



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

JOSI VAZ DE LIMA PASCHOAL

**AVALIAÇÃO DE PACIENTES:
ESTUDO DA CONCORDÂNCIA ENTRE
DUAS ABORDAGENS – INSTRUMENTO
DE CLASSIFICAÇÃO E RACIOCÍNIO
CLÍNICO**

**São José do Rio Preto
2012**

Josi Vaz de Lima Paschoal

**Avaliação de Pacientes:
Estudo da Concordância entre duas
Abordagens – Instrumento de
Classificação e Raciocínio Clínico**

São José do Rio Preto

2012

Josi Vaz de Lima Paschoal

**Avaliação de Pacientes:
Estudo da Concordância entre duas
Abordagens – Instrumento de
Classificação e Raciocínio Clínico**

**Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina de
São José do Rio Preto para
obtenção do Título de Mestre
no Curso de Pós-Graduação
em Ciências da Saúde, Eixo
Temático: Medicina Interna.**

**Orientadora: Profa. Dra. Márcia Galan
Perroca**

**Co orientadora: Profa. Dra. Marli de
Carvalho Jericó**

São José do Rio Preto – SP

2012

Paschoal, Josi Vaz de Lima

Avaliação de pacientes: estudo da concordância entre duas abordagens – Instrumento de Classificação e raciocínio clínico

/ Josi Vaz de Lima Paschoal

São José do Rio Preto, 2012

79 p.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Eixo temático: Medicina Interna

Orientadora: Profa Dra. Márcia Galan Perroca

Co orientadora: Profa. Dra. Marli de Carvalho Jericó

1. avaliação em enfermagem; 2. pacientes/classificação; 3. Determinação de necessidades de cuidados de saúde; 4. Julgamento.

JOSI VAZ DE LIMA PASCHOAL

**Avaliação de Pacientes:
Estudo da Concordância entre duas
Abordagens – Instrumento de
Classificação e Raciocínio Clínico**

BANCA EXAMINADORA

**DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU
DE MESTRE**

Presidente e Orientadora: Profa. Dra. Márcia
Galan Perroca

2º Examinador: Profa. Dra. Vânia Zaqueu
Brandão

3º Examinador: Profa. Dra. Ana Maria Laus

Suplentes: Profa. Dra. Zaida Aurora Sperli
Geraldine Soler

Profa. Dra. Wilsa Carla Spiri

São José do Rio Preto, 09/04/2012.

SUMÁRIO

Dedicatória.....	i
Agradecimentos.....	iii
Epígrafe.....	v
Lista de Figuras.....	vi
Lista de Tabelas.....	vii
Lista de Abreviaturas e Símbolos.....	viii
Resumo.....	ix
Abstract.....	xi
1 Introdução.....	1
1.1 Objetivos.....	4
1.1.1 Gerais.....	4
1.1.2 Específicos.....	4
2 Revisão da Literatura.....	6
2.1 Necessidades de cuidados dos pacientes.....	7
2.2 Avaliação por Raciocínio Clínico	9
2.3 Uso de Instrumento de Classificação de Pacientes (ICP)	12
3 Casuística e Método.....	15
3.1 Delineamento do estudo.....	16
3.2 Sujeitos.....	19
3.3 Os instrumentos.....	21
3.4 Procedimentos para coleta de dados.....	23
3.4.1 Aplicação de questionário para escolha dos enfermeiros avaliadores.....	23
3.4.2 Aplicação do ICP.....	24
3.4.3 Avaliação por Raciocínio Clínico.....	25
3.5 Considerações éticas.....	26
3.6 Análise estatística.....	26
4 Resultados.	29
4.1 Os pacientes.....	30
4.2 Os avaliadores.....	31

4.3 Concordância entre as avaliações.....	31
4.4 Discordância entre as avaliações.....	34
4.5 Áreas de cuidados identificadas pelos enfermeiros.....	35
4.6 Concordância entre as variáveis.....	37
4.6.1 Avaliador interno.....	37
4.6.2 Avaliador externo.....	39
5 Discussão.....	42
5.1 Concordâncias e discordâncias entre as categorias de cuidados.....	43
5.2 Áreas de cuidados identificadas pelos enfermeiros.....	46
5.3 Associação entre a concordância e as características pessoais e profissionais dos avaliadores.....	48
6 Conclusões.....	54
Referências bibliográficas.....	56
Apêndices.....	67
Anexos.....	74

- A Deus, pelo privilégio e alegria da vida, da oportunidade, das bênçãos e do amor incondicional que Ele tem por mim.

- Ao meu marido e grande amor Miller, por todo carinho, esforço, ajuda, companheirismo e dedicação que me ofereceu durante todo o tempo em que estive envolvida nessa pesquisa. Também por assumir nosso lar integralmente, dando a oportunidade de me dedicar somente a esse objetivo.

- Aos meus pais, que nunca pouparam esforços ao me educar, abrindo mão do ser individual em benefício da família. Carros do ano, grandes viagens e casas luxuosas não foram alvo de seus investimentos e sim, os filhos: Daniela, Josi, Débora e Daniel.

- Aos meus irmãos e cunhados por se alegrarem com as minhas conquistas e se entristecerem comigo nos momentos difíceis.

- Ao meu avô Zequinha, que é um exemplo de vida para mim.

- Aos familiares, por compartilharem esse tempo presente, preocupando-se comigo e me incentivando nos momentos exaustivos, no qual o lazer fica em segundo plano.

- À querida amiga Fabiana Hipólito, que acompanhou todos os processos realizados (sempre de perto) e me fez rir nos momentos que eu só queria chorar.

- A minha secretária Dalva, que foi um presente de Deus na minha vida e do meu marido.

- Ao curso de Pós-graduação da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, tanto em sua constituição administrativa, quanto na pessoa dos funcionários por propiciarem e facilitarem a conclusão desta pesquisa.

- À Profa Dra Márcia Galan Perroca, orientadora, por me proporcionar a oportunidade de transformar esse sonho em realidade, mesmo sendo este o início do meu contato com a “vida científica”. Agradeço por todo conhecimento e experiência que me foram compartilhados.

- À Profa Dra Marli de Carvalho Jericó, co-orientadora, pela contribuição de conhecimento, força e incentivo na realização desse sonho.

- Às Profa(s) Dra(s) Cláudia Cesarino e Lígia Contrin por participarem da minha qualificação e pela forma como me avaliaram com carinho e a valiosa contribuição dada à minha pesquisa.

- As enfermeiras coordenadoras do serviço de Auditoria de Enfermagem, da Unimed Rio Preto, por facilitarem as trocas de horários e ausências necessárias durante a minha jornada de trabalho, visando cumprir requisitos para a finalização dessa pesquisa.

- As enfermeiras que participaram desse estudo, que com muita atenção, atenderam ao meu pedido e compartilharam parte da sua vida profissional na realização deste estudo.
- Ao Prof. Dr José Antônio Cordeiro, pelo tratamento estatístico dos dados e Sofie, pela tradução da língua inglesa.
- Ao grupo de pesquisa de Gestão de Serviços de Saúde (GEST Saúde), por vivenciarem este momento comigo e pela forma como pudemos compartilhar sobre nossas dificuldades e alegrias.
- Às bibliotecárias e secretárias da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), pela atenção e cordialidade que sempre me trataram.
- À amiga Jaine, por me ajudar num momento tão desgastante compartilhando seu conhecimento e experiência, seu bom trabalho e a bondade que lhe é peculiar.
- À amiga Adriana Precioso, que com carinho, realizou a revisão gramatical e ortográfica desta pesquisa.
- À todos que de forma direta ou indireta contribuíram para a elaboração e conclusão deste trabalho.

“A mente que se abre a uma nova idéia, jamais volta ao seu tamanho original.”

(Albert Einstein)

Figura 1	Comparativo entre a concordância e discordância em graus a) entre avaliadores e o instrumento b) avaliadores entre si. São José do Rio Preto, 2010.....	30
Figura 2	Grau de concordância entre os avaliadores internos (AI) e o ICP segundo as variáveis: idade, tempo de atuação profissional e na unidade, qualificação profissional e acadêmica e função. São José do Rio Preto, 2010.....	38
Figura 3	Grau de concordância entre o avaliador interno (AI) e o ICP segundo a variável estar ou não lotado em UTI. São José do Rio Preto, 2010.....	39
Figura 4	Grau de concordância entre os avaliadores externos (AE) e o ICP segundo as variáveis idade, tempo de atuação profissional e na unidade, qualificação profissional e acadêmica e função. São José do Rio Preto, 2010.....	40
Figura 5	Grau de concordância entre o avaliador externo (AE) e o ICP segundo a variável estar ou não lotado em UTI. São José do Rio Preto, 2010.....	41

Tabela 1	Dados demográficos dos pacientes (N = 105). São José do Rio Preto, 2010.....	30
Tabela 2	Nível de concordância Kappa entre as avaliações realizadas (N= 105). São José do Rio Preto, 2010.....	32
Tabela 3	Percentual de concordância das avaliações de acordo com categorias de cuidados (N=105). São José do Rio Preto, 2010.....	33
Tabela 4	Nível de concordância entre as avaliações realizadas por enfermeiros pertencentes a UTI e as demais unidades (NUTI)(N= 105). São José do Rio Preto, 2010.....	33

AE	- Avaliador Externo
AI	- Avaliador Interno
AIDS	- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AVC	- Acidente Vascular Cerebral
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
DHEG	- Doença Hipertensiva Específica da Gestação
DIP	- Doenças Infecto Parasitárias
ICP	- Instrumento de Classificação de Pacientes
RAS	- <i>Risk Assessment Scale</i> ou Escalas de Avaliação de Risco
SPC	- Sistema de Classificação de Pacientes
SUS	- Sistema Único de Saúde
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva

Introdução: A crescente complexidade do trabalho do enfermeiro demanda habilidade de tomada de decisões rápidas e acuradas sobre as necessidades cuidativas dos pacientes. A avaliação é uma das ferramentas utilizadas pelos profissionais para a identificação dessas necessidades e norteia as ações assistenciais. **Objetivos:** Este estudo descritivo exploratório teve por objetivos: 1. analisar a concordância e discordância entre as avaliações realizadas por raciocínio clínico e aplicação de instrumento de classificação de pacientes e, 2. investigar a associação entre a concordância e características pessoais (idade) e profissionais dos avaliadores (função, tempo de atuação profissional e na unidade, qualificação profissional e acadêmica, ser profissional atuante em Unidade de Terapia Intensiva ou em outra unidade de internação). **Casuística e Método:** Foram investigados 105 pacientes adultos internados em um hospital de ensino do interior do Estado de São Paulo no período de maio a janeiro de 2011. Cada paciente foi avaliado por três enfermeiros alocados dentro e fora de seis unidades de internação com e sem instrumento de classificação. Para aferição do grau de concordância entre as avaliações foi utilizada a estatística *Kappa* ponderado – IC 95% e, para investigar a associação entre a concordância e as características pessoais, o método *Bootstrap*. **Resultados:** A concordância entre as avaliações apontou: kw 0,87- nível muito bom (instrumento x avaliador interno), Kw 0,78 (instrumento x avaliador externo) e Kw 0,76 (entre os avaliadores), consideradas nível bom. As principais áreas de cuidados identificadas pelos enfermeiros foram Investigação e Monitoramento, Locomoção e Atividade e Cuidado Corporal e

Eliminações. A média de áreas de cuidados identificadas nas avaliações realizadas pelo avaliador interno foi de 2,8 (1,8) e do externo de 3,5 (1,6). As características pessoais e profissionais que apresentaram influência na concordância entre as avaliações foram: idade ≥ 30 anos - 0,73(0,08), tempo de atuação profissional ≥ 5 anos - 0,73 (0,08), ter qualificação profissional - 0,83 (0,08) e estar lotado em Unidade de Terapia Intensiva 0,80 (0,11) para o avaliador interno. Em relação ao avaliador externo observaram-se os seguintes resultados: ter qualificação acadêmica - 0,19 (0,26) e tempo de atuação na unidade ≥ 2 anos - 0,14 (0,13). **Conclusão:** As avaliações conduzidas através de raciocínio clínico e mediante instrumento de classificação identificaram de forma similar a demanda de atenção dos pacientes em relação à enfermagem e categorias de cuidados (perfil assistencial) embora muitas áreas não tenham sido contempladas na avaliação clínica dos enfermeiros.

Descritores: 1. Avaliação em enfermagem; 2. Pacientes/classificação; 3. Determinação de necessidades de cuidados de saúde; 4. Julgamento.

Introduction: The increasing complexity of nursing work demands fast and accurate decision-making skills about patients' care needs. Assessment is one of the tools professional use to identify these needs and guides care actions.

Aims: This descriptive and exploratory study aimed to: 1. analyze agreement and disagreement between assessments made through clinical reasoning and application of a patient classification instrument and, 2. investigate the association between the agreement and the professionals' personal (age) and professional characteristics (function, professional experience and time on the job, professional and academic qualification, working at an Intensive Care Unit or another hospitalization unit). **Method:** 105 adult patients were investigated, hospitalized at a teaching hospital in the interior of São Paulo State between May and January 2011). Each patient was assessed by three nurses active at six hospitalization units or not and using a classification instrument or not. To verify the inter-rater agreement level, weighted kappa statistics were used – 95% CI and, to investigate the association between agreement and personal characteristics, the Bootstrap method. **Results:** Inter-rater agreement indicated: kw 0.87 – very good level (instrument x internal evaluator), Kw 0.78 (instrument x external evaluator) and Kw 0.76 (among evaluators), considered a good level. The main care areas the nurses identified were Research and Monitoring, Locomotion and Activity and Bodily Care and Eliminations. The mean number of care areas identified in the assessments by the internal evaluator was 2.8 (1.8), against 3.5 (1.6) by the external evaluator. The personal and professional characteristics that influenced inter-rater agreement were: age \geq 30 years –

0.73(0.08), professional experience ≥ 5 years – 0.73 (0.08), professional qualification – 0.83 (0.08) and working at an Intensive Care Unit 0.80 (0.11) for the internal evaluator. As for the external evaluator, the following results were observed: academic qualification – 0.19 (0.26) and time on the job ≥ 2 years – 0.14 (0.13). **Conclusion:** The assessments based on clinical reasoning and the classification instrument similarly identified patients' nurse care demand and care categories (care profile), although many areas were not addressed in the nurses' clinical assessment.

Key words: 1. Nursing assessment; 2. Patients/classification; 3. Determination of health care needs; 4. Judgment.

1 INTRODUÇÃO

A prática da Enfermagem está voltada ao atendimento das necessidades do paciente e de sua família e centrada no processo de cuidar. O cuidado visa ser realizado de modo individual e integral, pois tais necessidades são diferentes entre os indivíduos. Para essa prática ser eficaz deve promover e facilitar o processo de cura ou alívio do sofrimento. Dessa forma, o conhecimento do paciente e o contexto no qual ele está inserido tornam-se de fundamental importância.

A avaliação constitui-se no instrumento utilizado pelo enfermeiro para mapear as necessidades dos pacientes nas suas diversas dimensões e sua realização baseia-se na legislação do exercício profissional, como atribuição privativa do enfermeiro.⁽¹⁾ Para ser efetiva deve ser realizada por profissionais qualificados que fundamentem suas ações em evidências científicas utilizando o raciocínio clínico e pensamento crítico.

Nas últimas décadas, escalas de mensuração vêm sendo cada vez mais utilizadas pelos enfermeiros no processo avaliativo de forma a proporcionar maior assertividade para a tomada de decisão na gestão do cuidado.

O Instrumento de Classificação de Pacientes (ICP) proposto por Perroca, desenvolvido no final dos anos 90, foi construído e validado^(2,3) com o intuito de identificar as necessidades cuidativas dos pacientes em relação à enfermagem agrupando-os de acordo com sua demanda de atenção.

Seu uso em diversas instituições hospitalares motivou a realização de estudo a fim de se obter a opinião de usuários. Os resultados sugeriram que o

instrumento, algumas vezes, parecia não retratar a complexidade assistencial do paciente da forma como era percebida pelos enfermeiros.⁽⁴⁾

Diante desses achados, associado à percepção da autora sobre a necessidade de atualizar o conteúdo e renovar a estrutura desta ferramenta, iniciou-se o processo de refinamento do ICP. Uma nova versão foi construída e validada⁽⁵⁾ com inclusão de novas áreas de cuidados e procedimentos para captar mais acuradamente a demanda de atenção de enfermagem dos pacientes em relação à enfermagem e mensurar a carga de trabalho.

Apesar da aplicação de ICP ser considerada uma abordagem objetiva de avaliação de pacientes torna-se importante considerar, também, o raciocínio clínico do enfermeiro (abordagem subjetiva) que embasa a tomada de decisão assistencial. A maneira como o instrumento percebe as necessidades de cuidados dos pacientes deve estar alinhada com a percepção do enfermeiro.

Alguns estudos realizados em outros países têm discutido as necessidades de cuidados sob o olhar do enfermeiro e do próprio paciente.⁽⁶⁻⁸⁾ Contudo, nenhum deles investiga a avaliação das necessidades de cuidados sob a perspectiva do enfermeiro e do ICP analisando em que aspectos elas se aproximam e distanciam.

1.1 Objetivos

1.1.1 Gerais

- Analisar a concordância e discordância entre as categorias de cuidado resultantes de avaliações realizadas por raciocínio clínico e aplicação de instrumento de classificação (ICP);
- Investigar a associação entre a concordância e as características pessoais (idade) e profissionais (função, tempo de atuação profissional e na unidade, qualificação profissional e acadêmica, ser profissional atuante em UTI ou em outra unidade de internação) avaliadores.

1.1.2 Específicos

- Verificar o nível de concordância entre as avaliações por raciocínio clínico, realizadas por enfermeiros pertencentes às unidades onde o paciente está internado (avaliador interno), as realizadas por enfermeiros de outras unidades (avaliador externo) e as realizadas por meio de ICP.
- Investigar se as avaliações por raciocínio clínico, realizadas por enfermeiros lotados na Unidade de Terapia Intensiva, são mais concordantes com o ICP do que as realizadas por enfermeiros de outras unidades.

- Mapear as justificativas anotadas nas avaliações realizadas por meio de raciocínio clínico e verificar sua correspondência com as áreas de cuidados existentes no ICP.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Necessidades de cuidados dos pacientes

O cuidado está presente na humanidade desde o primórdio, como resposta das necessidades do ser humano.⁽⁹⁾ Na enfermagem, entende-se por necessidade um déficit humano que pode ser subjogado pelos cuidados de enfermagem.⁽¹⁰⁾ Apesar da antiguidade da existência dos cuidados relacionados às necessidades humanas, apenas no século XIX, na época de Florence Nightingale, se observou o início de sua organização e cientificidade.⁽¹¹⁾ A organização e sistematização das ações são indispensáveis ao ser humano no alcance de metas e resultados.⁽¹²⁾

A preocupação dos enfermeiros em definir o cuidado e identificá-lo como necessidade, expande o conceito de saúde e doença e resulta em ações que fundamentam a construção da enfermagem como ciência.^(11,13)

A assistência de enfermagem no Brasil teve destaque com a atuação e estudos da enfermeira Wanda de Aguiar Horta.⁽¹⁴⁾ Em 1979, publicou um livro de Necessidades Humanas Básicas que se tornou modelo de prática de enfermagem. A autora baseou-se na Teoria de Motivação Humana de Maslow, a qual defende que algumas necessidades individuais do ser humano são mais básicas que outras e, portanto, devem ser atendidas com prioridade.⁽¹⁵⁾

A hierarquia das necessidades humanas é composta por cinco níveis de prioridade. O nível basal representa as necessidades fisiológicas; o segundo retrata as de segurança e proteção; o terceiro engloba as de amor e relacionamento; o quarto demonstra a necessidade de autoestima e o último a

necessidade de auto realização, desenvolvimento de potencial e habilidade para lidar com os problemas da vida.⁽¹⁶⁾ O fato de atender ou não a estas necessidades caracteriza o equilíbrio ou desequilíbrio, sendo correspondente, respectivamente, à saúde ou doença do indivíduo.⁽¹⁷⁾

As necessidades de cuidados são estados de tensões resultantes da falta de equilíbrio homeodinâmico dos fenômenos vitais.⁽¹⁵⁾ O desequilíbrio presente na vida do ser humano pode resultar em necessidades conscientes ou inconscientes. A satisfação dessas necessidades conduz o homem na busca de seu equilíbrio e se esta for inconsciente é necessário o auxílio de uma pessoa com habilidades para o seu reconhecimento.^(14,15) O instrumento de classificação de pacientes⁽⁵⁾ utilizado nesta investigação fundamenta-se na teoria das necessidades humanas básicas.

O método científico é uma das formas de se estruturar o processo assistencial destinado à satisfação das necessidades individuais do paciente⁽¹⁷⁾ Portanto, os enfermeiros executam suas ações baseadas em um roteiro metodológico, que por sua vez, fundamenta-se no modelo científico.⁽¹²⁾ Visando atender às necessidades do ser humano, o processo de enfermagem é uma medida elaborada para auxiliar o enfermeiro no planejamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem,⁽¹⁸⁾ ou seja, implanta a racionalidade nas ações.

O processo de enfermagem, como também é chamada esta organização de cuidados, é composta por etapas como levantamento de dados, diagnósticos, planejamento, implementação e avaliação das intervenções de enfermagem,⁽¹⁹⁾ e vem sendo adotada pelos serviços de enfermagem

atendendo à recomendação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Resolução n° 189/1996,⁽²⁰⁾ n° 293/2004⁽²¹⁾ e n° 358/2009.⁽²²⁾

2.2 Avaliação por Raciocínio Clínico

O processo de conhecer o paciente já é antigo e percebido desde a época de *Florence Nightingale*, a qual defendia que a investigação, a observação e a interpretação eram comportamentos necessários aos enfermeiros.^(23,24)

A avaliação de pacientes é uma das ferramentas inerentes ao cotidiano do profissional e está diretamente ligada ao cuidado. Ela permite a identificação das necessidades de cuidados, o direcionamento de condutas e intervenções e favorece a eficácia da assistência.

Uma das ferramentas utilizadas no processo avaliativo é o raciocínio clínico também encontrado na literatura pelas denominações de pensamento analítico, julgamento clínico, tomada de decisão, pensamento criativo ou reflexivo, resolução de problemas, raciocínio diagnóstico e intuição.^(13,23,25,26)

O raciocínio clínico pode ser definido como a representação dos processos intelectuais envolvidos no atendimento aos pacientes⁽²⁵⁾ e engloba quatro padrões de conhecimentos (empírico, ético, pessoal e estético) e julgamentos.⁽²⁷⁾ É considerado, também, como uma tecnologia instrumental para o cuidado que por meio de processos cognitivos possibilita avaliar a situação clínica do indivíduo com acurácia.⁽²⁸⁾ Constitui-se em uma forma utilizada pelos enfermeiros para identificar informações que possam apresentar

influência nos cuidados do paciente ou descartá-las e também auxiliar no processo de tomada de decisão. É o precursor da ação e decisão.⁽²⁶⁾

Como instrumento para a tomada de decisão, o raciocínio orienta a coleta de informações importantes na avaliação de enfermagem, auxilia na interpretação das respostas humanas, norteia a escolha da intervenção adequada e contribui no planejamento e avaliação da assistência prestada. As decisões do enfermeiro tendem a ser qualificadas quando a interpretação das informações foi sustentada por evidência científica.⁽²⁸⁾ Fatores como agilidade das rotinas hospitalares exigidas, complexidade do cuidado ao paciente e avanço tecnológico requerem do enfermeiro um pensamento rápido e resolução funcional dos problemas existentes.⁽²⁶⁾

As capacidades envolvidas no raciocínio são: a fluência, a flexibilidade e a elaboração. A fluência representa os múltiplos pensamentos do ser humano; a flexibilidade, a capacidade de mudar de um pensamento para outro alocado em outra categoria e a elaboração constitui-se na identificação das implicações a partir de uma informação.⁽²⁹⁾

Existem três fatores principais que apresentam interferência no raciocínio clínico da enfermagem: o contexto (cultural, social e institucional, especialidade, clínica), as características do diagnosticador (conhecimentos, expectativas, habilidades, atitudes, humor, experiências prévias) e a complexidade da tarefa diagnóstica.^(13,30)

O processamento das informações no raciocínio diagnóstico é derivado de uma série de julgamentos clínicos feitos durante e após a etapa de coleta de dados.⁽³⁰⁾ Ele é considerado um bom julgamento quando se mostra flexível

reconhecendo aspectos relevantes e interpretando-os de forma apropriada em uma situação clínica indefinida. Na enfermagem, o bom julgamento é aquele que reconhece os aspectos fisiopatológicos da doença e outras dimensões da vida do paciente e família que se encontram afetadas.

O julgamento clínico é definido como a ferramenta que favorece a melhora da prática assistencial com base no conhecimento, no pensamento e na tomada de decisão clínica com suporte de evidências científicas, obtidas a partir da avaliação dos dados subjetivos e objetivos do indivíduo/família/comunidade.⁽³¹⁾ Assim, baseando-se em evidências científicas, desenvolve uma evolução mental designada pelo conhecimento, experiência, percepção e intuição do enfermeiro.⁽³²⁾

O processo de julgamento clínico é descrito⁽³³⁾ como sendo composto por quatro momentos: 1. *Coleta de informações* - busca por dados do paciente/família e avaliação inicial do enfermeiro; 2. *Interpretação das informações* - execução do raciocínio inferencial; 3. *Agrupamento de informações* - encaixe ou não das informações coletadas no quadro percebido e 4. *Denominação do agrupamento* - identificação do problema e intervenções requeridas pelo enfermeiro. O raciocínio analítico e a intuição também fazem parte do processo cognitivo do julgamento.⁽¹³⁾

Apesar da sinonímia na aplicação dos termos raciocínio clínico e julgamento clínico foram encontrados autores que fizeram diferenciação entre eles. Um estudo⁽²³⁾ com o objetivo de avaliar e definir um modelo sobre julgamento clínico na análise de pesquisas já realizadas definiu raciocínio clínico como o processo pelo qual os enfermeiros e outros profissionais

formulam o julgamento clínico, resultando na escolha mais adequada. Já o julgamento clínico foi descrito como a interpretação ou conclusão sobre as necessidades, preocupações ou problemas de saúde de um paciente e a decisão de agir do profissional.

Outras abordagens quanto ao julgamento clínico foram encontradas em estudos na Inglaterra, Irlanda e Estados Unidos referindo-se à mensuração da qualidade do julgamento,⁽³⁴⁾ como este julgamento influencia a tomada de decisão na prática clínica⁽³⁵⁾ e como é o desenvolvimento do julgamento clínico no estudante de enfermagem.⁽³⁶⁾

2.3 Uso de Sistema de Classificação de Pacientes (SCP)

Outra forma utilizada para se realizar a avaliação de pacientes é por meio do uso instrumentos ou escalas de mensuração, tais como o Sistema de Classificação de Pacientes (SPC) que permite a identificação e classificação de pacientes em categorias de cuidados medindo os esforços da enfermagem requeridos para atender as necessidades de cada tipo de categoria de pacientes.⁽³⁷⁾

O SCP é composto por um Instrumento de Classificação de Pacientes (ICP), cálculo das horas de assistência por categoria de pessoal e medidas de validade e confiabilidade.⁽³⁸⁾

O ICP fundamenta-se nas necessidades de cuidados individuais e deve apontar resultados seguros para a avaliação dos pacientes e da unidade.⁽³⁹⁾ Características de simplicidade, objetividade, clareza e rápido preenchimento têm sido enfatizados na literatura favorecendo sua aceitação e utilização como

norteador de decisões assistenciais e gerenciais.⁽³⁷⁾ Validade e confiabilidade são critérios importantes para a avaliação da qualidade do instrumento.⁽³⁷⁻³⁸⁾ O SCP possibilita a disponibilização de dados referentes aos pacientes para tomada de decisão sobre planejamento da assistência, necessidade de pessoal, produtividade e custos do serviço de enfermagem.^(37,40-41)

Embora utilizados desde a década de 80 nos Estados Unidos, Canadá e Europa, no Brasil, sua prática foi adotada por algumas instituições hospitalares somente a partir dos anos 90.⁽⁴⁾ Com a evolução da história da avaliação na enfermagem, houve uma progressão dos ICPs construídos, com a contextualização e validação destes instrumentos para uso em adultos ou especialidades como pediatria e psiquiatria. Um marco oficial de destaque foi à recomendação de seu uso através da Resolução COFEN n°293/2004⁽²¹⁾ como atribuição exclusiva do enfermeiro embasando o dimensionamento quantitativo de pessoal de enfermagem em unidades de internação.

Pesquisas tanto no âmbito nacional e fora dele, utilizando essa ferramenta de avaliação, foram encontradas com os mais diferentes objetivos. No Brasil, foram conduzidos estudos de construção e validação de instrumentos para classificação de pacientes adultos,^(3,5,42) específico para aplicação em Psiquiatria,⁽⁴³⁾ Neonatologia⁽⁴⁴⁾ e Pediatria.⁽⁴⁵⁾ Outras investigações utilizando ICPs caracterizaram o perfil assistencial dos pacientes em diferentes cenários: Unidade de Transplante de Fígado,⁽⁴⁶⁾ Assistência Domiciliária,⁽⁴⁷⁾ Unidade de Hemodinâmica,⁽⁴⁸⁾ Pronto Socorro,⁽⁴⁹⁻⁵¹⁾ e Clínica Médica e Cirúrgica.⁽⁵²⁾ A identificação de carga de trabalho e dimensionamento

de pessoal foi outro assunto abordado,^(53,54) bem como a variação do grau de complexidade assistencial.⁽⁵⁵⁾

Na Finlândia^(56,57) pesquisas se propuseram a demonstrar a percepção do paciente quanto ao seu próprio cuidado comparando-a com áreas de cuidados de um ICP. Na Suécia, um estudo⁽⁵⁸⁾ comparou o uso de um instrumento desenvolvido no Brasil com outro desenvolvido e utilizado no país.

Considerando a enfermagem como ciência, os enfermeiros precisam se comprometer com a exatidão das interpretações dadas às informações para que intervenções apropriadas sejam estabelecidas em busca de alcance de resultados.⁽²⁹⁾

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 Delineamentos do estudo

Esta pesquisa de abordagem quantitativa, do tipo descritiva exploratória com delineamento transversal, se propôs a responder às seguintes questões:

1. *Qual é o nível de concordância entre avaliações de necessidades/categorias de cuidados de pacientes obtidas por meio de raciocínio clínico e aplicação de instrumento de classificação (ICP)? Em quais aspectos estas avaliações se aproximam e se distanciam?*
2. *As avaliações por raciocínio clínico realizadas por enfermeiros pertencentes às unidades onde o paciente está internado (avaliador interno) são mais concordantes com o ICP do que as realizadas por enfermeiros de outras unidades (avaliador externo)?*
3. *As avaliações por raciocínio clínico realizadas por enfermeiros lotados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) são mais concordantes com o ICP do que as realizadas por enfermeiros de outras unidades?*
4. *Características profissionais como função, tempo de atuação profissional, qualificação profissional e acadêmica influenciam na concordância entre as avaliações utilizando as duas abordagens?*

A terminologia raciocínio clínico apresenta diversas definições, como expostas na introdução. Nesta investigação, raciocínio clínico foi considerado

como sinônimo de julgamento clínico. Dessa forma, adotou-se o conceito de raciocínio clínico de Simmons,⁽²⁶⁾ ou seja, o processo utilizado pelos enfermeiros para identificar as informações que possam apresentar influência importante nos cuidados do paciente e também auxiliar no processo de tomada de decisão.

A instituição campo de estudo foi um hospital de ensino privado filantrópico, de capacidade extra (700 leitos), localizado no município de São José do Rio Preto, Estado de São Paulo. Considerada referência nacional atende pacientes de alta complexidade nas especialidades de Clínica Médica, Cirúrgica e Especializada. Dispõe, também, de serviços complementares em Endoscopia, Hemodiálise, Hemodinâmica, Medicina Legal, Medicina Nuclear, Radiologia, Oncologia, Patologia e Transplante.

Seu atendimento majoritário é realizado para pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a outra parte constituída por 25 convênios, além de seguros e particulares. Realiza mensalmente, em média, 3350 internações, 2900 cirurgias, 26.000 atendimentos ambulatoriais e 82.000 de urgências e emergências. O quadro de pessoal encontra-se composto por 4012 colaboradores, estando a equipe de enfermagem representada por 235 enfermeiros, 37 técnicos e 1180 auxiliares de enfermagem. A Sistematização da Assistência de Enfermagem é adotada como prática pelos enfermeiros, os quais foram treinados e capacitados, realizando hoje em dia o processo em todas as suas etapas.

Para a realização deste estudo, os dados foram coletados durante os meses de maio/2010 a janeiro/2011 em seis unidades de internação destinadas

a pacientes SUS, sendo uma clínica médica, uma clínica médico-cirúrgica e quatro unidades especializadas (Doenças Infecto Parasitárias, Unidade de Ginecologia e Obstetrícia, Unidade de Neurologia e Unidade de Terapia Intensiva adulto). A escolha dessas unidades relacionou-se aos objetivos do estudo.

A unidade de clínica médica, localizada no segundo andar da instituição, dispõe de 57 leitos e, apresenta em média, 355 internações/mês e tempo médio de permanência do paciente de 4,42 dias. Presta atendimento clínico a pacientes nas especialidades de Pneumologia, Reumatologia, Nefrologia e Gastroenterologia. A clínica médico-cirúrgica, situada no terceiro andar, encontra-se composta por 76 leitos, sendo que seis são destinados à Cirurgia Bariátrica e quatro para isolamento. A média de internação é de 641 pacientes/mês e tempo médio de permanência de 2,83 dias. Atende pacientes clínicos (endocrinologia) e pré e pós-operatório principalmente na área Cardiovascular.

Dentre as unidades especializadas, a clínica de Doença Infecto Parasitária (DIP), a qual divide seu espaço com a clínica médica no segundo andar, abrange 18 leitos com média de 87 internações/mês e tempo médio de permanência de 5,0 dias. Atende à pacientes com diagnósticos associados à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e Hepatites, tratando doenças de base e suas complicações clínicas como Tuberculose, Toxoplasmose, Criptococose, dentre outras. Ocasionalmente, realiza atendimento cirúrgico. Essa unidade também dispõe de serviço de apoio a pacientes que necessitam de administração medicamentosa sem necessidade de internação (leito dia).

A unidade de Ginecologia e Obstetrícia, situada no quarto andar, oferece 39 leitos com média de 605 internações/mês e tempo médio de permanência de 1,08 dia. A unidade conta, ainda, com um Centro Obstétrico e uma Unidade Intermediária (pós-operatório e emergência). Presta atendimento clínico (Doença Hipertensiva Específica da Gestação – DHEG, tumores de mama e ovário) e cirúrgico a gestantes, puérperas e acometidas de patologias relacionadas à área ginecológica (cesariana, histerectomia, laparotomia, etc.).

No quinto andar, a Unidade de Neurologia, apresenta capacidade para 21 leitos, prestando atendimento principalmente à pacientes clínicos e cirúrgicos. Dentre os principais diagnósticos destacam-se: Acidente Vascular Cerebral (AVC), hematoma subdural e extradural, aneurismas, politrauma, tumores de coluna e cerebral, cerca de 142 internações/mês e tempo médio de internação de 4,0 dias.

A Unidade de Terapia Intensiva, localizada no sétimo andar, divide-se em atendimento clínico e cirúrgico com 10 leitos cada. Atende, em média, 106 pacientes/mês com diagnósticos de politrauma, lesão neurológica e insuficiência renal aguda, dentre outros, e o tempo médio de permanência é de 5,41 dias.

3.2 Sujeitos

Foram objetos de estudo 105 pacientes adultos internados nas unidades pesquisadas no período do estudo avaliados por 13 enfermeiros (assistenciais e supervisores) sendo que seis aplicaram ICP⁽⁵⁾ e sete realizaram a avaliação por meio de raciocínio clínico, ou seja, sem a orientação de instrumento. É

importante ressaltar que os enfermeiros supervisores, nessas unidades, também são incentivados a serem mais proativos. O acompanhamento das visitas médicas e a discussão dos casos com o enfermeiro clínico são ações realizadas visando conhecer melhor os seus clientes e propor medidas adequadas de prevenção de não conformidades. Traçar planos de cuidados juntamente com sua equipe e acompanhar a implantação de novos protocolos são também atividades correspondentes ao seu cargo, dentre outras.

Utilizou-se uma amostragem aleatória. Para definição dos sujeitos do estudo estabeleceu-se os seguintes critérios: 1. Serem enfermeiros atuantes nas unidades investigadas; 2. Apresentarem diferentes combinações de características pessoais (idade) e profissionais (função, tempo de atuação profissional e na unidade, qualificação profissional e acadêmica). Esse último critério representou o interesse em tornar a amostra heterogênea no que diz respeito ao perfil profissional dos participantes viabilizando o estudo da influência destas variáveis na concordância entre os dois tipos de abordagens avaliativas.

A seleção dos enfermeiros e a definição do papel que o mesmo exerceria no estudo (aplicar ICP ou avaliação por raciocínio clínico) basearam-se nas características profissionais e na participação na assistência ao paciente. Dessa forma, foram escolhidos dois enfermeiros de cada unidade investigada, sendo um para avaliar as necessidades/categorias de cuidados por meio de ICP e outro por meio de raciocínio clínico. Optou-se por um enfermeiro da mesma unidade para classificar todos os pacientes exceto na

unidade de clínica médico- cirúrgica, na qual foi necessário designar outro avaliador por motivo de férias.

Os participantes da investigação foram em número diferente nas diversas etapas de sua realização. Na etapa na qual se avaliou a demanda de cuidado em relação à enfermagem e o grau de concordância das avaliações mediante a aplicação de ICP e o uso de raciocínio clínico, os sujeitos totalizaram 13 enfermeiros. No estágio subsequente, no qual se verificou a correlação das características pessoais e profissionais com a concordância nas avaliações, os participantes foram sete enfermeiros que utilizaram apenas o raciocínio clínico.

Foram investigadas sete variáveis: 1. idade (menor/maior do que 30 anos), 2.função (enfermeiro assistencial ou supervisor), 3. tempo de atuação profissional (menor/maior do que cinco anos), 4.tempo de atuação na unidade (menor/maior do que dois anos), 5.qualificação profissional concluída (pós graduação *lato sensu* na área de atuação ou relacionada), 6.qualificação acadêmica concluída (pós graduação *stricto sensu* nível mestrado e doutorado) e , ser profissional atuante em UTI ou outra unidade de internação.

3.3 Os instrumentos

Foram utilizados três instrumentos para a coleta de dados. O primeiro constituiu-se em um questionário de perfil profissional para caracterização dos enfermeiros participantes contendo questões semiestruturadas sobre dados: 1. pessoais (sexo e idade); 2. profissionais (cargo/função, unidade/andar, tempo de atuação profissional, na instituição e na unidade descritos em anos e

meses). Foram, também, obtidas junto aos participantes, informações referentes à qualificação profissional (Aprimoramento, Especialização, Mestrado, Doutorado e outros) e especificação das áreas de atuação/tempo (coordenação de unidade, gerenciamento de serviço de enfermagem, docência - nível médio e superior)(Apêndice 1).

O segundo foi utilizado para identificar a demanda de cuidados dos pacientes em relação à enfermagem com a aplicação da nova versão do instrumento de classificação de pacientes proposto por Perroca.⁽⁵⁾ Esta versão, como a anterior, também se fundamenta na teoria das necessidades humanas básicas de Horta⁽¹⁴⁾ e teve suas propriedades psicométricas testadas (Anexo 1).

As nove áreas de cuidados consideradas na composição do instrumento são: Planejamento e Coordenação do Processo de Cuidar, Investigação e Monitoramento, Cuidado Corporal e Eliminações, Cuidados com Pele e Mucosas, Nutrição e Hidratação, Locomoção e Atividade, Terapêutica, Suporte Emocional e Educação à Saúde. Cada uma das áreas apresenta gradação de 1 a 4, com o objetivo de representar a complexidade de cuidados de forma crescente, sendo a pontuação de 1(um) o menor nível de atenção e 4(quatro) o nível máximo de complexidade assistencial. O valor obtido individualmente em cada uma das áreas de cuidado (escore) é anotado em espaço específico. O total obtido da soma de cada escore das áreas avaliadas gera um escore total que é comparado com a pontuação existente e permite classificar o paciente em uma das quatro categorias de cuidados: cuidados mínimos (9 a 12 pontos),

cuidados intermediários (13 a 18 pontos), cuidados semi-intensivos (19 a 24 pontos) e cuidados intensivos (25 a 36 pontos).

O terceiro instrumento utilizado (Apêndice 2), um formulário para registro das avaliações por raciocínio clínico dos enfermeiros, foi desenhado em duas partes. A primeira parte abordou os dados de identificação do paciente (número de registro geral, idade, sexo, unidade de internação e especialidade estava sendo atendido) e avaliador (iniciais, clínica e unidade de origem) além de data e horário da coleta de dados.

Na segunda parte, destinada à avaliação propriamente dita, os avaliadores foram solicitados a escolher, a partir de uma lista contendo quatro categorias de cuidados (mínimos, intermediários, semi-intensivos e intensivos) e suas definições, a categoria que expressasse com mais precisão a demanda de cuidados do paciente em relação à enfermagem. Nas linhas que se seguiam, ele deveria justificar a sua escolha.

3.4 Procedimentos para Coleta de Dados

3.4.1 Aplicação de questionário para escolha dos enfermeiros avaliadores

O processo de escolha dos participantes iniciou-se com a distribuição, pela pesquisadora, de questionário (Apêndice 1) para todos os enfermeiros assistenciais e supervisores lotados nos diversos turnos de trabalho nas unidades investigadas. Desse montante, 28 questionários retornaram como livre expressão de participação dos enfermeiros, possibilitando o mapeamento de suas características pessoais e profissionais.

A etapa subsequente consistiu na seleção de avaliadores com idade, tempo de experiência e qualificação profissional diversificadas para permitir o estudo da associação entre a concordância e o perfil profissional. Dessa forma, foram escolhidos dois enfermeiros (um para aplicar o ICP e outro para realizar a avaliação por meio de raciocínio clínico) que atuavam no período diurno de cada uma das unidades envolvidas e que apresentassem carga horária de trabalho simultânea, permitindo a concomitância entre as avaliações.

A preferência pelo período diurno deu-se pela maior relação enfermeiro/leito e possibilidade de maior conhecimento das necessidades cuidativas do paciente. Portanto, o estreitamento da amostra se deu com a exclusão dos enfermeiros do período noturno e àqueles, do período diurno, que por algum motivo particular e momentâneo, não concordaram em participar no momento da coleta.

3.4.2 Aplicação do ICP

Visando eliminar dúvidas e garantir a confiabilidade dos dados obtidos, os enfermeiros foram orientados quanto ao conteúdo e forma de operacionalização do ICP. Ressalta-se a familiaridade destes profissionais com o instrumento utilizado, uma vez que o mesmo foi desenvolvido na instituição do estudo, com a participação de muitos destes profissionais nos testes. Os pacientes foram selecionados pela pesquisadora, observando-se os diferentes graus de complexidade assistencial.

Após a classificação de cada paciente, o escore parcial e total de cada área de cuidado e a categoria foram registrados em formulário próprio com o

nome do enfermeiro avaliador e horário da avaliação e a etiqueta com os dados do paciente avaliado (Apêndice 3).

3.4.3 Avaliação por Raciocínio Clínico

Em fase subsequente à avaliação por ICP, o mesmo paciente, foi avaliado, de forma independente, por outros dois enfermeiros, sendo o primeiro da própria unidade do paciente (avaliador interno) e o segundo procedente de outras unidades de internação (avaliador externo). No intuito de eliminar qualquer tipo de indução ou influência no julgamento foi solicitado aos avaliadores que não trocassem informações entre si durante todo o processo de avaliação.

Após a avaliação dos pacientes pelo enfermeiro da unidade (avaliador interno), foi realizado contato com o enfermeiro de outra unidade de internação (avaliador externo) para a segunda avaliação. Os pareceres dos participantes sobre a demanda de cuidados dos pacientes eram, então, registrados em formulário específico para este fim (Apêndice 2).

Estas avaliações foram realizadas de acordo com a dinâmica de trabalho de cada um dos avaliadores, respeitando-se seu tempo disponível e observando-se um período máximo de seis horas de intervalo entre elas para evitar que alterações na situação clínica dos pacientes interferissem nos resultados. Estudo sobre a variabilidade do grau de complexidade assistencial foi encontrado e o resultado demonstrou que a maior parte dos pacientes permaneceu na mesma categoria de cuidado durante o período de internação.⁽⁵⁵⁾

3.5 Considerações Éticas

Respeitando os aspectos éticos envolvidos nesta pesquisa, a coleta de informações necessárias ao seu desenvolvimento somente foi iniciada após a obtenção do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição. (Parecer nº399/2009)(Anexo 2).

A pesquisadora realizou esclarecimento quanto aos objetivos da investigação à gerente de enfermagem da instituição e às enfermeiras supervisoras e assistenciais de cada uma das unidades de internação participantes obtendo consentimento formal para a realização do estudo. Todos os enfermeiros das unidades envolvidas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 4), bem como os pacientes ou acompanhantes dos mesmos.

3.6 Análise Estatística

A estatística Kappa com 95% de intervalo de confiança (IC) foi escolhida para verificar o nível de concordância entre as avaliações no que diz respeito às diferentes categorias de cuidados (mínimo, intermediário, semi-intensivo e intensivo). O Kappa de Cohen permite identificar a concordância, porém trata igualmente à discordância. Preferiu-se, portanto, a utilização do Kappa ponderado (Kw) por considerar os diferentes graus de discordância.⁽⁵⁹⁾ Neste estudo, a discordância foi categorizada em três graus, considerando-se grau 1 quando o paciente foi classificado uma categoria de cuidado imediatamente superior ou inferior (mínimo/intermediário e intermediário/mínimo), e assim

sucessivamente para os demais graus. A interpretação dos dados seguiu o nível de concordância sugerido por Altman⁽⁵⁹⁾ como segue: < 0,20 = pobre; 0,21-0,40 = regular; 0,41-0,60 = moderado; 0,61-0,80 = bom e 0,81 – 1,00 = muito bom.

As justificativas dos enfermeiros quanto à demanda de cuidados dos pacientes foram analisadas e categorizadas pela pesquisadora em correspondência com as nove áreas pertencentes ao ICP. Para este processo, empregou-se o mapeamento cruzado.⁽⁶⁰⁾ Este método diz respeito ao uso de palavras com o mesmo significado ou semelhante, para expressar ou explicar algo e possibilita mapear e comparar registros de enfermagem descritos com terminologias não uniformes.

Apesar de o método ser mais indicado quando a questão do estudo relaciona-se aos diagnósticos de enfermagem, optou-se por sua utilização na tentativa de nortear a correspondência de forma mais científica evitando-se a subjetividade inerente nesse processo. A aplicação do método, adaptado aos objetivos deste estudo, seguiu as seguintes etapas: 1. Identificação das palavras-chaves descritas nas justificativas registradas nos formulários; 2. Mapeamento cruzado das palavras coletadas correspondendo-as com cada uma das áreas de cuidados do ICP. Foram desconsideradas frases ambíguas como “paciente com/sem auxílio para cuidados ou necessidades básicas”, “paciente jovem/idoso, colaborativo ou sem acompanhante”; 3. Verificação do número de áreas abordadas (referências) em cada avaliação; 4. Identificação das áreas de cuidados que apresentaram maior número de referências por avaliação e por categoria de cuidado.

O *Bootstrap* foi o método estatístico escolhido para analisar a concordância segundo as características pessoais e profissionais dos avaliadores. Trata-se de um método de reamostragem por computação intensiva, desenvolvido para gerar distribuições de funções dos dados difíceis de serem obtidas por cálculos probabilísticos, segundo os níveis das variáveis escolhidas, como neste caso.⁽⁶¹⁾ Os coeficientes κ gerados foram guardados em vetores nomeados e posteriormente foram calculados os percentis 2,5 , 5 , 10 , 25 , 50 , 75 , 90 , 95 e 97,5 úteis para as comparações das distribuições *bootstrap* dos mesmos, bem como as médias e desvios padrões. Foi realizada, para cada característica a comparar, uma reamostragem de 1000 amostras *bootstrap* do coeficiente classificadas segundo categoria de cuidados e reclassificadas em mínimo/intermediário e semi-intensivo/intensivo.

Os dados relativos ao perfil pessoal e profissional foram inseridos em um banco de dados na planilha no programa Excel® de acordo com as variáveis do estudo. O software utilizado foi R64 versão 2.13.0, pertencente à *The R Foundation for Statistical Computing*, 2011. Os dados da estatística descritiva encontram-se apresentados como frequência, percentagem, média e desvio padrão (DP).

4 RESULTADOS

4.1 Os pacientes

Encontrou-se predomínio do sexo feminino (65 – 61,9%), idade média de 52,5 (18,7) anos e especialidades de Ginecologia e Obstetrícia (30 - 28,5%) e Neurologia (28 – 26,6%)(Tabela 1). Os pacientes foram classificados pelo instrumento de classificação em 51(48,6%) cuidados mínimos, 27(25,7%) cuidados intermediários, 15(14,3%) cuidados semi-intensivos e 12(11,4%) cuidados intensivos.

Tabela 1 - Dados demográficos dos pacientes (N = 105). São José do Rio Preto, 2011.

Variáveis	N	%
Gênero		
Masculino	40	38,1
Feminino	65	61,9
Idade		
Média (DP)	52,5 (18,7)	-
Variação	15-93	-
Especialidades		
Cardiovascular	10	9,5
Cirurgia Trauma	03	2,8
Dermatologia	02	1,9
Doenças Infeciosas e Parasitárias	16	15,2
Gastroenterologia	02	1,9
Ginecologia e Obstetrícia	30	28,5
Nefrologia	04	3,8
Neurologia	28	26,6
Otorrinolaringologia	01	0,9
Pneumologia	06	5,7
Proctologia	01	0,9
Reumatologia	02	1,9

4.2 Os avaliadores

Os avaliadores constituíram uma amostra de maioria feminina (12/13 enfermeiros) com idade média de 35,6 (9,44) – variação 24 a 52 anos. O tempo médio de atuação profissional foi de 8,3 (5,7) anos e atuação na unidade de 4,9 (4,8) anos. Duas enfermeiras estavam lotadas em UTI e 11 atuavam em unidades de Clínica Médica, Clínica Médico-Cirúrgica, DIP e Clínica Neurológica; oito enfermeiras exerciam função assistencial e cinco de supervisão.

No que se refere à qualificação profissional um enfermeiro indicou ter apenas a graduação, três enfermeiros cursaram aprimoramento em Enfermagem de Centro Cirúrgico, Emergência e Unidade de Terapia Intensiva; oito possuíam especialização (Gerenciamento de Unidades, Enfermagem do Trabalho, Práticas Pedagógicas, Auditoria em Saúde, Assistência de Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia, Enfermagem em Dermatologia, Administração Hospitalar, Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva e Enfermagem em Unidades Cardiológicas e Hemodinâmica) sendo seis nas áreas de atuação ou relacionadas a ela; e, um mestrado em Ciências da Saúde.

4.3 Concordâncias entre as avaliações

Foram realizadas 315 avaliações sendo 210 por raciocínio clínico e 105 mediante aplicação de instrumento de classificação de pacientes. A Tabela 2 demonstra a concordância entre os diferentes tipos de avaliação (por raciocínio

clínico e aplicação de ICP) e avaliadores (interno e externo). Houve concordância em 79/105 das avaliações por meio do instrumento e avaliador interno; em 66/105 avaliações por meio do instrumento e o avaliador externo e em 67/105 das avaliações realizadas pelos avaliadores interno e externo. O Kw variou de 0,76 (IC 0,62 – 0,89) a 0,87 (IC 0,74 – 1,00).

Tabela 2 - Nível de concordância Kappa entre as avaliações realizadas (N=105). São José do Rio Preto, 2011.

Avaliação	Kw	IC 95%
Instrumento x Avaliador interno	0,87	0,74 – 1,00
Instrumento x Avaliador externo	0,78	0,64 – 0,91
Avaliador interno x Avaliador externo	0,76	0,62 – 0,89

Kw = kappa ponderado; IC = intervalo de confiança

No que se refere à categoria de cuidados observou-se maior concordância entre as avaliações nas categorias de cuidados mínimos e intensivos. Na categoria de cuidados mínimos, o avaliador interno (AI) apresentou 46 (90,2%) avaliações concordantes e o avaliador externo (AE) e ambos avaliadores (AI *versus* AE) 37 (90,2%). O percentual de concordância na categoria de cuidados intensivos variou de 9(60%) para avaliador externo e entre avaliadores (AI *versus* AE) a 9(81,8%) para avaliações realizadas por avaliador interno.

Tabela 3 - Percentual de concordância das avaliações de acordo com categorias de cuidados (N=105). São José do Rio Preto, 2011.

Categorias de cuidado	AI (N=79)		AE (N=66)		AI versus AE (N=67)	
	Class	Concord	Class	Concord	Class	Concord
	N	N(%)	N	N(%)	N	N(%)
Mínimo	51	46(90,2%)	41	37(90,2%)	41	37(90,2%)
Intermediário	21	13(61,9%)	24	11(45,8%)	24	09(37,5%)
Semi-intensivo	22	11(50,0%)	25	09(36,0%)	25	12(48,0%)
Intensivo	11	09(81,8%)	15	09(60,0%)	15	09(60,0%)

AI = avaliador interno; AE= avaliador externo; Class = classificação; Concord = concordância.

Para se verificar se havia influência do enfermeiro pertencer ou não a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) na concordância nas avaliações obtidas procedeu-se a um teste. Os resultados (Tabela 4) mostraram Kw variando de - 0,18 (IC NaN-NaN) a 0,58 (IC 0,32 - 0,84) para avaliadores lotados na UTI e de 0,16 (IC NaN-NaN) a 0,39 (IC 0,13 - 0,65) para avaliadores de outras unidades.

Tabela 4 - Nível de concordância entre as avaliações realizadas por enfermeiros pertencentes à UTI e às demais unidades (NUTI) (N= 105). São José do Rio Preto, 2011.

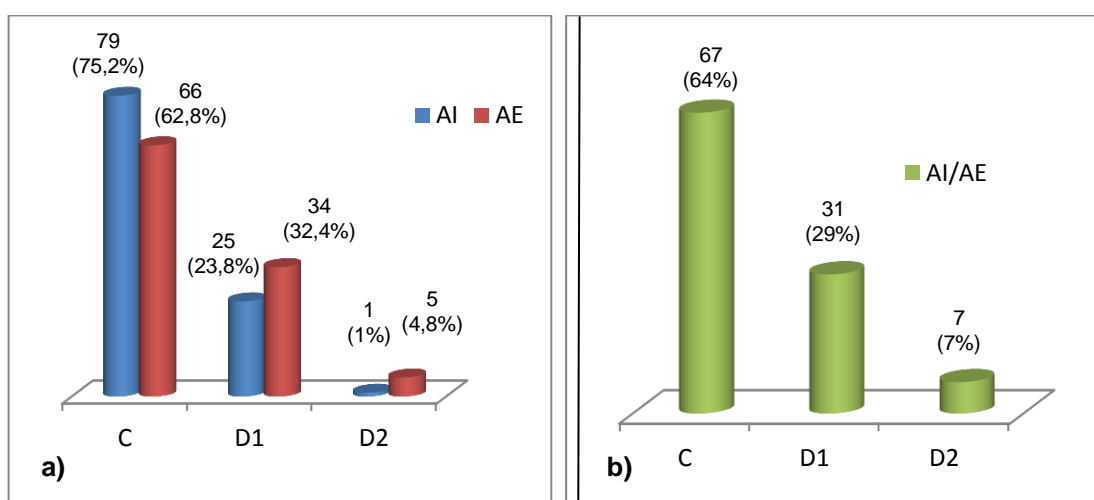
Avaliação	Kw	IC 95%
Instrumento x Avaliador interno UTI	0,58	0,32 – 0,84
Instrumento x Avaliador interno NUTI	0,16	NaN – NaN
Instrumento x Avaliador externo UTI	- 0,18	NaN – NaN
Instrumento x Avaliador externo NUTI	0,39	0,13 – 0,65

NaN = *not a number*

4.4 Discordâncias entre as avaliações

Os enfermeiros foram solicitados, utilizando apenas o raciocínio clínico, a classificar os pacientes em uma das quatro categorias de cuidados do ICP (mínimo, intermediário, semi-intensivo e intensivo). A figura 1 representa a comparação das avaliações em duas situações: a) avaliadores AI e AE e o instrumento e b) avaliadores entre si.

Observou-se que o AE apresentou maior número de classificações discordantes com o instrumento em 1 grau - 34(32,4%) e em 2 graus - 5 (4,76%). Ressalta-se a ausência da discordância de 3 graus, independente da forma de comparação. Houve predominância da discordância de 1 grau (31; 29,5%) entre AI e AE. Quando houve discordância, os avaliadores classificaram os pacientes abaixo ou acima da categoria de cuidados indicada pelo ICP. O AI classificou 16/26 avaliações acima da categoria indicada pelo ICP o mesmo ocorrendo com o AE - 31/39 avaliações.



C = concordância; D1 = discordância em 1 grau; D2 = discordância em 2 graus

Figura 1 - Comparativo entre a concordância e discordância em graus a) entre avaliadores e o instrumento b) avaliadores entre si. São José do Rio Preto, 2011.

4.5 Áreas de cuidados identificados pelos enfermeiros

As justificativas anotadas nas avaliações, realizadas por meio de raciocínio clínico pelos enfermeiros, foram analisadas quanto ao seu conteúdo e verificadas sua correspondência com as áreas de cuidados existentes no ICP. As 210 avaliações realizadas (AI e AE) geraram 738 justificativas das quais 73 foram desconsideradas por não apresentarem relação com as nove áreas de cuidados do ICP. Encontraram-se, em média, 3,2 (1,7) (variação 1 a 8) áreas de cuidados. Houve predomínio de 4 (20,5%) áreas por avaliação.

Analisando as avaliações (n=105) por tipo de avaliador (AI e AE), obteve-se em média 2,8 (1,8) áreas de cuidados por avaliação com predomínio de uma área (27,6%) para os avaliadores internos; e, para os externos, média de 3,5 (1,6) áreas de cuidados com predomínio de duas e quatro áreas (23,8% cada).

As áreas de cuidados mais citadas nessas justificativas foram *Investigação e Monitoramento* (154 referências) relacionada ao controle de sinais vitais e dor, exames diagnósticos simples, avaliação clínica e desobstrução de vias aéreas; *Locomoção e Atividade* (131 referências), tratando de autonomia, auxílio para deambulação/ movimentação e dependência total da enfermagem para movimentos; e *Cuidado Corporal e Eliminações* (103 referências) apresentando relatos sobre a autonomia/dependência da enfermagem em realizar as atividades de higiene pessoal e eliminações, uso de artefatos de auxílio (sondas vesicais, papagaios, comadres ou fraldas) e também a presença de drenos.

Em menor frequência foram citadas *Nutrição e Hidratação* (89 referências) quanto ao fato de existir ou não autonomia para alimentação e presença de sonda para dietoterapia; *Terapêutica* (86 referências), abordando medicações e presença ou não de dispositivos venosos; *Cuidado com a Pele e Mucosas* (41 referências), quando encontrados relatos de curativos e úlceras de pressão. A *Educação à Saúde* (37 referências) foi representada por orientações pré e pós-operatória e à pacientes com qualquer tipo de problema de comunicação e o *Suporte Emocional* (16 referências), quando houve citação sobre o estado emocional do paciente.

Quando as áreas de cuidados foram divididas em dimensões, identificou-se 604 justificativas referindo-se à dimensão psicobiológica e 53 à psicossocial (*Educação à Saúde* e *Suporte Emocional*). A área de *Planejamento e Coordenação do Processo de Cuidar* (oito referências) foi considerada à parte, por tratar da elaboração, manutenção ou revisão do planejamento da assistência. Seguindo a classificação por categorias de cuidados do instrumento, foram analisadas as três áreas mais expressivas em cada uma.

As justificativas pertencentes às avaliações com *categoria de cuidados mínimos* indicaram *Investigação/Monitoramento* (80 referências), *Locomoção/Atividade* (51) e *Terapêutica* (44) como as mais frequentes; nos *cuidados intermediários*: *Locomoção/Atividade* (46), *Cuidado Corporal/Eliminações* (37) e *Investigação e Monitoramento* (33); nos *cuidados semi-intensivos*: *Investigação e Monitoramento* e *Locomoção/Atividade* (22 cada) e *Cuidado Corporal e Eliminações* (16) e por fim, nos *cuidados*

intensivos: Investigação e Monitoramento (19), Terapêutica (16) e Cuidado Corporal e Eliminações (13).

4.6 Concordância entre as variáveis

A seguir, será apresentada a concordância das avaliações de cada variável estudada (idade, função, tempo de atuação profissional e na unidade, qualificação profissional e acadêmica e o ser profissional atuante em UTI ou em outra unidade de internação) para cada tipo de avaliador (AI e AE).

4.6.1 Avaliador interno

Para o AI a maior concordância foi para idade ≥ 30 anos - 0,73(0,08), tempo de atuação profissional ≥ 5 anos - 0,73 (0,08), tempo de atuação na unidade < 2 anos - 0,77 (0,11) e ter qualificação profissional - 0,83 (0,08).

Apesar da variável não ter qualificação acadêmica ter apresentado a maior concordância - 0,76 (0,07) com o ICP, o resultado de ter esta qualificação foi sem diagnóstico devido ao número insuficiente de avaliações. Não houve evidência de diferença de grau de concordância segundo função exercida – enfermeiro assistencial 0,67 (0,19) e enfermeiro supervisor - 0,66 (0,10)(Figura 2).

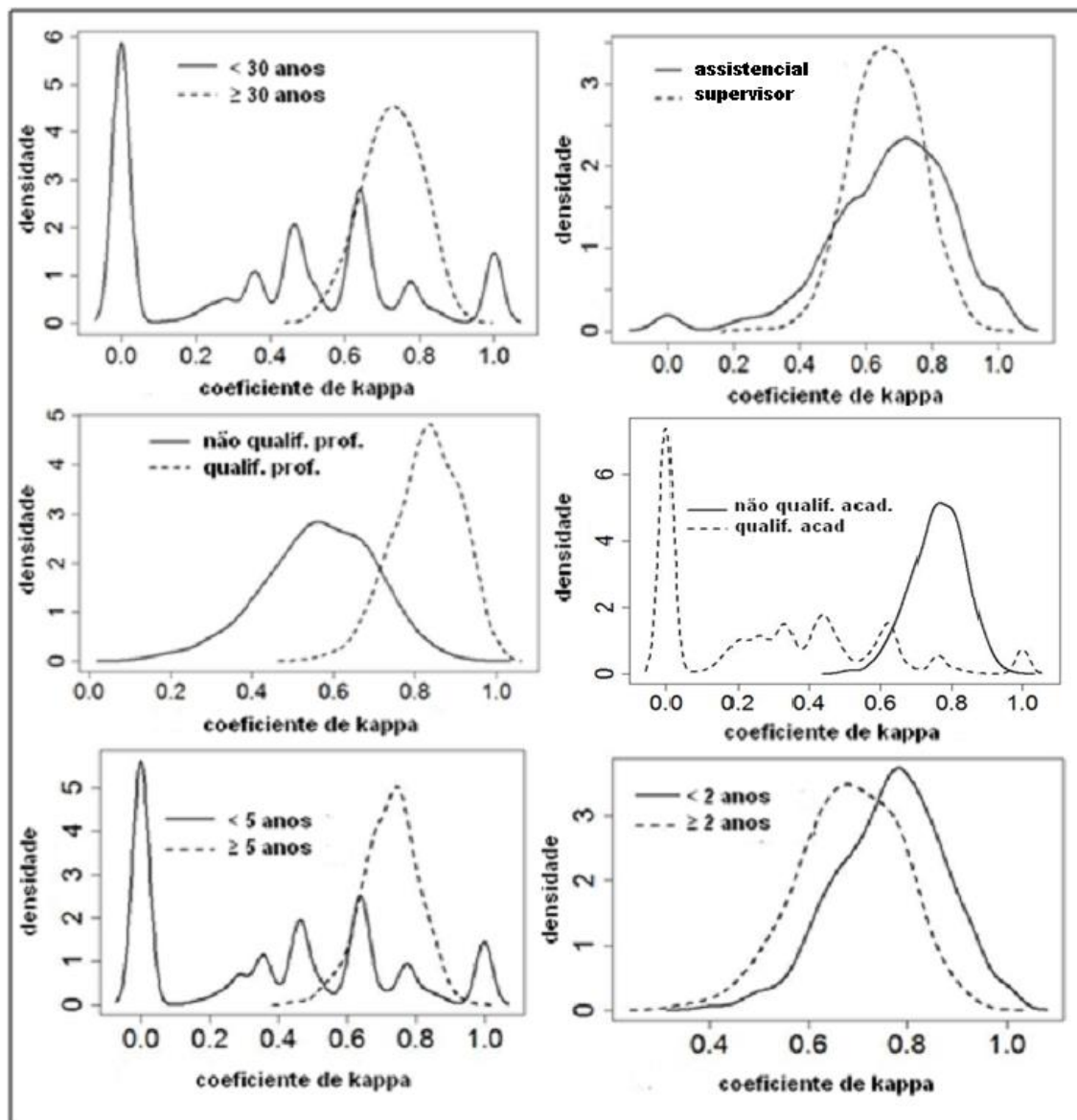


Figura 2 – Grau de concordância entre os avaliadores internos (AI) e o ICP segundo as variáveis: idade, tempo de atuação profissional e na unidade, qualificação profissional e acadêmica e função. São José do Rio Preto, 2011.

Observou-se que as avaliações realizadas pelos enfermeiros lotados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) apresentaram maior concordância 0,80 (0,11) com as obtidas mediante aplicação do ICP do que as conduzidas por enfermeiros de outras unidades de internação 0,66 (0,10)(Figura 3).

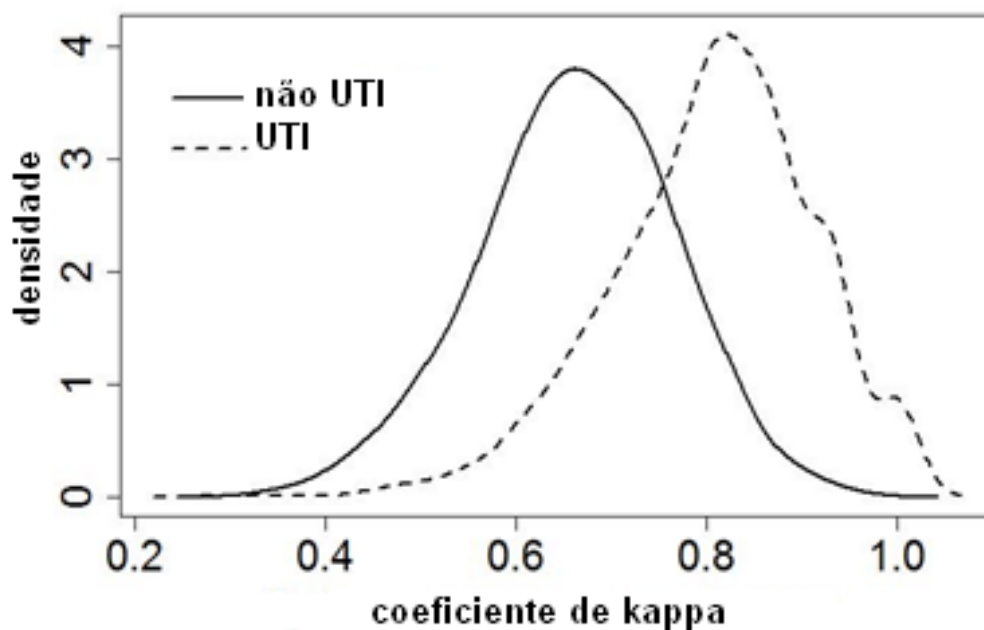


Figura 3 - Grau de concordância entre o avaliador interno (AI) e o ICP segundo a variável estar ou não lotado em UTI. São José do Rio Preto, 2011.

4.6.2 Avaliador Externo

A maior concordância para o AE foi para idade ≥ 30 anos - 0,06 (0,11); tempo de atuação profissional ≥ 5 anos - 0,07 (0,12), tempo de atuação na unidade ≥ 2 anos - 0,14 (0,13), não ter qualificação profissional - 0,01 (0,13) e função de supervisor - 0,11 (0,14).

O fato de ter qualificação acadêmica - 0,19 (0,26) foi maior que não ter, mas sem evidência para afirmar esta diferenciação (Figura 4).

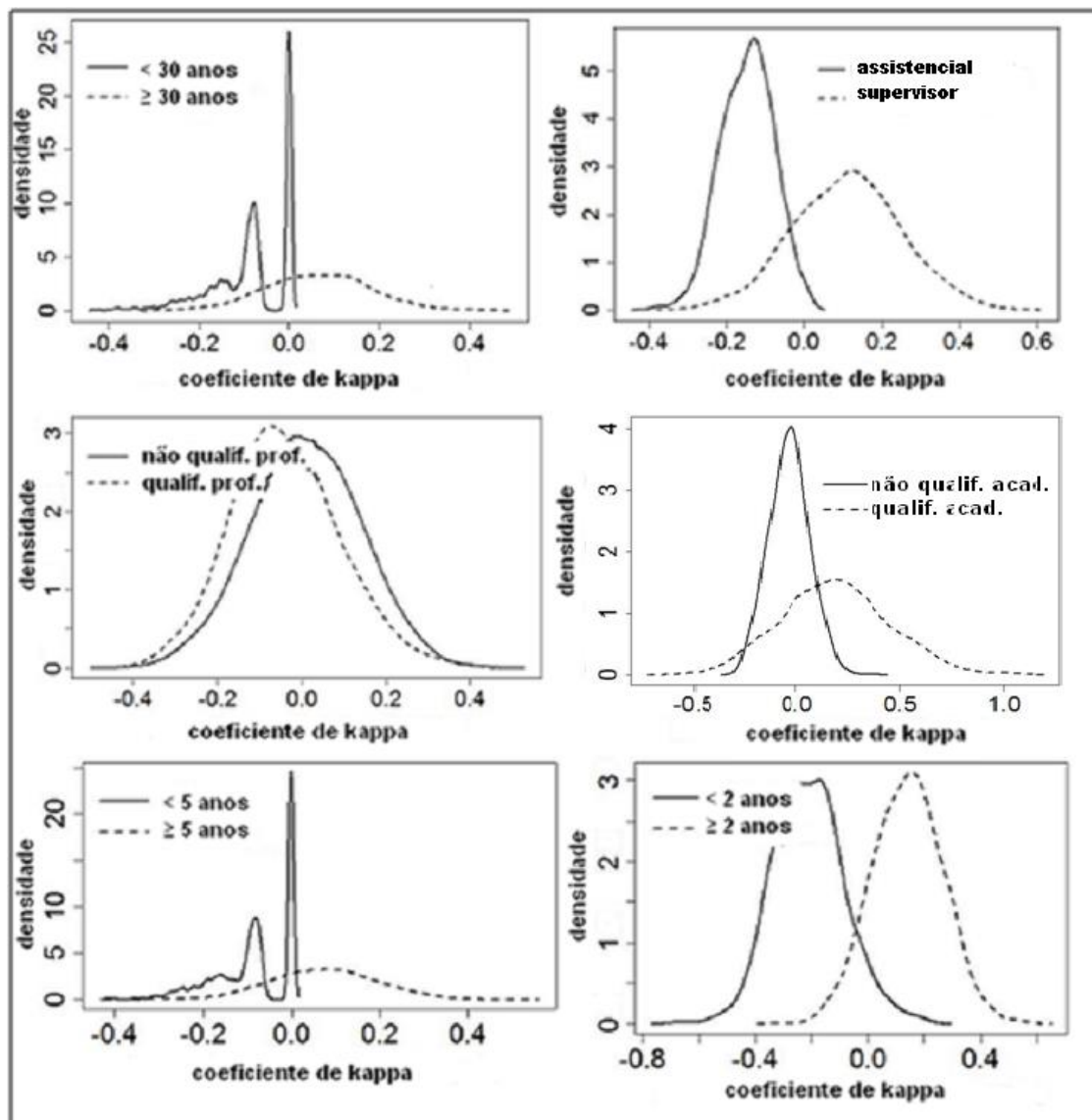


Figura 4 - Grau de concordância entre os avaliadores externos (AE) e o ICP segundo as variáveis: idade, tempo de atuação profissional e na unidade, qualificação profissional e acadêmica e função. São José do Rio Preto, 2011.

Houve maior nível de concordância entre as avaliações realizadas por enfermeiros de outras unidades que não a Unidade de Terapia Intensiva - 0,08 (0,11) e as obtidas mediante aplicação do ICP (Figura 5).

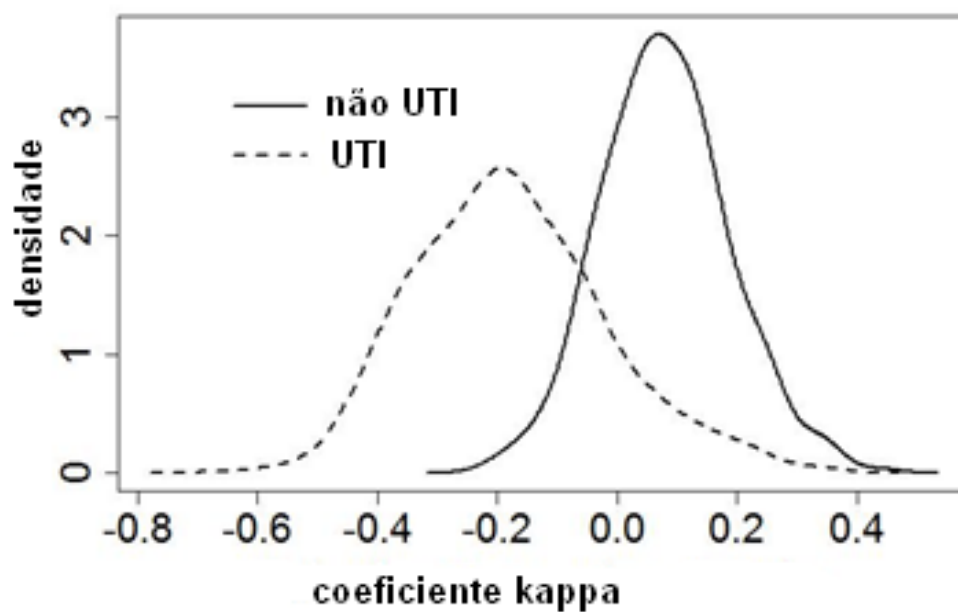


Figura 5- Grau de concordância entre o avaliador externo (AE) e o ICP segundo a variável estar ou não lotado em UTI. São José do Rio Preto, 2011.

5 DISCUSSÃO

5.1 Concordâncias e discordâncias entre as categorias de cuidados

Alguns pesquisadores⁽⁶⁻⁸⁾ buscaram conhecer as necessidades envolvidas no cuidado efetivo do paciente através de diferentes percepções. A forma como o enfermeiro reconhece essas necessidades é essencial para o sucesso do atendimento prestado ao paciente, pois muitas decisões são tomadas advindas dessas avaliações.

Esta investigação teve como propósito verificar o nível de concordância entre as avaliações de necessidades e categorias de cuidados dos pacientes realizadas pelo enfermeiro por meio de raciocínio clínico e aplicação de ICP. As avaliações por raciocínio clínico foram diferenciadas, separadamente, entre a análise de concordância do avaliador interno e externo e entre avaliadores. O avaliador interno apresentou concordância de nível muito bom com o instrumento (Kw 0,87 - IC 0,74 -1,00). Isto pode ser justificado pelo conhecimento sobre as condições clínicas dos pacientes, participação ativa desde o planejamento até a execução do processo de cuidar e estabelecimento de vínculo paciente/família. A disponibilidade de acesso à informação por parte do avaliador interno possibilita maior processamento dos dados tornando o processo avaliativo eficiente.

Em relação às categorias de cuidados observou-se maior concordância nas categorias mínimos, independente do tipo de avaliação e avaliador - AI versus instrumento, AE versus instrumento e AI versus AE - 90,2%. Ainda, verificou-se que a segunda maior concordância foi na categoria de cuidados

intensivos, respectivamente na ordem de comparação acima (81,8%, 60% e 60%). Dessa forma, pode - se concluir que as categorias de cuidados extremas foram mais concordantes por possivelmente apresentarem pacientes com demanda de atenção de enfermagem mais contrastante e facilmente identificável pelo enfermeiro. Isso já havia sido identificado em estudo anterior.⁽³⁾

Houve predomínio de discordância de um grau, ou seja, o enfermeiro avaliou o paciente em uma categoria de cuidado imediatamente acima ou abaixo da classificada pelo instrumento. Observou-se uma tendência em superestimar a categoria do paciente em um grau. Contudo, o avaliador externo apresentou mais avaliações discordantes 34 (32,4%) e acima da categoria obtida pelo ICP - 31/39 avaliações.

A supervalorização das necessidades do paciente também tem sido encontrada por outros pesquisadores^(6,7) em estudos comparativos sob o ponto de vista do enfermeiro e a ótica do paciente sobre suas próprias necessidades. Um deles foi realizado em dois hospitais na Inglaterra⁽⁶⁾ sendo um geral e o outro especializado em psiquiatria. Identificou-se que, quase a totalidade dos enfermeiros superestimou as necessidades físicas e emocionais dos pacientes, sendo a maioria enfermeiros do hospital geral. Percebeu-se, também, que os enfermeiros do hospital geral avaliavam melhor as necessidades físicas e os enfermeiros do hospital psiquiátrico, as emocionais. O outro, conduzido na Finlândia⁽⁷⁾ em unidades clínicas e cirúrgicas, observou que a maioria dos enfermeiros das unidades clínicas superestimava as necessidades do paciente

enquanto que os enfermeiros alocados nas unidades cirúrgicas as subestimavam.

Pesquisas associando resultados obtidos por aplicação de escalas de mensuração e raciocínio clínico do enfermeiro, com o propósito de avaliar sua validade e confiabilidade, podem ser encontradas na literatura. Contudo, nenhuma delas utilizou instrumento de classificação de pacientes.

Uma revisão de literatura⁽⁶²⁾ abordou o tema de escalas de avaliação de risco ou *risk assessment scale* (RASs) para úlcera de pressão e fez comparações entre o uso dessas com o uso do julgamento clínico no processo avaliativo. Não houve uma afirmação de qual foi o melhor método, pois os resultados foram contraditórios. Porém, concluiu-se que o uso dos instrumentos poderia auxiliar na seleção dos pacientes com maiores necessidades de cuidados. Também, que o julgamento clínico poderia ser útil na ausência desses instrumentos, pois a experiência de um enfermeiro pode capacitá-lo a identificar um paciente com maior risco do que outro.

Três tipos de Escalas de Avaliação de Risco de Úlcera de Pressão- RAS (Norton, Waterlow e Braden) foram comparadas com o raciocínio clínico de enfermeiros que atuavam em unidades de internação na Inglaterra. Os achados desta pesquisa mostraram que as avaliações realizadas por raciocínio clínico tiveram 69,1% de pontos exatos, ou seja, atribuíram a mesma categoria de classificação aos pacientes em relação à escala. Também foram analisadas as classificações que avaliaram abaixo ou acima da categoria padrão do paciente. As avaliações por raciocínio clínico classificaram os pacientes abaixo da categoria padrão 12,9% e acima, 9,8%.⁽⁶³⁾

5.2 Áreas de cuidados identificados pelos enfermeiros

As justificativas, anotadas pelos enfermeiros na realização das avaliações por meio de raciocínio clínico, permitiram identificar às áreas de cuidados mais abordadas e sua correspondência com as áreas de cuidados do ICP. Verificou-se que o avaliador externo referiu maior número de justificativas que correspondiam às áreas de cuidados do ICP - 3,5 (1,6), porém mostrando-se menos assertivo quanto às categorias de cuidados dos pacientes em relação ao avaliador interno, com média 2,8 (1,8) de áreas de cuidados. Entretanto, independente do tipo de avaliador, as justificativas apresentadas nestas avaliações não abrangeram a totalidade de áreas presentes no ICP (nove áreas).

Chama atenção o percentual de justificativas – 73(9,9%) que não apresentava relação com o instrumento e ambiguidade nas respostas, uma vez que as áreas mais representativas de cuidado encontram-se listadas nele.

As áreas de cuidados mais abordadas nas justificativas das 210 avaliações realizadas por raciocínio clínico foram: Investigação/Monitoramento, Locomoção/Atividade e Cuidado Corporal/Eliminações.

Um estudo⁽⁶⁴⁾ que avaliou as áreas de cuidados mais abordadas nas orientações de alta de enfermagem ao paciente, com e sem o uso do ICP, concluiu que a média de áreas de cuidados abordadas por paciente, nas orientações sem auxílio do ICP, foi de 3,3 (1,2). Houve um aumento expressivo de 71,3% na identificação das necessidades de cuidados com o uso do ICP. As áreas de cuidados que mais receberam atenção dos enfermeiros foram

Terapêutica, Integridade Cutânea e Mucosa, Nutrição e Hidratação, Locomoção e Comunicação.

Itens relacionados às questões do ambiente, integridade física e emocional (sensações, preocupações e necessidades de contato social) têm sido priorizados por enfermeiros de clínica médica de um hospital geral enquanto que questões emocionais (preocupações, necessidade de contato social e privacidade) por profissionais que atuam em clínica Psiquiátrica.⁽⁶⁾

Investigações conduzidas na Finlândia⁽⁷⁾ e Suécia⁽⁸⁾ identificaram as necessidades referidas na perspectiva dos pacientes e de enfermeiros de Clínica Médica e Cirúrgica. Os achados do estudo finlandês mostraram que os enfermeiros acordaram mais com a percepção dos pacientes nas necessidades relacionadas ao ambiente (informações ao paciente e rotinas hospitalares) e menos nas de funções vitais (circulação, respiração, temperatura, etc.) e necessidades funcionais (sono, nutrição, eliminações, etc.). No estudo sueco a competência dos profissionais, o tratamento dado pela equipe de saúde e o alívio da dor foram, respectivamente, as necessidades mais relatadas pelos enfermeiros. Os pacientes também citaram as duas primeiras necessidades, porém não com a mesma importância.

Quando as avaliações foram analisadas separadamente por categorias de cuidados do ICP (mínimos, intermediários, semi-intensivos e intensivos) identificou-se que Investigação/Monitoramento, Locomoção/ Atividade, Terapêutica e Cuidado Corporal/Eliminações foram as áreas mais referidas pelos enfermeiros. Dessa forma, parece que o olhar do enfermeiro sobre o paciente concentra-se nessas quatro áreas independente da complexidade

assistencial. O cuidado corporal foi identificado como a área de cuidado mais significativa na determinação da complexidade assistencial.⁽³⁾

5.3 Associação entre a concordância e as características pessoais e profissionais dos avaliadores

O conhecimento e a habilidade são fatores influentes na acurácia das interpretações dos enfermeiros frente às diferentes respostas humanas. Esses fatores podem variar em domínios interpessoal (no que diz respeito a relacionamentos), técnico (no que tange às habilidades) e intelectual (referentes ao conhecimento).⁽²⁹⁾

Os achados deste estudo demonstraram que as características pessoais e profissionais dos avaliadores como a idade, tempo de atuação e qualificação profissional e ser enfermeiro lotado em Unidade de Terapia Intensiva apresentaram maior concordância com as obtidas mediante aplicação do ICP. A variável função, ou seja, ser enfermeiro supervisor ou assistencial, não apresentou evidência de diferença de grau de concordância para os avaliadores internos e externos. Na instituição investigada, os supervisores frequentemente assumem atividades assistenciais devido à insuficiência quantitativa desse profissional na equipe. Assim, essa proximidade com a assistência pode ter influenciado nos resultados.

Em relação à variável idade, enfermeiros acima de 30 anos apresentaram grau de concordância bom (0,73 Kw) para o avaliador interno. Pesquisa⁽⁶⁵⁾ analisando a média de idade dos profissionais designados para realizar atividades administrativas (coordenação geral de serviços, chefias de

unidades operacionais e supervisão de enfermagem) concluiu que os enfermeiros apresentavam idade entre 44 a 48 anos.

Tempo de atuação profissional igual ou superior a cinco anos apresentou maior influência no grau de concordância das avaliações para avaliadores internos (0,73 kw). O tempo de formado pode ser um indicativo de tempo de experiência do enfermeiro no mercado de trabalho e de relativa maturidade.⁽⁶⁶⁾ O perfil profissional do enfermeiro foi objeto de estudo em hospital público de ensino⁽⁶⁷⁾ e mostrou que 3/38 enfermeiros apresentaram menos de um ano de formado, 19/38 já haviam concluído sua formação entre um e cinco anos e 16/38 já estavam formados acima de seis anos.

A qualificação profissional também foi uma variável que influenciou na concordância entre as avaliações. Os avaliadores internos com pós-graduação *lato sensu* na área de atuação ou relacionada a ela apresentou nível de concordância muito bom (0,83 Kw) com o ICP do que àqueles avaliadores sem qualificação. Contudo, essa variável não demonstrou influência para os avaliadores externos.

Estudo⁽⁶⁸⁾ realizado em hospital de ensino analisou o perfil do enfermeiro e as necessidades de desenvolvimento das competências profissionais. Concluiu que 37/64 dos profissionais realizaram aprimoramento na área de atuação e 14/64 possuíam título de especialista. Os demais cursavam ou já haviam finalizado o curso de Pós-Graduação *stricto sensu*, nível mestrado e doutorado. A presença de uma equipe cursando ou já titulada na categoria de pós-graduação demonstra a realidade dos enfermeiros em preocupar-se com a qualidade do seu desempenho⁽⁶⁵⁾ e atualização profissional.

Ser lotado em UTI apresentou maior grau de concordância somente quando o enfermeiro está em seu ambiente (avaliador interno) - bom nível de concordância (0,80 Kw). Quando ele é o avaliador externo não há influência na concordância. Isso leva a crer que um dos fatores associados à concordância entre a utilização de ICP e raciocínio clínico é o conhecimento do paciente e não a unidade de origem do avaliador. A importância do conhecimento das condições clínicas do paciente pelo enfermeiro no processo avaliativo para obtenção de dados legítimos e confiáveis foi ressaltada na literatura.⁽³⁾

Dessa forma, os achados parecem contrapor-se à percepção de que os enfermeiros de UTI teriam mais habilidade em identificar necessidades do paciente em relação aos enfermeiros de outras unidades. Tal percepção pode estar relacionada às competências exigidas desse profissional devido ao elevado número de horas dispensadas na assistência direta a pacientes de alta complexidade,⁽⁶⁹⁾ habilidade para tomar decisões e implementá-las em tempo hábil, uso integrado de informações e construção de julgamentos.^(70,71)

Estudo inglês⁽⁶³⁾ comparou resultados do uso de escalas de risco de úlcera de pressão com avaliações por raciocínio clínico realizadas por 236 enfermeiros em relação às seguintes variáveis: tempo de formação, qualificação profissional, especialidade, local de atuação e tempo de atuação na unidade. Os resultados evidenciaram inexistência de associações estatísticas entre as avaliações por instrumentos e julgamento clínico e as variáveis sócio-demográficas. Isso causou surpresa nos autores que esperavam que enfermeiros mais experientes e mais qualificados realizassem avaliações mais efetivas.

A replicação desse estudo⁽⁷²⁾ apontou que os enfermeiros que avaliaram o paciente por raciocínio clínico apresentaram maior dificuldade e menor precisão na avaliação. Não houve consenso entre eles, se existia a necessidade de informações adicionais que permitissem tornar a avaliação mais precisa, porém a complexidade do quadro clínico do paciente foi um desafio que exigiu dos profissionais uma habilidade que só se adquire por meio da experiência clínica. Essa experiência não pode ser identificada no estudo original, pois o questionário utilizado na ocasião seguiu padrão mais simples em relação aos dados.

Apesar dos questionamentos do presente estudo sobre a acurácia dos resultados das avaliações por uso de julgamento clínico e ICP e a influência das características profissionais e pessoais dos enfermeiros nestas avaliações, não foram encontradas pesquisas que tenham apresentado estes mesmos objetivos para uma análise comparativa.

A ausência de um modelo próprio padronizado de avaliação clínica do paciente na prática tem afetado a Enfermagem como profissão. O modelo biomédico, ainda utilizado por muitas instituições de saúde, baseia-se nas dimensões estrutural e funcional do sistema biológico. Esses dados são restritos para planejar o cuidado e, portanto, não se constitui em guia preciso para os enfermeiros no processo de raciocínio clínico para a interpretação das necessidades humanas e problemas de saúde.⁽⁷³⁾

A maior parte dos estudos sobre raciocínio diagnóstico na enfermagem enfoca o raciocínio voltado para o racionalismo, o qual desconsidera fatores como sentimentos, contexto, histórico e cultura. Entretanto, os enfermeiros

atualmente buscam compreender o processo de julgamento clínico utilizado na prática clínica, dentre suas abordagens analíticas ou intuitivas, e reconhecer se essas estão relacionadas com as características do diagnosticador.⁽¹³⁾

Um estudo⁽⁷⁴⁾ construiu modelo que explora a excelência clínica descrevendo cinco níveis de aquisição de habilidades. O Principiante (*novice*) representa o enfermeiro que apenas aplica as regras aprendidas independentes do contexto; o Principiante Avançado (*advanced beginner*) é o nível que o profissional reconhece algumas situações que necessitam de experiência prévia, mas ainda requer ajuda para listar prioridades. O nível Competente (*competent performer*) é alcançado após dois a três anos de prática e demonstra os sentimentos de domínio e capacitação de lidar com muitas situações; o Proeficiente (*proficient performer*) é o nível no qual o enfermeiro enxerga as situações como um todo e não se utiliza mais de regras ou princípios analíticos e o Especialista (*expert performer*) é quando o enfermeiro possui compreensão intuitiva e pode ter seu desempenho prejudicado no uso de regras e princípios, quando todo seu conhecimento torna-se visível na prática. Analisando a sequência desses níveis, pode-se dizer que a competência segue um processo de aprendizado e, inicialmente, necessita de um modelo analítico progredindo para um raciocínio que envolve as experiências, conhecimento individual e a intuição.

Convém ressaltar que uma das limitações deste estudo foi o número de pacientes avaliados por enfermeiro abaixo do previsto, o que dificultou a obtenção de resultados mais conclusivos. Foram encontradas dificuldades para deslocar os enfermeiros de suas unidades de origem e para compatibilizar os

três tipos de avaliações (instrumento, avaliador interno e externo) simultaneamente. A preocupação com o tempo de permanência fora da unidade para a realização das avaliações pode ter sido um fator influente nos resultados. Assim, recomenda-se sua replicação em outros cenários, com maior amostragem, utilizando as mesmas variáveis e critérios para possibilitar comparação dos achados.

6 CONCLUSÕES

Os achados deste estudo permitiram concluir que a identificação da categoria de cuidado do paciente é similar quando realizada mediante raciocínio clínico e uso de instrumento de classificação, embora muitas áreas de cuidados não sejam contempladas na avaliação clínica. As características pessoais e profissionais são fatores que influenciam na concordância entre os dois tipos de abordagens avaliativas, principalmente as variáveis: idade, tempo de atuação e qualificação.

Na prática profissional, torna-se importante adotar estratégias de avaliação que contemplem as reais necessidades dos pacientes para nortear as decisões do enfermeiro no planejamento do cuidado e eficácia assistencial. Assim, recomenda-se o uso simultâneo de abordagens subjetivas (raciocínio clínico) e objetivas (uso de escalas de mensuração) como formas complementares de obtenção de dados a fim de se obter uma visão mais abrangente das necessidades cuidativas dos pacientes e assegurar acurácia no processo avaliativo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação de Exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 25 jun 1986. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em: 09 fev 2012.
2. Perroca MG. Sistema de classificação de paciente: construção e validação de um instrumento. [dissertação]. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.
3. Perroca MG. Instrumento de Classificação de Perroca: Validação Clínica [tese]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000.
4. Perroca MG. Instrumento para classificação de pacientes: opinião de usuários e análise de indicadores de cuidado. Rev Esc Enferm USP, 2008; 42(4):656-664.
5. Perroca MG. Desenvolvimento e validação de conteúdo da nova versão de um instrumento para classificação de pacientes. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2011; 19(1): 56-66.
6. Farrel GA. How accurately do nurses perceive patients' needs? A comparison of general and psychiatric settings. J Adv Nurs 1991;16(9):1062-1070.
7. Lauri S., Lepistö M, Käppeli S. Patients' needs in hospital: nurses' and patients' views. J Adv Nurs 1997; 25 (2): 339-346.

8. Hallstrom I, Elander G. A comparison of patient needs as ranked by patients and nurses. *Scand J Caring Sci* 2001;15(3): 228-234.
9. Balduino AFA, Mantovani MF, Lacerda MR. O processo de cuidar de enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca. *Rev Esc Enferm Anna Nery* 2009; 13(2): 342-351.
10. Rosa JC, Basto ML. Necessidade e Necessidades: revisitando o seu uso em enfermagem. *Pensar Enfermagem* 2009; 13(1): 13-23.
11. Espírito Santo FH, Porto IS. De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer. *Esc Enferm Anna Nery* 2006; 10(3): 539-546.
12. Barros, ALBL. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. *Acta Paul Enferm* 2009; 22 (especial 70 anos): 864-867.
13. Côrrea CG. Raciocínio clínico: o desafio do cuidar [tese]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003
14. Neves RS. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Reabilitação segundo o Modelo Conceitual de Horta. *Rev Bras Enferm* 2006; 59(4): 556-559.
15. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo (SP): EPU; 1979.
16. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychol Rev* 1943; 50: 370-396.
17. Góes FSN. Desenvolvimento e avaliação de objeto virtual de aprendizagem interativo sobre o raciocínio diagnóstico de enfermagem aplicado ao recém-nascido pré-termo. [tese]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2010.

18. Del'Angelo N, Góes FSN, Dalri MCB, Leite AM, Furtado MCC, Scochi CGS. Diagnóstico de enfermagem de prematuros sob cuidados intermediários. Rev Bras Enfer 2010; 63(5): 755-761.
19. Almeida DMBM. Sistematização da Assistência de Enfermagem informatizada em Unidade de Cuidado Semi-Intensivo. [dissertação]. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo. Bauru, 2011.
20. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 189/1996. Estabelece parâmetros para Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas instituições de saúde. Brasília, 15 de outubro de 2009. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-1891996-revogada-pela-resoluco-cofen-2932004_4249.html>. Acesso em: 09 fev 2012.
21. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 293/2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. 2004. Disponível em: <<http://www.corensp.org.br/resolucoes/resolucao293.htm>>. Acesso 05 set 2011.
22. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 15 de outubro de 2009. Disponível em:

- <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 09 fev 2012.
23. Tanner CA. Thinking like a nurse: a research-based Model of Clinical Judgement in Nursing. *J Nurs Educ* 2006; 45(6): 204-212.
24. Menegócio AM. Identificação dos diagnósticos de enfermagem de uma instituição de longa permanência para idosos. *An Prod Acad Docente* 2009; 3(4): 57-71.
25. Cerullo JASB, Cruz DALM. Raciocínio clínico e pensamento crítico. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2010, 18(1): 124-129.
26. Simmons B. Clinical reasoning: concept analysis. *J Adv Nurs* 2010; 66(5): 1151-1158.
27. Cerullo JAS. Cuidar de si, cuidar do outro - Programa de Aprimoramento do Raciocínio Clínico. [tese]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.
28. Méier MJ, Truppel TC, Crozeta K, Danski MTR, Betiulli SE. Raciocínio clínico: uma tecnologia instrumental para o cuidado de enfermagem. 2004. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.100.pdf>>. Acesso em 05 set 2011.
29. Lunney M. Uso do pensamento crítico para o alcance de resultados positivos de saúde. In: Lunney M & cols. *Pensamento crítico para o alcance de resultados positivos em saúde: análise e estudos de caso em enfermagem*. Porto Alegre: Artmed 2011. p. 25-55.

30. Carnevali DL, Thomas MD. Diagnostic reasoning and treatment decision making in nursing. Philadelphia: J.B.Lippincott, 1993.
31. Roza BA. Pensamento crítico e julgamento clínico na enfermagem. In: Bork, AMT. Enfermagem baseada em evidências. 2 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
32. Landim SA, Silva GTR, Batista NA. A vivência clínica na formação do enfermeiro. Rev Bras Enferm 2011; 64(3): 558-562.
33. Gordon M. Nursing diagnosis: process and application. 3rd Edition. St. Louis: Mosby Co, 1994.
34. Dowding D, Thompson C. Measuring the quality of judgment and decision-making in nursing. J Adv Nurs 2003; 44(1): 49-57.
35. Elliot N. Mutual intacting': a grounded theory study of clinical judgement practice issues. J Adv Nurs 2010; 66 (12): 2711-2721.
36. Lasater K, Nielsen A. The influence of concept-based learning activities on students'clinical judgement development. J Nurs Educ 2009; 48(8): 441-446.
37. De Groot HA. Patient classification system evaluation: Part 2, System selection and implementation. J Nurs Adm 1989; 19(7): 24-30.
38. Giovannetti P. Understanding patient classification systems. J Nurs Adm 1979; 9(2): 4-9.
39. Malloch K, Canovaloff A. Patient classification systems. Part I. The third generation. J Nurs Adm 1999; 29(7/8): 49-56.
40. Alward RR. Patient classification systems: the ideal vs. reality. J Nurs Adm 1983; 13(2): 14-19.

41. Van Slyck A. Patient Classification Systems: not a proxy for nurse 'busyness'. *Nurs Admin Q.* 2000; 24(4): 60-65.
42. Fugulin FMT, Silva SHS, Shimizu HE, Campos FPF. Implantação do Sistema de Classificação de pacientes na unidade de Clínica médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. *Rev Med HU-USP* 1994; 4(1/2): 63-68.
43. Martins PASF. Sistema de Classificação de Pacientes na especialidade de Enfermagem Psiquiátrica: Validação Clínica. [tese] Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
44. Bochembuzio L. Instrumento para classificação de recém-nascidos de acordo com o grau de dependência [tese]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.
45. Dini AP. Sistema de Classificação de Pacientes Pediátricos: construção e validação de instrumento [dissertação]. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2007.
46. Tanos MAA, Massarolo MCKB, Gaidzinski RR. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em uma unidade especializada em transplante de fígado: comparação do real com o preconizado. *Rev Esc Enf USP* 2000; 34(4): 376-82.
47. Dal Ben LW, Gaidzinski RR. Sistema de Classificação de pacientes em assistência domiciliar. *Acta Paul Enferm* 2006; 19(1):100-8.
48. Hammermüller A, Rabelo ER, Goldmeier S, Azzolin KO. Classificação de pacientes atendidos em uma unidade de hemodinâmica segundo o grau de

- dependência dos cuidados de enfermagem. *Acta Paul Enferm* 2008;21(1):72-6.
49. Ohara R. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto-socorro. [dissertação]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2009.
50. Rosseti, AC. Carga de trabalho de profissionais de enfermagem em pronto socorro: proposta metodológica. [dissertação]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.
51. Zimmermann LP, Magnago TSPS, Urbanetto JS, Greco PBT, Viero NC, Ceron MDS, Vieira TG. Avaliação do grau de dependência de cuidados de enfermagem dos pacientes internados em pronto-socorro. *Rev Enferm UFSM* 2011; 1(2):153-163.
52. Lima LB, Borges D, Costa S, Rabelo ER. Classification of Patients according to the degree of dependence on nursing care and illness severity in a post-anesthesia care unit. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2010; 18(5): 881-887.
53. Laus AM, Anselmi ML. Caracterização dos pacientes internados nas unidades médicas e cirúrgicas do HCFMRP-USP, segundo grau de dependência em relação ao cuidado de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2004; 12 (4): 643-9.
54. Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Sistema de Classificação de Pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2005; 13(1): 72-78.

55. Araújo VB, Perroca MG, Jericó MC. Variabilidade do grau de complexidade assistencial do paciente em relação à equipe de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 2009; 17(1): 34-39.
56. Fagerstrom L, Engberg IB, Eriksson K. A comparison between patients' experiences of how their caring needs have been met and the nurses' patient classification- an explorative study. *J Nurs Manag* 1998; 6(6): 369-377.
57. Fagerstrom L, Eriksson K, Engberg IB. The patient's perceived caring needs: Measuring the unmeasurable. *Int J Nurs Prac* 1999; 5(4): 199-208.
58. Perroca MG, EK AC. Assessing patient's care requirements: a comparison of instruments. *Scand J Caring Sci* 2007; 21(3): 390-396.
59. Altman DG. *Practical statistics for medical research*. Head of Medical Statistical Laboratory. London: Chapman and Hall, 1991.
60. Lucena AF, Barros ALBL. Mapeamento cruzado: uma alternativa para à análise de dados em enfermagem. *Acta Paul Enferm* 2005; 18(1): 82-88.
61. Efron B. *The Jackknife, the Bootstrap, and Other Resampling Plans*. Technical Report nº 63. Stanford, CA: Auspices of Public Health Service Grant, 1980.
62. Anthony D, Parboteeah S, Saleh M, Papanikolaou P. Norton, Waterlow and Braden scores: a review of literature and comparison between the scores and clinical judgement. *J Clin Nurs* 2008, 17(5): 646-653.
63. Gould D, Goldstone L, Gammon J, Kelly D, Maidwell A. Establishing the validity of pressure ulcer risk assessment scales: a novel approach using illustrated patient scenarios. *Int J Nurs Stud* 2002; 39(2): 215-228.

64. Pagliarini FC, Perroca MG. Uso de instrumento de classificação de pacientes como norteador do planejamento de alta de enfermagem. *Acta Paul Enferm* 2008; 21(3): 393-397.
65. Santos I, Castro CB. Características pessoais e profissionais de enfermeiros com funções administrativas atuantes em um hospital universitário. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 41(1): 154-160.
66. Formiga JMM, Germano RM, Vilar RLA, Dantas SMM. Perfil do enfermeiro/aluno do curso de especialização PROFAE/RN. 2005. Disponível em: <www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_perfil05.pdf>. Acesso em: 09 fev 2012.
67. Carvalho DR, Kalinke LP. Perfil do enfermeiro quanto a motivação profissional e suas necessidades de desenvolvimento. *Bol Enferm* 2008; 2(1): 82-95.
68. Martins C, Kobayashi RM, Ayoub AC, Leite MMJ. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. *Texto & Contexto Enferm* 2006; 15(3): 472-478.
69. Balsanelli AP, Whitaker I, Zanel SSV. Carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a gravidade dos pacientes cirúrgicos críticos. *Acta Paul Enferm* 2006; 19(1): 16-20
70. Silva ND, Vieira MRR. A atuação da equipe de enfermagem na assistência ao RN de risco em um hospital de ensino. *Arq Ciênc Saúde* 2008; 15(3): 110-116.

71. Bucchi SM, Mira VL. Reelaboração do treinamento admissional de enfermeiro de Unidade de Terapia Intensiva. Rev Esc Enferm USP 2010; 44(4): 1003-1010.
72. Gould D, Goldstone L, Gammon J, Kelly D, Gammon J. Examining the validity of pressure ulcer risk assessment scales: a replication study. Int J Nurs Stud 2004; 41(3): 331-339.
73. Lunney M. Importância do uso de um modelo de enfermagem para o raciocínio clínico. Acta Paul Enfer 2011; 24(6): viii.
74. Benner P. From novice to expert, excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing Company, 1984.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Formulário perfil profissional dos enfermeiros

FORMULÁRIO – PERFIL PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS

Sexo: () feminino () masculino Idade :

Cargo/Função:.....

Unidade/ Andar:.....

Tempo de atuação profissional:..... (anos) (meses).

Tempo de atuação na instituição: (anos) (meses).

Tempo de atuação na unidade: (anos) (meses).

Qualificação: () Aprimoramento Ano.....

() Área.....

() Especialização Ano.....

Área.....

() Terminado () Em andamento

() Especialização Ano.....

Área.....

() Terminado () Em andamento

() Mestrado Ano.....

Área.....

() Terminado () Em andamento

() Doutorado Ano.....

Área.....

() Terminado () Em andamento

() Outros (tipo, ano, área, situação)

.....

.....

Indique as áreas de *atuação predominantes* em sua trajetória profissional. Acrescente outras, se julgar necessário.

Áreas de Atuação	Tempo (anos e meses)
Clínica Médico – Cirúrgica	
Unidade de Terapia Intensiva	
Ginecologia e Obstetrícia	
Pediatria e Neonatologia	
Unidade Especializada (especificar)	
Gerenciamento de Serviço de Enfermagem	
Docência Nível Médio	
Docência Nível Superior	

Ao seu ver, qual é o grau de complexidade assistencial deste pacientes em relação à enfermagem ?

Cuidados mínimos ou auto-cuidado (cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, mas fisicamente auto-suficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas);

Cuidados intermediários (cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem com parcial dependência dos profissionais de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas);

Cuidados Semi-Intensivos (cuidados a pacientes recuperáveis, sem risco iminente de morte, passíveis de instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada);

Cuidados Intensivos (cuidados a pacientes graves e recuperáveis, com risco iminente de morte, passíveis de instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada);

APÊNDICE 3 - Formulário de classificação de paciente

FORMULÁRIO DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES	
Colar Etiqueta de identificação do Paciente aqui	
ÁREAS DE CUIDADO	ESCORES
1. Planejamento e Coordenação do Processo de Cuidar	
2. Investigação e Monitoramento	
3. Cuidado Corporal e Eliminações	
4. Cuidados com Pele e Mucosas	
5. Nutrição e Hidratação	
6. Locomoção ou Atividade	
7. Terapêutica	
8. Suporte Emocional	
9. Educação à Saúde	
Total da pontuação	
Categoria de cuidado	
Enfermeiro avaliador (nome)	
Data e horário	

APÊNDICE 4 - Termo de consentimento livre e esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96)

Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido (a) sobre o projeto de pesquisa intitulado **“Avaliação de pacientes: julgamento clínico do enfermeiro x utilização de instrumentos”** sob a responsabilidade da mestrandia Josi Vaz de Lima Paschoal quanto aos seguintes aspectos:

- Objetivos do estudo e sua importância para a prática assistencial e gerencial do enfermeiro;
- Natureza da participação na pesquisa;
- Possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação;
- O sigilo das respostas será garantido;
- Os resultados serão utilizados apenas para divulgação em revistas e eventos científicos;
- Posso desistir de minha participação a qualquer momento;
- Posso consultar a pesquisadora responsável pessoalmente ou por telefone para esclarecimento e dúvidas;

Assim, consinto em participar do projeto de pesquisa em questão, por livre vontade sem que tenha sido submetido (a) a qualquer tipo de pressão.

Assinatura do participante

São José do Rio Preto, de 2009.

Pesquisadora responsável: Josi Vaz de Lima Paschoal

Orientadora: Profa Dra Marcia Galan Perroca

Endereço: Rua José Nogueira de Carvalho, nº410, Vila Maceno

São José do Rio Preto-SP

Fone: (17) 3229-1745

Comitê de Ética em Pesquisa – Fone: (17) 3201-5813

ANEXO 1 - Instrumento para Classificação Nova Versão (Perroca, 2009).

1. *Este instrumento para classificação de pacientes está constituído de 9 áreas de cuidados: Planejamento e Coordenação do Processo de Cuidar, Investigação e Monitoramento, Cuidado Corporal e Eliminações, Cuidados com Pele e mucosas, Nutrição e Hidratação, Locomoção ou Atividade, Terapêutica, Suporte emocional e Educação à Saúde.*
2. *Cada um dos indicadores possui gradação de 1 a 4, apontando intensidade crescente de complexidade do cuidado, de forma que, o valor 1 corresponde ao menor nível de complexidade assistencial e o valor 4, ao nível máximo de complexidade assistencial.*
3. *O paciente deve ser classificado em todos os indicadores, em um dos 4 níveis, na opção que melhor descreva a sua situação em relação à assistência de enfermagem. Em situação de dúvida entre dois níveis, em qualquer das áreas de cuidados, considere sempre o nível de maior complexidade assistencial.*
4. *A soma do valor obtido (escore total), em cada uma das áreas de cuidados, é comparada com os intervalos de pontuações propostos, conduzindo, dessa forma, à categoria de cuidado a que este paciente pertence: cuidados mínimos, cuidados intermediários, cuidados semi-intensivos e cuidados intensivos.*
5. *Classificar o paciente diariamente no horário de melhor conveniência para sua unidade.*

Planejamento e Coordenação do Processo de Cuidar (Escore)

1. Manutenção do planejamento da assistência de enfermagem (SAE);
2. Revisão, em parte, do planejamento da assistência de enfermagem (SAE);
3. Elaboração do planejamento da assistência de enfermagem (SAE) envolve participação de profissionais da equipe de enfermagem ou requer alocação de recursos intra-institucionais ;
4. Elaboração do planejamento da assistência de enfermagem (SAE) envolve participação de equipe multiprofissional ou requer alocação de recursos extra-institucionais ou junto à comunidade.

Investigação e Monitoramento (Escore)

1. Sinais vitais (3 vezes ao dia); exames diagnósticos simples (até 15 minutos); avaliação clínica; pesagem e verificação de outras medidas antropométricas; escalas de mensuração (1vez ao dia);
2. Sinais vitais e saturação de O₂ (3 vezes ao dia); desobstrução de vias aéreas(até 3 vezes ao dia); auxílio em exames diagnósticos e terapêuticos de média complexidade (15-30 minutos);escalas de mensuração (2-3 vezes ao dia);
3. Sinais vitais, saturação de O₂, PAM (4-6 vezes ao dia); desobstrução de vias aéreas (4-6 vezes ao dia); auxílio em exames diagnósticos e terapêuticos de média complexidade (30-

50 minutos); atendimento de urgências; escalas de mensuração (4-6 vezes ao dia);

4. Sinais vitais, saturação de O₂, PIC e outros (maior 6 vezes ao dia); cuidados com tubo endotraqueal e equipamentos de ventilação mecânica; auxílio em exames diagnósticos e terapêuticos tais como hemodiálise, swan-ganz, etc. (maior que 50 minutos); atendimento de PCR; escalas de mensuração (mais que 6 vezes ao dia)

Cuidado Corporal e Eliminações (Escore)

1. Auto-suficiente;
2. Requer orientação e/ou supervisão e/ou auxílio de enfermagem para vestir-se ou deslocar-se para o toalete, banho de chuveiro, higiene oral, controle das eliminações; tricotomia e higiene pré-operatória.
3. Requer atuação de enfermagem (fazer) para as atividades de higiene pessoal e medidas de conforto (até 6 vezes ao dia): colocação de comadre e papagaio, troca de fraldas, absorventes; esvaziamento e/ou troca de bolsa coletora, controle de cateteres, drenos, dispositivo para incontinência urinária e estomas;
4. Requer atuação de enfermagem (fazer) para as atividades de higiene pessoal e medidas de conforto (mais de 6 vezes ao dia): colocação de comadre e papagaio, troca de fraldas, absorventes; esvaziamento e/ou troca de bolsa coletora, controle de cateteres, drenos, dispositivo para incontinência urinária e estomas.

Cuidados com Pele e Mucosas (Escore)

1. Orientação e supervisão de medidas preventivas de lesões de pele;
2. Medidas preventivas de lesões de pele (massagens, aplicação de loções e outras) até 3 vezes ao dia; troca de curativo de pequena complexidade técnica em uma ou mais áreas do corpo (1vez ao dia);
3. Medidas preventivas de úlcera por pressão (4-6 vezes ao dia); troca de curativo de pequena ou média complexidade técnica em uma ou mais áreas do corpo (2-3 vezes ao dia); mudança de decúbito (até 6 vezes ao dia);
4. Medidas preventivas de úlcera por pressão (maior 6 vezes ao dia); troca de curativo de média complexidade técnica em uma ou mais áreas do corpo (mais de 3 vezes ao dia) ou de alta complexidade técnica (1vez ao dia); mudança de decúbito (mais de 6 vezes ao dia).

Nutrição e Hidratação (Escore)

1. Auto-suficiente;
2. Requer orientação e/ou supervisão e/ou auxílio de enfermagem para alimentar-se e/ou ingerir líquidos; controle hídrico;
3. Requer atuação de enfermagem (fazer) para alimentar-se e ingerir líquidos e/ou

alimentação por sonda nasogástrica ou nasoenteral ou estoma (até 6 vezes ao dia);

4. Requer atuação de enfermagem (fazer) para alimentar-se e ingerir líquidos e/ou alimentação por sonda nasogástrica ou nasoenteral ou estoma (mais de 6 vezes ao dia); atuação de enfermagem para manipulação de cateteres periféricos ou centrais para nutrição e/ou hidratação.

Locomoção e Atividade (Escore)

1. Auto-suficiente;
2. Requer auxílio para deambulação (apoio) e/ou encorajamento, orientação e supervisão para movimentação de segmentos corporais, deambulação ou uso de artefatos (órteses, próteses, muletas, bengalas, cadeiras de rodas, andadores);
3. Requer atuação de enfermagem (fazer) para deambulação até 2 vezes ao dia: passagem da cama para cadeira e vice versa com auxílio de dois colaboradores, treino para deambulação e para as atividades da vida diária (AVD); transporte dentro da unidade com acompanhamento do pessoal de enfermagem;
4. Requer atuação de enfermagem (fazer) para deambulação mais de 2 vezes ao dia: passagem da cama para cadeira e vice versa com auxílio de mais de dois colaboradores; transporte fora da unidade com acompanhamento do pessoal de enfermagem;

Terapêutica (Escore)

1. Requer medicação (1- 3 vezes ao dia); colocação e troca de infusões (1-2 vezes ao dia);
2. Requer medicação (4 vezes ao dia) colocação e troca de infusões (3-4 vezes ao dia); cuidados com sonda nasogástrica, nasoenteral ou estoma; oxigenoterapia;
3. Requer medicação (6 vezes ao dia); colocação e troca de infusões (5-6 vezes ao dia); medicações específicas para exames de diagnóstico e/ou cirurgia (laxantes, enemas); cuidados com cateter periférico; uso de sangue e derivados, expansores plasmáticos ou agentes citostáticos; diálise peritoneal;
4. Requer medicação a cada 2 horas ou horária; colocação e troca de infusões (mais de 6 vezes ao dia); uso de drogas vasoativas ou outras que exigem maiores cuidados na administração; cuidados com cateter epidural e central; hemodiálise.

Suporte Emocional (Escore)

1. Paciente/família requer suporte através de conversação devido a preocupações cotidianas ou com relação à doença, tratamento e processo de hospitalização;
2. Paciente/família requer suporte através de conversação devido à presença de ansiedade, angústia ou por queixas e solicitações contínuas;
3. Paciente/família requer conversação e suporte psicológico devido à presença de apatia,

desesperança, diminuição do interesse por atividades ou aumento da frequência de sintomas de ansiedade.

4. Paciente/ família requer reiteradas conversação e apoio psicológico por comportamento destrutivo dirigido a si mesmo e aos outros, recusa de cuidados de atenção à saúde, problemas psicossociais.

Educação à Saúde (Escore)

1. Orientações ao paciente/família na admissão;
2. Orientações ao paciente/família: pré e pós-operatórias, procedimentos, resultado de testes, de alta;
3. Orientações ao paciente/família com problemas de comunicação (cego, surdo, problemas mentais, distúrbios de linguagem), sócio-culturais, ou proveniente de outras culturas; com dificuldade de compreensão e/ou resistência às informações recebidas; orientações sobre manejo de equipamentos e/ou materiais especiais no domicílio;
4. Orientações reiteradas ao paciente/família sobre autocuidado, orientação e treino para manejo de equipamentos e/ou materiais especiais em casa e realização de procedimentos específicos (diálise peritoneal, etc.).

ESCORE TOTAL	
---------------------	--

NÍVEL DE CUIDADO	
-------------------------	--

AVALIAÇÃO DO TIPO DE CUIDADO

 **Cuidados Mínimos: 9 a 12 pontos**

Cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, mas fisicamente auto-suficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas;

 **Cuidados Intermediários: 13 a 18 pontos**

Cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem com parcial dependência dos profissionais de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas;

 **Cuidados Semi-Intensivos: 19-24 pontos**

Cuidados a pacientes recuperáveis, sem risco iminente de morte, passíveis de instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada;

 **Cuidados Intensivos: 25 a 36 pontos**

Cuidados a pacientes graves e recuperáveis, com risco iminente de morte, sujeitos à instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

ANEXO 2 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa**FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

Autarquia Estadual - Lei n.º 8899 de 27/09/94
(Reconhecida pelo Decreto Federal n.º 74.179 de 14/06/74)

Parecer n.º 399/2009

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Protocolo CEP n.º 5463/2009 sob a responsabilidade de **Josi Vaz de Lima Paschoal**, com o título "Avaliação de pacientes: Julgamento clínico do enfermeiro x utilização de instrumentos" está de acordo com a Resolução do CNS 196/96 e foi **aprovado por esse CEP**. com a seguinte recomendação: Detalhar a metodologia utilizada para comparação aos dois grupos.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) **deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo**, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, com certeza para conhecimento deste Comitê. **Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.**

São José do Rio Preto, 19 de outubro de 2009.


Prof. Dr. Antonio Carlos Pires
Coordenador do CEP/FAMERP