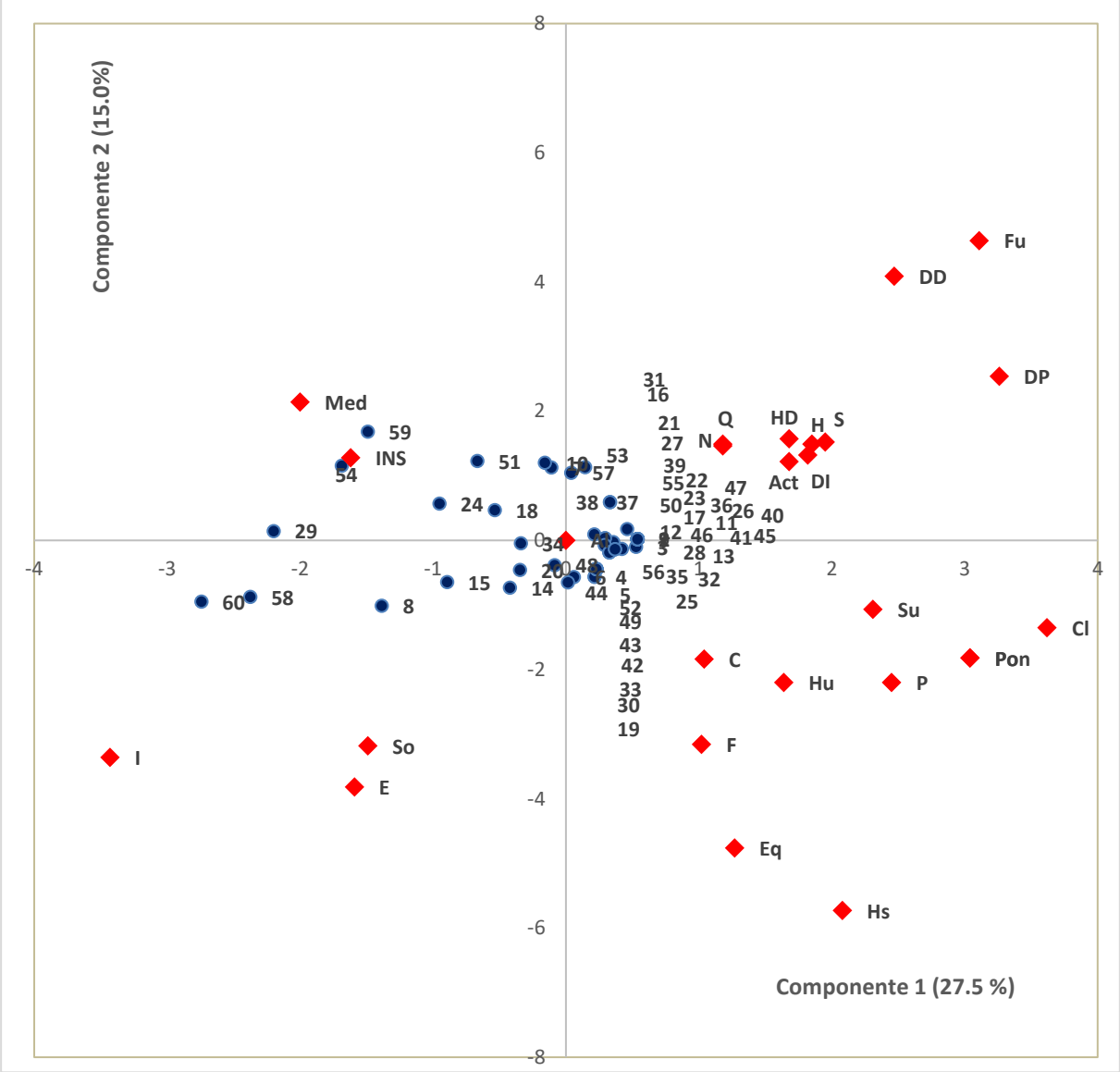
mesmos no lado esquerdo. O agrupamento de juízes próximo à região central do gráfico indica que muitos deles concordaram nas respostas reforçando a confiabilidade do instrumento. O juiz 60 é o mais destoante de todos em sua avaliação sugerindo que não concorda com a maioria. Observando a caracterização dos juízes como: idade, formação acadêmica e tempo de serviço, não houve um padrão claro relacionando as características dos juízes e as respostas.

Figura 5 – Correlação entre a avaliação dos juízes especialistas nos itens que compõem o Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos – versão 2. Botucatu, SP, Brasil, 2017.



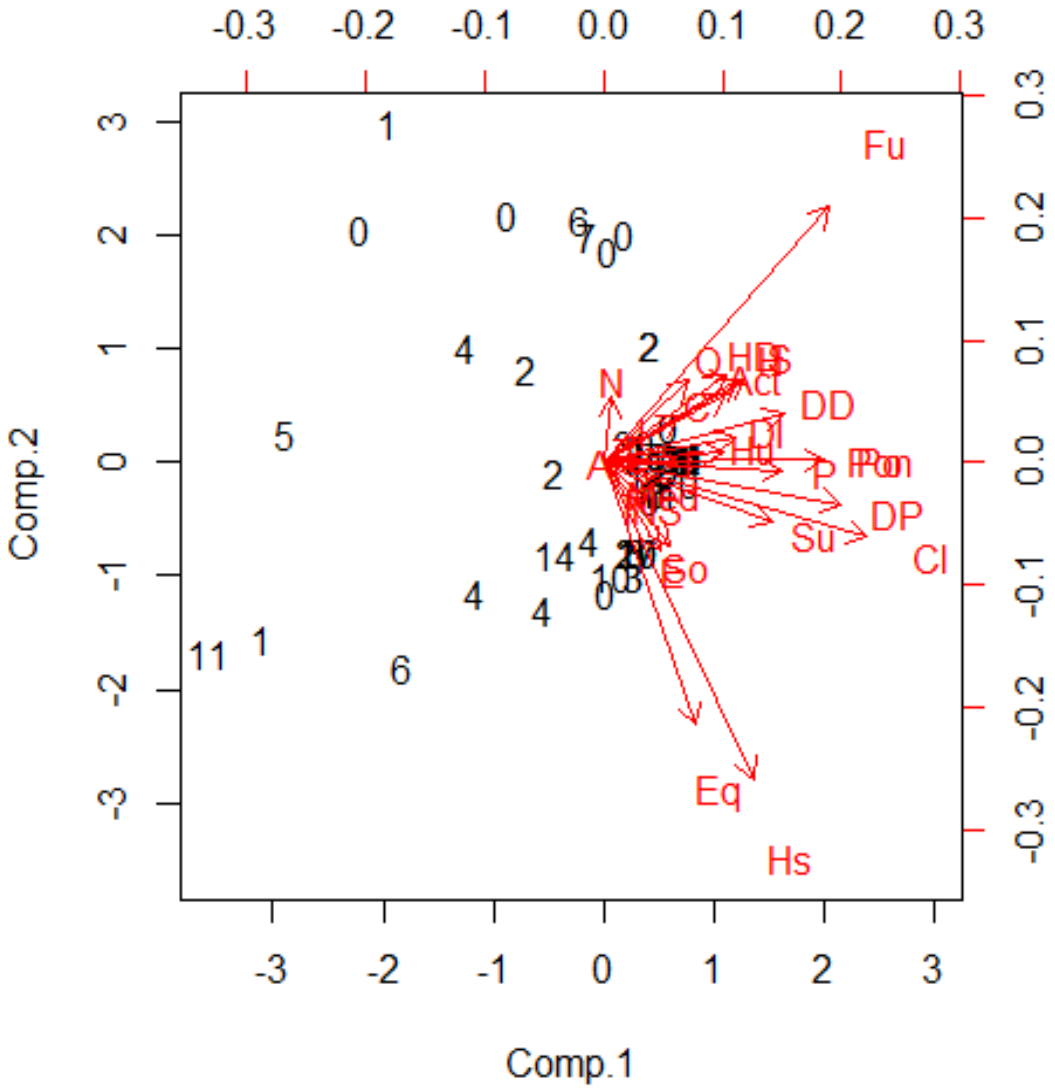
Finalmente, ao sobrepor os dois gráficos anteriores, é possível visualizar que os itens (em vermelho) considerados mais importantes por determinados juízes (em azul) são justamente os mais próximos à ele no gráfico, como por exemplo: os juízes 58 e 60 consideram o item **“idade”** (I) importante, já os juízes 59 e 54 consideram o indicador **“medicação”** (Med) importante. Da mesma maneira os juízes mais próximos apresentaram padrões de resposta semelhantes, de forma que podemos agrupar os juízes 60, 58, 29, 59, 54 e 8 como um grupo que deu mais importância para os itens à esquerda na figura 5 (I, E, So, Ins, Med), diferentemente dos juízes agrupados à direita. Entretanto, no geral, a baixa dispersão dos itens de modo que mesmo longe agrupam-se e a alta concentração dos juízes no centro do gráfico e também perto dos itens sinaliza confiabilidade do instrumento.

Figura 6 – Análise dos componentes principais do Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos – Versão 2 em covariância com os juízes especialistas que avaliaram a pertinência dos itens do instrumento. Botucatu, SP, Brasil, 2017.



Diante dos resultados, o instrumento possui alta covariância e pertinência confiável dos seus itens excluindo o indicador **"comportamento relacionado ao fumo"** (Fu) e o item **"equivalência das horas de enfermagem"** (Hs) conforme ilustra a figura 7 onde os respectivos itens estão dispersos dos demais componentes.

Figura 7 – Representação gráfica da alta covariância entre os itens do Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos – Versão 2 e os juízes especialistas. Botucatu, SP, Brasil, 2017.



A limitação desta etapa refere-se ao fato de que o instrumento não fora testado, portanto, não sendo possível inferir o quão estável e preciso ele é devendo a confiabilidade ser sempre discutida em função da população ou propósito do estudo. O instrumento confiável para uma determinada situação pode não ter a mesma confiabilidade quando aplicado clinicamente nos pacientes psiquiátricos, razão pela qual a confiabilidade e a validade devem ser testadas sempre. Limita-se que a validade não é característica do instrumento, e sim da população estudada.

4.4 Versão final do instrumento

Assim, a versão final do instrumento consistiu em 13 indicadores críticos para o cuidado em enfermagem psiquiátrica, com três níveis de complexidade, e alteração da pontuação. Manteve-se as descrições dos graus de dependência e a equivalência sugerida de horas de enfermagem para cada grau de dependência. Os trechos **SOMENTE EM NEGRITO** foram as alterações sugeridas pelos juízes**.**

Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos – Versão 2

NOME: _____IDADE:_____

HD:_____

Instruções: **assinalar abaixo a característica que mais reflita a situação do paciente no momento da avaliação. Cada indicador possui 3 subitens (1,2,3) correspondentes à gravidade da dependência do paciente. Proceder à somatória final para identificar o grau de dependência do paciente em relação à assistência de enfermagem e assinalar, no final, a pontuação correspondente. Montar uma planilha diária para realizar o dimensionamento.**

1. CUIDADOS COM APARÊNCIA E HIGIENE

1. ( ) Necessita de orientação/supervisão para realizar as atividades de rotina: banhar-se, vestir-se, guarda de roupas e pertences, higiene íntima e oral. Higiene geral satisfatória. Faz uso relativamente adequado de vestimentas e ornamentos.
1. ( ) Necessita de auxílio para realizar as atividades de rotina. Higiene geral pouco satisfatória. Demonstra algum desinteresse por sua aparência.
2. ( ) Negligente quanto à aparência, veste-se de forma inadequada e/ou bizarra, necessita de ajuda realizar a higiene geral. Mobilidade física restrita. **Acamado/banho de leito. Recusa os cuidados de higiene. Necessidade de contenção conforme protocolo institucional**.

2. EXPRESSÃO DO PENSAMENTO

1. ( ) **Crítica preservada**. Responde às solicitações **porém com questionamentos. Ideia de fuga.** Mantém discurso em tom de voz normal e conteúdo adequado.
2. ( ) Mantém tom de voz elevado ou diminuído. Responde sucintamente às solicitações. Nota-se prejuízo da crítica e julgamento, **discurso acelerado ou diminuído mudando várias vezes de assunto**, fala aparentemente sozinho, mas quando solicitado, consegue manter um discurso coerente **porém delirante**, querelante. **Tentativa de fuga**.

3. ( ) **Ideias delirantes com discurso incoerente**. **Alucinações**, denotando com certa frequência grande incômodo resultante de tais sintomas, expressa ideias de agitação**/hetero ou auto agressão**, fuga ou suicídio, não responde às solicitações. **Mantém-se em mutismo ou gritos como forma de comunicação**. **Expressão do pensamento através do não verbal (linguagem corporal)**. **Fuga Necessidade de contenção conforme protocolo institucional**

3. HUMOR E AFETO

1. ( ) Mantém humor eutímico ou **modulado adequadamente.**
2. ( ) Demonstra certa indiferença, chora sem motivo aparente e com facilidade, não expressa seus sentimentos, faz demonstrações afetivas inadequadas, às vezes alegre, às vezes triste. **Humor ansioso**. **É capaz de cuidar de suas medicações, aceita as medicações com auxílio de um familiar.**
3. ( ) Incapacidade para manejar seus sentimentos excessivamente alegre ou triste; desinteressado de tudo; irrita-se com facilidade; muda bruscamente de estado de humor. **Inquieto. Fala excessiva**. **Necessidade de contenção conforme protocolo institucional**.

4. ATIVIDADES

1. ( ) Aceita participar das atividades individuais e grupais, **porém não interage ou quando interage monopoliza a atenção**. Colaborador, procura ocupações espontaneamente, termina o que inicia dentro dos seus limites de execução.
2. ( ) Participa das atividades, apenas quando é **solicitado** e mantém-se isolado dos demais; **permanece parcialmente nas atividades; não termina o que inicia, tem dificuldade de aceitação das regras**.
3. ( ) Recusa participar de qualquer atividade, apesar de conhecê-las; fica parado ou completamente inativo nas atividades; não permanece nas atividades. **Necessidade de contenção conforme protocolo institucional**.

5. INTERAÇÃO SOCIAL

1. ( ) Colaborador com equipe e demais pacientes/interage espontaneamente, porém não gosta que limites terapêuticos sejam colocados, **mas mantém a interação respeitosa**.
2. ( ) Mantém-se isolado dos demais, indeciso, tenta seduzir e manipular os demais; anda sozinho de um lado para o outro; tem dificuldade no entrosamento e no cotidiano do manejo das relações familiares e sociais; quando solicitado, interage ou apenas responde às solicitações apenas quando é estimulado. Queixa-se das regras sem coerência.

3. ( ) Hostil e ameaçador; não tolera frustrações; dependente dos demais; fica parado (completamente inativo); não colabora; **subtrai** pertences dos demais; aborda familiares de outros pacientes durante visita; negligência suas responsabilidades; **comportamento excessivo**. **Necessidade de contenção conforme protocolo institucional**.

6. ALIMENTAÇÃO / HIDRATAÇÃO

1. ( ) **Necessita apenas de supervisão** pois aceita adequadamente as refeições e hidratação; mantém hábitos adequados durante as refeições, considerando-se as diferenças culturais.
2. ( ) Necessita de orientação pois ingere quantidade insuficiente de alimentos e líquidos; quando **estimulado** alimenta-se e hidrata-se; exige dieta especial (terapêutica); necessita de suplementação alimentar; mantém alguns hábitos inadequados durante as refeições, considerando-se as diferenças culturais.
3. ( ) Não se alimenta/hidrata sozinho; tem dificuldades para mastigar ou deglutir; recusa as refeições/líquidos; ingere quantidade excessiva de alimentos/líquidos; compulsividade; mantém-se inadequado durante as refeições; realiza ações purgativas após refeições; necessidade de **SNG/ SNE/ hidratação EV ou jejum**. **Avalia que há veneno na comida/bebida**. **Auxílio para alimentação e hidratação devido à contenção**.

7. SONO

1. ( ) Dorme regularmente à noite quando medicado conforme prescrição médica de rotina. **Sente-se repousado.**
2. ( ) Dorme durante o dia; não dorme à noite, mas permanece em seu leito; só dorme após ser medicado extra por via oral ou via intramuscular. **Não sente-se repousado.**
3. ( ) Dorme e queixa-se de que não dormiu; não dorme de dia e nem de noite e torna-se inquieto e agitado; sonâmbulo; não dorme **mesmo depois de medicação extra**; dorme além do normal tanto de dia quanto de noite. **Necessidade de contenção conforme protocolo institucional.**

8. MEDICAÇÃO

1. ( ) Aceita sua medicação, mas **em casa necessitava de supervisão;** quase sempre conhece os medicamentos que usa; necessidade de medicação (VO) até 3 vezes/dia.
2. ( ) Aceita sua medicação após orientação e abordagem; **apresenta efeitos colaterais, porém sem alterações de SSVV;** demonstra certa insatisfação ou medo dos medicamentos;

eventualmente, procura por informações sobre a medicação; necessidade de medicação (VO) 4 vezes/dia.

3. ( ) Faz tentativas de esconder sua medicação; recusa os medicamentos; necessita de medicações injetáveis e/ou diluídas; solicita medicamentos a todo o momento**. Efeitos colaterais com alteração de SSVV. Necessidade de contenção conforme protocolo institucional**

9. ELIMINAÇÕES

1. ( ) **Diurese e eliminações intestinais dentro da normalidade. Controle esfincteriano adequado porém necessita de supervisão durante uso do sanitário.**
2. (**) Eliminações intestinais não são regulares ou excessivas com déficit no controle esfincteriano. Alteração no aspecto das fezes.** Apresenta incontinência urinária/intestinal decorrente do uso de medicações.
3. ( ) Não tem controle esfincteriano; faz uso inadequado do sanitário; necessita de fraldas. **Escatofagia**. **Constipação**. **Necessidade de contenção conforme protocolo institucional**

10. SINAIS VITAIS E OUTROS CONTROLES

1. ( ) Verificação conforme rotina institucional **e colaborador com procedimento**
2. ( ) Verificações de acordo com a evolução clínica, sintomatológica ou queixas, prescrição médica, realização de glicemia capilar (quando não incluído no item 1) ou de 4/4hs. **Dificuldade para realizar o procedimento com colaboração parcial**
3. ( ) Necessita de controle de sinais vitais, hídrico e alimentar, débito urinário, e/ou **medidas antropométricas**; **coleta de exames laboratoriais**; necessita de procedimentos diagnósticos/clínicos fora da unidade psiquiátrica **e/ou curativos**. **Sem colaboração exigindo negociação**. **Controles conforme protocolo institucional de contenção**

11. QUEIXAS E PROBLEMAS SOMÁTICOS

1. ( ) Queixoso, porém sem demandas físicas **(origem psicossomáticas)**.
2. ( ) Refere queixas relativas ao tratamento medicamentoso, de sinais e sintomas crônicos ou outros; **poliqueixoso.**
3. ( ) Refere queixas de sintomas agudos de disfunções fisiológicas ou clínicas; apresenta sinais e sintomas de patologias clínicas. **Queixas relacionadas ao procedimento de contenção**

12. COMPORTAMENTO RELACIONADO AO SUICÍDIO

0. ( ) Não se aplica.
1. ( ) Crítica preservada e sem uso prévio de substâncias psicoativas; ado; leve alteração de humor; alguns pensamentos sem plano; planejamento frouxo; rigidez/constrição frouxa; dificuldade de acesso aos meios; **auto agressão/auto mutilação sem intencionalidade no momento**; sem tentativas anteriores apesar de histórico familiar positivo; apoio social e familiar presentes.
2. ( ) Crítica parcialmente preservada; alteração de humor expressiva; **possui pensamentos e planejamento a longo prazo com acesso parcial aos meios**; planejamento para longo prazo; ambivalência presente; impulsividade; histórico de tentativa anterior; apoio social e familiar existentes, porém frágeis.
3. ( ) Crítica prejudicada; uso prévio de substâncias psicoativas; forte pensamento com planejamento estruturado e meios; forte sentimento de desesperança, desamparo, desespero e depressão; rigidez/constrição forte (visão em túnel); apoio social fraco ou inexistente; estado mental alterado; várias tentativas anteriores; **Necessidade de contenção conforme protocolo institucional**

13. ABORDAGEM FAMILIAR

1. ( ) Tempo requerido de assistência de enfermagem aos familiares: **15 a 30 minutos;** familiares participam ativamente do tratamento; adequada continência sócio familiar; recebe visitas e/ou ligações regularmente.
2. ( ) Tempo requerido de assistência de enfermagem aos familiares: **30 à 1hora**; familiares participam do tratamento mediante solicitações; continência sócio familiar prejudicada; recebe visitas e/ou ligações esporadicamente; recusa ligações e/ou vistas de algum familiar específico.
3. ( ) Tempo requerido de assistência de enfermagem: **maior que 1 hora**; familiares não participam do tratamento ou **não localizados**; incontinência sócio familiar; raramente recebe visitas e/ou ligações; alteração do comportamento quando recebe ligações e/ou visitas; recusa ligações e/ou visitas. Impossibilidade de receber visitas devido à **contenção conforme protocolo institucional**

Pontuação: _____ Assinale abaixo o grau correspondente à pontuação:

( ) 12 a 20 pontos: grau de dependência discreta (DD)

( ) 21 a 29: grau de dependência intermediária (DI)

( ) 30 a 39: grau de dependência plena (DP)

Data: _____/_____/_____ _____

Enfº responsável (carimbo e assinatura)

Assinale o grau de dependência que o paciente apresenta em relação à assistência de enfermagem de forma a nortear suas ações.

( ) DD: Paciente cujo comportamento é organizado; necessita de orientação verbal para: higiene, vestimentas, alimentação, hidratação; aceita contenção verbal; sem risco ou baixo risco para suicídio; comportamento adequado para o fumo; interação social positiva, porém manipulador; sem disfunções clínicas ou disfunções clínicas compensadas. Não necessita de contenção. Há apoio familiar e social mesmo que frágil

( ) DI: Paciente cujo comportamento é parcialmente desorganizado; necessita de auxílio parcial ou supervisão para: higiene, vestimentas, alimentação e hidratação; agressivo verbalmente; manipulador; médio risco de suicido; necessário lembrá-lo várias vezes ao dia do local específico para fumar; parcialmente isolado; medicação extra VO; apresenta disfunções clínicas; tentativas de fuga. Necessita de contenção porém breve. Há apoio familiar e social parcial.

( ) DP: Pacientes cujo comportamento é totalmente desorganizado; necessita de auxílio total para: higiene, vestimentas, alimentação, suplementação alimentar, hidratação EV; hetero/auto agressivo e/ou comportamento mutilante; alto risco de suicídio; fuma em demasia e em locais inadequados; isolado; medicação extra IM; contido fisicamente/mecanicamente; disfunções clínicas com possível instabilidade; necessita de ECT; alto risco de fuga. Necessita de dois acompanhantes para encaminhamentos. Necessita de contenção. Não possui apoio familiar e social. Possui intercorrências clínicas.

Quadro 1. Adaptação do grau de dependência do instrumento para classificação de pacientes psiquiátricos – versão 2 segundo a segundo a Resolução Conselho Federal de Enfermagem nº 543/2017 e concordância dos juízes especialistas. Botucatu, SP, Brasil, 2017.

Graus de dependência segundo a Resolução COFEN nº 543/2017.	Graus de dependência de acordo com o instrumento.	Horas de enfermagem/leito, nas 24 horas segundo a Resolução COFEN nº 543/2017.
Pacientes de Cuidados Intermediários	Dependência Discreta (DD)	6 horas de enfermagem por paciente
Pacientes de Cuidados Alta – Dependência	Dependência Intermediária (DI)	10 horas de enfermagem por paciente
Pacientes de Cuidados Intensivos	Dependência Plena (DP)	18 horas de enfermagem por paciente

5. DISCUSSÃO

O fato do instrumento ter sua confiabilidade estabelecida com um alpha de Cronbach de 0.85 sendo classificado como “quase perfeito/excelente” e validade com IVC geral de 0.9 é corroborado qualitativamente pelas avaliações dos juízes onde também foi possível inferir que o SCPP – versão 2 é simples e eficiente naquilo que se propõe a medir, é útil ao compor o prontuário do paciente fornecendo informações para a elaboração da sistematização da assistência de enfermagem, é objetivo e possui aceitabilidade por parte dos enfermeiros assistenciais.

O instrumento contempla os seis critérios para que seja implementado: validade, confiabilidade, simplicidade e eficiência, utilidade, objetividade e aceitabilidade[40].

A seleção dos especialistas é fundamental onde grupos heterogêneos produzem tendencialmente soluções de maior qualidade e aceitação, que seja variado em termos de experiência, áreas de especialidade e perspectivas em relação ao problema. A inclusão de enfermeiros assistenciais no painel pode ser uma solução que ajuda a preencher esses critérios. O número de especialistas não deve ser inferior a 10 pois compromete os resultados em termos de consenso efetivo e relevância das informações obtidas. Já um número muito elevado gera uma quantidade enorme de dados e torna a administração e a análise muito complexas [47]. Desta forma, considera-se adequada a escolha do perfil do painel de juízes deste estudo.

A validade e confiabilidade puderam ser estabelecidas neste estudo; a utilidade do instrumento como parte do prontuário do pacientes fica clara nos discurso de alguns gerentes bem como dos juízes; a simplicidade, eficiência e objetividade é muito citada entre os juízes já que os mesmos tiveram a oportunidade de manipular o instrumento, entre os gerentes percebe-se a necessidade que o instrumento seja objetivo no sentido de captar fidedignamente a necessidade de cuidados. E por fim, a aceitabilidade perante os juízes e gerentes é bem descrita sendo que estes citam a importância da instância superior na parceria para realizar o cálculo de

dimensionamento através do SCPP legitimando o uso da ferramenta na tomada de decisões. E entre os gerentes, além de haver o envolvimento dos enfermeiros assistenciais em sua construção.

Dentre outras características necessárias para que um SCP possa ser implementado, além das citadas acima, há o comprometimento, coordenação deste processo por uma autoridade na hierarquia institucional sinalizando como responsabilidade do gerente, educação permanente, envolvimento de todos os níveis hierárquicos e comunicação horizontal e vertical efetivas. Sendo assim, foi possível identificar que o eixo principal é a educação permanente dos gerentes e enfermeiros para compreensão e apreensão do propósito de um SCP de forma a incitar o comprometimento, sentido de utilização e comunicação eficiente[40].

Cada instituição está em um nível de uso do SCPP como ferramenta gerencial, porém, não há em nenhuma delas a implementação correta, ainda, conforme requer a literatura. O ambiente do cuidado psiquiátrico está muito heterogêneo do ponto de vista gerencial. A avaliação constante da ferramenta utilizada desperta o raciocínio crítico para construir o próprio instrumento e/ou considerar se está captando a real necessidade de cuidados e carga de trabalho, porém, somente dois gerentes relataram essa preocupação. Outro ponto importante na avaliação, é elaborar uma forma dos enfermeiros avaliarem a carga de trabalho realizada e compará-la com a carga potencialmente prevista pelo instrumento processo já realizado pelo SCP RAFAELA, considerado padrão ouro devido à longa trajetória de estudos e construção de evidências[50].

Estudo que comparou a avaliação clínica do enfermeiro através do uso de um SCP e avaliação sem um SCP mostrou que as avaliações que foram conduzidas mediante o uso do instrumento contemplaram maior número de áreas de cuidado em relação à quando o instrumento não foi aplicado sugerindo uma forte recomendação do uso de um instrumento a fim de se obter identificação mais efetiva das necessidades dos pacientes[51]. Isso fica muito

claro no discurso de A2 cuja implementação do instrumento de Martins foi para auxiliar na identificação dos pacientes mais graves para priorizar a sistematização da assistência de enfermagem e nos outros locais onde o SCP não é utilizado rotineiramente ou nunca fora utilizado (A3, B6, B7) percebe-se um processo de trabalho não sistematizado e do tipo “apagar fogo” gerando carga de trabalho não distribuída adequadamente.

Nos gerentes que mantém o uso do instrumento (A1, A4, B5 e B6) foi possível sentir uma satisfação e o quanto ele organiza o processo de trabalho além de direcionar o olhar do enfermeiro assistencial para todos os elementos necessários na avaliação do paciente psiquiátrico identificando a carga de trabalho e otimizando a alocação dos recursos, ponto bem destacado nos comentários dos juízes. Fato percebido nos relatos dos enfermeiros juízes que já utilizam o instrumento de Martins na prática clínica.

Aliás, a carga de trabalho em pacientes psiquiátricos adultos internados ainda não é um conceito bem definido na literatura nem como sua medição já que os indicadores do cuidado englobam diversas características subjetivas próprias da clínica, porém, os SCP’s ainda se baseiam em um modelo somente biomédico não compreendendo que há intervenções de enfermagem independentes de prescrição médica[52]. Fato esse, observado nos discursos dos gerentes o que gerou o conteúdo latente acerca da forma de gerenciar que ainda é sustentada por este modelo.

Conseguinte à dificuldade de delimitar e definir a carga de trabalho da enfermagem em psiquiatria, estudo recente identificou que cinco instrumentos utilizados para embasar o cálculo do dimensionamento e carga de trabalho, entretanto, apresenta limitações metodológicas e lacunas na validação indicando que os instrumentos utilizados para medir a carga de trabalho da enfermagem no contexto psiquiátrico requerem mais desenvolvimento e comprometimento em identificar os fatores de intervenções relacionados exclusivamente à prescrição de enfermagem e aquelas à prescrição médica[52].

Importante ressaltar que há os cuidados indiretos, como documentação da assistência, transportes (internos ou externos), comunicação interdisciplinar, ações de planejamento terapêutico e preenchimento do prontuário do paciente, que devem ser levados em consideração quando elabora-se um instrumento[39].

Por outro lado, é importante notar que os componentes para realizar o dimensionamento de enfermagem no Brasil, conforme Resolução nº 543/2017 do COFEN estão em consonância com estudos do mesmo tipo realizado nos Estados Unidos, Canadá, Portugal e Finlândia[39,50,52]. Assim, pretende-se chegar com este estudo em evidências para suscitar discussões em nível político envolvendo o COREN-SP como forte apoiador deste remodelamento na saúde mental, o que já vem ocorrendo conforme o discurso dos gerentes. No entanto, é preciso impulsionar mais a aproximação de ambos os Conselhos (COFEN e COREN-SP) no âmbito do gerenciamento do ambiente psiquiátrico. Um SCP representa 45% de um modelo de dimensionamento que continua sendo a linha de frente, e um tema emergente nos discursos, dos esforços para assegurar a segurança do paciente e proporcionar um cuidado de qualidade[51].

O gerenciamento em enfermagem é estabelecido pela Lei do Exercício Profissional desde 1986, porém, os termos utilizados para essa competência remetem às teorias administrativas fragmentistas que acabam por dispersar de fato a atividade complexa que é o gerenciar pois requer diversas competências do profissional muitas vezes não adquiridas na graduação e educação permanente e/ou capacitação dos gerentes não se faz rotina nas instituições conforme apontado em revisão de literatura acerca das práticas gerenciais no Brasil[21,53].

Foi possível evidenciar nesta pesquisa que os gerentes carecem das competências gerenciais associadas à liderança e à educação permanente pois ambas estão em consonância com o pensamento crítico, que leva a um novo modelo de tomada de decisão baseado nas evidências e assim, o gerenciamento do ambiente do cuidado psiquiátrico pode ser remodelado

para atender ao modelo psicossocial do cuidado. Sugestão corroborada por outro estudo onde enfermeiros sinalizam que o principal entrave para a melhora da assistência em enfermagem psiquiátrica é a ausência de educação permanente e o déficit de conhecimento específico que ainda levam às práticas empíricas. A educação permanente é uma das competências segundo as Diretrizes Nacionais Curriculares para a graduação em enfermagem juntamente com atenção à saúde, comunicação, liderança, tomada de decisão e administração/gerenciamento, entretanto, a ênfase, na graduação, na atenção à saúde abre lacunas, facilmente identificadas neste estudo, nas outras competências que nem sempre é com especialização. Estudo revela as fragilidades dos gerentes em enfermagem que devem possuir 11 competências, sendo liderança, comunicação e tomada de decisão comuns às Diretrizes Nacionais Curriculares: negociação, trabalho em equipe, relacionamento interpessoal, flexibilidade, empreendedorismo, criatividade, visão sistêmica e, planejamento e organização. O conjunto de competências é reflexo das necessidades da inter-relação sendo a liderança vista como a mais importante ao exercício da profissão e para exercê-la, é essencial que uma comunicação eficaz esteja presente. Uma liderança forte contribui para o trabalho em equipe e, consequentemente, para a obtenção de melhores resultados e envolvimento dos colaboradores nos processos fato observado nos relatos daqueles gerentes cujo estilo de gerenciar é baseado na liderança mesmo que não saibam. Um relacionamento gerencial satisfatório envolve comunicação assertiva e legitimação da fala do outro[53-55].

O modelo atual de tomada de decisão no ambiente psiquiátrico não está pautado em um processo sistemático e organizado, sinalizando o despreparo dos gerentes diante do dimensionamento mesmo com apoio dos conselhos profissionais de enfermagem, e pouca autonomia gerando uma perda de credibilidade diante da equipe como verbalizado quando os enfermeiros não veem sentido no uso de um SPC. Por outro lado há elementos da tomada de decisão baseados em evidência onde o problema é conhecido em suas multifaces no contexto

local com envolvimento de diversos atores criando um espaço com comunicação horizontal e vertical de forma coletiva consoante ao modelo psicossocial de cuidado. Alguns elementos são comuns a todo processo decisório: administração do tempo, autonomia, mediação de conflitos e negociação. Entretanto, vê-se claramente que os gerentes não estão administrando o tempo produtivamente, e aqueles que usam um instrumento apresentam dificuldades por sentirem-se sem governabilidade na contratação dos recursos humanos, não considerando que possuem governabilidade interna na alocação destes recursos e não visualizam o quanto esta ferramenta pode otimizar internamente a equipe. Às vezes é necessário enxergar mais o nível micro da aplicabilidade de evidência do que o nível macro. Na formação do enfermeiro prevalece o investimento no gerenciamento da assistência e não no gerenciamento e isto torna-se mais acentuado na psiquiatria haja vista a lacuna de estudos gerenciais frente aos assistenciais. Há uma necessidade de mobilização das competências gerenciais do enfermeiro desde sua formação acadêmica bem como o incentivo de educação perante nesta área, pois somente dois enfermeiros, nesta amostra, possuem especialização em administração hospitalar apesar dos anos de cargo na respectiva instituição[55-56]. É na formação acadêmica que o pensamento crítico costuma ser estruturado bem como o processo de tomada de decisão que serão os elementos essenciais para a criação e manutenção de um ambiente de trabalho seguro que possa entregar um cuidado eficaz e de qualidade. A missão, visão, objetivos e valores institucionais irão influenciar esse processo mas não devem interferir ao ponto de cercear a autonomia do gerente de enfermagem cuja competência técnica é assegurada pelo COFEN.

Os achados deste estudo mostram quem há um movimento para isso, saindo da tomada de decisão baseada no empirismo e crenças que sustentam o modelo biomédico. Existe dificuldade em conciliar a administração da assistência e a prestação do cuidado direto aos usuários com a realização de tarefas para o gerenciamento do pessoal e do setor de trabalho, enfatizando que o trabalho do gerente fica limitado ao “apagar fogo” utilizando-se para isso

somente da sua experiência e intuição profissional. Estudo aponta a necessidade de transformação do paradigma gerencial adotado nos serviços de enfermagem, de uma visão burocrática, autoritária, individualista, hierárquica para a adoção de uma postura mais participativa, flexível, centrada na dimensão coletiva e na liderança[57]. Neste sentido, para que a reforma psiquiátrica avance para além das implementação de novos serviços e da alocação dos recursos humanos consolidando as dimensões políticas e técnica-assistencial, é necessário ter um quadro de profissionais dotados de uma postura profissional profundamente distinta da do modelo anterior pois não surtirá efeito se a dimensão sociocultural e epistemológica não for ressignificada e os profissionais mantiverem as práticas antigas. A reforma psiquiátrica não significa somente novos serviços, mas a possibilidade de repensar culturalmente o significado da doença e abordagens, bem como, o gerenciamento também. O fato de serem denominados de “novos” ou “substitutivos” não garante que sejam mediadores e operadores de novas formas de intervenção na abordagem da loucura. Somente a construção de equipes multiprofissionais não é o suficiente para a transformação do modelo de atenção bem como o modelo de gerenciamento[54]. Desta forma a liderança ressoa com o modelo psicossocial no que tange à construção das intervenções de forma ampliada, colaborativa, com poder de contratualidade e práticas colaborativas.

Infelizmente, é notável, como há 10 anos atrás, que ainda predomine o estilo gerencial tradicional com a tomada de decisão baseada no empirismo e modelo biomédico na saúde mental. O modelo de gerenciar é uma reprodução do modelo de cuidar, e vice-versa, se a mudança no modelo de cuidar não está surtindo efeito no gerenciar, torna-se necessária a mudança no modelo do gerenciamento.

Foi possível identificar as lacunas para essa mudança além dos fatores que podem facilitá-la. As barreiras também foram identificadas: uma barreira a ser transposta é a pouca importância que os âmbitos superiores de gestão conferem à psiquiatria tendendo a perceber o

cuidado psiquiátrico como menos importante dentre as outras clínicas pois, os elementos são mais difíceis de serem observados, e assim medidos.

Esse aspecto pode ser um fator contribuinte para que as práticas sejam sem sentido, o que leva a um reforço do modelo biomédico e tomada de decisão baseadas no empirismo. As barreiras para a implementação das práticas baseadas em evidencias no campo da psiquiatria podem ser quatro: a distância da prática assistencial em relação à pesquisas; a natureza da evidência ser de difícil incorporação na prática; barreiras organizacionais e características pessoais dos gerentes como gênero, valores, experiências de vida e preferências individuais[56].

A distância entre prática e pesquisa no campo da psiquiatria já foi sinalizada, sendo um dos principais motivos o quadro de enfermagem subdimensionado o que vai ao encontro do relato dos gerentes que não conseguem realizar pesquisas. Transpor a equipe multiprofissional para equipe interprofissional de forma a estruturar uma prática colaborativa. O modelo psicossocial requer práticas colaborativas onde a comunicação remete ao conceito de entendimento que tem como objetivo produzir um consenso possível entre dois ou mais sujeitos. Não é a busca pela concordância imediata, e sim, a aceitação ou rejeição da fala do outro reconhecendo e qualificando-a. Porém, reconhecer a fala do outro como válida, principalmente, se há discordância, não é tarefa fácil[53-58]. Estes ruídos de comunicação aparecem nos discursos dos gerentes tanto quanto eles não qualificam a fala dos seus enfermeiros pois seus superiores não qualificam suas falas.

A enfermagem é considerada um “grupo oprimido” devido à sua histórica dominação pela medicina, assim, indivíduos dentro de grupos oprimidos tendem a oprimir aqueles que eles podem dominar gerando uma comunicação horizontal, velada na passividade-agressividade. Se a fala do outro é desqualificada, não reconhecida, ou seus argumentos são sequer colocados, não há nenhuma hipótese de entendimento ou ação comunicativa emancipadora. A validade do

discurso do outro fica condicionada à adoção de uma postura interpretativa daquele que detém o poder[58].

A natureza da evidência e a transferabilidade dela para o ambiente da prática não podem ser consideradas como barreiras neste estudo, haja vista que os gerentes e juízes viram total aplicabilidade do instrumento de Martins, porém, talvez, não saibam como fazê-lo adequadamente, mas estão dispostos a aprender. Assim, reforçam-se estas práticas com a adoção de uma agenda de educação permanente e aproximação do COREN-SP para concretização. Algumas características pessoais dos gerentes - como a época em que nasceram, crenças, valores, autoconhecimento - sinalizam para uma "acomodação" no modo de gerenciar atual configurando de fato uma barreira para a implementação do SCPP como ferramenta gerencial. E por fim, as barreiras organizacionais realmente dificultam o processo de contratação de pessoal dando um sentido de que o gerente viu a necessidade, mas não tem governabilidade para alterá-la, por isso, a educação permanente é fundamental para apreensão dos diversos propósitos de um SCPP. Esta última barreira, aparece claramente neste estudo, mas é possível de ser transposta.

A utilização da Técnica Delphi é muito comum em estudos de validação de conteúdo dos instrumentos para classificação do grau de dependência dos pacientes não só na psiquiatria como em outras áreas [34, 59-66]. A primeira versão do SCPP foi validada através da Técnica Delphi e análise estatística simples estando apto para ser aplicado na prática quando teve sua confiabilidade estabelecida sendo o próximo passo do SCPP – versão 2 seguindo a mesma linha dos estudos de outras áreas também. Mesmo sendo adotado o referencial de concordância em 80% e o indicador "horas de enfermagem" apresentar apenas 78%, o componente qualitativo da avaliação dos juízes pôde corroborar a iniciativa da pesquisadora em manter o indicador já que a estabilidade das respostas e clareza das opiniões foram prontamente alcançadas na primeira rodada.

Diversos autores afirmam que não há uma regra única para o consenso, sendo que 80% de consenso é um bom objetivo, e há ainda quem defenda que mais importante que o consenso é a estabilidade das respostas, a qual deve ditar o final do processo. A variação de critérios encontrada na literatura é grande, mas, sejam quais forem os utilizados, esses devem ser estabelecidos antes de começar o estudo. A escolha em incluir um espaço para comentários, no questionário de avaliação, oportunizou que os juízes exprimissem livremente sobre o tópico em causa podendo contribuir para minimizar os vieses da técnica Delphi[47].

Um SCPP japonês passou pelo mesmo processo de validação deste estudo e encontrou-se a mesma dificuldade de abordagem no que tange à mudança do perfil assistencial dos pacientes psiquiátricos que cada vez requerem cuidados clínicos intensos e com alta demanda de enfermagem e optaram por ampliar o indicador de cuidados clínicos[56,67]. No Japão conseguiu-se atribuir as horas de cuidados de enfermagem por grau e dependência sinalizando um grande avanço na clínica psiquiátrica em relação ao Brasil já que os estudos começaram na mesma época[67]. No Brasil não há estudos deste tipo, sendo lançado o desafio para tal. A equivalência das horas de enfermagem sugeridas no atual estudo é um início para testar a validade das mesmas. O governo do Japão, dentro do seu processo de reforma psiquiátrica em 2006, solicitou mapeamento das intervenções de enfermagem na assistência direta e indireta aos pacientes psiquiátricos de forma a construir o seu modelo de dimensionamento baseado em evidências já que o país era o que mais continha números de leitos psiquiátricos/habitantes do mundo[56].

O Índice de Validade de Conteúdo também foi usado em estudo de validação, só que para a pacientes pediátricos[64]. A Análise dos Componentes Principais juntamente com o alpha de Cronbach foram utilizados em estudo para instrumento clínico[65]. Desta forma, este estudo configura-se como uma metodologia pioneira da área da psiquiatria. Ao avaliar o Índice de Validade de Conteúdo de cada item do instrumento, inferiu-se que o item **"comportamento**

relacionado ao fumo" e **"equivalências das horas de enfermagem**" tiveram os menores índices respectivamente, 0.63 e 0.78 sugerindo uma baixa concordância. A Análise dos Componentes Principais evidenciou que estes dois itens estão dispersos sugerindo baixa pertinência em detrimento do restante. Mesmo com grau de concordância abaixo do estabelecido foi mantido o item **"equivalência das horas de enfermagem"** por entender que este estudo visa buscar evidências para a prática do dimensionamento de enfermagem na psiquiatria e os comentários dos juízes apontam para uma não compreensão deste item e o que pode ser feito com ele.

A integração dos delineamentos metodológicos qualitativos e quantitativos puderam avaliar o mesmo objeto por ângulos diferentes possibilitando uma conclusão consensual e judiciosa como requer uma prática baseada em evidência.

Há uma chamada urgente para que a enfermagem adote um *modos operandis* de prática baseada em evidência a partir de um pensamento crítico como competência do gerente [68].

A mudança deste *modos operandis* deve levar em consideração que o empirismo é um corpo de ciência e forma de conhecimento além de ser o passo inicial para as práticas baseadas em evidência já que é através da observação que despertam-se os questionamentos acerca do que está sendo feito. O conhecimento empírico como forma de ciência e a base para a ciência realista tradicional surge em meados iniciais do século XVII em resposta ao racionalismo de Rene Descartes e Spinoza. Enquanto os racionalistas sustentam que o conhecimento é obtido através do uso exclusivo da razão, de forma lógica, encadeada mesmo que não houvesse comprovação da experiência, e já o empirismo de Francis Bacon, John Locke, Berkeley e Hume, argumentam que todo o conhecimento é de fato baseado em experiências, ou seja, nada existe na mente que não tenha passado pelos sentidos. Corrente esta que vai ao encontro da profissão enfermagem cuja base teórico-técnica são as observações e experiências de Florence Nightingale que geraram o raciocínio crítico e investigativo. Apesar da enfermagem datar desde

o século 19, é somente no século 20 que passa a ser vista como ciência devido à construção epistemológica de suas bases teórico-práticas no empirismo. Nas décadas de 60 e 70, as teorias de enfermagem de Dorothy Johnson, Faye Abdellah, Virginia Henderson e Hildegard Peplau, surgem baseadas nesta corrente filosófica chamada de empirismo. Foi necessário para a época de forma a sustentar a enfermagem como profissão, entretanto, atualmente não é mais possível sustentar as práticas somente baseadas no empirismo[69-70].

Neste estudo, é muito claro o empirismo como forma de conhecimento dos gerentes, no entanto, é necessário ser integrado às evidências sobre o dimensionamento e uso de SCP's disponíveis. O empirismo precisa avançar para a forma de pensamento crítico no atual momento de gestão da enfermagem psiquiátrica.

O pensamento crítico é um engajamento voluntario em um processo que envolve reflexão, identificação e avaliação das suposições, a aplicação de habilidades cognitivas como interpretação, análise, racionalização e julgamento, e por fim, consideração do contexto. A disposição para o pensamento crítico é caracterizada por uma motivação interna consistente para se engajar nos problemas e buscar e melhor evidencia disponível para incorporar ou não com o contexto em que o problema está inserido envolvendo, obrigatoriamente, uma tomada de decisão que refere-se a um processo cognitivo sistemático de identificar alternativas, avaliá-las, chegar a uma conclusão ou mais e selecionar uma opção. Envolve a ponderação dos potenciais custos benefícios associados a cada opção antes de decidir[71]. Desta forma, percebeu-se esta disposição nos gerentes e em alguns juízes, porém, ainda não está claro para eles por onde iniciar esse processo.

Desde que muitas decisões são tomadas, problemas resolvidos e estratégias desenvolvidas utilizando o pensamento crítico, os gerentes de enfermagem devem, como uma responsabilidade primaria, empregá-lo efetivamente e assim, sua destreza aumenta. A maneira que os gerentes de enfermagem engajam-se no processo de tomada de decisão e resolução de

problemas baseado no pensamento crítico influencia o estabelecimento de um fluxo de trabalho e estrutura o cuidado ao paciente. Aqueles que são adeptos do pensamento crítico e o tem como hábito da mente estão em uma ótima posição para assumir as competências da liderança e criar mudanças que atingirão resultados positivos na instituição.

Operacionalizar como um gerente e líder requer desenvolvimento contínuo das habilidades do pensamento crítico e inclinação para utilizá-las. Por isso, o modelo ideal de tomada de decisão dever ser baseado na liderança, pensamento crítico e prática baseada em evidência para que o modelo psicossocial de cuidado seja de fato implementado. Quanto mais os gerentes se orientarem pelo processo de dimensionamento através da incorporação do SCPP, mais suas habilidades de liderança serão instaladas e refinadas ao ponto de atingirem uma egrégora coletiva com impacto político sendo a proposta final deste estudo.

Se o propósito dos SCP's não está claro, as dificuldades serão potencializadas e reforçadas pelas práticas sem sentido e pelo discurso enraizado de que não adianta dimensionar já que não há governabilidade para contratar. Entretanto, os gerentes precisam apreender que mesmo não tendo governabilidade a competência de comunicação vertical deve ser praticada sinalizando às instâncias superiores sobre o quadro subdimensionado e ao COREN-SP como requer o protocolo técnico de cálculo do dimensionamento.

O quadro de enfermagem subdimensionado é uma realidade no Brasil, quiçá na psiquiatria[72-73]. Estudos demonstram que o subdimensionamento possibilita a maior ocorrência de agressão à equipe de enfermagem e a outros pacientes sendo o fato passível de ser considerado como evento adverso na psiquiatria[74-75].

Segundo a Associação dos Enfermeiros Executivos dos Estados Unidos (AONE), o enfermeiro gerente é responsável por criar um ambiente de trabalho seguro para o paciente e equipe, fato este que não vem ocorrendo no contexto do campo desta pesquisa[76]. O modelo psicossocial é considerado seguro para ambos pois evoca práticas exclusivas dos núcleos

profissionais entrelaçadas com as práticas do campo, e a enfermagem insere-se, primariamente, no núcleo através do dimensionamento adequado.

O modelo biomédico denota o sintoma de uma cultura organizacional de gestão autoritária que irá sustentar as práticas empíricas de enfermagem, mas não necessariamente está fechado para novas tecnologias de gerenciar. O modelo psicossocial contempla a concepção da doença multidimensionalmente não se concentrando na dualidade e sim na forma de instrumentalizar o sujeito para viver com qualidade de vida, em despeito dos seu sintomas, requerendo um processo de gerenciamento baseado na liderança cuja tomada de decisão envolva as melhores evidencias disponíveis associadas à expertise dos profissionais de enfermagem e autonomia dos pacientes, mas para isso é necessário um dimensionamento adequado, senão, continuaremos a viver em um modelo biomédico mesmo que a lei diga diferente.

Ao comparar as duas nuvens de palavras percebe-se que as palavras “paciente” e “instrumento” têm um destaque importante para ambas as populações-alvo, gerentes e juízes. A palavra “dimensionamento” foi mais evidente no discurso dos gerentes, conforme esperado, mas também aparece na nuvem de palavras dos juízes sinalizando um alinhamento conceitual do propósito de um SCP: dimensionar a equipe de enfermagem. Estes cruzamentos sustentam a validade da pesquisa e convergem para um senso comum. O propósito de um SCP é para identificar as necessidades de cuidados dos pacientes em relação à enfermagem e assim estabelecer a quantidade necessária de recursos humanos para aquela necessidade especifica. Assim, há uma nuvem de conhecimento do propósito do SCP entre todos, necessitando concretizar isso.

Os gerentes demonstraram ter conhecimento técnico-assistencial da clínica psiquiátrica, componente essencial para a tomada de decisão. As competências especificas do enfermeiro de saúde mental aparecem claramente na opinião dos juízes: escuta qualificada, comunicação

terapêutica, atenção à família, sistematização da assistência de enfermagem, inovação[81]. Já as lacunas nas competências gerenciais fazem com que o enfermeiro gerente realmente não desenvolva sua governabilidade uma vez que não consegue visualizar seu potencial técnico, e assim, a educação permanente torna-se uma ferramenta para o empoderamento e forte parceria com o COREN-SP.

Em síntese revelou-se que o gerente possui uma PBE, apesar de uma lacuna gerencial importante no que tange à psiquiatria sendo necessário o desenvolvimento da liderança para engajamento dos enfermeiros assistenciais; há necessidade de educação permanente sobre dimensionamento e PBE, pois o modelo psicossocial está vigente.

Alguns participantes do estudo apresentam uma liderança efetiva ao verbalizar que os enfermeiros assistenciais detêm o domínio e sentido do uso do SCPP sendo necessário somente refinar e direcionar o uso do SCPP como ferramenta gerencial. Outros tendem para uma PBE e liderança sendo necessário otimizar os dados do SCPP, teoricamente, seria o modelo de gestão na psiquiatria.

Na avaliação das opiniões dos juízes foi possível abstrair o conteúdo manifesto e evidências que os mesmos temas, categorias e subcategorias abstraídas dos gerentes, estão presentes. A subcategoria **"propósito do SCP"** aparece na maioria das opiniões como algo transversal e um divisor de águas para que a prática dos enfermeiros tenha sentido mesmo com um quadro subdimensionado. Quando os enfermeiros, principalmente os assistenciais, veem sentido no uso do SCP eles acabam coordenando o processo de aplicá-lo, estabelecendo uma comunicação horizontal entre si, atuando na liderança que por si levará ao pensamento crítico estabelecendo um novo modelo de tomada de decisão compatível com o novo modelo de cuidado. É como se os enfermeiros assistenciais se apropriassem da sua autonomia para gerir o cuidado e levassem essa discussão para o seu gerente em um processo de governabilidade

dentro dos seus limites de ação. Ascender um processo de trabalho que está dando certo e começar a construir um novo modelo de gestão do ambiente do cuidado psiquiátrico.

O perfil do painel de juízes pode auxiliar e até sustentar essa caminhada ao um novo modelo de gestão já que estudo mostra que os profissionais de enfermagem na "Maturidade profissional", entre 36-50 anos, estão em pleno desenvolvimento de suas capacidades cognitivas, técnicas e práticas de enfermagem. Já preparados e devidamente qualificados, estes se inserem, em definitivo, no mercado de trabalho. Neste momento, as escolhas são guiadas pela lógica racional e feitas com olhar atento as oportunidades de trabalho. Eles assumem a plenitude de sua vida profissional passando a ter domínio de suas habilidades e destrezas cognitivas. A participação expressiva do sexo masculino neste estudo demonstra um crescimento da força masculina com tendência à masculinazação da profissão e talvez um modo de raciocínio mais prático inerente ao cérebro masculino. Estudo realizado na década de 1980 pelo COFEN apontava para um discreto aumento da mão de obra masculina na profissão fato observado com o crescimento do contingente masculino com formação em nível superior[77-78].

A mudança no perfil dos pacientes, subcategoria que também aparece entre os juízes, leva os enfermeiros a "ter que escolher ou priorizar" qual paciente necessita mais de sua atenção do ponto de vista clínico, já que na maioria das vezes o quadro psiquiátrico não está tão grave, mas pode agravar em decorrência da clínica. Destaca-se a reflexão: seria o perfil do pacientes que teria mudado, realmente, ou o olhar técnico do enfermeiro que tornou-se mais apurado? Infelizmente, há poucos dados, recentes, para comparação acerca das patologias clínicas que acometem aos pacientes portadores de transtornos mentais pois ainda os vemos somente do ponto de vista psiquiátrico. Entretanto, sabe-se que possuem uma mortalidade e morbidade elevada em detrimento da população geral, tanto pelo transtorno mental em si (devido às medicações indutoras de disfunções clínicas como efeitos colaterais) quanto pela maior

dificuldade do controle clínico em decorrência do transtorno mental. São duas adesões: ao tratamento psiquiátrico e clínico.

A correlação entre óbitos de pacientes psiquiátricos e comorbidades clínicas tem sido amplamente investigada na última década. Em estudo de revisão sistemática de literatura inferiu-se que as comorbidades estavam correlacionadas com aumento de sintomas psiquiátricos, dano funcional e tempo de internação. Ainda, dentre as patologias não-psiquiátricas mais encontradas em pacientes internados em hospitais psiquiátricos estavam: pneumonia, doença obstrutiva crônica pulmonar, doença cardíaca isquêmica, além de alguns casos de câncer como o pulmonar em homens e o câncer de mama em mulheres[77]. Em outro estudo, o diagnóstico clínico mais prevalente, a pneumonia ocupou o primeiro lugar. Há um preocupação explícita, tanto dos gerentes quanto dos enfermeiros assistenciais, acerca das comorbidades clínicas pois ao associarem mais tempo de enfermagem requerido para os cuidados clínicos inferem a importante integração entre os tratamentos clínicos e psiquiátricos. De fato, estudos concluem que essa integração é um procedimento efetivo e reduz a mortalidade e as admissões devidas a complicações clínicas[78].

Dos estudos que já utilizaram o instrumento de Martins, somente um levantou que 45,3% da amostra dos pacientes portadores de transtornos mentais em fase aguda, internados em hospital psiquiátrico, apresentaram comorbidades clínicas com prevalência de hipertensão arterial sistêmica seguida da diabetes melitus[36]. Resultado aproximado foi encontrado em outro estudo, com objetivo diferente, onde as comorbidades clínicas somaram 50,8% da amostra sendo a hipertensão arterial sistêmica a mais citada[79]. Em um serviço de emergência psiquiátrica, a hipertensão arterial sistêmica prevaleceu como a disfunção clínica mais prevalente na população estudada seguida pela diabetes melitus[80].

Os enfermeiros têm desafios devido ao subdimensionamento: se dão mais atenção ao aspecto clínico, pode descompensar o psiquiátrico, e se isso ocorre vai aumentar a carga de

trabalho o que gera angústia e sensação de incompetência por parte dos enfermeiros assistenciais. Realmente, na psiquiatria ainda há o modelo biomédico de cuidados que fragmenta o ser humano. O **"propósito do SCP"** é o eixo norteador da educação permanente que necessitam e estão abertos para conhecer mais sobre esta ferramenta pois não há, em nenhum discurso, qualquer resistência para a implementação desta ferramenta. Outro aspecto importante a ser levado em consideração é que o porte das instituições não interferiu na opinião dos gerentes sinalizando que o propósito da ferramenta possui alinhamento conceitual já que evidencia a práxis de enfermagem e não os protocolos assistenciais. A proporção de enfermeiros/pacientes é algo que deve ser levado em consideração pois foi um modo concreto de exemplificar o quanto um SCP é primordial para o dimensionamento haja vista que nas instituições B5, B8 e C10 houve adequação do quantitativo de enfermagem baseado no cálculo.

O conflito PBE *versus* práticas empíricas e Portaria de Recursos Humanos *versus* Resolução do COFEN, também foram categorias abstraídas dos enfermeiros assistenciais sinalizando um alinhamento conceitual latente com os gerentes e corroborando o modelo construído por este estudo acerca do cuidado no ambiente psiquiátrico.

Uma subcategoria que apareceu dentre os enfermeiros assistenciais foi **"características do SCP"** e um ponto importante para discussão foi levantado pelos enfermeiros de uma determinada instituição de que o SCPP é muito complexo para o grau de dependência dos respectivos pacientes sugerindo que instrumento tenha mais uma categoria de grau de dependência, quatro ao invés de três níveis. No entanto, questiona-se: será que o paciente deveria estar em uma unidade de internação ou será que o perfil de cuidados que ele necessita um CAPS III seria suficiente? Dentro das intervenções de um CAPS III o que mais se trabalha é a autonomia do paciente que não significa independência absoluta, mas sim, um conceito que determina o quanto um indivíduo possui de liberdade e cognição para gerir livremente a sua vida, efetuando, racionalmente, as suas próprias escolhas. Há uma relativa participação dos

profissionais de saúde na construção da autonomia de forma a minimizar os danos causados pelo processo de adoecimento. Dessa forma, no modelo psicossocial é esperado que as intervenções dos profissionais sejam para evidenciar a autonomia do paciente, portanto, não é possível se falar em grau de dependência do paciente em relação aos cuidados de enfermagem pois assume-se que ele possui autonomia[78-82].

Estes questionamento acerca do lugar ideal para o paciente, conforme sua complexidade, o SCPP pode auxiliar na resposta. Segundo a Resolução COFEN nº 543/2017 o paciente com cuidados mínimos necessita de 4 horas de enfermagem/dia, ou seja, em 01 turno de assistência em um CAPS I ele consegue ser assistido. Um paciente com cuidados intermediários, que requer 6 horas de enfermagem/dia, consegue ser assistido por um CAPS II, já que estamos falando apenas de horas de enfermagem e estes dispositivos oferecem horas de outros profissionais o que, teoricamente, diminuiria a necessidade de horas exclusivas de enfermagem. Já um CAPS III comporta uma assistência para o paciente que requer 10 horas diárias de enfermagem, e caso seu recurso não seja mais suficiente, o hospital psiquiátrico é o próximo dispositivo de saúde. E porque não utilizar o SCPP, no CAPS, como um instrumento de avaliação da dependência ou da desorganização do indivíduo? Mediante o exposto em confronto com a avaliação dos enfermeiros assistenciais de determinada instituição, o SCPP seria adequado para que eles realocassem o paciente no serviço de saúde correto.

Elucidou-se que o hospital psiquiátrico é a porta de entrada, no SUS, do sujeito portador de transtorno mental em fase aguda e desta forma, o dispositivo de saúde, mesmo sendo controvérsia sua inserção na RAPS, deve dispor de uma equipe multiprofissional e que trabalhe na lógico do modelo psicossocial instaurando a clínica ampliada como sua via de acontecer. Assim, os hospitais do grupo B, considerados como Centros de Atenção Integral a Saúde (CAIS), são fortes exemplos de como é possível fazer a transição entre modelos pois no passado

já foram intitulados “Hospital Psiquiátrico” e através de decretos após a Lei da Reforma Psiquiátrica foram remodelados.

Carl Gustav Jung já dizia que: ***“aquilo que negas, te submetes; aquilo que aceitas, te transforma”***[3]. Seguindo esse princípio, negar a existência do hospital psiquiátrico especializado enquanto componente da RAPS não ajudará em nada a enfermagem a alavancar seu processo de trabalho gerencial. É o momento de aceitar o dispositivo de saúde como o palco da grande remodelação da enfermagem e o fazer acontecer da clínica ampliada dentro dos muros. Não há evidências científicas dizendo que não se pode fazer um modelo psicossocial dentro de um hospital psiquiátrico.

Outra sub categoria, segundo os juízes, especialmente dentre os enfermeiros assistenciais, foi “alocação de recursos humanos” pois para eles está muito claro a necessidade de ter a quantidade de enfermagem suficiente para cada turno de trabalho de forma a não sobrecarregar e permitir que o enfermeiro exerça sua competência de assistir aos mais graves e não somente “apagar fogo” como já mencionado em estudos.

É imprescindível que todos os níveis de enfermeiros compreendam que eles lideram, gerenciam, são liderados e assistem ao mesmo tempo. Liderar e gerenciar são duas essenciais características que se espera de todos os enfermeiros sendo mais importantes do que nunca nos dias de hoje devido a rápida mudança dos sistemas de saúde e perfil dos pacientes. Para liderar e gerenciar com sucesso, os enfermeiros devem possuir não somente o conhecimento e habilidades mas também carregar consigo atitudes carinhosas e compassivas. Acima de tudo, liderar e gerenciar diz respeito às pessoas. Um líder é alguém que trabalha com outros para desenvolver uma visão de futuro e fazer essa visão acontecer trazendo à tona o melhor das pessoas. A Associação Canadense de Enfermeiros define liderança em enfermagem como um

[3] Jung CG. Os Arquétipos e o Inconsciente Coletivo. 2ª ed. Editora Vozes.

processo que envolve o pensamento crítico, ações e advocacia e acontece em todos os domínios das práticas de enfermagem. Deve ser desenvolvida desde a graduação e continuamente ao longo da carreira. Neste contexto, liderança envolve ajudar a enfermagem, em todos os seus níveis, a visualizar suas práticas não só como atos de um cuidado técnico-científico, mas um comprometimento ao longo da vida profissional que leva às ações políticas e mudanças sociais[83].

A enfermagem tem o comprometimento e dever de sempre falar pelo paciente, e ao ser capacitada no propósito de um SCP ela é capaz de perceber que as atuais práticas ferem esse preceito básico da profissão. Como foco principal de intervenção proposta diante do modelo formado por este estudo, desenvolver a liderança é o que emerge como remodelação do atual gerenciamento. Apesar de ser uma competência da profissão ela é pouco desenvolvida e estimulada no Brasil. Por isso é imprescindível mudar esse paradigma e fortalecer a liderança como a principal ferramenta da enfermagem para o século XXI.

Os papéis do gerente e do líder são frequentemente considerados intercambiáveis. O gerente deve ser um líder, mas a gestão não é requisito para se ter habilidades de liderança dentro de um contexto em que se leva um grupo ao alcance na visão almejada. O termo gerente é usado para posições formais na organização sendo designado ao indivíduo formalmente e envolve atividades de planejamento, organização, motivação, controle dos recursos humanos e materiais para atingir resultados consistentes com a missão e visão da instituição. Podem ser ensinados e aprendem através das técnicas de ensino tradicional. Analogicamente, liderança é um conjunto de práticas que requer oportunidades contínuas de aplicação e feedback. Envolve um persistente desejo de direcionar e fazer a diferença positivamente. É como se abordasse o mesmo problema do ponto de vista gerencial, porém com resolução criativa e inovadora auxiliada pelas evidências somadas à experiência pessoal[83].

Liderar é um ato de gerenciar baseado nas relações interpessoais e na relação franca consigo mesmo no processo de autoconhecimento e autoconsciência dos valores. As práticas de liderança são indicadores potentes do desempenho do trabalho da equipe de enfermagem e em estudo recente, no Brasil, foram identificadas cinco domínios de práticas que podem ser mensuradas através do *Leadership Practices Inventory* (LPI), um questionário auto respondido com 30 itens no formato de escala tipo Likert. Os domínios são: trace o caminho; inspire uma visão compartilhada; desafie o processo; capacite os outros a agir; encoraje o coração. Esse instrumento é considerado uma excelente ferramenta para enfermeiros gerentes que desejam desenvolver ou aprimorar suas habilidades como líderes transformacionais já que o autoconhecimento e a auto consciência são essenciais para desenvolver a capacidade de liderança sendo que o principal componente deste processo inclui uma reflexão pessoal e análise dos próprios comportamentos relacionados à liderança, que no fundo, denotam nossos valores e crenças pessoais[84]. O modelo teórico em que essas práticas se baseiam é reconhecido internacionalmente para o desenvolvimento da liderança em diversos seguimentos inclusive na enfermagem[83]. A caracterização dos gerentes de enfermagem que participaram do referido estudo supracitado são parecidas com as encontradas nesta pesquisa quanto à predominância do sexo feminino, idade média dos participantes, tempo de formação (graduação) e tempo no cargo de gerente sugerindo uma forte associação entre as variáveis do perfil pessoal e profissional dos gestores ao exercer as práticas de liderança.

Assim, como no estudo acerca das práticas de liderança, percebeu-se que os gerentes de enfermagem com mais tempo de casa apresentaram um discurso mais tendencioso à uma gerencia autoritária. E aqueles, com menos tempo de vínculo empregatício na respectiva instituição apresentaram maior uso das práticas de liderança

A prática de liderança que mais sofreu influência conforme as características dos gerentes foi “encoraje ao coração” relacionada à seguintes ações: demonstrar reconhecimento

e apoio aos membros da equipe pelas contribuições; fazer questão de que a pessoas saibam que o gerente confie no conhecimento delas; elogias as pessoas quando fazem um trabalho bem feito, reconhecer publicamente aqueles que dão exemplo de compromisso com os valores compartilhados; garantia de recompensa criativa àqueles cujas contribuições foram importantes para o sucesso de um projeto; encontrar formas de comemorar conquistas. Quando o gerente executa essas ações, ele legitima a fala das pessoas ao redor e tendencia para uma gerencia com base na liderança.

Ressalta-se assim, a importância de estudos acerca das práticas de liderança no ambiente do cuidado psiquiátrico devido à carência de dados específicos para comparação. Os dados comparados aqui são oriundos de hospitais gerais do interior paulista podendo conferir um possível viés comparativo. Outro aspecto importante, é que, dois gerentes de enfermagem não possuíam nenhuma especialização e são justamente os mais velhos de idade e tempo de casa da amostra e seus discursos são compatíveis com o modo de gerenciar autoritário. Fato extremamente relevante levando-se em conta as responsabilidades e competências do cargo considerando que a instituição não levou em consideração este critério para a escolha do profissional para o cargo o que fica evidente no seu discurso de que foi para o cargo devido ao "tempo de casa" como discute o estudo acerca das práticas de liderança[85].

As teorias de liderança surgem no início do século XX sendo a principal delas, que perdurou por cinco décadas, a teoria "*The Great Man Theory*" baseada na filosofia de Aristóteles que exalta a virtude de "ter nascido" com os traços de liderança. A partir da década de 70, a teoria da liderança transformacional ganha espaço emergindo, atualmente, como o estilo de liderança cujas evidencias científicas apontam para altos níveis de motivação e grande senso de pertença dentre os liderados. O objetivo maior deste estilo é transformar pessoas e organizações, no sentido literal e interno para que a mudança seja ancorada a partir da mente e do coração; ampliar a visão, *insights* e entendimentos; clarear e alinhar os propósitos entre as

partes envolvidas; construir comportamentos congruentes com as crenças, princípios e valores entre o líder e liderados; e provocar mudanças que sejam permanentes[83]. Ou seja, o modelo psicossocial requer uma Clínica Ampliada para acontecer que requer um gerenciamento de enfermagem com estilo de liderança transformacional. E é possível ver esses elementos na população estudada.

A literatura sugere que a liderança transformacional produz resultados positivos no ambiente de trabalho. Em revisão sistemática de 23 estudos sobre práticas de liderança, examinou a relação entre a percepção dos enfermeiros acerca da liderança no ambiente de trabalho e sua intenção em permanecer no respectivo ambiente. Assim, enfermeiros que se sentem apoiados pelos seus superiores, valorizados pelas suas contribuições, empoderado e encorajados a atingir seu potencial máximo, estão mais satisfeitos e comprometidos com sua instituição. Ou seja, as práticas de liderança transformacional são retentoras de pessoal na instituição[86].

Outra revisão sistemática, investigou a relação entre o estilo de liderança e recursos humanos de enfermagem e ambiente de trabalho em 53 estudos concluindo que a liderança transformacional, em relação à liderança translacional, possui um impacto positivo na satisfação dos enfermeiros, no recrutamento e retenção de pessoal além de promover um ambiente de trabalho saudável[87]. Ainda não temos estudos desta magnitude no Brasil.

Dentre as teorias de liderança, atualmente, as a liderança transformacional e translacional ocupam importante lugar de discussão já que estamos vivenciando, na enfermagem, uma transição importante com a campanha *Nursing Now* lançada, no Brasil, pelo COFEN em parceria com o Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, vinculado à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). A campanha é uma grande ação internacional de empoderamento dos profissionais de enfermagem e tem como objetivo principal apresentar os profissionais da

categoria como os verdadeiros protagonistas da saúde. As metas do COFEN nesta campanha são: investimento no fortalecimento da educação e no desenvolvimento dos profissionais de enfermagem com foco na liderança; busca pela melhoria das condições de trabalho dos profissionais de enfermagem e disseminação de práticas de enfermagem efetivas e inovadoras com base em evidências científicas, em âmbito nacional e regional.[4]

Um elemento essencial para que o enfermeiro gerente tenha sucesso nas suas ações enquanto líder é incluir a equipe de enfermagem na tomada de decisão no nível correspondente. Esta contribuição pode aumentar o comprometimento organizacional deles e criar um senso de orgulho coletivo ao atingir os resultados esperados. O enfermeiro gerente-líder transformacional inspira a equipe ao envolvê-los nas mudanças do ambiente de trabalho para que ele se torne mais satisfatório e assim construir enfermeiros assistenciais líderes gerando um ciclo de retro-alimentação natural(87).

Os líderes transformacionais são compreensivos às diferenças individuais, trabalham na lógica das potencialidades do sujeito, utilizam a comunicação assertiva e horizontal como ferramenta essencial do processo de trabalho fazendo com que os liderados sintam um equilíbrio no poder e que estão sendo cuidados, e não controlados.

Assim, liderança é um processo contínuo e permanente. Quanto maior o desenvolvimento pessoal, maior o desejo de desenvolver-se pois percebe-se que à medida que progride no trato das relações interpessoais e compreensão do outro, compreende-se e expande-se a si mesmo, pois é através da relação com o outro que é possível o reconhecimento enquanto pessoa e profissional.

[4] Conselho Federal de Enfermagem. Nursing Now, 2019 http://nursingnowbr.org/

6. CONCLUSÃO

Os achados deste estudo evidenciaram que o gerenciamento de enfermagem psiquiátrica está passando por uma transição de práticas empíricas para uma prática baseada em evidências embora estas ainda sejam insuficientes. Em apenas 50% das instituições avaliadas há o uso de SCP como ferramenta gerencial. O Conselho Regional de Enfermagem – Seção São Paulo tem atuado positivamente na construção desta pratica baseada em evidencias embora seja necessário mais engajamento dos gerentes além de desenvolver uma agenda de pesquisas em todo o país.

As lacunas nas competências gerenciais são outro grande ponto de interesse para estudos futuros clamando pela elaboração de documento técnico. As competências gerenciais necessitam constantemente de revisões e aperfeiçoamento através da Educação Permanente. A aproximação do COREN e COFEN é fundamental para a construção de evidências que no tange ao dimensionamento de enfermagem na psiquiatria.

Importante destacar que a escolha do perfil dos juízes abordou o instrumento nos três aspectos necessários: utilização na prática no dia-a-dia através do julgamento dos enfermeiros que o utilizam ou não e do ponto de vista dos docentes cujo julgamento técnico e acadêmico contribuiu para o alinhamento dos termos e elementos semiológicos e semiotécnicos da clínica psiquiátrica. Já os enfermeiros pesquisadores puderam contribuir com os dois olhares e o quanto é necessário ajustes para que um instrumento seja o mais fidedigno possível à realidade institucional em que ele está sendo utilizado. Reconhece-se que os juízes possuem maturidade no campo da psiquiatria o que possibilitou a análise rigorosa do instrumento. Desta forma, infere-se que o instrumento possui capacidade para medir aquilo que se propões do ponto de vista qualitativo.

Sob o ponto de vista quantitativo, o instrumento teve sua confiabilidade estabelecida através da consistência interna com alpha de Cronbach 0.85 sendo classificado como quase perfeito, teve a sua validade de conteúdo comprovada através do IVC onde os itens não

pertinentes foram evidenciados. E por fim, apresentou alta covariância e pertinência confiável dos seus itens sendo possível aplicá-lo na prática clínica com o objetivo de estabelecer os demais componentes de confiabilidade e validade.

Sendo assim, o SCPP – Versão 2 é confiável e válido para medir aquilo que se propõe: o grau de dependência dos pacientes psiquiátricos em relação aos cuidados de enfermagem. A confiabilidade elevada garantiu a validade do instrumento na teoria. Novos estudos são necessários para construir evidências cientificas acerca do SCPP – versão 2 para sustentar um gerenciamento de enfermagem baseado em evidências.

Apesar de ter sido realizado em contexto local, os resultados podem ser expandidos a nível nacional já que a localidade estudada é considerada a mais avançada em termos de ambiente psiquiátrico.

Haja vista a escassa publicação científica acerca do gerenciamento em enfermagem psiquiátrica as discussões não puderam ser aprofundadas porém, torna-se um campo para pesquisas em outros locais do país com o intuito de promover reflexões e debates técnicos envolvendo diversas instâncias, dentre elas, a política.

Compreender como o cuidado é realizado dentro do ambiente psiquiátrico do ponto de vista gerencial é um grande avanço na área já que as publicações se limitam às patologias.

Estudo atende a todos os critérios do COREQ para o delineamento qualitativo.

Foi feito o mapeamento e translacionado o conhecimento para a prática sendo possível utilizá-lo no dia-a-dia do enfermeiro através de ações de empoderamento dos gerentes de enfermagem no seu papel de líder. O empirismo fornece um conhecimento também, porém, que difere da evidência científica proveniente do pensamento crítico. O empirismo continua sendo o passo inicial para o pensamento crítico devendo ser valorizado para construir uma PBE.

Os SCP’s são ferramentas de gestão exclusiva da enfermagem assim com a SAE é uma ferramenta exclusiva da assistência. A tomada de decisão é um dos processos cognitivos básicos

do comportamento humano pelo qual uma opção preferida ou um curso de ações é escolhido entre um conjunto de alternativas baseadas em determinados critérios estabelecidos por quem aciona este processo. Sendo um processo cognitivo fundamental e básico do ser humano ocorre em segundos no curso do pensamento da mente humana conscientemente ou inconscientemente, porém, sempre reunirá os elementos necessários para a tomada de decisão seja a mais assertiva para o momento. Por ser um processo que flui naturalmente na mente humana, dever-se apropriar mais dos seus processos e associar o pensamento crítico como elemento sustentador deste comportamento. Sendo assim, a tomada de decisão gerencial deve envolver o pensamento crítico na busca pela melhor evidência disponível e síntese de sua aplicabilidade no contexto estudado.

A liderança transformacional é o estilo de liderança compatível com a clínica ampliada que é a via de acontecer o modelo psicossocial, pois os gerentes que utilizam este estilo de liderança promovem um ambiente de trabalho mais saudável, retentor de pessoal, motivador e eficaz na mudança da cultural organizacional para um novo modelo. É o estilo de liderança necessário ao momento atual da enfermagem.

Ao combinar as competências gerenciais com as práticas de liderança transformacional, aciona-se a campanha "*Nursing Now*" dentro do ambiente gerencial do cuidado psiquiátrico.

7. RECOMENDAÇÕES

Recomenda-se:

A implementação do Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos – versão 2 como ferramenta do processo de trabalho diário do enfermeiro de saúde mental em nível assistencial como componente do Projeto Terapêutico Singular em nível gerencial como norteador do processo de dimensionamento;

A atualização da Resolução nº 543/2017 do Conselho Federal de Enfermagem no que tange ao Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos – versão 2;

A implementação do Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos – versão 2 como o passo inicial para a construção de evidências científicas acerca do gerenciamento de enfermagem em saúde mental;

O levantamento do perfil de comorbidades clínicas dos pacientes portadores de transtornos mentais em fase aguda internados em hospitais psiquiátricos especializados ou unidades psiquiátricas com o objetivo de correlacioná-los ao tempo de assistência de enfermagem requerida.

Os gerentes de enfermagem realizem a auto-avaliação através do *Leadership Practices Inventory* (LPI) e reflitam sobre as práticas de liderança;

Estudo aprofundado sobre as práticas de liderança que os enfermeiros gerentes, do ambiente do cuidado psiquiátrico, em nível nacional e assim traçar estratégias de ação em consonância com a campanha *Nursing Now;*

A adoção de práticas de liderança transformacional no ambiente do cuidado psiquiátrico, por parte dos gerentes de enfermagem;

Mesmo os hospitais psiquiátricos especializados sendo uma realidade dentro da RAPS, os enfermeiros gerentes adotem uma postura gerencial baseada em evidências e práticas de liderança transformacional para que o modelo psicossocial vigore dentro destas instituições;

Os enfermeiros gerentes incentivem pesquisas acerca de “horas de enfermagem” na sua unidade através da implementação do Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos – versão 2;

Na graduação do profissional enfermeiro, sejam melhor desenvolvidas as práticas de liderança em conjunto com as competências gerenciais instaurando um processo de tomada de decisão baseada no raciocínio crítico como forma *sine qua non* da práxis. Na graduação ainda, recomenda-se que, o modelo psicossocial e a clínica ampliada tenham mais espaço e importância na formação do profissional.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o Modelo Assistencial em Saúde Mental. Brasília, 2001.
2. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2007 Aug [cited 2020 Mar 18];12(4):849-859. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400007&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.
4. Teixeira MSGV, Oliveira NR. Considerações sobre a clínica ampliada no processo de enfermagem. Saúde Coletiva.2010;7(38): 61-66.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 3588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Nota Técnica nº 11/2019 do Ministério da Saúde, CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional

de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

8. Brasil. Conselho Regional de Enfermagem – Seção Bahia (COREN – BA). Repúdio à Nota Técnica nº 11/2019 do Ministério da Saúde. [Internet]. 2019. Disponível em http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/02/Nota-de-rep%C3%BAdio-GT-Sa%C3%BAde-Mental.pdf
9. Brasil. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Recomendação nº 001, de 31de janeiro de 2018. Disponível em https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2018/Reco001.pdf
10. Brasil. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos dos Cidadãos. Nota Técnica n° 5/2019/PFDC/MPF, de 22 de março de 2019. Propósito explicitar as premissas fáticas e jurídicas que conduzem a concluir-se pela ilegalidade e inconstitucionalidade da atual política de saúde mental, que permite que pacientes permaneçam por longos períodos internados em manicômios. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/notas-tecnicas/nota-tecnica-5-2019-pfdc-mpf/
11. Lussi IAO, Ferigato SH, Gozzi APNF, Fernandes ADSA, Morato GG, Cid MFB et al . Saúde mental em pauta: afirmação do cuidado em liberdade e resistência aos retrocessos. Cad. Bras. Ter. Ocup. [Internet]. 2019 Jan [citado 2020 Mar 18]; 27(1): 1-3. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102019000100001&lng=pt. https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoed2701
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais

psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Brasília, 2002.

14. Quinderé PHD, Jorge MSB, Franco TB. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?. Physis [Internet]. 2014 Mar [cited 2020 Mar 18];24(1):253-271. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000100253&lng=en. https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100014.
15. Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. Revista Brasileira de Educação Médica. [Internet]. 2008 [cited 2020 Mar 18];32(4): 492-499. Available from: https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000400012
16. Dimenstein M, Sales AL, Galvão E, Severo AK. Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. Physis. [Internet]. 2010 Dec [cited 2020 Mar 18];20(4):1209-1226. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400008&lng=en. https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400008.
17. Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. Ensaio. [Internet]. 1996-1997 [cited 2020 Mar 18] Available from: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICAampliada.pdf
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
19. Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2007.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

21. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1986.

22. Almeida JMC de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 18];35(11): e00129519. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001300502&lng=en. Epub Oct 31, 2019. https://doi.org/10.1590/0102-311x00129519

23. Polubriaginof C, Campos PFS. Enfermagem psiquiátrica: análise do Manual Cuidados aos Psycopathas. Rev. Enf. Ref.[Internet]. 2016 Maio [citado 2020 Mar 18];serIV(9): 125-132. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832016000200014&lng=pt. http://dx.doi.org/10.12707/RIV15056.

24. Buriola AA, Kantorski LP, Sales CA, Matsuda LM. Nursing practice at a psychiatric emergency service: evaluation using fourth generation assessment. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2016 [cited 2020 Mar 18]; 25(1): e4540014. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100323&lng=en. Epub Apr 01, 2016. https://doi.org/10.1590/0104-070720160004540014.

25. Muniz PL, Nogueira MI, Guljor AP. O Fenômeno Revolving Door: Um desafio à Reforma Psiquiátrica. DIVERSITATES International Journal. [Internet]. 2014 [cited 2020 Mar 18];6(2):29-46. Disponível em: http://www.diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/69/60

26. Zanardo GLP, Silveira LHC, Rocha CMF, Rocha KB. Psychiatric admission and readmission in a general hospital of Porto Alegre: sociodemographic, clinic, and use of

Network for Psychosocial Care characteristics. Rev. bras. epidemiol. [Internet]. 2017 July [cited 2020 Mar 18]; 20(3):460-474. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000300460&lng=en. https://doi.org/10.1590/1980-5497201700030009

27. Gusmão ROM, Junior RFS, Alves APON, Flecha DA, Dias CLO, Barbosa RRS et al. Revolving door – reinternação psiquiátrica hospitalar. Humanidades. [Internet]. 2017. [cited 2020 Mar 18 30]; 6(2):75-85. Available from: http://www.revistahumanidades.com.br/arquivos_up/artigos/a 151.pdf
28. Paranhos-Passos F, Aires S. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. Physis [Internet]. 2013 [cited 2020 Mar 18] ;23(1): 13-31. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000100002&lng=en. https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000100002.
29. Souza AC, Guljor APF, Silva JLL. Refletindo sobre os centros de atenção psicossocial. Avances en Enfermería. [Internet]. 2014. [cited 2020 Jan 14];32(2): 292-298. Disponível em: http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n2/v32n2a13.pdf
30. Silva GM, Zanini DS, Rabelo IVM, Pegoraro RF. Concepções sobre o modo de atenção psicossocial de profissionais da saúde mental de um CAPS. Rev. Psicol. Saúde [Internet]. 2015 Dez [citado 2020 Mar 18] ; 7(2): 161-167. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000200010&lng=pt.
31. Spiri WC, McPhee M. The meaning of Evidence-Based Management to Brazilian Senior Nurse Leaders. Nursing Scholarship. [Internet]. 2013. [cited 2020 Mar 18];54(3):1-8. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23530971

32. Fagerström L. Evidence-based human resource management: a study of nurse leaders' resource allocation. J Nurs Manag. [Internet]. 2009 May [cited 2020 Jan 14];17(4):415-25. doi: 10.1111/j.1365-2834.2009.01010.x

33. McCloskey JC, Mass Meridean, Huber DG, Kasparek A, Specht J, Ramley C et al. Nursing Management Innovations: A Need for Systematic Evaluation. Nurs Econ. [Internet] 1994 [cited 2020 Jan 14];12(1):35-44. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8008101

34. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 293, de 21 de setembro de 2004. Estabelece, na forma desta Resolução e de seus anexos I, II, III e IV, os parâmetros para dimensionar o quantitativo mínimo dos diferentes níveis de formação dos profissionais de Enfermagem para a cobertura assistencial nas instituições de saúde.

35. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 543, de 18 de abril de 2017. Estabelece, na forma desta Resolução e de seus anexos I e II (que poderão ser consultados no endereço eletrônico: www.cofen.gov.br), os parâmetros mínimos para dimensionar o quantitativo de profissionais das diferentes categorias de enfermagem para os serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem.

36. Martins PASF, Forcella HT. Sistema de classificação de pacientes na especialidade enfermagem psiquiátrica. Acta paul. enferm. [Internet]. 2006 Mar [cited 2020 Mar 18] ; 19(1): 62-67. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000100010&lng=en. https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000100010.

37. Martins PASF, Arantes EC, Forcella HT. Sistema de classificação de pacientes na enfermagem psiquiátrica: validação clínica. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2008 June [cited 2020 Mar 18]; 42(2): 233-241. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200004&lng=en. https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000200004.

38. Vieira, LC. Dimensionamento da equipe de enfermagem de um hospital psiquiátrico de referência. 2014. 182 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2014. Disponível em: http://hdl.handle.net/11449/110497
39. Oliveira RP, Laus AM. Caracterização de pacientes de unidade de internação psiquiátrica, segundo grau de dependência do cuidado de enfermagem. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2011 Oct [cited 2020 Mar 18]; 45(5): 1164-1170. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500019&lng=en. https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000500019.
40. Mukai HA, Jericó MC, Perroca MG. Necessidades de cuidados e carga de trabalho de enfermagem a pacientes psiquiátricos institucionalizados. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2013 Feb [cited 2020 Mar 18]; 21(1): 340-347. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000100008&lng=en. https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000100008.
41. Fasoli DR, Haddock KS. Results of an IntegativeRewiew of Patient Classification Systems. Annu Rev Nurs Res. [Internet] 2010. [cited 2020 Mar 18]; 28:295-316. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21639031
42. De Groot HA. Patiente Classification System Evaluation: part two, system selection and implementation. JONA. [Internet]. 1989 [cited 2020 Mar 18];19(7):24-30. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2760676
43. Brasil. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN/SP). Guia para a construção de protocolos assistenciais em enfermagem. [legislação na internet]. São Paulo, 2014. Disponível em: http://portal.coren-

sp.gov.br/sites/default/files/guia%20constru%C3%A7%C3%A3o%20protocolos%2025.02.14.pdf [citado ago. 2018].

44. Holloway I, Galvin K. Qualitative research in nursing and healthcare. 4th ed. Chichester, United Kingdon (UK): Wiley-Blackwell; 2016. 376 pages.
45. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n o 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012 [citado 2019 ago]. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html.
46. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today. [Internet] 2004 [cited 2020 Mar 18];4(2):105-12. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14769454
47. Zamawe FC. The Implication of Using NVivo Software in Qualitative Data Analysis: Evidence-Based Reflections. Malawi Med J. [Internet] 2015 Mar [cited 2020 Mar 18];27(1):13-5. PubMed PMID: 26137192; PubMed Central PMCID: PMC4478399. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4478399/
48. Scarparo AF, Laus AM, Azevedo ALCS, Freitas MRI, Gabriel CS, Chaves LDP. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. Rev Rene. [Internet] 2012 [citado em ago 2019];13(1):242-51. Disponível em: http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3803
49. Marques JBV, Freitas D. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. Pro-Posições. [Internet] 2018 [citado em ago 2019];29(2):389-415. Disponível em: https://dx.doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140).
50. R Core Team (2019). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. https://www.R-project.org/

51. Souza AC, Aleandre NMC, Guirardello EB. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avalição da confiabilidade e da validade. Epidemiol. Serv. Saude. [Intenet]. 2017 [citado em ago 2019];26(3):649-59. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022.

52. Allidem J. The RAFAELA system in the healthcare field: a descriptive literature review. [Bachelor's Degree in Nursing]. Finland: Lahti University of Applied Sciences; 2019. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/160590/Allidem_Julie.pdf?sequence=1&isAllowed=y

53. Perroca MG, Jericó MC, Paschoal JVL. Identificação de necessidades de cuidados dos pacientes com e sem uso de instrumento de classificação. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2014 Aug [cited 2020 Mar 18]; 48(4): 625-631. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000400625&lng=en. https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000400008.

54. Sousa C, Seabra P. Assessment of nursing workload in adult psychiatric inpatient units: a scoping review. J Psychiatr Mental Health Nurs [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 18]; 25:432-440. Available from: https://doi.org/10.1111/jpm.12468

55. Ito H et al. Prioritizing Patient Assessment Data (PAD) Using the Japanese Psychiatric Nursing Assessment Classification System (PsyNACS)©. Open Journal of Psychiatry. [Internet]. 2016 [cited 2020 Mar 18]; 6:218-227. Available from: http://dx.doi.org/10.4236/ojpsych.2016.63027

56. Jorge MSB, Freitas CHA, Nóbrega MFB, Queiroz MVO. Gerenciamento em Enfermagem: um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros (2000-2004). Rev. bras. enferm. [Internet]. 2007 Feb [cited 2020 Mar 18]; 60(1): 81-86. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000100015&lng=en. https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000100015.

57. Abdulkarim SA. Barriers to Evidence-Based Practice Utilization in Psychiatric/Mental Health Nursing, Issues in Mental Health Nursing. [Internet] 2014 [cited 2020 Mar 18];35(2):134-143. Available from: https://doi.org/10.3109/01612840.2013.848385
58. Fernandes JD, Rebouças LC Uma década de Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Enfermagem: avanços e desafios. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2013 Sep [cited 2020 Mar 18]; 66(spe): 95-101. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700013&lng=en. https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700013.
59. Sade PMC, Peres AM. Desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro: diretriz para serviços de educação permanente. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2015 Dec [cited 2020 Mar 18]; 49(6): 988-994. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000600988&lng=en. https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000600016.
60. Barros LF, Gondin DSM. Integralidade na assistência em saúde: desafios e impasses. Revista Científica da FMC. [Internet]. 2014. [cited 2020 Mar 18];9(2). Available from: http://www.fmc.br/ojs/index.php/RCFMC/article/view/47
61. Nóbrega MPSS, Munhoz RI, Rovarotto J. Sistema de Classificação de Pacientes em álcool e outras drogas: construção e validação. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 18]; 52: e03324. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100413&lng=en. Epub May 24, 2018. https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017020603324.

62. Abreu SP, Pompeo DA, Perroca MG. Utilização de instrumentos de classificação de pacientes: análise da produção do conhecimento brasileira. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2014 Dec [cited 2020 Mar 18]; 48(6): 1111-1118. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000601111&lng=en. https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700020.
63. Bochembuzio L, Gaidzinski RR. Instrumento para classificação de recém-nascidos de acordo com o grau de dependência de cuidados de enfermagem. Acta paul. enferm. [Internet]. 2005 Dec [cited 2020 Mar 18]; 18(4): 382-389. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000400006&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002005000400006.
64. Perroca MG, Gaidzinski RR. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. Rev. Esc. Enf. São Paulo. [Internet] 1998 [cited 2020 Mar 18];32(2): 153-68. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62341998000200009.
65. Perroca MG. Instrumento para classificação de pacientes: opinião de usuários e análise de indicadores de cuidado. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2008 Dec [cited 2020 Mar 18]; 42(4): 656-664. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000400007&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000400007.
66. Dini AP, Fugulin FM, Veríssimo MLOR, Guirardello EB. Sistema de Classificação de Pacientes Pediátricos: construção e validação de categorias de cuidados. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2011 June [cited 2020 Mar 18]; 45(3): 575-580. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300004&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300004.

67. Dini AP, Guirardello EB. Construção e validação de um instrumento de classificação de pacientes pediátricos. Acta paul. enferm. [Internet]. 2013 [cited 2020 Mar 18]; 26(2): 144-149. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000200007&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000200007.
68. Andrade S, Serrano SV, Nascimento MAS, Peres SV, Costa AM, Lima RAG. Avaliação de um instrumento para classificação de pacientes pediátricos oncológicos. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2012 Aug [cited 2020 Mar 18]; 46(4): 816-821. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000400005&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000400005
69. Sawada A, Porter S, Kayama M, Setoya N, Miyamoto Y. Nursing care delivery in Japanese psychiatric units. British Journal of Nursing. [Internet]. 2006. [cited 2020 Mar 18];15(17):920-25. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17077784
70. Dini AP, Guirardello EB. Sistema de classificação de pacientes pediátricos: aperfeiçoamento de um instrumento. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2014 Oct [cited 2020 Mar 18]; 48(5): 787-793. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000500787&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342014000500003.
71. Perroca MG. Desenvolvimento e validação de conteúdo da nova versão de um instrumento para classificação de pacientes. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2011 Feb [cited 2020 Mar 18]; 19(1): 58-66. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100009&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100009

72. Melnyk BM. An Urgent Call to Action for Nurse Leaders to Establish Sustainable Evidence-Based Practice Cultures and Implement Evidence-Based Interventions to Improve Healthcare Quality. Worldviews Evidence Based Nurs. [Internet] 2016 Feb [cited 2020 Mar 18];13(1):3-5. doi: 10.1111/wvn.12150. Epub 2016 Jan 14.

73. Bluhm RL. The (Dis)Unity of Nursing Science. [Internet]. 2014. Nursing Philosophy, [cited 2020 mar 18];15: 250-260. doi:10.1111/nup.12062 https://doi.org/10.1111/nup.12062

74. Garret B. Empirical Nursing: The art of evidence based care. University of British Columbia School of Nursing. Chapter 2: The rise of empiricism. Vancouver, Canada: 2018.

75. Tumapang LG. Critical Thinking and Decision Making in Nursing Administration: A Philosophical Analysis. International Journal of Nursing Science. [Internet] 2018 [cited 2020 Mar 18];8(4):73-76. Disponível em: http://article.sapub.org/10.5923.j.nursing.20180804.03.html

76. Meneguetti MG, Nicolussi AC, Scarparo AF, Campos LF, Chaves LDP, Laus AM. Dimensionamento de pessoal de enfermagem nos serviços hospitalares: revisão integrativa da literature. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013 abr/jun [cited 2020 Mar 18];15(2):551-63. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.18559. doi: 10.5216/ree.v15i2.18559.

77. Pedro DRC, Ribeiro DB, Sorrilha MM, Tonini NS, Haddad MCFL, Oliveira JLC. Dimensionamento de enfermagem em unidade hospitalar de desintoxicação por abuso de drogas. Ciência, Cuidado & Saude. [Internet] 2018 Out-Dez [cited 2020 Mar 18] 17(4) e43769 DOI: https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v17i4.43769

78. Staggs VS. Nurse staffing, RN mix, and assault rates on psychiatric units. Res Nurs Health. [Internet] 2013 Feb [cited 2020 Mar 18];36(1):26-37. doi: 10.1002/nur.21511. Epub 2012 Sep 24. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23007694

79. American Organization of Nurse Executives. (2015). AONE Nurse Manager Competencies. Chicago, IL: Author. [Internet]. 2015 [cited 2020 Mar 18]. Available from: http://www.aone.org/resources/nurse-leader-competencies.shtml

80. Tavares CMM et al. Competências específicas do enfermeiro de saúde mental enfatizadas no ensino de graduação em enfermagem. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental [Internet]. 2016 Out [citado 2020 Mar 18] ; (spe4): 25-32. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000400004&lng=pt. http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0137.

81. Machado et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. Enferm. Foco. [Internet] 2015 [cited 2020 Mar 18]; 6 (1/4): 11-17). Disponível em: http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686

82. Sampaio ALP, Caetano D. Mortalidade em pacientes psiquiátricos: revisão bibliográfica. J. bras. psiquiatr. [Internet]. 2006 [cited 2020 Mar 18] ; 55(3): 226-231. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852006000300009&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852006000300009.)

83. Silva TL, Maftum MA, Kalinke LP, Mathias TAF, Ferreira ACZ, Silva CC. Perfil sociódemográfico e clínico dos pacientes em tratamento na unidade de psiquiátrica de um hospital geral. Cogitare Enferm. [Internet] 2015 [cited 2020 Mar 18] Jan/Mar; 20(1):112-20). Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/36414 DOI: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i1.36414

84. Gatti YAM, Lopes MCBT, da Costa AF, Campanharo CRV, Okuno MFP, Batista REA. Classificação do nível de dependência dos pacientes psiquiátricos no serviço de emergência/ Classification of dependency level of psychiatric patients in the emergency department. Cienc. Cuid. Saúde [Internet]. 5º de agosto de 2019 [citado 18º de março de 2020];18(4). Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/42151

85. Dutra VFD, Bossato HR, Oliveira RMP. Mediar a autonomia: um cuidado essencial em saúde mental. Esc Anna Nery. [Internet] 2017 [cited 2020 Mar 18];21(3):e20160284. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n3/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0284.pdf

86. MacPhee M. Leading, Managing and Following. In: Leading and Managing in Canadian Nursing. Yoder-Wise P, author. 2nd ed. Elsevier Canada: Toronto; 2015.

87. Silva VLS et al. Leadership practices in hospital nursing: a self of manager nurses. Rev Esc Enferm USP. [Internet] 2017 [cited 2020 Mar 18];207;51: e03206. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016024403206

88. Kouzes JM, Posner BZ. LPI: Leadership practices inventory facilitator's guide. 4th ed. San Francisco: Wiley; 2013.

89. Cowden T, Cummings G, Profetto-McGrath J. Leadership practices and staff nurses' intent to say: a systematic review. Journal of Nursing Management. [Internet] 2011 May [cited 2020 Mar 18];19(4):461-77. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01209. x. Epub 2011 Mar 29., 19, 461-477

90. Cummings et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. Int J Nurs Stud. [Internet] 2010 Mar [cited 2020 Mar 18];47(3):363-85. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.08.006. Epub 2009 Sep 24.

Anexo 1

Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos – Versão 2

NOME:

_____IDADE:_____

HD:_____

Instruções: assinale abaixo a característica de cada indicador crítico que mais reflita a situação atual (no momento da avalição) do paciente. Proceder à somatória final para classificação do grau de dependência. As siglas DD, DI, DP significam: Dependência Discreta, Dependência Intermediária, Dependência Plena, respectivamente.

3. CUIDADOS COM APARÊNCIA E HIGIENE

1. ( ) Necessita apenas de orientação e supervisão para realizar as atividades de rotina: uso o chuveiro, guarda de roupas e pertences, higiene adequada; faz uso adequado de vestimentas e ornamentos. (DD)
4. ( ) Necessita de orientação, estímulos verbais e auxílio para higiene adequada. Demonstra algum desinteresse por sua aparência. (DI)
5. ( ) Negligente quanto à aparência, veste-se de forma inadequada e/ou bizarra, necessita de ajuda para tomar banho, escovar os dentes e realizar higiene íntima. Contido fisicamente/mecanicamente. (DP)

2. EXPRESSÃO DO PENSAMENTO

4. ( ) Demonstra crítica e juízo preservados. Responde às solicitações. Mantém discurso em tom de voz normal e conteúdo adequado. (DD)
5. ( ) Mantém tom de voz elevado ou diminuído. Responde sucintamente às solicitações. Nota-se prejuízo da crítica e julgamento, mantém discurso acelerado, mudando várias vezes de assunto sem encerrar o anterior, fala aparentemente sozinho, mas quando solicitado, consegue manter um discurso coerente, querelante. (DP)
6. ( ) Apresenta ideias delirantes, ideias que expressam alucinações, denotando com certa frequência grande incômodo resultante de tais sintomas, expressa ideias de agitação, fuga ou suicídio, não responde às solicitações. Mantém-se em mutismo ou apesar das alterações, não é capaz de expressa-la. Contido fisicamente/mecanicamente. (DI)

3. HUMOR E AFETO

1. ( ) Mantém humor eutímico. (DD)
2. ( ) Demonstra certa indiferença, chora sem motivo aparente e com facilidade, não expressa seus sentimentos, faz demonstrações afetivas inadequadas, às vezes alegre, às vezes triste. (DI)
3. ( ) Incapacidade para manejar seus sentimentos excessivamente alegre ou triste; desinteressado de tudo; irrita-se com facilidade; muda bruscamente de estado de humor. Contido fisicamente/mecanicamente. (DP).

4. ATIVIDADES

1. ( ) Aceita participar das atividades individuais e grupais. Colaborador e afetivo; procura ocupações espontaneamente, termina o que inicia e executa-as adequadamente. (DD)
2. ( ) Participa das atividades, apenas quando é estimulado, mantendo-se isolado dos demais; não consegue permanecer integralmente nas atividades, não termina o que inicia, tem dificuldade de entrosamento durante as atividades. (DI)
3. ( ) Recusa participar de qualquer atividade, apesar de conhecê-las; fica parado ou completamente inativo, não permanece nas atividades. Contido fisicamente/mecanicamente. (DP)

5. INTERAÇÃO SOCIAL

1. ( ) Colaborador e procura interagir espontaneamente. (DD)
2. ( ) Mantém-se isolado dos demais, indeciso, tenta seduzir e manipular os demais; anda sozinho de um lado para o outro; tem dificuldade no entrosamento e no cotidiano do manejo das relações familiares e sociais; quando solicitado, interage ou apenas responde às solicitações apenas quando é estimulado. (DI)
3. ( ) Hostil e ameaçador; não tolera frustrações; muito dependente dos demais; fica parado (completamente inativo); não colabora; furta pertences dos demais; aborda familiares de outros pacientes durante visita; negligência suas responsabilidades. Contido fisicamente/mecanicamente. (DP)

6.ALIMENTAÇÃO / HIDRATAÇÃO

1. ( ) Aceita adequadamente as refeições e hidratação; mantém hábitos adequados durante as refeições, considerando-se as diferenças culturais. (DD)
2. ( ) Ingere quantidade insuficiente de alimentos e líquidos; quando estimulado e orientado alimenta-se e hidrata-se; exige dieta especial (terapêutica); necessita de suplementação alimentar; mantém alguns hábitos inadequadamente durante as refeições, considerando-se as diferenças culturais. (DI)
3. ( ) Não se alimenta sozinho; tem dificuldades para mastigar ou deglutir; recusa as refeições; ingere quantidade excessiva de alimentos; mantém-se inadequado durante as refeições; realiza ações purgativas após refeições; necessidade de SNG ou SNE; necessidade de hidratação EV. Contido fisicamente/mecanicamente. (DP)

7.SONO

1. ( ) Dorme regularmente à noite quando medicado conforme prescrição médica de rotina. (DD)
2. ( ) Dorme durante do dia; não dorme à noite, mas permanece em seu leito; só dorme após ser medicado extra por via oral ou via intramuscular. (DI)
3. ( ) Dorme e queixa-se de que não dormiu; não dorme de dia e nem de noite e torna-se inquieto e agitado; sonâmbulo; não dorme mesmo depois de medicado uma vez; dorme além do normal tanto de dia quanto de noite. Contido fisicamente/mecanicamente. (DP)

8. MEDICAÇÃO

1. ( ) Aceita sua medicação; quase sempre conhece os medicamentos que usa, bem como seus efeitos; é possível responsabilizá-lo pela própria medicação ou a familiares; medicado (VO) até 4 vezes/dia. (DD)
2. ( ) Aceita sua medicação após orientação e abordagem; apresenta sintomas de efeitos colaterais e indesejáveis da medicação; desconhece os medicamentos que usa, bem como seus efeitos; demonstra certa insatisfação ou medo dos medicamentos; eventualmente, procura por informações sobre a medicação; medicado (VO) mais de quatro vezes/dia.(DI)
3. ( ) Faz tentativas de esconder sua medicação; recusa os medicamentos; necessita de medicações injetáveis e/ou diluídas; solicita medicamentos a todo o momento. Contido fisicamente/mecanicamente. (DP)

9. ELIMINAÇÕES

1. ( ) As eliminações estão presentes; tem controle esfincteriano. (DD)
2. ( ) Suas eliminações não são diárias ou são excessivas; tem controle esfincteriano; apresenta obstipação ou eliminações intestinais líquidas; apresenta incontinência urinaria decorrente do uso de medicações. (DI)

( ) Não tem controle esfincteriano; faz uso inadequado do sanitário; necessita de fraldas. Contido fisicamente/mecanicamente. (DP)

10. SINAIS VITAIS E OUTROS CONTROLES

1. ( ) Necessita de verificação conforme rotina institucional. (DD)
2. ( ) Necessita de verificações de acordo com a evolução clínica, sintomatológica ou queixas, prescrição médica, realização de glicemia capilar. (DI)
3. ( ) Necessita de controle de sinais vitais, hídrico, de débito urinário, ou outros, várias vezes ao dia; apresenta disfunções clínicas não psiquiátricas. Contido fisicamente/mecanicamente. (DP)

11. QUEIXAS E PROBLEMAS SOMÁTICOS

1. ( ) Nega queixas somáticas. (DD)
2. ( ) Refere queixas relativas ao tratamento medicamentoso, de sinais e sintomas crônicos ou outros; poliqueixoso. (DI)
3. ( ) Refere queixas de sintomas agudos de disfunções fisiológicas ou clínicas; apresenta sinais e sintomas de patologias clínicas. Contido fisicamente/mecanicamente. (DP)

12. COMPORTAMENTO RELACIONADO AO SUICÍDIO

0. ( ) Não se aplica.
1. ( ) Estado mental inalterado; leve alteração de humor; alguns pensamentos sem plano; planejamento frouxo; rigidez/constrição frouxa; dificuldade de acesso aos meios; sem tentativas anteriores, porém histórico familiar positivo; forte apoio social e familiar. (DD)
2. ( ) Estado mental parcialmente alterado; alteração de humor expressiva; possui pensamentos e planos; planejamento para longo prazo; ambivalência presente; impulsividade; histórico de tentativa anterior; apoio social e familiar frágil, porém existente. (DI)

3. ( ) Estado mental alterado; forte pensamento e plano; planejamento a curto com meios; forte sentimento de desesperança, desamparo e desespero; depressão; rigidez/constrição forte (visão em túnel); apoio social fraco ou inexistente; estado mental alterado; várias tentativas anteriores; contido fisicamente/mecanicamente. (DP)

13. ABORDAGEM FAMILIAR

1. ( ) Tempo requerido de assistência de enfermagem aos familiares: entre 30 minutos à 1 hora; familiares participam ativamente do tratamento; adequada continência sócio familiar; recebe visitas e/ou ligações regularmente. (DD)
2. ( ) Tempo requerido de assistência de enfermagem aos familiares: entre 1 a 2 horas; familiares participam do tratamento mediante solicitações; continência sócio familiar prejudicada; recebe visitas e/ou ligações esporadicamente; recusa ligações e/ou vistas de algum familiar específico. (DI)
3. ( ) Tempo requerido de assistência de enfermagem: maior que 2 horas; familiares não participam do tratamento; incontinência sócio familiar; raramente recebe visitas e/ou ligações; alteração do comportamento quando recebe ligações e/ou visitas; recusa ligações e/ou visitas. (DP)

14. COMPORTAMENTO RELACIONADO AO FUMO

1. ( ) Aceita tranquilamente a quantidade estipulada pela rotina da enfermaria; monitora os próprios cigarros adequadamente e não furta dos demais pacientes; às vezes precisa ser lembrado do local específico para fumar. (DD)
2. ( ) Aceita rispidamente a quantidade estipulada pela rotina da enfermaria; monitora os próprios cigarros, porém furta dos demais pacientes; precisa ser lembrado sempre do local específico para fumar, aceitando com dificuldade. (DI)
3. ( ) Não aceita a quantidade estipulada pela rotina da enfermaria; fuma em demasia; não tem controle sobre a quantidade, furta dos demais; potencial risco para fogo; não aceita o local específico para fumar mesmo após orientação. Contido fisicamente/mecanicamente. (DP)

Pontuação: _____ assinale abaixo o grau correspondente à pontuação:

( ) 13 a 22 pontos: grau de dependência discreta (DD)
( ) 23 a 32: grau de dependência intermediária (DI)
( ) 33 a 42: grau de dependência plena (DP)

Definição dos graus de dependência (assinalar conforme pontuação)

( ) DD: Paciente cujo comportamento não é desorganizado; necessita de orientação verbal ou quase nenhuma para: higiene, vestimentas, alimentação, hidratação; aceitação contenção verbal; baixo risco para suicídio; comportamento adequado para o fumo; interação social positiva, porém manipulador; sem disfunções clínicas.

( ) DI: Paciente cujo comportamento é parcialmente desorganizado; necessita de auxílio parcial ou supervisão para: higiene, vestimentas, alimentação e hidratação; agressivo verbalmente; médio risco de suicido; necessário lembrá-lo várias vezes ao dia do local específico para fumar; parcialmente isolado; medicação extra VO; apresenta disfunções clínicas.

( ) DP: Pacientes cujo comportamento é totalmente desorganizado; necessita de auxílio total para: higiene, vestimentas, alimentação, suplementação alimentar, hidratação EV; hetero-agressivo; alto risco de suicídio; fuma em demasia e em locais inadequados; isolado; medicação extra IM; contido fisicamente/mecanicamente; disfunções clínicas com possível instabilidade; necessita de ECT; necessita de dois acompanhantes para saídas.

Data: _____/_____/_____ _____

Enfº responsável (carimbo e assinatura)

Adaptação do grau de dependência do instrumento para classificação de pacientes psiquiátricos segundo a segundo a Resolução COFEN nº 543/2017.

Graus de dependência segundo a Resolução COFEN nº 543/2017.	Graus de dependência de acordo com o instrumento.	Horas de enfermagem/leito, nas 24 horas segundo a Resolução COFEN nº 543/2017.
Pacientes de Cuidados Intermediários	Dependência Discreta (DD)	6 horas de enfermagem por paciente
Pacientes de Cuidados Alta – Dependência	Dependência Intermediária (DI)	10 horas de enfermagem por paciente
Pacientes de Cuidados Intensivos	Dependência Plena (DP)	18 horas de enfermagem por paciente

Anexo 2

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos - Versão 2: um estudo de confiabilidade e validade do constructo.

Pesquisador: Letícia Carvalho Vieira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 56156616.5.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.657.831

Apresentação do Projeto:

Este parecer trata-se da análise das pendências apontadas no parecer de 04/07/2016:

Acerca do TCLE:

a) Fazer um direcionado aos pacientes com capacidade cognitiva pra entender o conteúdo e outro pro familiar/responsável; (PENDÊNCIA ADEQUADAMENTE ATENDIDA)

b) Escrever de forma mais simples pra que seja entendido pelo paciente ou familiar; (PENDÊNCIA ADEQUADAMENTE ATENDIDA)

c) Retirar o parágrafo que menciona que os familiares serão juízes do instrumento.(PENDÊNCIA ADEQUADAMENTE ATENDIDA)

Objetivo da Pesquisa:

Consta do parecer de 04/07/2016.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Consta do parecer de 04/07/2016.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Consta do parecer de 04/07/2016.

Endereço: Chácara Butignolli , s/n
Bairro: Rubião Junior **CEP:** 18.618-970
UF: SP **Município:** BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1608 **E-mail:** capellup@fmb.unesp.br

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram reapresentados os TCLEs de acordo com as normas da Resolução 466/2012.

Recomendações:

Encaminhar ao CEP Relatório Final de Atividades após a execução desta pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Suriro aprovação, sem necessidade de envio à Conep.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de Pesquisa APROVADO, deliberado em reunião ORDINÁRIA do CEP de 01 de Agosto de 2.016, sem necessidade de envio à CONEP.

O CEP, no entanto, solicita aos pesquisadores que após a execução do projeto em questão, seja enviado para análise o respectivo "Relatório Final de Atividades", o qual deverá ser enviado via Plataforma Brasil na forma de "NOTIFICAÇÃO".

OBS: LEMBRAMOS QUE A PRESENTE PESQUISA SOMENTE PODERÁ SER INICIADO APÓS DIA 01/08/2016 – DATA DA APROVAÇÃO DO CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇOES_BASICAS_DO_PROJETO_702628.pdf	21/07/2016 15:38:19		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo_4_TCLE_fase_2_responsavel_legal_corrigido.docx	21/07/2016 15:37:56	Letícia Carvalho Vieira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo_4_TCLE_fase_2_pacientes_corrigido.docx	21/07/2016 15:37:46	Letícia Carvalho Vieira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Doutorado_Pesquisador.docx	07/07/2016 21:41:19	Letícia Carvalho Vieira	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	03/07/2016 16:11:56	Letícia Carvalho Vieira	Aceito
Outros	1393_Leticia_Vieira_Anuencia_EAP.pdf	16/05/2016 17:00:39	Letícia Carvalho Vieira	Aceito

Endereço: Chácara Butignolli , s/n
Bairro: Rubião Junior **CEP:** 18.618-970
UF: SP **Município:** BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1608 **E-mail:** capellup@fmb.unesp.br

Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_Cantidio.pdf	16/05/2016 16:58:35	Letícia Carvalho Vieira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo_3_TCLE_etapa_B.docx	16/05/2016 16:47:34	Letícia Carvalho Vieira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo_2_TCLE_etapa_A.docx	16/05/2016 16:47:20	Letícia Carvalho Vieira	Aceito
Folha de Rosto	Plataforma_Brasil_Leticia_Vieira1393.pdf	16/05/2016 12:32:11	Letícia Carvalho Vieira	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

BOTUCATU, 02 de Agosto de 2016

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Apêndice 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Resolução nº 466/12 do CNS.
(Enfermeiros Gerentes)

CONVIDO, o Senhor (a) para participar do Projeto de Pesquisa intitulado "**Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos – Versão 2: um estudo de Confiabilidade e Validade de Constructo"**, que será desenvolvido por mim **EnfªMs. Letícia Carvalho Vieira**, com orientação do profissional **Enfº e Professora DrªWilza Carla Spiri** da Faculdade de Medicina de Botucatu –UNESP.

Estou estudando um Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos como ferramenta gerencial sendo necessário compreender o significado para os gestores de enfermagem psiquiátrica sobre o uso deste instrumento para a prática gerencial. Constitui a fase 1 de um estudo que objetiva testar a validade e confiabilidade de um instrumento para classificação do grau de dependência dos pacientes psiquiátricos em relação à equipe de enfermagem.

Assim o(a) Senhor(a) responderá a seguinte pergunta: "*O que significa para você o uso de um Sistema de Classificação de Pacientes como ferramenta gerencial*?". Será realizada uma entrevista áudio gravada, com duração de 30 minutos. As entrevistas serão transcritas na íntegra e posteriormente apagadas. Seu benefício em participar será contribuir para a construção de um gerenciamento de enfermagem psiquiátrica baseada em evidências bem como compreender o significado de uma ferramenta gerencial de forma a embasar o processo de tomada de decisão.

Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo na continuidade do seu tratamento.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue ao Senhor (a) devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO EM PARTICIPAR de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas, sem no entanto, que minha identidade seja revelada.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contrato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descrito:

_____/_____/_____

_____ _____

Pesquisador Participante da Pesquisa

Letícia Carvalho Vieira: Rua Adolfo Pardini, 228CEP: 18250-180 Botucatu/SP Fone: (14) 3354-0509 ou (14) 99611-8258 e-mail: lcvieira@fmb.unesp.br
Wilza Carla Spiri: Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP – Departamento de Enfermagem – Pós Graduação Distrito de Rubião Júnior, s/n CEP: 18618-970 Botucatu/SP Fone: (14) 3811-6070/6004 e-mail: wilza@fmb.unesp.br

Apêndice 2
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Resolução nº 466/12 do CNS.
Enfermeiros Juízes

CONVIDO, o Senhor (a) para participar do Projeto de Pesquisa intitulado "**Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos – Versão 2: um estudo de Confiabilidade e Validade de Constructo"**, que será desenvolvido por mim **EnfªMs. Letícia Carvalho Vieira**, com orientação do profissional **Enfº e Professora DrªWilza Carla Spiri** da Faculdade de Medicina de Botucatu –UNESP.

Estou estudando um instrumento para a classificação de pacientes psiquiátricos segundo o grau de dependência em relação à equipe de enfermagem e surgiu a necessidade de complementá-lo com novos indicadores críticos do cuidado.

Assim o(a) Senhor(a) participará como juiz especialista e emitirá seu julgamento crítico acerca dos componentes deste instrumento. O consenso das respostas será obtido através da Técnica Delphi havendo a possibilidade de realizar-se mais de uma rodada de perguntas.

Seu benefício em participar será contribuir para a avaliação psicométrica do respectivo instrumento de forma tornar-se válido e confiável para medir aquilo que ele se propõe que é o grau de dependência dos pacientes psiquiátricos em relação à equipe de enfermagem de forma a constituir-se uma evidência para o dimensionamento da equipe de enfermagem e melhoria na qualidade assistencial. Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retira-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo na continuidade do seu tratamento.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue ao Senhor (a) devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO EM PARTICIPAR de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas, sem, no entanto, que minha identidade seja revelada.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contrato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descrito:

_____/_____/_____

_____ _____

Pesquisadora Participante da Pesquisa

Letícia Carvalho Vieira
Rua Adolfo Pardini, 228CEP: 18250-180 Botucatu/SP
Fone: (14) 3354-0509 ou (14) 99611-8258 e-mail: lcvieira@fmb.unesp.br

Wilza Carla Spiri
Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP – Departamento de Enfermagem – Pós Graduação
Distrito de Rubião Júnior, s/n CEP: 18618-970 Botucatu/SP Fone: (14) 3811-6070/6004 e-mail: wilza@fmb.unesp.br

Apêndice 3

Ficha de identificação e caracterização dos juízes especialistas

1. Nome do juiz: _____ Idade:_____ Sexo: ( ) F ( ) M

e-mail: _____

2. Formação e qualificação (*nome da escola, ano de conclusão e área específica de qualificação*)

a) **Graduação:** _____ Ano: _____

b) **Especialização:** _____ Ano: _____

Área: _____

c) **Mestrado:** _____ Ano: _____

Área: _____

d) **Doutorado:** _____ Ano: _____

Área: _____

e) **Pós – Doutorado**: _____ Ano: _____

Área: _____

f) Outros: _____

3. Trajetória Profissional *(descrever local, atividade desempenhada e período)*

a) Local: **_____**

Atividade: _____

Período _____/_____ à _____/_____

Apêndice 4

Questionário sobre o Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos – versão 2

NOME: _____*IDADE:*_____

O item NOME é pertinente? ( ) SIM ( ) NÃO

Comentários e sugestões: _____

O item IDADE é pertinente? ( ) SIM ( ) NÃO
Comentários e Sugestões: _____

*HD:*_____

O item HD (hipótese diagnóstica) é pertinente? ( ) SIM ( ) NÃO

Comentários e sugestões: _____

Instruções: assinale abaixo a característica de cada indicador crítico que mais reflita a situação atual (no momento da avalição) do paciente. Proceder à somatória final para classificação do grau de dependência. As siglas DD, DI, DP significam: Dependência Discreta, Dependência Intermediária, Dependência Plena, respectivamente.

O item Instruções é pertinente? ( ) SIM ( ) NÃO

Comentários e sugestões: _____

1.CUIDADOS COM APARÊNCIA E HIGIENE

1. ( ) Necessita apenas de orientação e supervisão para realizar as atividades de rotina: uso o chuveiro, guarda de roupas e pertences, higiene adequada; faz uso adequado de vestimentas e ornamentos. (DD)

2. ( ) Necessita de orientação, estímulos verbais e auxílio para higiene adequada. Demonstra algum desinteresse por sua aparência. (DI)

3. ( ) Negligente quanto à aparência, veste-se de forma inadequada e/ou bizarra, necessita de ajuda para tomar banho, escovar os dentes e realizar higiene íntima. Contido fisicamente/mecanicamente. (DP)

Este indicador é pertinente? ( ) SIM ( ) NÃO

Comentários e sugestões: _____

2.EXPRESSÃO DO PENSAMENTO

1. ( ) Demonstra crítica e juízo preservados. Responde às solicitações. Mantém discurso em tom de voz normal e conteúdo adequado. (DD)

2. ( ) Mantém tom de voz elevado ou diminuído. Responde sucintamente às solicitações. Nota-se prejuízo da crítica e julgamento, mantém discurso acelerado, mudando várias vezes de assunto sem encerrar o anterior, fala aparentemente sozinho, mas quando solicitado, consegue manter um discurso coerente, querelante. (DP)

3. ( ) Apresenta ideias delirantes, ideias que expressam alucinações, denotando com certa frequência grande incômodo resultante de tais sintomas, expressa ideias de agitação, fuga ou suicídio, não responde às solicitações. Mantém-se em mutismo ou apesar das alterações, não é capaz de expressa-la. Contido fisicamente/mecanicamente. (DI)

Este indicador é pertinente? ( ) SIM ( ) NÃO

Comentários e sugestões: _____

3.HUMOR E AFETO

1. ( ) Mantém humor eutímico. (DD)

2. ( ) Demonstra certa indiferença, chora sem motivo aparente e com facilidade, não expressa seus sentimentos, faz demonstrações afetivas inadequadas, às vezes alegre, às vezes triste. (DI)

3. ( ) Incapacidade para manejar seus sentimentos excessivamente alegre ou triste; desinteressado de tudo; irrita-se com facilidade; muda bruscamente de estado de humor. Contido fisicamente/mecanicamente. (DP)

Este indicador é pertinente? ( ) SIM ( ) NÃO

Comentários e sugestões: _____

4.ATIVIDADES

1. ( ) Aceita participar das atividades individuais e grupais. Colaborador e afetivo; procura ocupações espontaneamente, termina o que inicia e executa-as adequadamente. (DD)

2. ( ) Participa das atividades, apenas quando é estimulado, mantendo-se isolado dos demais; não consegue permanecer integralmente nas atividades, não termina o que inicia, tem dificuldade de entrosamento durante as atividades. (DI)

3.( ) Recusa participar de qualquer atividade, apesar de conhecê-las; fica parado ou completamente inativo, não permanece nas atividades. Contido fisicamente/mecanicamente. (DP)

Este indicador é pertinente? ( ) SIM ( ) NÃO

Comentários e sugestões: _____

5. INTERAÇÃO SOCIAL

1. ( ) Colaborador e procura interagir espontaneamente. (DD)

2. ( ) Mantém-se isolado dos demais, indeciso, tenta seduzir e manipular os demais; anda sozinho de um lado para o outro; tem dificuldade no entrosamento e no cotidiano do manejo das relações familiares e sociais; quando solicitado, interage ou apenas responde às solicitações apenas quando é estimulado. (DI)

3. ( ) Hostil e ameaçador; não tolera frustrações; muito dependente dos demais; fica parado (completamente inativo); não colabora; furta pertences dos demais; aborda familiares de outros pacientes durante visita; negligência suas responsabilidades. Contido fisicamente/mecanicamente. (DP)

Este indicador é pertinente? ( ) SIM ( ) NÃO

Comentários e sugestões: _____

6. ALIMENTAÇÃO / HIDRATAÇÃO

1. ( ) Aceita adequadamente as refeições e hidratação; mantém hábitos adequados durante as refeições, considerando-se as diferenças culturais. (DD)

2. ( ) Ingere quantidade insuficiente de alimentos e líquidos; quando estimulado e orientado alimenta-se e hidrata-se; exige dieta especial (terapêutica); necessita de suplementação alimentar; mantém alguns hábitos inadequadamente durante as refeições, considerando-se as diferenças culturais. (DI)

3. ( ) Não se alimenta sozinho; tem dificuldades para mastigar ou deglutir; recusa as refeições; ingere quantidade excessiva de alimentos; mantém-se inadequado durante as refeições; realiza ações purgativas após refeições; necessidade de SNG ou SNE; necessidade de hidratação EV. Contido fisicamente/mecanicamente. (DP)

Este indicador é pertinente? ( ) SIM ( ) NÃO

Comentários e sugestões: _____

7. SONO

1. ( ) Dorme regularmente à noite quando medicado conforme prescrição médica de rotina. (DD)

2. ( ) Dorme durante do dia; não dorme à noite, mas permanece em seu leito; só dorme após ser medicado extra por via oral ou via intramuscular. (DI)

3. ( ) Dorme e queixa-se de que não dormiu; não dorme de dia e nem de noite e torna-se inquieto e agitado; sonâmbulo; não dorme mesmo depois de medicado uma vez; dorme além do normal tanto de dia quanto de noite. Contido fisicamente/mecanicamente. (DP)

Este indicador é pertinente? ( ) SIM ( ) NÃO

Comentários e sugestões: _____

8. MEDICAÇÃO

1. ( ) Aceita sua medicação; quase sempre conhece os medicamentos que usa, bem como seus efeitos; é possível responsabilizá-lo pela própria medicação ou a familiares; medicado (VO) até 4 vezes/dia. (DD)

2. ( ) Aceita sua medicação após orientação e abordagem; apresenta sintomas de efeitos colaterais e indesejáveis da medicação; desconhece os medicamentos que usa, bem como seus efeitos; demonstra certa insatisfação ou medo dos medicamentos; eventualmente, procura por informações sobre a medicação; medicado (VO) mais de quatro vezes/dia. (DI)

3. ( ) Faz tentativas de esconder sua medicação; recusa os medicamentos; necessita de medicações injetáveis e/ou diluídas; solicita medicamentos a todo o momento. Contido fisicamente/mecanicamente. (DP)

Este indicador é pertinente? ( ) SIM ( ) NÃO

Comentários e sugestões: _____

9. ELIMINAÇÕES

1. ( ) As eliminações estão presentes; tem controle esfincteriano. (DD)

2. ( ) Suas eliminações não são diárias ou são excessivas; tem controle esfincteriano; apresenta obstipação ou eliminações intestinais líquidas; apresenta incontinência urinaria decorrente do uso de medicações. (DI)

3. ( ) Não tem controle esfincteriano; faz uso inadequado do sanitário; necessita de fraldas. Contido fisicamente/mecanicamente. (DP)

Este indicador é pertinente? ( ) SIM ( ) NÃO

Comentários e sugestões: _____

10. SINAIS VITAIS E OUTROS CONTROLES

1. ( ) Necessita de verificação conforme rotina institucional. (DD)

2. ( ) Necessita de verificações de acordo com a evolução clínica, sintomatológica ou queixas, prescrição médica, realização de glicemia capilar. (DI)

3. ( ) Necessita de controle de sinais vitais, hídrico, de débito urinário, ou outros, várias vezes ao dia; apresenta disfunções clínicas não psiquiátricas. Contido fisicamente/mecanicamente. (DP)

Este indicador é pertinente? ( ) SIM ( ) NÃO

Comentários e sugestões: _____

11. QUEIXAS E PROBLEMAS SOMÁTICOS

1. ( ) Nega queixas somáticas. (DD)

2. ( ) Refere queixas relativas ao tratamento medicamentoso, de sinais e sintomas crônicos ou outros; poliqueixoso. (DI)

3. ( ) Refere queixas de sintomas agudos de disfunções fisiológicas ou clínicas; apresenta sinais e sintomas de patologias clínicas. Contido fisicamente/mecanicamente. (DP)

Este indicador é pertinente? ( ) SIM ( ) NÃO

Comentários e sugestões: _____

12. COMPORTAMENTO RELACIONADO AO SUICÍDIO

0. ( ) Não se aplica.

1. ( ) Estado mental inalterado; leve alteração de humor; alguns pensamentos sem plano; planejamento frouxo; rigidez/constrição frouxa; dificuldade de acesso aos meios; sem tentativas anteriores, porém histórico familiar positivo; forte apoio social e familiar. (DD)

2. ( ) Estado mental parcialmente alterado; alteração de humor expressiva; possui pensamentos e planos; planejamento para longo prazo; ambivalência presente; impulsividade; histórico de tentativa anterior; apoio social e familiar frágil, porém existente. (DI)

3. ( ) Estado mental alterado; forte pensamento e plano; planejamento a curto com meios; forte sentimento de desesperança, desamparo e desespero; depressão; rigidez/constrição forte (visão em túnel); apoio social fraco ou inexistente; estado mental alterado; várias tentativas anteriores; contido fisicamente/mecanicamente. (DP)

Este indicador é pertinente? ( ) SIM ( ) NÃO

Comentários e sugestões: _____

13. ABORDAGEM FAMILIAR

1. ( ) Tempo requerido de assistência de enfermagem aos familiares: entre 30 minutos à 1 hora; familiares participam ativamente do tratamento; adequada continência sócio familiar; recebe visitas e/ou ligações regularmente. (DD)

2. ( ) Tempo requerido de assistência de enfermagem aos familiares: entre 1 a 2 horas; familiares participam do tratamento mediante solicitações; continência sócio familiar prejudicada; recebe visitas e/ou ligações esporadicamente; recusa ligações e/ou vistas de algum familiar específico. (DI)

3. ( ) Tempo requerido de assistência de enfermagem: maior que 2 horas; familiares não participam do tratamento; incontinência sócio familiar; raramente recebe visitas e/ou ligações; alteração do comportamento quando recebe ligações e/ou visitas; recusa ligações e/ou visitas. (DP)

Este indicador é pertinente? ( ) SIM ( ) NÃO

Comentários e sugestões: _____

14. COMPORTAMENTO RELACIONADO AO FUMO

1. ( ) Aceita tranquilamente a quantidade estipulada pela rotina da enfermaria; monitora os próprios cigarros adequadamente e não furta dos demais pacientes; às vezes precisa ser lembrado do local específico para fumar. (DD)

2. ( ) Aceita rispidamente a quantidade estipulada pela rotina da enfermaria; monitora os próprios cigarros, porém furta dos demais pacientes; precisa ser lembrado sempre do local específico para fumar, aceitando com dificuldade. (DI)

3. ( ) Não aceita a quantidade estipulada pela rotina da enfermaria; fuma em demasia; não tem controle sobre a quantidade, furta dos demais; potencial risco para fogo; não aceita o local específico para fumar mesmo após orientação. Contido fisicamente/mecanicamente. (DP)

Este indicador é pertinente? ( ) SIM ( ) NÃO

Comentários e sugestões: _____

Pontuação: _____

Este item é pertinente? ( ) SIM ( ) NÃO

Comentários e sugestões: _____

Assinale abaixo o grau correspondente à pontuação:

( ) 13 a 22 pontos: grau de dependência discreta (DD)

( ) 23 a 32: grau de dependência intermediária (DI)

( ) 33 a 42: grau de dependência plena (DP)

Esta classificação é pertinente? ( ) SIM ( ) NÃO

Comentários e sugestões: _____

Definição dos graus de dependência

DD: Paciente cujo comportamento não é desorganizado; necessita de orientação verbal ou quase nenhuma para: higiene, vestimentas, alimentação, hidratação; aceitação contenção verbal; baixo risco para suicídio; comportamento adequado para o fumo; interação social positiva, porém manipulador; sem disfunções clínicas.

Você concorda com a descrição? ( ) SIM ( ) NÃO

Comentários e sugestões: _____

DI: Paciente cujo comportamento é parcialmente desorganizado; necessita de auxílio parcial ou supervisão para: higiene, vestimentas, alimentação e hidratação; agressivo verbalmente; médio risco de suicido; necessário lembrá-lo várias vezes ao dia do local específico para fumar; parcialmente isolado; medicação extra VO; apresenta disfunções clínicas.

Você concorda com a descrição? ( ) SIM ( ) NÃO

Comentários e sugestões: _____

DP: Pacientes cujo comportamento é totalmente desorganizado; necessita de auxílio total para: higiene, vestimentas, alimentação, suplementação alimentar, hidratação EV; hetero-agressivo; alto risco de suicídio; fuma em demasia e em locais inadequados; isolado; medicação extra IM; contido fisicamente/mecanicamente; disfunções clínicas com possível instabilidade; necessita de ECT; necessita de dois acompanhantes para saídas.

Você concorda com a descrição? ( ) SIM ( ) NÃO

Comentários e sugestões: _____

Adaptação do grau de dependência do instrumento para classificação de pacientes psiquiátricos segundo a segundo a Resolução COFEN nº 543/2017.

Graus de dependência segundo a Resolução COFEN nº 543/2017.	Graus de dependência de acordo com o instrumento.	Horas de enfermagem/leito, nas 24 horas segundo a Resolução COFEN nº 543/2017.
Pacientes de Cuidados Intermediários	Dependência Discreta (DD)	6 horas de enfermagem por paciente
Pacientes de Cuidados Alta – Dependência	Dependência Intermediária (DI)	10 horas de enfermagem por paciente
Pacientes de Cuidados Intensivos	Dependência Plena (DP)	18 horas de enfermagem por paciente

Você concorda com a equivalência realizada em relação ao grau de dependência?

( ) SIM ( ) NÃO Comentários e sugestões: _____

Você concorda com a equivalência das horas de enfermagem?

( ) SIM ( ) NÃO Comentários e sugestões: _____

Comentários e sugestões gerais: _____