

Instrumento para avaliação do produto do cuidar em enfermagem: desenvolvimento e validação de conteúdo¹

Danielle Fabiana Cucolo²

Márcia Galan Perroca³

Objetivos: desenvolver e validar o conteúdo de um instrumento sobre produção do cuidado de enfermagem. Método: a coleta de dados ocorreu entre 2011 e 2013, a partir de grupos focais, aplicação de questionários semiestruturados (teste do protótipo) e técnica Delphi. Os grupos focais foram utilizados para geração de itens do instrumento e realizados em três hospitais do interior do Estado de São Paulo, com a participação de 20 enfermeiros. A apreciação do instrumento foi conduzida por um painel de 10 especialistas. Resultados: após duas fases da técnica Delphi, o instrumento passou a ser constituído por oito itens. O índice de validade do conteúdo da escala foi de $\geq 0,9$ e a validade dos conteúdos dos itens apresentou variação de 0,8 a 1,0, indicando a manutenção da estrutura e do conteúdo. A afirmativa referente à aplicabilidade na prática diária do enfermeiro apresentou índice de validade do conteúdo da escala de 0,8. Conclusão: este estudo possibilitou desenvolver e validar o conteúdo de uma escala sobre produção do cuidado de enfermagem, instrumentalizando os enfermeiros em sua prática gerencial.

Descritores: Avaliação de Processos (Cuidados de Saúde); Estudos de Validação; Avaliação em Enfermagem; Prática Profissional.

¹ Artigo extraído da tese de doutorado "Carga de trabalho e sua influência sobre os resultados do processo de cuidar - título inicial", apresentada à Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil. Apoio financeiro da Fundação de Apoio à Pesquisa e Extensão de São José do Rio Preto (FAPERP), Brasil, processo nº 149/2015.

² Doutoranda, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

³ PhD, Professor Adjunto, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Correspondência:

Danielle Fabiana Cucolo
Rua Engenheiro Augusto de Figueiredo, 437, Apto. 133 C
Jardim Bom Sucesso
CEP: 13045-248, Campinas, SP, Brasil
E-mail: danielle_cucolo@terra.com.br, danielle.fabiana.cucolo@gmail.com

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

As atividades de enfermagem podem ser compreendidas como um sistema de produção do cuidado⁽¹⁾. A concepção desse produto envolve interação entre seres humanos, processos dinâmicos, não lineares e emergentes, além da capacidade de se auto-organizar e se adaptar frente às necessidades do paciente/familiar, da equipe e da instituição, caracterizando-se como um sistema adaptativo complexo⁽²⁾.

Ao enfermeiro compete gerenciar o cuidado por meio de ações expressivas e instrumentais de assistência direta e indireta. Essa prática implica o dimensionamento de pessoal, a liderança e capacitação da equipe, previsão e provisão de recursos, a coordenação e execução do cuidado, assim como o planejamento e avaliação das intervenções prestadas⁽³⁾. A capacidade de atendimento e a complexidade dos serviços prestados nas organizações hospitalares impactam as atividades desempenhadas. A incorporação de processos de melhoria da qualidade e de controle de custos modifica a organização do trabalho do enfermeiro e pode limitar o tempo dedicado à atenção direta aos pacientes⁽⁴⁻⁵⁾. Dessa forma, os gestores têm enfrentado sérios problemas, mundialmente, relacionados ao capital humano insuficiente, carga de trabalho excessiva, falta de qualificação, absenteísmo e evasão profissional, os quais causam impacto na qualidade da assistência e, potencialmente, em erros e/ou falhas de omissão do cuidado⁽⁶⁾.

Para garantir a entrega desse serviço e dar maior visibilidade à profissão, existe uma expansão acelerada de estudos que enfatiza a padronização e classificação das atividades de enfermagem centradas no paciente, incluindo diagnósticos, intervenções e resultados desejados⁽⁷⁾. Em paralelo, o movimento de segurança na atenção à saúde destaca a relação entre sobrecarga dos profissionais de enfermagem e os resultados assistenciais obtidos⁽⁸⁾. Pautada nessas dimensões, outra linha de pesquisa conceitua o desempenho desse serviço como a capacidade de adquirir os recursos e utilizá-los de forma sustentável para produzir assistência e aborda aspectos para mensurar e avaliar a sua contribuição nas organizações⁽⁹⁾.

Contudo, apesar da utilização crescente de ferramentas de gestão, nos serviços de enfermagem, impulsionar os pesquisadores a desenvolverem instrumentos específicos, válidos e confiáveis⁽¹⁰⁾, não foram encontradas, na literatura nacional e internacional, abordagens sobre instrumento(s) para avaliar o produto do cuidar. Nesse sentido, esta pesquisa apresenta o seguinte questionamento: é possível desenvolver um

instrumento contendo atividades e/ou situações da prática de enfermagem, com a finalidade de avaliar o produto gerado ao final do turno de trabalho? Acredita-se que, ao explorar esse conhecimento, será possível mensurar a eficiência e a eficácia das atividades de enfermagem, contribuindo para a tomada de decisão e melhoria dos processos. Dessa forma, neste estudo objetivou-se desenvolver e validar o conteúdo de um instrumento sobre produção do cuidado de enfermagem.

Método

O estudo foi desenvolvido em três fases: geração de itens e desenvolvimento do instrumento, teste do protótipo e validação do conteúdo.

Fase 1: geração de itens e desenvolvimento do instrumento

A técnica de grupo focal foi utilizada na geração de itens do instrumento para avaliar a produção do cuidado de enfermagem⁽¹¹⁾. Essa fase foi realizada em três hospitais de grande porte do interior do Estado de São Paulo, visando agregar sujeitos de realidades distintas. Os dados foram coletados entre os meses de outubro de 2011 e julho de 2012. Foram formados quatro grupos focais com participação de 20 enfermeiros e as reuniões tiveram duração máxima de uma hora e trinta minutos a duas horas. Maiores detalhes sobre essa fase encontram-se descritas em outro estudo.

As discussões foram conduzidas por uma das pesquisadoras (moderadora) e norteadas a partir das seguintes questões: Quais atividades você avalia ao final da jornada de trabalho para considerar seu plantão ótimo? Em quais situações seu plantão é bom? Quando você considera seu plantão regular? e Como foi seu plantão para ser considerado ruim?

Os discursos foram gravados e filmados, mediante consentimento, e, posteriormente, transcritos e examinados por meio da análise de conteúdo na modalidade temática⁽¹²⁾. O quadro teórico fundamentou-se no conceito de sistema adaptativo complexo⁽²⁾ e produção do cuidado⁽¹⁾.

Para a construção do instrumento protótipo, utilizaram-se referenciais sobre gestão do cuidado em enfermagem^(3,13) e processo de qualidade em saúde^(6,8), dentre outros. A composição das graduações foi subsidiada pelas escalas de medidas usadas na classificação de resultados de enfermagem⁽¹⁴⁾ e instrumento de classificação de pacientes⁽¹⁰⁾.

Fase 2: teste do protótipo

Foram selecionados, por meio de amostragem intencional, nove enfermeiros para avaliar o instrumento protótipo, representando seis unidades de clínica médica e cirúrgica, uma unidade pediátrica e duas unidades de terapia intensiva adulto e pediátrica de um dos hospitais, nos diferentes turnos de trabalho.

Mediante o aceite em participar, os sujeitos foram orientados, individualmente, sobre a composição do protótipo e sua forma de utilização. Solicitou-se sua aplicação ao término de, pelo menos, dois turnos de trabalho. Os enfermeiros receberam questionário contendo, inicialmente, o perfil do respondente e sete proposições considerando relevância, clareza, simplicidade e aplicabilidade do instrumento protótipo. Para avaliar cada proposição, utilizou-se escala tipo Likert com cinco intervalos de resposta, variando de um (discordo totalmente) a cinco (concordo totalmente), além de dispor de um espaço para os sujeitos acrescentarem outros comentários.

A coleta de dados ocorreu em março de 2013. Foram obtidas 17 avaliações, devido a um dos participantes ter iniciado período de férias.

Fase 3: validação do conteúdo

Esse tipo de validade indica se os itens do instrumento são apropriados para medir o construto específico e cobrir adequadamente seu domínio, fundamentando-se, necessariamente, em um julgamento⁽¹⁵⁾. Para isso, aplicou-se a técnica Delphi que visa transformar a opinião de especialistas sobre um assunto em consenso do grupo, por meio da validação de questionários estruturados, conduzidos em fases ou ciclos. A partir das respostas a cada questionário, reformula-se a fase subsequente e o processo continua até se obter concordância pré-estabelecida entre os participantes⁽¹⁶⁾.

Para composição do painel de especialistas (juízes) foram elegíveis 15 enfermeiros⁽¹⁷⁾ com, pelo menos, dez anos de experiência profissional, atuando na função docente, preferencialmente líderes de grupos de pesquisa na área de gestão, certificados pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e enfermeiros gestores de hospitais no Brasil. O convite aos juízes ocorreu via correio eletrônico, contemplando informações sobre os objetivos do estudo, método, aspectos éticos e *link* de acesso. Os questionários foram construídos *online*, utilizando-se

o programa *Google Drive* (painel *online*). A coleta de dados ocorreu no período de maio a dezembro de 2013, totalizando 10 juízes.

O questionário continha um pré-texto com uma breve carta de explicação sobre os objetivos do estudo e, posteriormente, o termo de consentimento. O acesso era somente permitido após o consentimento ter sido obtido. Seguiu-se o perfil do respondente contendo dados demográficos e profissionais.

A primeira parte era constituída por itens correspondentes à produção do cuidado de enfermagem avaliados, individualmente, por meio de oito afirmações envolvendo: pertinência do conteúdo, compreensão entre os profissionais, extensão e complexidade do item, clareza dos enunciados, ordenação das gradações, aplicabilidade na prática diária do enfermeiro e contribuição para tomada de decisão gerencial. A segunda parte permitiu avaliar a estrutura do instrumento (nove afirmações), considerando os aspectos mencionados acima e se representavam as dimensões mais expressivas dessa produção. Sobre o conteúdo de cada item, foi solicitado aos juízes que indicassem a manutenção, acréscimo, modificação das gradações, eliminação, fusão ou outros, justificando sua decisão ou tecendo outras considerações. O questionário foi organizado no formato de escala tipo Likert, similar ao realizado na análise do protótipo.

Foram atribuídos escores de cinco às respostas "concordo totalmente" e de um para aquelas "discordo totalmente". No caso de afirmativas formuladas negativamente (afirmativas 4 e 5, nos itens de produção do cuidado, e 5 e 6, na avaliação da estrutura do instrumento), o escore foi invertido.

O critério de consenso para este estudo foi definido previamente, considerando-se o índice de validade do conteúdo dos itens Índice de Validade do Conteúdo dos Itens (IVC-I) maior ou igual a 0,8 e, para a estrutura (escala), foi adotado Índice de Validade do Conteúdo da Escala (IVC-E) maior ou igual a 0,9^(13,15). Para cada afirmativa, o IVC-I e o IVC-E foram calculados por meio da somatória das respostas "4" - *concordo* e "5" - *concordo totalmente*, tendo como denominador o número total de juízes⁽¹⁷⁾. Para uma nova fase (ciclo de questões), como forma de devolutiva aos juízes, foi inserido ao questionário um relatório descrevendo os resultados obtidos, os itens revisados, eliminados ou validados, ressaltando o que devia ser reavaliado.

A análise estatística dos dados correspondentes à análise do protótipo (Fase 2) e validação do conteúdo (Fase 3) foi realizada utilizando-se o programa Microsoft

Office Excel 2007. Considerou-se a escala de Likert como nível de mensuração ordinal e foram calculados mediana e quartis (Q1 e Q3). Os dados subjetivos foram agrupados e analisados, segundo o objetivo do estudo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa - Processo nº0050/12.

Resultados

Fase 1: geração de itens e desenvolvimento do instrumento

Na análise de conteúdo dos discursos, obtidos por meio dos grupos, emergiram quatro categorias temáticas: planejamento, intervenção e avaliação do cuidado; dimensionamento e qualificação da equipe de enfermagem; recursos necessários para prestar assistência e interação multiprofissional.

A partir da categorização dos temas foram delimitadas subcategorias, constituindo-se itens para composição do instrumento protótipo: 1. planejamento da assistência de enfermagem, 2. atenção ao paciente/familiar, 3. necessidades assistenciais, 4. supervisão do enfermeiro e transição do cuidado, 5. interação e atuação multidisciplinar, 6. recursos necessários e serviços de apoio, 7. intercorrências e situações de urgência, 8. dimensionamento de pessoal de acordo com a carga de trabalho e 9. qualificação e desenvolvimento profissional.

As questões norteadoras permitiram gerar uma gradação dos itens (de um a quatro), evidenciando a intensidade crescente quanto ao melhor produto do cuidar em enfermagem. Dessa forma, ao final do turno de trabalho, o enfermeiro poderia avaliar todos os itens do instrumento em um dos quatro níveis, considerando a opção que mais se aproxima da realidade vivenciada. Os valores obtidos individualmente, em cada item, são somados e conduzem a uma classificação de acordo com os seguintes intervalos: 9-12 pontos (ruim), 13-21 (regular), 22-30 (bom) e 31-36 (ótimo).

Para elaboração dos intervalos dos escores, foi considerado que a classificação do produto do cuidar em enfermagem permanecerá em uma dada categoria se obtiver o valor mínimo de uma gradação em todos os itens e até cerca de 40% na gradação posterior⁽¹⁰⁾.

Fase 2: teste do protótipo

O teste do instrumento protótipo (Tabela 1) foi realizado por nove enfermeiros, predominantemente

do sexo feminino (n=7), com idade média de 32 anos (Desvio-Padrão dp=5,0) - variando de 27 a 40 anos, e tempo médio de atuação profissional de sete anos (dp=3,0) - variação entre 2 e 14 anos. Quanto à formação, seis sujeitos haviam concluído cursos de especialização na área de atuação ou afim. O menor percentual de concordância (50% - Md 3,0) foi encontrado na afirmação relativa à aplicabilidade do instrumento na prática diária do enfermeiro.

Tabela 1 - Parecer dos enfermeiros sobre o instrumento protótipo. Campinas, SP, Brasil, 2014

Afirmação	%	Md (Q1-Q3)*
Abrange os itens mais expressivos	89	4,0 (4,0-5,0)
Aborda fatores pertinentes dentro de cada item	100	4,0 (4,0-4,0)
Apresenta clareza nos enunciados	89	4,0 (4,0-5,0)
Possibilita linguagem comum entre os profissionais	88	4,0 (4,0-5,0)
É complexo	33	2,0 (2,0-4,0)
É muito extenso	40	2,0 (2,0-4,0)
É possível ser introduzido na prática diária do enfermeiro	50	3,0 (2,0-4,0)

*Md: mediana; Q1-Q3: quartis

Fase 3: validação do conteúdo

O painel foi composto por 10 juízes do sexo feminino, apresentando idade média de 57,7 anos (dp=8,3), com tempo de atuação profissional de 33,7 anos (dp=7,2). Oito eram doutores em enfermagem, um mestre e um especialista em administração hospitalar. Sete enfermeiros atuavam como docentes, um como docente e coordenador de enfermagem, outro como gestor e um era consultor na área de gerenciamento do serviço de enfermagem, abrangendo diversas instituições em sete cidades brasileiras da Região Sul e Sudeste.

A técnica Delphi foi aplicada em duas fases para atingir o consenso pré-estabelecido. As respostas do primeiro questionário mostraram um índice de concordância nos diferentes itens (IVC-I) da produção do cuidado de enfermagem com variação de 0,6 (Md 4,0) a 1,0 (Md 4,0-5,0). A afirmativa 4 (extensão) apresentou IVC-I variando entre 0,0 (Md 2,0) e 0,4 (Md 2,0) e a afirmativa 5 (complexidade do instrumento) variou entre 0,0 (Md 2,0) e 0,3 (Md 2,0), representando os mais baixos níveis de concordância (Tabela 2).

Embora os juízes concordassem, majoritariamente, com a manutenção dos indicadores, sugeriram várias modificações na estrutura e no conteúdo de alguns

itens. Dessa forma, foram revisados conceitos, retirados termos que denotavam subjetividade e melhor explicados os enunciados que não apresentavam clareza.

O item "supervisão do enfermeiro e transição do cuidado" foi (re)nomeado "acompanhamento e transferência de cuidado", evidenciando o aspecto educativo da supervisão e a sistematização das informações na passagem de plantão. Argumentou-se que os serviços de apoio podem ser considerados como recursos, sendo alterado o título desse item para "recursos necessários para prestar assistência", correlacionando o tempo consumido pela equipe para provisão dos mesmos. O indicador "intercorrências e/ou situações de urgência" foi excluído por ser considerado redundante frente às modificações realizadas nos

itens "recursos necessários para prestar assistência" e "dimensionamento de pessoal de enfermagem".

O título do instrumento - classificação do processo de trabalho de enfermagem - também foi alterado, visando maior esclarecimento quanto à questão de pesquisa, bem como a sequência de apresentação dos itens foi modificada. O instrumento passou a ser identificado como Avaliação do Processo de Cuidar de Enfermagem (APROCE) e contar com oito itens ou indicadores com revisão dos escores.

Em relação ao segundo questionário (Delphi 2), as respostas mostraram uma variação quanto ao IVC-I de 0,8 (Md 4,0) a 1,0 (Md 4,0-5,0) nos diferentes itens. A concordância em relação à afirmativa 4 (extensão) variou de 0,0 (Md 2,0) a 0,4 (Md 2,0) e a afirmativa 5 (complexidade) entre 0,1 (Md 2,0) e 0,3 (Md 2,0) (Tabela 3).

Tabela 2 - Parecer dos juízes sobre os itens da produção do cuidado de enfermagem na fase Delphi 1. Campinas, SP, Brasil, 2014

Afirmação*	Planejamento da assistência de enfermagem			Atenção ao paciente e/ou familiar			Necessidades assistenciais		
	IVC-I†	Md‡	Q1-Q3§	IVC-I†	Md‡	Q1-Q3§	IVC-I†	Md‡	Q1-Q3§
AF1 – conteúdo do item	1,0	5,0	4,0-5,0	1,0	5,0	4,0-5,0	1,0	4,0	4,0-5,0
AF2 - linguagem comum entre profissionais	0,8	4,0	4,0-4,0	0,8	4,0	4,0-5,0	0,9	4,0	4,0-4,7
AF3 - clareza nos enunciados	0,8	4,0	4,0-4,0	0,7	4,0	3,2-4,0	0,8	4,0	4,0-4,0
AF4 - muito extenso	0,4	2,0	2,0-4,0	0,3	2,0	2,0-3,5	0,2	2,0	2,0-2,0
AF5 – complexo	0,3	2,0	2,0-3,5	0,2	2,0	2,0-2,7	0,2	2,0	2,0-2,0
AF6 - intensidade crescente nas gradações	1,0	4,0	4,0-5,0	1,0	4,0	4,0-4,7	1,0	4,0	4,0-4,0
AF7 - possível introduzir na prática diária	0,8	4,5	4,0-5,0	0,6	4,0	2,2-4,7	0,7	4,0	2,5-4,0
AF8 - permite tomar decisão gerencial	1,0	4,0	4,0-4,7	1,0	4,0	4,0-4,7	1,0	4,0	4,0-4,0
Afirmação*	Supervisão do enfermeiro e transição do cuidado			Interação e atuação multidisciplinar			Recursos necessários e serviços de apoio		
	IVC-I†	Md‡	Q1-Q3§	IVC-I†	Md‡	Q1-Q3§	IVC-I†	Md‡	Q1-Q3§
AF1 – conteúdo do item	0,9	4,5	4,0-5,0	0,9	4,0	4,0-5,0	1,0	4,5	4,0-5,0
AF2 - linguagem comum entre profissionais	0,8	4,0	4,0-5,0	0,8	4,0	4,0-5,0	0,9	4,0	4,0-5,0
AF3 - clareza nos enunciados	0,8	4,0	4,0-4,0	1,0	4,0	4,0-4,7	0,9	4,0	4,0-4,0
AF4 - muito extenso	0,0	2,0	2,0-2,0	0,1	2,0	2,0-2,0	0,2	2,0	2,0-2,0
AF5 – complexo	0,1	2,0	2,0-2,0	0,0	2,0	2,0-2,0	0,1	2,0	2,0-2,0
AF6 - intensidade crescente nas gradações	0,9	4,0	4,0-4,7	0,9	4,0	4,0-4,7	1,0	4,0	4,0-4,7
AF7 - possível introduzir na prática diária	0,6	4,0	2,0-4,0	0,6	4,0	2,2-4,0	0,8	4,0	4,0-4,0
AF8 - permite tomar decisão gerencial	0,9	4,0	4,0-4,0	0,9	4,0	4,0-4,0	1,0	4,0	4,0-4,0
Afirmação*	Interruções e/ou situações de urgência			Dimensionamento de pessoal de acordo com a carga de trabalho			Qualificação e desenvolvimento profissional		
	IVC-I†	Md‡	Q1-Q3§	IVC-I†	Md‡	Q1-Q3§	IVC-I†	Md‡	Q1-Q3§
AF1 – conteúdo do item	0,8	4,5	4,0-5,0	1,0	5,0	4,0-5,0	1,0	4,5	4,0-5,0
AF2 - linguagem comum entre profissionais	0,8	4,0	4,0-5,0	1,0	5,0	4,0-5,0	1,0	4,0	4,0-4,7
AF3 - clareza nos enunciados	0,7	4,0	3,2-4,7	0,9	4,0	4,0-5,0	0,6	4,0	2,2-4,7
AF4 - muito extenso	0,0	2,0	2,0-2,0	0,2	2,0	2,0-2,0	0,2	2,0	2,0-2,0
AF5 – complexo	0,0	2,0	2,0-2,0	0,1	2,0	2,0-2,0	0,3	2,0	2,0-3,7
AF6 - intensidade crescente nas gradações	0,9	4,0	4,0-4,7	1,0	4,0	4,0-5,0	0,9	4,0	4,0-4,0
AF7 - possível introduzir na prática diária	0,8	4,0	4,0-4,0	0,8	4,0	4,0-4,7	0,8	4,0	4,0-4,0
AF8 - permite tomar decisão gerencial	0,9	4,0	4,0-5,0	1,0	4,0	4,0-5,0	1,0	4,0	4,0-4,7

*Escore varia de 1 a 5: quanto mais alto o escore, maior a concordância

†IVC-I: índice de validade do conteúdo dos itens

‡Md : mediana

§Q1-Q3: quartis

Tabela 3 - Parecer dos juizes sobre os itens da produção do cuidado de enfermagem na fase Delphi 2. Campinas, SP, Brasil, 2014

Afirmção*	Planejamento da assistência de enfermagem			Recursos necessários para prestar assistência			Dimensionamento de pessoal de enfermagem		
	IVC-I†	Md‡	Q1-Q3§	IVC-I†	Md‡	Q1-Q3§	IVC-I†	Md‡	Q1-Q3§
AF1 – conteúdo do item	1,0	5,0	4,0-5,0	1,0	4,5	4,0-5,0	1,0	5,0	4,0-5,0
AF2 - linguagem comum entre profissionais	1,0	5,0	4,0-5,0	0,9	5,0	4,0-5,0	0,9	4,0	4,0-5,0
AF3 - clareza nos enunciados	1,0	4,0	4,0-5,0	0,9	4,0	4,0-4,7	0,9	4,0	4,0-4,0
AF4 - muito extenso	0,1	2,0	2,0-2,0	0,4	2,0	2,0-4,0	0,0	2,0	2,0-2,0
AF5 – complexo	0,2	2,0	2,0-2,0	0,3	2,0	2,0-3,5	0,3	2,0	2,0-3,5
AF6 - intensidade crescente nas gradações	1,0	4,5	4,0-5,0	1,0	4,5	4,0-5,0	0,9	4,0	4,0-5,0
AF7 - possível introduzir na prática diária	0,9	4,0	4,0-4,0	0,9	4,0	4,0-4,0	0,9	4,0	4,0-4,0
AF8 - permite tomar decisão gerencial	1,0	5,0	4,0-5,0	1,0	4,5	4,0-5,0	1,0	5,0	4,0-5,0

Afirmção*	Ações educativas e desenvolvimento profissional			Acompanhamento e transferência do cuidado			Interação e atuação multidisciplinar		
	IVC-I†	Md‡	Q1-Q3§	IVC-I†	Md‡	Q1-Q3§	IVC-I†	Md‡	Q1-Q3§
AF1 – conteúdo do item	1,0	4,0	4,0-4,7	1,0	4,5	4,0-5,0	1,0	4,0	4,0-4,7
AF2 - linguagem comum entre profissionais	1,0	4,0	4,0-5,0	1,0	4,0	4,0-5,0	1,0	4,0	4,0-4,7
AF3 - clareza nos enunciados	1,0	4,0	4,0-5,0	0,9	4,0	4,0-4,7	0,9	4,0	4,0-4,7
AF4 - muito extenso	0,2	2,0	2,0-2,0	0,1	2,0	2,0-2,0	0,0	2,0	2,0-2,0
AF5 – complexo	0,2	2,0	2,0-2,7	0,1	2,0	2,0-2,0	0,2	2,0	2,0-2,0
AF6 - intensidade crescente nas gradações	1,0	4,0	4,0-5,0	1,0	4,0	4,0-5,0	0,8	4,0	4,0-5,0
AF7 - possível introduzir na prática diária	0,8	4,0	4,0-4,0	0,9	4,0	4,0-4,7	0,8	4,0	4,0-4,7
AF8 - permite tomar decisão gerencial	1,0	4,5	4,0-5,0	1,0	4,0	4,0-5,0	1,0	4,0	4,0-5,0

Afirmção*	Atenção ao paciente e/ou familiar			Atendimento das necessidades assistenciais		
	IVC-I†	Md‡	Q1-Q3§	IVC-I†	Md‡	Q1-Q3§
AF1 – conteúdo do item	1,0	4,0	4,0-4,7	1,0	4,5	4,0-5,0
AF2 - linguagem comum entre profissionais	1,0	4,0	4,0-5,0	1,0	4,0	4,0-5,0
AF3 - clareza nos enunciados	0,9	4,0	4,0-4,7	1,0	4,0	4,0-4,7
AF4 - muito extenso	0,3	2,0	2,0-3,5	0,1	2,0	2,0-2,0
AF5 – complexo	0,1	2,0	2,0-2,0	0,3	2,0	2,0-3,5
AF6 - intensidade crescente nas gradações	1,0	5,0	4,0-5,0	1,0	5,0	4,2-5,0
AF7 - possível introduzir na prática diária	0,9	4,0	4,0-4,7	0,9	4,0	4,0-4,7
AF8 - permite tomar decisão gerencial	0,9	4,0	4,0-5,0	1,0	4,0	4,0-5,0

*Escore varia de 1 a 5: quanto mais alto o escore, maior a concordância

†IVC-I: índice de validade do conteúdo dos itens

‡Md: mediana

§Q1-Q3: quartis

Considerando as contribuições dos especialistas, foram realizadas as seguintes alterações: inversão da gradação "3" pela "4" no item "planejamento da assistência de enfermagem"; exclusão do termo que denotava subjetividade na gradação "4" - *quase que a totalidade* - para o item "interação e atuação multidisciplinar" e adotado intervalo de tempo crescente quanto à resposta às solicitações/chamadas em "atenção ao paciente e/ou familiar".

No que se refere à estrutura do instrumento (escala), o IVC-E foi superior a 0,9, tanto na primeira fase da técnica Delphi quanto na segunda. Destacaram-se valores inferiores ao estabelecido na afirmativa 4, relativa à clareza dos enunciados (0,7 - Md 4,0) (fase 1)

e afirmativa 8, a qual se refere à aplicabilidade na prática diária do enfermeiro (0,8 - Md 4,0), nas fases 1 e 2 (Tabela 4).

O título do instrumento foi, novamente, modificado para Avaliação do Produto do Cuidar em Enfermagem (APROCEF), diante da validação dos juizes, a fim de se aproximar do referencial teórico adotado na pesquisa. E, nessa segunda fase, eles indicaram a manutenção da estrutura e do conteúdo do instrumento e sugeriram a aplicação da escala em intervalos regulares e não diária. Assim, em seu formato final o instrumento passou a ser constituído por oito itens (anteriormente descritos), com escores variando de 8 a 32 pontos.

Tabela 4 - Parecer dos juizes sobre a estrutura do instrumento nas fases Delphi 1 e 2. Campinas, SP, Brasil, 2014

Afirmação*	Delphi 1			Delphi 2		
	IVC-E†	Md‡	Q1-Q3§	IVC-E†	Md‡	Q1-Q3§
AF1 – abrange áreas mais expressivas	1,0	4,0	4,0-5,0	1,0	4,0	4,0-4,7
AF2 – conteúdo do item	1,0	4,0	4,0-5,0	1,0	4,0	4,0-5,0
AF3 - linguagem comum entre profissionais	0,9	4,0	4,0-4,0	1,0	4,0	4,0-4,7
AF4 - clareza nos enunciados	0,7	4,0	2,5-4,0	1,0	4,0	4,0-4,0
AF5 - muito extenso	0,4	2,0	2,0-4,0	0,1	2,0	2,0-20
AF6 - complexo	0,4	2,0	2,0-4,0	0,2	2,0	2,0-2,0
AF7 - intensidade crescente nas graduações	1,0	4,5	4,0-5,0	0,9	4,0	4,0-4,7
AF8 - possível introduzir na prática diária	0,8	4,0	4,0-4,7	0,8	4,0	4,0-4,0
AF9 - permite tomar decisão gerencial	0,9	4,0	4,0-4,7	1,0	5,0	4,0-5,0

*Escore varia de 1 a 5: quanto mais alto o escore, maior a concordância

†IVC-E: índice de validade do conteúdo da escala

‡Md: mediana

§Q1-Q3: quartis

Discussão

Este estudo descreve o desenvolvimento e a validação do conteúdo de um instrumento para avaliar o produto do cuidar de enfermagem.

Para a construção de uma escala de mensuração, é necessário gerar itens relevantes para a questão de pesquisa e para o público-alvo. Além da revisão da literatura, as entrevistas representam a fonte mais utilizada para obter dados qualitativos e, particularmente, o grupo focal permite aos participantes explorar o que eles têm em comum, em vez de apresentar pontos de vista individuais⁽¹⁸⁾. Dessa forma, a utilização desses grupos em instituições distintas possibilitou identificar vários aspectos que causam impacto na produção do cuidado e que são comuns nas diferentes realidades vivenciadas pelos enfermeiros.

Tais aspectos foram analisados na perspectiva de sistema complexo, centrado nas melhores práticas de enfermagem^(2,19). Os itens gerados foram ordenados, considerando-se a aplicação dessa ciência aos conceitos tradicionais de gestão: planejamento, organização, direção, coordenação e controle⁽²⁰⁾. A compreensão de fatores inerentes ao sistema de cuidado amplia a visão dos gestores sobre os processos, possibilitando prever o seu comportamento e determinar medidas para mitigação e/ou resolução dos problemas⁽²⁰⁻²¹⁾.

Estudo demonstra que o ambiente de trabalho e a atuação da enfermagem afetam a percepção do paciente em relação à qualidade do atendimento. A competência clínica do enfermeiro, as relações entre os profissionais, a adequada composição da equipe, uma prática mais autônoma e com suporte gerencial, além

do atendimento centrado no paciente, podem contribuir para uma experiência mais positiva desse consumidor do cuidado⁽²²⁾.

As graduações de cada item (de um a quatro), indicando o grau de intensidade crescente, quanto ao melhor produto do cuidar, representou o maior desafio no desenvolvimento desse instrumento. Os discursos obtidos por meio das questões norteadoras fundamentaram essa graduação, porém, as medidas para a classificação de resultados de enfermagem⁽¹⁴⁾, utilizadas inicialmente nessa construção, não delimitaram com objetividade e clareza as respostas da escala. Sendo assim, as modificações mais importantes no seu conteúdo ocorreram na primeira etapa da técnica Delphi.

No intuito de tornar o instrumento mais objetivo, alguns valores foram mencionados dentro de cada item para melhor entendimento e discriminação de suas graduações. Não foram encontrados estudos que evidenciassem o consumo do tempo da equipe de enfermagem para provisão dos recursos necessários e, dessa forma, foram utilizados valores estimados, relacionados à distribuição do tempo do enfermeiro e às atividades associadas⁽²³⁾.

Da mesma forma, o tempo de resposta da equipe de enfermagem às solicitações/chamadas, correspondente ao item "atenção do paciente/familiar", foi pautado em literatura internacional referente à avaliação do cuidado de enfermagem não realizado/atrasado⁽²⁴⁾.

Como uma possibilidade de aproximação entre teoria e prática assistencial, optou-se pela avaliação prévia do instrumento protótipo, realizada por enfermeiros clínicos que atuam diretamente no cuidado ao paciente. O pré-teste evidenciou a compreensão do usuário sobre os itens

gerados e não apontou alteração substancial no formato ou no conteúdo. No entanto, a viabilidade para aplicá-lo diariamente representa uma reflexão à proposta inicial das pesquisadoras, uma vez que corrobora as considerações realizadas pelos juízes (IVC-E de 0,8 na Delphi 1 e 2) e representa um aspecto importante a ser testado.

O preenchimento diário do instrumento subsidiaria o enfermeiro da unidade na avaliação do produto entregue ao final do turno de trabalho. Contudo, alguns juízes consideraram a escala extensa para inserir na rotina de trabalho e sugeriram aplicá-la periodicamente, em intervalos regulares. Dessa forma, a análise de cada item seria fundamentada na observação direta (supervisão), no levantamento de dados por meio de registros assistenciais e entrevistas com pacientes/familiares e profissionais.

Para quantificar a validade do conteúdo desse instrumento, decidiu-se pelo IVC como índice de concordância entre os avaliadores ou estimativa de consenso pela facilidade na compreensão e na distinção entre as informações sobre os itens (IVC-I) e a escala (IVC-E). Dessa forma, foi possível destacar e refinar cada item, bem como obter maior acurácia da escala de mensuração^(15,17).

Os resultados demonstraram a validade do conteúdo do instrumento, porém, ainda deverá ser submetido a outras análises para avaliar as demais propriedades psicométricas. Outras pesquisas também devem ser realizadas para investigar as diferentes possibilidades de aplicá-lo de forma a não consumir muito tempo do enfermeiro para o seu preenchimento e para gerar resultados passíveis de comparação intra e extrainstitucional.

Conclusão

Este estudo permitiu melhor compreensão sobre a produção do cuidado de enfermagem, sob a perspectiva de enfermeiros atuantes em instituições hospitalares, e possibilitou desenvolver e validar o conteúdo de um instrumento para mensuração desse produto. Sua aplicação possibilita tanto a identificação das principais dimensões envolvidos no cuidar quanto a mensuração de seu grau de influência, contribuindo para a tomada de decisão gerencial e o alcance de eficácia na gestão do cuidado.

Agradecimentos

Ao Grupo de Pesquisa Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem (GESTSAÚDE).

Referências

1. Backes DS, Silva DM, Siqueira HH, Erdmann AL. O produto do serviço de enfermagem na perspectiva da gerência da qualidade. *Rev Gaúcha de Enferm.* 2007;28(2):163-70.
2. Chaffee MW, Mcneill MM. A model of nursing as a complex adaptive system. *Nurs Outlook.* 2007;55:232-41.
3. Santos JLG, Pestana AL, Guerrero P, Schindwein B, Horner Meirelles H, Erdmann AL. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(2):257-63.
4. Giordani JN, Bisogno SBC, Silva LAA. Percepção dos enfermeiros frente às atividades gerenciais na assistência ao usuário. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(4):511-6.
5. Camelo SHH. Professional competences of nurse to work in Intensive Care Units: an integrative review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012;20(1):192-200.
6. Aiken LH, Sermeus W, Van den K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patient in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ [Internet].* 2012[cited 2014 ago 21];344:1-14. Available from: <http://www.bmj.com/content/344/bmj.e1717>
7. Furuya RK, Nakamura FRY, Gastaldi AB, Rossi LA. Sistemas de classificação de enfermagem e sua aplicação na assistência: revisão integrativa de literatura. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(1):167-75.
8. Ball JE, Murrells T, Rafferty AM, Morrow E, Griffiths P. Care left undone during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Qual Saf.* 2014;23:116-25.
9. Dubois CA, D'Amour D, Pomey MP, Girard F, Brault I. Conceptualizing performance of nursing care as a prerequisite for better measurement: a systematic and interpretive review. *BMC Nursing [Internet].* 2013. [acesso 22 ago 2014];12(7):1-20. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/12/7>
10. Perroca MG. Development and content validity of the new version of a patient classification instrument. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011;19(1):58-66.
11. Doody O, Slevin E, Taggart L. Focus group interviews in nursing research: part 1. *Br J Nurs.* 2013;22(1):16-9.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
13. Santos JLG, Prochnow AG, Silva DC, Silva RM, Leite JL, Erdmann AL. Prazer e sofrimento no exercício gerencial do enfermeiro no contexto hospitalar. *Esc Anna Nery.* 2013;17(1):97-103.

14. Moorhead S, Johson M, Maas ML, Swanson E. Classificação de resultados de enfermagem (NOC). Rio de Janeiro (RJ): Elsevier; 2010.
15. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health*. 2006;29:489-97.
16. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs*. 2000;32(4):1008-15.
17. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Focus on research methods is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health*. 2007;30:459-67.
18. Anne-Christine Rat A, Pouchot J, Guillemin F, Baumann M, Retel-Rude N, Spitz E, et al. Content of quality-of-life instruments is affected by item-generation methods. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):390-8.
19. Kempfer SS, Birolo IVB, Meirelles BHS, Erdmann AL. Reflexão sobre um modelo de sistema organizacional de cuidado de enfermagem centrado nas melhores práticas. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010;31(3):562-6.
20. Clancy TR. Planning - what we can learn from complex systems science. *J Nurs Adm*. 2007;37(10):436-9.
21. Clancy TR. Organizing - new ways to harness complexity. *J Nurs Adm*. 2007;37(12):534-6.
22. Kieft RAMM, Brouwer BBJM, Francke AL, Delnoij DMJ. How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:249-59.
23. Westbrook JI, Duffield C, Li L, Creswick NJ. How much time do nurses have for patients? a longitudinal study quantifying hospital nurses' patterns of task time distribution and interactions with health professionals. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:319-31.
24. Kalisch BJ, Williams RA. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *J Nurs Adm*. 2009;39(5):211-9.